



V Jornada de Iniciação Científica

VI SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO UNIFACIG

Sociedade, Ciência e Tecnologia

MANEJO ODONTOLÓGICO DOS EFEITOS COLATERAIS DA TERAPIA ONCOLÓGICA

Franscielle Lopes Cardoso¹, Nathália Sampaio de Almeida², Niverso Rodrigues Simão³, Cristiano Magalhães Moura Vilaça⁴, Luiz Eduardo Azevedo Reis⁵, Brunno Pereira Silva⁶.

¹Graduanda do Curso de Odontologia, UNIFACIG, fransciellecardoso@hotmail.com

² Mestranda em Odontopediatria pela Faculdade São Leopoldo Mandic, Graduação em Odontologia, Professor do Centro Universitário UNIFACIG, dra.nathaliasampaio@gmail.com

³ Mestre em Clínica Odontológica pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Graduação em Odontologia, Professor do Centro Universitário UNIFACIG, niversosimao@hotmail.com

⁴ Mestre em Biologia e Patologia Buco-Dental, Graduação em Odontologia, Professor do Centro Universitário UNIFACIG, cmmvilaca@gmail.com

⁵ Graduando do Curso de Medicina, UNIFACIG, azevedolui100@gmail.com

⁶ Mestre em Clínica Odontológica, Especialista em Implantes e Professor UNIFACIG, Manhuaçu-MG, brunnoipanema@hotmail.com

Resumo: O cirurgião-dentista apresenta um papel importante na equipe interdisciplinar que realiza os tratamentos de cânceres. As manifestações orais dos efeitos colaterais ocasionados pelos processos terapêuticos, como a quimioterapia, radioterapia, transplantes de medula óssea, hormonioterapia, cirurgia entre outras terapias coadjuvantes podem afetar de maneira importante na saúde oral e sistêmica dos pacientes. O presente estudo consiste em uma revisão de literatura baseado em um levantamento de publicações acadêmicas sobre os aspectos e conhecimentos específicos para tratamentos dos efeitos colaterais que manifestam-se no sistema estomatognático dos pacientes oncológicos e suas possíveis complicações que necessitam dos cuidados e suporte do cirurgião-dentista. Conclui-se que a adoção de protocolos é essencial para amenizar os malefícios identificados durante a quimioterapia e radioterapia, retardando possíveis danos orais e promovendo uma melhor qualidade de vida durante o tratamento oncológico.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Manifestações bucais; Oncologia.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

DENTAL MANAGEMENT OF SIDE EFFECTS OF ONCOLOGICAL THERAPY

Abstract: The dentist plays an important role in the interdisciplinary team that performs cancer treatments. Oral manifestations of the effects caused by therapeutic processes, such as chemotherapy, radiotherapy, bone marrow transplants, hormone therapy, surgery, among other supporting therapies, can significantly affect patients' oral and systemic health. The present study consists of a literature review based on a survey of academic publications on specific aspects and knowledge for treating the effects that manifest in the stomatognathic system of cancer patients and their possible specifications that need the care and support of the dentist. . It is concluded that the adoption of protocols is essential to alleviate the harm identified during chemotherapy and radiotherapy, delaying possible damage or promoting a better quality of life during cancer treatment.

Keywords: Palliative care; Oral manifestations; Oncology.

INTRODUÇÃO

No contexto atual, pacientes oncológicos representam um percentual expressivo comparado a outras patologias, constituindo um problema de saúde pública no cenário brasileiro. Frente a isso, o Instituto Nacional de Câncer, INCA (2020), estima que ocorrerão 625 mil novos casos para cada ano.

Em relação ao cenário evidenciado, a odontologia desempenha a função de acompanhar o paciente submetido ao tratamento oncológico nas diferentes fases do tratamento, seja antecedida a cirurgia, durante terapêutica e após o tratamento, que linearmente a isso, o atendimento odontológico pode reduzir complicações provenientes de processos infecciosos ou inflamatórios além de prevenir possíveis lesões bucais resultantes do processo de radioterapia (CARDOSO *et al.*, 2005). Concomitante a isso, o cirurgião-dentista apresenta notoriedade significativa quanto às manifestações orais ocasionadas dos processos terapêuticos, como a quimioterapia, radioterapia, transplantes de medula óssea, hormonioterapia, cirurgia entre outras terapias coadjuvantes.

Sabe-se que a submissão da terapêutica contra o câncer ocasionam intensa imunossupressão sendo a cavidade oral um sítio comum para possíveis complicações, podendo-se observar patologias oportunistas como mucosite, xerostomia, candidíase, herpes, trismo, osteonecrose, lesões aftosas entre outros processos, determinando que é imprescindível que o cirurgião-dentista integre cuidados preventivos, curativos e paliativos aos portadores oncológicos (HESPANHOL FL *et al.*, 2010).

Adverte-se que juntamente a esses processos, a higiene bucal correta elimina riscos pré-existent de focos infecciosos e diminui recidiva de infecção bucal durante os processos terapêuticos contra o câncer, que de maneira coesa a isso, atua o cirurgião-dentista na conscientização do indivíduo, elaborando planejamentos pré- tratamento oncológico para a diminuição de riscos de complicações sistêmicas e locais (VARELLI *et al.*, 2005).

A promoção de qualidade de vida do paciente e seus familiares devem ser dados precocemente, em que à medida que a doença avança, os cuidados individualizados devem ser ampliados visando ofertar dignidade, conforto e qualidade de vida (INCA, 2018).

É evidente que o cirurgião-dentista obtenha conhecimentos específicos para realização dos tratamentos propostos, definindo o manejo correto, coletando através de anamnese e exames físicos informações que culminarão na diminuição de sintomatologias dolorosas acerca das manifestações orais, além de reconhecer mecanismos de farmacodinâmica e farmacocinética de medicamentos que os pacientes fazem uso, evitando possíveis complicações no período de quimioterapia e radioterapia.

A fim de exemplificar o contexto dos portadores de neoplasias submetidos à tratamentos, o atual artigo teve como intuito demonstrar de forma clara e objetiva as alterações orais e funcionais, correlacionando-as com possíveis tratamentos que ofertem melhoria significativa à saúde bucal do paciente oncológico e na qualidade de vida.

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão de literatura baseado em um levantamento de publicações acadêmicas sobre os aspectos e conhecimentos específicos para tratamentos dos efeitos colaterais que se manifestam no sistema estomatognático dos pacientes oncológicos e suas possíveis. Realizaram-se pesquisas bibliográficas por meio de estratégia de busca com base nos termos: cuidados paliativos, manifestações bucais e oncologia.

As bases de dados pesquisadas foram: Google acadêmico, SciElo, Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), compreendendo x artigos, datando de 1994 até 2020.

Os artigos incluídos foram aqueles de língua portuguesa e inglesa, que tratavam da temática citada, encontrados no sistema de busca deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Obtêm-se através de uma anamnese clara e objetiva, todos os dados do paciente acerca da patologia que o acomete, descrevendo e fixando receituários, terapias, fotos da cavidade oral e até mesmo parecer médico caso for necessário. Além disso, observar a queixa principal, descrevendo a história medica pregressa e atual, além de manter-se informado sobre a história odontológica do paciente.

O que se diz a respeito dos tratamentos propostos, a adoção de protocolos é essencial para amenizar os malefícios identificados durante a quimioterapia e radioterapia, retardando possíveis danos orais. Primariamente a isso, é justificável que antecedendo as terapias oncologicas seja

efetuado adequação meio bucal, evitando qualquer foco infeccioso. A remoção de lesões cariosas e restaurações extensas, juntamente com tratamento periodontal e exodontias de dentes com indicações para extrações devem ser executados previamente ao tratamento de quimioterapia e radioterapia (ALBUQUERQUE *et al.*, 2007).

De acordo Frencken *et al.* (2014), o tratamento das lesões cariosas podem ser realizados por meio de ART (Atraumatic Restorative Treatment), removendo por meio de instrumentais o tecido cariado e seguinte colocação de cimento ionomérico, que atuam como liberadores de flúor, diminuindo a incidência de cárie. A cárie por radiação surge geralmente de três semanas a um ano após a radioterapia, localizando-se nas margens cervicais podendo ser piorada pela diminuição da função tampão da saliva, no qual o Ph é alterado, tornando o meio suscetível à desmineralização (RANKIN *et al.*, 2008). Complementando isso, Anderson *et al.* (2014), citam que o uso de amálgama é contraindicado, já que o mesmo é fonte secundária de radiação quando o paciente é submetido à radioterapia de cabeça e pescoço, que além disso, pode provocar reação liquenoide por contato. É notório que haja presença também de alterações dérmicas, no qual Tencarte *et al.* (1997), evidenciaram através de estudos que após quatro semanas os pacientes avaliados apresentaram radiodermite como efeito secundário do tratamento.

Anderson *et al.* (2014), complementam ainda em relação aos tratamentos prévios, em casos de cáries extensas com comprometimento pulpar, deve ser executado tratamento endodôntico nos dentes permanentes e em dentes decíduos preconiza-se que faça a extração do mesmo, complementando os cuidados pré quimioterapia e radioterapia. De acordo com National Cancer Institute (2014), a realização de protocolo de cuidados periodontais, eliminaria devidos focos de infecção minimizando as chances de o paciente vir a desenvolver osteorradionecrose.

Pogrelet *et al.* (2016), menciona ainda que enxágüe diário com soluções de fluoreto de sódio deve ser prescrito para complementar ao uso de creme dental fluoretado.

Já no período em que o paciente é exposto às terapias empregadas para combater a neoplasia presente, é crucial que haja acompanhamento do cirurgião-dentista, para cuidar de possíveis manifestações orais que o indivíduo possa vir a desenvolver devido ao tratamento oncológico. Segreto *et al.* (2000), citam que a taxa de renovação celular da mucosa é elevado, sendo considerado um tecido de resposta celular rápida, e essa característica desencadeia o processo de reação aguda devido à morte de células precursoras, devido a dose de radiação recebida.

Dentre as alterações observadas, a osteorradionecrose é uma complicação que acomete indivíduos submetidos ao tratamento irradiante na região de cabeça e pescoço. O processo patológico pode ser iniciado espontaneamente ou ser desencadeado a partir de um trauma (SANTOS *et al.*, 2015). A radiação reduz o potencial de vascularização dos tecidos, as condições insatisfatórias exacerbam a complexidade, revelando sinais e sintomas como fístulas intra ou extra-oral dificuldades mastigatória, fratura patológica, destruição da cortical e perda do trabeculado na porção esponjosa (CURI *et al.*, 2000). O tratamento da ORN é individualizado, consistindo na eliminação do agente infeccioso, limpeza e desbridamento da lesão, complemento com utilização de antibióticos de altas dosagens em casos de seqüestros ósseos (NETO, 2001).

De acordo com Pogrelet *et al.* (2016), preconiza-se que seja confeccionado dispositivo através de moldagem de ambos os maxilares (Figura. 1), que consistem em realizar abertura de boca, para proteção de partes da cabeça e outro dispositivo mandibular, utilizado em casos de radiação intersticial, em que ambos atuam na proteção de tecidos circunvizinhos em casos de radioterapia. Na quimioterapia, são semelhantes os cuidados que devem ser enfatizados no momento da terapia, que por sua vez, o autor ainda cita que é essencial a higiene bucal para evitar disseminação de infecção.

Figura 1-Dispositivo para proteção em radioterapia.



Fonte: Prótese BucoMaxiloFacial, 2015.

Figura 2- Laserterapia oncológica.



Fonte: UFTM, 2018.

Dentre as patologias, a que mais se destaca é a mucosite, uma complicação aguda mais freqüente em portadores de neoplasias malignas submetidos à oncoterapia em regiões de cabeça e pescoço (LOPES *et al.*, 2019). O uso de terapias fotodinâmicas (Figura 2), é recomendado frente a esse processo, sendo a aplicação do laser de baixa intensidade eficaz para minimizar e tratar a sintomatologia. Adverte-se que a mucosite em pacientes tratados com radioterápicos estão relacionados com a dose acumulada e intensidade, o volume da mucosa, o hábito de fumar, o consumo de álcool dentre outros fatores. Em seguida, verifica-se a xerostomia ou boca seca são fatores predisponentes, sendo resultado das oncoterapias, que podem ser amenizadas com a prescrição de salivas artificiais spray como método paliativo (CARDOSO *et al.*, 2005).

De acordo com Floriano *et al.* (2017), as ulcerações ou eritemas presentes em mucosas orais podem ser notados durante o tratamento antineoplásico, que por sua vez, pode-se lançar mão do uso da laserterapia de baixa potência para ajudar na analgesia das feridas, que além disso, o uso conjugado de medicamentos coadjuvantes como analgésicos, antiinflamatórios e corticosteróides podem ser prescritos mediante do caso observado (FARIA, 2017). Kostler *et al.* (2001), expuseram que o odontólogo exerce função de suporte, aliviando sintomas e evitando complicações bucais e infecções, demonstrando que as aplicações de “soft laser”, juntamente a sucessões de drogas citoprotetoras, como amifostina desencadearam evoluções positivas em indivíduos testados. Referente ao sucesso no tratamento, o cuidado intensivo da equipe multidisciplinar corrobora para o sucesso da terapêutica.

Salienta-se que em tratamentos preconizados com dose de 200 cGy o eritema ocorre na primeira semana de tratamento, com formação de placas ou pseudomembranas com pico por volta da quarta semana de terapia (CARDOSO *et al.*, 2005). Além disso, o defeito enzimático, defeito de ácido fólico e defeitos de reparação do DNA ocasionam lesões bucais nos pacientes imunocompetentes submetidos à terapia oncológica (KOSTLER *et al.*, 2001). Em decorrência a altas doses radioativas, disfunções temporomandibular e trismo são resultantes dessa terapêutica, na qual a destruição celular, atrofia e fibrose do tecido muscular desencadeiam os quadros patológicos citados, sendo necessário aconselhamentos, postura de sono, controle de estresse, fisioterapia, massoterapia e farmacoterapia à base de analgésico e relaxantes musculares, dependendo da situação que acomete o indivíduo (FRAZÃO *et al.*, 2018).

Complementando os dados supracitados, Bonanet *et al.*, (2007), expõem que devido ao quadro de hipossalivação há aumento da colonização de *Cândida*, juntamente com a microbiota bacteriana acidogênica e acidúrica, responsável pelo desenvolvimento de cáries dentárias. Caso a infecção por *Cândida* persista, é necessário prescrição de antifúngicos tópicos (Nistatina), podendo-se complementar a isso a terapia sistêmica composto por fármacos da classe dos azóis (PLAS, 2016). Referente ainda sobre infecções oportunistas, a herpes simples é observada frequentemente em pacientes irradiados na região de cabeça e pescoço, pois há agravamento no quadro associado à xerostomia e hipossalivação, sendo usual o uso tópico ou sistêmico de Aciclovir e laserterapia para diminuir a incidência da lesão (CENTURION *et al.*, 2012).

Discorrendo sobre os fatores explicitados anteriormente, é imprescindível que o cirurgião-dentista reconheça que a boca e os dentes não devem ser tratados isoladamente. O estado sistêmico em que o indivíduo se encontra é determinante para o contexto geral (NARVAI, 1994). Quanto à terapêutica paliativa dada pelo profissional de saúde bucal, é necessário que se entenda a

real possibilidade de interação entre fármacos, em uso simultâneo, já que o uso inadvertido de algumas classes medicamentosas pode gerar toxicidade, anulação ou potencialização entre drogas, contrapondo assim os princípios dos cuidados paliativos (SANTOS *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

Amenizar a dor e ansiedade do paciente oncológico é coerente e determinativo para a melhoria do quadro geral sistêmico do paciente. Conhecer e saber tratar alterações orais, terapias paliativas de alívio da sintomatologia torna o cirurgião-dentista apto a exercer um papel fundamental na vida do paciente oncológico, juntamente a uma equipe que desempenha ações multidisciplinares.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, L. **Cuidados odontológicos em pacientes oncológicos**. Onco&, 2014.

FARIA, M.T. *et al.* **Atendimento odontológico ao paciente com câncer: orientação para cirurgiões dentistas**. Volta Redonda: UniFOA, 71 p. : II, 2017.

HESPANHOL, F.L. *et al.* **Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia**. *Ciência&Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1085-1094, 2010.

FRENCKEN, JE. **The State-of-the-Art of ART Restorations**. *Dent Update*;41:218-224, 2014.

LOPES, L.D, *et al.* **PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MUCOSITE EM AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA**. *TextoContextoEnferm*,; 25(1):e2060014, 2019.

NATIONAL INSTITUTE CANCER. **Oral complications of chemotherapy and head/neck radiation**. Acesso em: 18 jul, 21:15:21, 2014.

NARVAI, P.C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tipos de câncer**. Rio de Janeiro: Frencken JE. **The State-of-the-Art of ART Restorations**. *Dent Update* 2014;41:218-224, INCA, 2020.

PLAS, R.V.D. **Candidíase oral: Manifestações clínicas e tratamento**. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde Porto, 2016

POGREL, M. Anthony; Kahnberg, Karl-Erik; Andersson, Lars. **Cirurgia Bucomaxilofacial**. 1º edição. Editora Guanabara Koogan, 2016.

VARELLIS, M.L.Z. **Pacientes oncológicos: cabeça e pescoço**. In: Varellis MLZ. *O paciente com necessidades especiais na odontologia-Manual Prático*. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda; p.462-470, 2005.

CARDOSO, M.F.A, *et al.* **Prevenção e controle das sequelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço**. *RadiolBras*;p.38(2):107-115, 2005.

TENCARTE CR, *et al.* **Tratamento dos efeitos secundários da actinoterapia na esfera bucal**. *Condução do Centro de Oncologia Bucal*. *Rev Bras Odontol*;54:146–8, 1997.

KOSTLER WJ, *et al.* **Oral mucositis complicating chemotherapy and/or radiotherapy: options for prevention and treatment**. *CA Cancer J Clin*;51:290–315, 2001.

SANTOS, R. **Osteorradionecrose em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço: relato de caso.** RFO UPF vol.20 no.2 Passo Fundo Mai./Ago. 2015

CURI MM, *et al.* **Management of refractory osteoradionecrosis of the jaws with surgery and adjunctive hyperbaric oxygen therapy.** Int J Oral Maxillofac Surg Rev; 29(6):430-4, 2000.

NETO ELBC. **Osteorradionecrose [Monografia de Especialização].** Piracicaba, SP: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp; 2001.

RANKIN KV, JONES DL, REDDING SW. **Oral health in cancer therapy.** A guide for health care professionals. 3rd ed. [Internet]. 2008. [cited 2010 Dec 14].

CENTURION, B.S; *et al.* **Avaliação clínica e tratamento das complicações bucais pós quimioterapia e radioterapia.** Rev assoc paul cir dent;66(2):136-41, 2012.

FRAZÃO, M.S; *et al.* **DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DTM) EM PORTADOR DE TRISMO SUBMETIDO A TRATAMENTO ONCOLÓGICO DE RADIOTERAPIA – RELATO DE CASO.** Proceedings of the 1º Encontro Internacional de Reabilitação Oral/Annual Meeting Arch Health Invest (Special Issue 5) ©- 2018 - ISSN 2317-3009, 2018.