



Divulgação

Levy Anderson

*Cirurgião-dentista, doutorando em ciências odontológicas – Departamento de Ortodontia e Odontopediatria – Faculdade de Odontologia – Universidade de São Paulo; diretor executivo do departamento de Odontologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP); professor do Curso de Cirurgia Oral com ênfase em pacientes com comprometimento sistêmico – APCD Vila Mariana – SP; preceptor no Grupo de Estudos e Atendimento em Pacientes Especiais (GEAPE) – FOUASP

Contato:

levyanderson@usp.br

.....
Frederico Buhatem Medeiros

*Cirurgião-dentista, doutorando em patologia bucal – Faculdade de Odontologia – Universidade de São Paulo; diretor científico do Departamento de Odontologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP); professor e coordenador do Curso de Cirurgia Oral com ênfase em pacientes com comprometimento sistêmico – APCD Vila Mariana – SP; preceptor no Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE)

.....
Ana Lidia Ciamponi

*Cirurgiã-dentista, professora doutora do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria – Faculdade de Odontologia – Universidade de São Paulo; coordenadora do Grupo de Estudos e Atendimento em Pacientes Especiais (GEAPE) – FOUASP

Cuidados odontológicos em pacientes oncológicos

OS CUIDADOS RELACIONADOS COM A SAÚDE BUCAL SÃO DE GRANDE IMPORTÂNCIA NOS PERÍODOS PRÉ, TRANS E PÓS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO. O ideal para os pacientes oncológicos em geral é que eles sejam examinados pelo cirurgião-dentista (CD) tão logo tenham sua doença diagnosticada, para que o tratamento odontológico, preferencialmente, anteceda o oncológico¹. Esse tratamento, sobretudo nos casos dos tumores de cabeça e pescoço, pode trazer implicações sérias em termos de saúde bucal². Portanto, durante a fase aguda da doença sugere-se que o atendimento seja realizado em ambiente hospitalar. Nos períodos de remissão e doença assintomática, o atendimento poderá ser realizado em nível ambulatorial¹.

Antunes e colaboradores³ sugerem que o planejamento do tratamento odontológico deve priorizar a orientação e o treinamento em higiene bucal para um melhor controle de possíveis lesões bucais e controle das funções estomatognáticas. Algumas características são comuns entre os pacientes que estão submetidos ao tratamento oncológico, e enquanto o estadiamento e a realização de exames complementares estão acontecendo, devemos realizar o tratamento odontológico com o objetivo de eliminar fontes de traumas, tais como aparelhos ortodônticos, dentes e/ou restaurações fraturadas e dentes deciduos em fase de esfoliação, evitando-se, assim, infecções de origem endodôntica e da mucosa bucal.

No tocante à dieta, principalmente em pacientes pediátricos, é importante a orientação sobre alimentos cariogênicos, já que algumas crianças voltam a se alimentar por mamadeiras em função de inapetência, limitações na deglutição ou até mesmo devido a regressões emocionais¹.

As drogas quimioterápicas atuam de forma mais intensa em células que apresentam alto índice mitótico, como células da mucosa bucal e do tubo digestivo, ou seja, sítios de maior citotoxicidade². Os

protocolos mais modernos para terapia antineoplásica incluem várias medicações quimioterápicas que são altamente bioativas. Esses fármacos apresentam amplo espectro de efeitos biológicos, como supressão da medula óssea, epitélio da cavidade oral e glândulas salivares⁴.

Um estudo comparativo entre pacientes que receberam quimioterapia e aqueles que foram submetidos à radioterapia ou ao tratamento dual quimio-radioterapia, mostrou uma maior prevalência de cárie no primeiro grupo. No entanto, essa discrepância foi atribuída às diferenças entre os protocolos de atendimento realizados antes e após os tratamentos oncológicos⁴.

Barker (1999)⁵ mencionou que vários estudos mostram haver relação entre episódios sépticos em pacientes com quadro de neutropenia e a microbiota da cavidade bucal. Logo, a intervenção odontológica precoce pode levar a uma diminuição da frequência e da severidade das manifestações bucais decorrentes da terapia antineoplásica.

As complicações bucais presentes no paciente oncológico podem ser consequência do tratamento ou até mesmo da mielossupressão resultante desse tratamento. Uma revisão sistemática⁶ publicada em 2010 relatou, por exemplo, uma prevalência de 50% de xerostomia em pacientes submetidos à quimioterapia. Além da xerostomia, os fármacos quimioterápicos e o tratamento radioterápico podem desencadear diversos outros efeitos na cavidade bucal. Entre eles, podemos citar mucosa mais eritematosa e com aspecto brilhante, ulcerações, infecções, hemorragias, mucosite, alterações de paladar^{2,7}.

Alguns relatos mostram que esses problemas são frequentemente tratados de forma inadequada⁴ e, assim, podem desencadear dificuldades nutricionais^{8,9}, levar ao comprometimento das atividades sociais dos indivíduos e afetar severamente sua qualidade de vida^{10,11}. Vale ressaltar que os aspectos

emocionais e sociais também são amplamente dependentes da integridade funcional e estrutural dos órgãos acometidos pela doença¹². Consequentemente, esses pacientes requerem atendimento integrado entre a área médica e a odontológica, a fim de se ter prevenção, diagnóstico e tratamento adequados e realizados em momento oportuno.

O preparo odontológico do paciente não deve gerar qualquer interferência no tratamento médico proposto, mas sim contribuir e se adequar a cada caso. O tratamento eletivo deverá ser realizado apenas no paciente com condições clínicas e laboratoriais favoráveis¹. Previamente ao tratamento odontológico, é importante que se faça contato com o médico do paciente, principalmente nos casos de alterações hematológicas, já que quadros de trombocitopenia podem levar a episódios de hemorragia e, diante de situações neutropênicas ou imunossupressivas, há maior propensão a quadros infecciosos.

Tratamento do paciente com complicações bucais da radioterapia e da quimioterapia

Para pacientes portadores de cateter venoso central, deve-se seguir o protocolo de profilaxia antibiótica proposto pela American Heart Association (AHA) previamente a procedimentos que podem desencadear quadros de bacteremia¹. A opção por realizar ou não a profilaxia antibiótica deverá ser discutida com o médico responsável pelo paciente.

A realização de radiografia panorâmica é recomendável, entretanto, quando necessário, a complementação com radiografias periapicais e interproximais (bitewings) deve ser solicitada para a visualização de estruturas dentárias e ósseas¹³.

O tratamento das lesões de cárie pode ser realizado por meio de ART (Atraumatic Restorative Treatment), ou seja, remoção de tecido cariado por meio de curetas e colocação de cimentos ionoméricos¹⁴. O amálgama é contraindicado como material restaurador, pois é fonte secundária de radiação quando o paciente é submetido à radioterapia em região de cabeça e pescoço. Além disso, pode também desenvolver reação liquenoide por contato, envolvendo a mucosa diretamente em contato com o material restaurador^{2,1}. Nos casos de lesões de cárie avançada, demonstrando possível comprometimento pulpar, o tratamento endodôntico é recomendado para dentes permanentes. Já para dentes deciduos recomendamos a exodontia dos elementos dentários envolvidos. Havendo presença de infecção, a antibioticoterapia deverá ser realizada.

Nos casos de comprometimento periodontal, o tratamento de raspagem e alisamento radicular é indicado. Entretanto, dentes apresentando bolsa periodontal (≥ 6 mm) e/ou mobilidade excessiva podem ser extraídos, pois, além de serem fontes infecciosas, podem ser fatores complicadores caso seja necessária a realização de exodontia após a radioterapia, em função do risco de osteorradionecrose^{15,16}.

A mucosite oral pode ter início nas primeiras semanas de tratamento, dependendo do tipo de terapêutica oncológica utilizada, e ainda permanecer ao longo do tratamento. Apesar de diversos estudos serem realizados em busca do melhor tratamento para a mucosite, o

que temos proposto na literatura ainda é paliativo². Deve-se eliminar a infecção e os agentes irritantes, fazer uso de clorexidina 0,12% e, se necessário, prescrever agentes anti-inflamatórios, além de fornecer orientação quanto à dieta e manter a hidratação. Nos casos mais graves, considerar o uso de antimicrobianos tópicos e sistêmicos¹³. O tratamento com laser de baixa potência também foi relatado como eficiente na diminuição da severidade e duração das mucosites em pacientes que foram irradiados ou submetidos ao tratamento quimioterápico¹⁷.

Quanto à xerostomia, recomenda-se estimular o fluxo salivar por meio de gomas de mascar sem açúcar, uso de fluoretos (gel ou solução) e reposição de líquidos. O uso de saliva artificial contendo íons essenciais, componentes com mucina e pH entre 6 e 7 pode também ser sugerido. No entanto, nem todos os pacientes são receptivos a essa conduta e preferem a ingestão periódica de líquidos^{2,13}. A amifostina tem sido sugerida como protetor celular. Ela é defosforilada nos tecidos por ação da fosfatase alcalina de membrana, formando um thiol livre, que neutraliza produtos reativos dos organoplatinos e agentes alquilantes. Esse metabólito previne a formação de conjugados de DNA com quimioterápico e tem a capacidade de reverter os conjugados que eventualmente tenham sido formados¹⁸. No entanto, a alta toxicidade e o custo são fatores limitadores para uso. Há também outros procedimentos sugeridos na literatura, como a transferência da glândula salivar para o espaço submental – assim, ela estará fora do campo de radiação cervicofacial¹. O uso de sialogogos sistêmicos também pode ser recomendado, como o cloridrato de prilocarpina, mas é importante avaliar suas contraindicações¹⁹.

Durante a rádio e a quimioterapia os pacientes também estão propensos a algumas infecções secundárias. Isso pode ocorrer como consequência da diminuição do fluxo salivar e alterações na composição da saliva. O microrganismo mais frequente associado a essas infecções é a *Candida albicans*. Essas infecções podem causar dor, queimação, alterações de paladar e intolerância a alguns tipos de alimento. A candidose pode variar de eritematosa a hiperplásica, porém, o tipo mais comum durante o tratamento oncológico é a candidose pseudomembranosa, que se apresenta como placas brancas que podem ser destacadas facilmente. O tratamento pode ser feito por meio da administração de antifúngicos tópicos orais (por exemplo, nistatina 100.000 UI/mL-1, 4 a 5x /dia)¹³.

A complicação mais severa consequente da radioterapia para câncer de cabeça e pescoço é a osteorradionecrose (ORN), uma condição inflamatória resultante da radiação ionizante sobre o tecido ósseo. Essa radiação resulta em situações irreversíveis aos osteócitos e ao sistema microvascular, com diminuição progressiva da microvascularização. Não existe padrão de tratamento para a ORN, já que cada paciente deverá ser avaliado, a fim de se estabelecer o tratamento mais adequado². O tratamento conservador consiste de irrigações, decortificações e sequestrectomias, sendo indicado para exposições mais crônicas e consideradas de pequena extensão. A oxigenação hiperbárica também é recomendada como opção terapêutica. Mais recentemente, estudos ba-

seados na teoria fibroatrófica citam o uso de fármacos antioxidantes e antifibróticas como outra opção de tratamento. A pentoxifilina (derivado da metixantina) leva à diminuição da viscosidade sanguínea, aumenta os níveis de oxigenação tecidual e inibe o processo de fibrose. No entanto, mais estudos que corroborem essas propriedades são necessários^{20,21}.

Considerações finais

A presença do cirurgião-dentista na equipe transdisciplinar é de fundamental importância na prevenção das complicações do tratamento oncológico, realizando o exame físico extra e intrabucal, removendo focos de infecções, realizando intervenções odontológicas antes

do início do tratamento e no controle dos efeitos colaterais bucais agudos da quimio e da radioterapia. É importante também que o profissional tenha conhecimento do protocolo de tratamento que será utilizado pela equipe médica, a fim de avaliar o risco de alterações na cavidade bucal e as condutas propostas para o atendimento odontológico, já que ele será individualizado.

Tornam-se cada vez mais relevantes a condução e a otimização de estudos que não sejam apenas propostas de tratamento paliativo, por meio de estratégias que minimizem os efeitos adversos dos fármacos antineoplásicos, conduzam à identificação de metabólitos e/ou biomarcadores que estejam relacionados à doença, ou até mesmo fatores que possam potencializar seus efeitos sobre a cavidade bucal.❧

Referências bibliográficas:

1. Albuquerque RA, Morais VLL, Sobral APV. Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos – revisão da literatura. *Revista de Odontologia da UNESP*, vol.36, n.3, p.275-280, 2007.
2. Santos PSS, Soares Junior LAV. *Medicina Bucal – A prática na odontologia hospitalar*, Ed. Santos, São Paulo, 2012.
3. Antunes SA, Crelier AC, Ribeiro AA, Pinheiro CT, Pereira MA, Monteiro MCP, et al. Como o cirurgião-dentista deve atender o paciente oncológico? *Rev Int Estomatol*. 2004;1(1):30-8.
4. Wilberg P, Hjermsstad MJ, Ottesen S, Herlofson BB. Chemotherapy-Associated Oral Sequelae in Patients With Cancers Outside the Head and Neck Region. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Apr 18.
5. Barker GJ. Current practices in the oral management of the patient undergoing chemotherapy or bone marrow transplantation. *Supportive Care in Cancer*. 1999; 4:17-20.
6. Jensen SB, Pedersen AM, Vissink A, Andersen E, Brown CG, Davies AN et al. A systematic review of salivary gland hypofunction and xerostomia induced by cancer therapies: prevalence, severity and impact on quality of life. *Support Care Cancer*, 18 (2010), pp. 1039–1060.
7. Dhola, KP, Gurav S, Dugad J, Banavli S. Correlation of oral health of children with acute leukemia during the induction phase. *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2014 Jan-Mar; 35(1): 36–39.
8. Worthington HV, Clarkson JE, Bryan G, Furness S, Glenny AM, Littlewood A et al. Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment *Cochrane Database Syst Rev*, 4 (2011).
9. Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ et al. Oral complications of cancer and cancer therapy. From cancer treatment to survivorship. *CA Cancer J Clin*, 62 (2012), pp. 400–422.
10. Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ, Barasch A, Murphy BA, Kolnick L et al. Oral complications of cancer and cancer therapy: From cancer treatment to survivorship. *CA Cancer J Clin*. 2012 Nov-Dec;62(6):400-22.
11. Sonis ST, Elting LS, Keefe D et al. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury. Pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients. *Cancer*, 100 (2004), pp. 1995–2025.
12. Semple CJ, Killough SA. Quality of Life Issues in Head and Neck Cancer. *Dent Update* 2014; 41: 346–353.
13. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. *Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido*. 7ª edição, Ed. Elsevier, Rio de Janeiro, 2008.
14. Frencken JE. The State-of-the-Art of ART Restorations. *Dent Update* 2014;41:218-224.
15. National Cancer Institute. Oral complications of chemotherapy and head/neck radiation. Available from: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/oralcomplications/Patient/page1#Keypoint1q>. Acesso em: 18 jul. 2014, 21:15:21.
16. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on dental management of pediatric patients receiving chemotherapy, hematopoietic cell transplantation, and/or radiation, 1994. Available from: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Chemo.pdf. Acesso em: 10 jul. 2014, 18:15:30.
17. Bensadoun RJ, Franquin JC, Ciais G, Darcourt V, Schubert MM, Viot M et al. Low-energy He/Ne laser in the prevention of radiation-induced mucositis. A multicenter phase III randomized study in patients with head and neck cancer. *Support Care Cancer*. 1999 Jul;7(4):244-52.
18. Maier P, Wenz F, Herskind C. Radioprotection of normal tissue cells. *StrahlentherOnkol*. 2014 Mar 18.
19. Gorsky M, Epstein JB, Parry J, Epstein MS, Le ND, Silverman S Jr. The efficacy of pilocarpine and bethanechol upon saliva production in cancer patients with hyposalivation following radiation therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod*. 2004 Feb;97(2):190-5.
20. Tolentino Ede S, Centurion BS, Ferreira LH, Souza AP, Damante JH, Rubira-Bullen IR. Oral adverse effects of head and neck radiotherapy: literature review and suggestion of a clinical oral care guideline for irradiated patients. *J Appl Oral Sci*. 2011 Oct;19(5):448-54.
21. Teng MS1, Futran ND. Osteoradionecrosis of the mandible. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005 Aug;13(4):217-21.