



**LENIRA APARECIDA FETTER ALVES**

**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA XEROSTOMIA E MUCOSITE  
EM PACIENTES DURANTE A TERAPIA ONCOLÓGICA DE  
CÂNCER EM CABEÇA E PESCOÇO**

**Sinop/MT  
2018**

**LENIRA APARECIDA FETTER ALVES**

**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA XEROSTOMIA E MUCOSITE  
EM PACIENTES DURANTE A TERAPIA ONCOLÓGICA DE  
CÂNCER EM CABEÇA E PESCOÇO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia da Faculdade de Sinop - FASIPE, como requisito para aprovação da disciplina de TCC II.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Giuliene Nunes de Souza Passoni

**LENIRA APARECIDA FETTER ALVES**

**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA XEROSTOMIA E MUCOSITE  
EM PACIENTES DURANTE A TERAPIA ONCOLÓGICA DE  
CÂNCER EM CABEÇA E PESCOÇO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia da FASIPE, Faculdade de Sinop, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 2018.

---

**Giuliane Nunes de Souza Passoni**

Professor(a) Orientador(a)  
Departamento de Odontologia –FASIPE

---

**Carlos Henrique Justus**

Professor(a) Avaliador(a)  
Departamento de Odontologia –FASIPE

---

**Thaís Gonçalves Souza**

Professor(a) Avaliador(a)  
Departamento de Odontologia - FASIPE

---

**Giuliane Nunes de Souza Passoni**

Coordenadora do Curso de Odontologia  
FASIPE - Faculdade de Sinop

**Sinop-MT  
2018**

## RESUMO

No Brasil, o tratamento contra o câncer disponível atualmente tem a capacidade de destruir as células tumorais sem causar a morte de, pelo menos algumas células normais, os tecidos com renovação célere, como o epitélio oral especialmente suscetível. A boca é uma das áreas mais visíveis para complicações relacionadas ao tratamento antineoplásico. Tanto a radioterapia quanto a quimioterapia sistêmica podem causar graves problemas orais e uma variedade de complicações não infecciosas pode ser observada em decorrência do tratamento, sendo a xerostomia e a mucosite consideradas como problemas predominantes associados à quimioterapia e radioterapia, especialmente em neoplasias que requerem altas doses de medicamentos para o tratamento, como por exemplo, a leucemia. Portanto, o presente estudo, através de uma revisão literária, apresentou como objetivo aclarar a importância do reconhecimento, pelo cirurgião dentista na prevenção e tratamento, das complicações bucais a pacientes oncológicos submetidos à terapia antineoplásica.

**Palavras chave:** Mucosite. Oncologia. Xerostomia.

## ABSTRACT

In Brazil, the currently available cancer treatment has the ability to destroy tumor cells without killing all normal cells, with rapidly renewing tissues, such as the oral epithelium, being especially susceptible. The mouth is a common environment and one of the most visible areas for complications related to antineoplastic treatment. Both radiotherapy and systemic chemotherapy can cause severe oral problems. And a variety of noninfectious oral complications can be observed due to the treatment. Xerostomia and mucositis are problems predominantly associated with chemotherapy and radiotherapy, especially in tumors that require high doses of drugs for treatment, such as leukemia. Therefore, through a bibliographical review, the aim of this study is to emphasize the importance of knowledge by the dental surgeon on the prevention and treatment of complications in cancer patients submitted to antineoplastic therapy.

**Palavras chave:** Mucositis. Oncology. Xerostomia.

## 1. INTRODUÇÃO

A cirurgia ou remoção tumoral é realizada quando a localização anatômica permite que a grande parte da massa possa ser retirada. E além do tratamento cirúrgico citado para tratamento dessas neoplasias, existe também a quimioterapia e radioterapia, sendo a quimioterapia realizada com compostos químicos, impedindo a rápida e desordenada proliferação das células tumorais. Já a radioterapia consiste na aplicação de radiação ionizante sobre a neoplasia e sua função busca a eliminação das células tumorais; e sobre as células normais que estão adjacentes a lesão<sup>5, 7, 8, 12, 14, 18, 19</sup>.

Em decorrência das terapias antineoplásicas, podem ocorrer diversas alterações bucais, entre elas a mucosite. Devido a uma reação inflamatória da mucosa e submucosa, resultante do efeito citotóxico da quimioterapia e radioterapia de cabeça e pescoço, sendo um dos efeitos colaterais que mais debilitam os pacientes durante a oncoterapia<sup>12</sup>.

Outra alteração ocasionada pelos procedimentos antineoplásicos é a xerostomia, sendo que a qualidade e quantidade da saliva produzida podem ser alteradas por fatores fisiológicos, emocionais, hormonais ou uso de medicamentos. Em pacientes acometidos pelo câncer, a xerostomia também pode ocorrer devido aos fármacos utilizados<sup>23</sup>.

A melhor época para o paciente oncológico realizar o tratamento odontológico é antes do início da terapia antineoplásica. O cirurgião-dentista deve realizar o tratamento no paciente oncológico o mais breve possível, para isso, o profissional deve verificar os exames de sangue mais recentes do paciente. Durante a terapia antineoplásica, o paciente deverá consultar regularmente um cirurgião-dentista, e o profissional realizar anamnese, exame físico extra e intraoral e exames de imagem. A higiene oral pode ser incentivada e controlada, o cirurgião-dentista precisa verificar a necessidade de indicar escovas especiais. Caso a escovação esteja insatisfatória, indicar solução com gluconato de clorexidina a 0,12% sem álcool para tratamento do processo inflamatório bacteriano<sup>12, 23</sup>.

Após a realização da oncoterapia, o paciente deverá passar pelo oncologista para determinar se houve a cura do câncer, se está em remissão ou sob cuidados paliativos, pois a retomada de tratamento odontológico é importante, tendo em vista, que pacientes oncológicos tendem a desenvolver lesões adicionais<sup>8, 12</sup>.

O trabalho tem como objetivo demonstrar as definições de terapias antineoplásicas, abordagem sobre xerostomia, esclarecer o desenvolvimento da mucosite e análise de tratamento odontológico antes, durante e após a terapia antineoplásica.

O método utilizado para a construção da referida monografia foi através de livros periódicos, artigos científicos, dissertações e pesquisas exploratórias. Para coleta dessas literaturas foram utilizadas como palavras chaves terapias antineoplásicas; terapias com quimioterápicos e radioterápicos; tratamento de câncer; lesões bucais em tratamento oncológico; mucosite; cárie por radiação; xerostomia; tratamento odontológico antes, durante e depois da terapia antineoplásica. Para a formulação do tema, foram lidos artigos já publicados, títulos de livros referente ao assunto, dissertações, bem como para o desenvolvimento da revisão literária, procedeu-se à leitura deste material previamente selecionado e organizado em citações indiretas neste trabalho, na intenção de compreender o tema em estudo. Os materiais como artigos, livros e entre outros, utilizados para sua elaboração, implicam em publicações datas de 2002 a 2016.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A neoplasia maligna caracteriza-se pelo crescimento descontrolado de células neoplásicas, estas células matam pela invasão destrutiva dos tecidos, ou seja, por expansão direta e por disseminação para locais distantes (metástases) pelo sangue, linfa ou superfícies serosas. Células anormais associadas à malignidade apresentam três características comuns: capacidade de recrutar vasos sanguíneos, proliferação descontrolada e capacidade de se disseminar<sup>8</sup>.

A quimioterapia e a radioterapia agem indiscriminadamente sobre as células, assim, não são capazes de diferenciar as células neoplásicas das normais, causando toxicidade no organismo, trazendo complicações orais, que podem ser imediatas ou tardias como: xerostomia e mucosite<sup>21</sup>.

A xerostomia é uma das complicações em decorrência da terapia, pode ser diagnosticada com o teste de sialometria, considerando-se anormal quando a quantidade de saliva for inferior a 0,1 ml/min sem estímulo e 0,5 ml/min com estímulo<sup>12</sup>. Os sintomas apresentados são de ligeira secura da boca à sensação de queimadura intensa e completa ausência de saliva, dificuldade em engolir alimentos secos e sensação de queimação com alimentos condimentados e frutas ácidas. Os sintomas afetam o indivíduo não apenas na saúde bucal, mas também na qualidade de vida<sup>7, 12</sup>.

A outra complicação que será descrita mais detalhada durante o estudo é a mucosite, podendo a mesma ser mensurada conforme escala de diferenciação dos graus de acordo com a toxicidade oral. Os sinais e sintomas podem aparecer logo na segunda semana de tratamento da terapia antineoplásica. A fisiopatologia da mucosite é dividida em quatro fases, a saber, inflamatória, epitelial, ulcerativa e curativa<sup>1, 13, 22</sup>.

Aos pacientes que se submetem às terapias antineoplásicas, faz-se necessário realizar o tratamento odontológico antes do início do tratamento oncológico. O cirurgião-dentista deve realizar o tratamento odontológico o mais breve possível, para isso, o profissional deve verificar os exames de sangue mais recentes do paciente. Caso haja necessidade de exodontias, devem ser prontamente realizadas, a fim de evitar atrasos no tratamento oncológico. Procedimentos cirúrgicos devem ser realizados de forma mais atraumática possível, promovendo regularização do rebordo alveolar<sup>23</sup>.

## 2.1 Terapias antineoplásicas

Os tratamentos sistêmicos antineoplásicos disponíveis atualmente são capazes de destruir as células tumorais, podendo causar também a morte das células normais, sendo os tecidos com renovação rápida especialmente suscetíveis. A boca é um local comum e considerado uma área muito sensível para complicações relacionadas ao tratamento contra o câncer. Tanto a radioterapia quanto a quimioterapia sistêmica podem causar graves problemas orais<sup>14</sup>.

O desenvolvimento cancerígeno tornou-se a doença mais devastadora de todo o mundo, a Medicina, atualmente, já trata com muito sucesso números cada vez maiores de tumores, principalmente com diagnósticos precoces. Esses tratamentos se baseiam em terapias antineoplásicas, com a destruição das células displásicas malignas que se multiplicam rapidamente. Os protocolos de tratamentos incluem cirurgia, radiação, medicações citotóxicas e quimioterapia que podem ser realizadas isoladas ou associadamente, transplante de células-tronco ou de medula óssea<sup>8</sup>.

De acordo com o autor citado anteriormente, a cirurgia ou remoção tumoral é realizada quando a localização anatômica permite que grande parte da massa seja retirada ou se o tamanho do câncer é limitado. Já a radiação que irá eliminar as células neoplásicas causando lesão ao DNA e aos cromossomos celulares, os quais são necessários para a replicação, geralmente é utilizada, quando a excisão do tecido não pode ser realizada e quando há mais susceptibilidade das células neoplásicas. As medicações citotóxicas, quimioterápicas e endócrinas são os tratamentos mais eficientes para o combate de tumores de crescimento rápido, porque prejudicam as células malignas na síntese do DNA ou na síntese de proteínas.

A quimioterapia e a radioterapia agem indiscriminadamente sobre as células, assim, não são capazes de diferenciar as células neoplásicas das normais, causando toxicidade no organismo trazendo complicações que podem ser imediatas ou tardias como náuseas, vômito, perda do apetite, distensão e dor abdominal, refluxo, diarreia, constipação, gosto amargo, gosto metálico, dermatite, hipogeusia, fibrose, mucosite, xerostomia, cárie de radiação e osteorradionecrose<sup>3, 21</sup>.

Quando se consegue a eliminação do tumor, a quimioterapia classifica-se como curativa, e na ocasião em que é utilizada antes da cirurgia para a redução do tumor a quimioterapia denomina-se neoadjuvante. Quando o câncer se encontra em estado avançado, impossibilitando a realização cirúrgica, a quimioterapia será paliativa, com o objetivo de



favorecer a qualidade de sobrevivência do paciente. As complicações bucais durante a quimioterapia vão depender do composto químico utilizado, da dosagem, da programação terapêutica e da reação de cada paciente, podendo ocorrer cárie crônica, mucosite aguda, hipossalivação e xerostomia<sup>13, 15</sup>.

A radioterapia é uma terapia antineoplásica loco-regional, sendo a mesma utilizada para tratar oncologias e consiste na aplicação de radiação ionizante sobre a região afetada. Essa terapia atinge células neoplásicas e também células normais que estão adjacentes ao câncer, agindo sobre o DNA nuclear das células, levando à morte ou perda da sua capacidade reprodutiva. Quando a radioterapia é realizada na região de cabeça e pescoço, produz, dependendo da fonte, do campo e das doses de radiação, alterações reversíveis e irreversíveis principalmente na mucosa, glândulas salivares, estrutura de suporte dos dentes e nas estruturas dentárias. As reações podem ocorrer durante ou nas semanas imediatas ao tratamento (fase aguda), em meses ou anos após a radioterapia (fase crônica). As manifestações mais frequentes na cavidade oral são: mucosite e xerostomia<sup>5, 7, 13, 19, 20</sup>.

## **2.2 Xerostomia**

A xerostomia (xeros = seco, stoma = boca), pode ser encontrada em pacientes ambulatoriais de qualquer faixa etária, principalmente entre os idosos. É uma sensação subjetiva de secura da boca, de etiologia variada, que resulta ou não da redução ou interrupção da secreção salivar. Pode ser uma experiência extremamente desagradável para o paciente<sup>13</sup>.

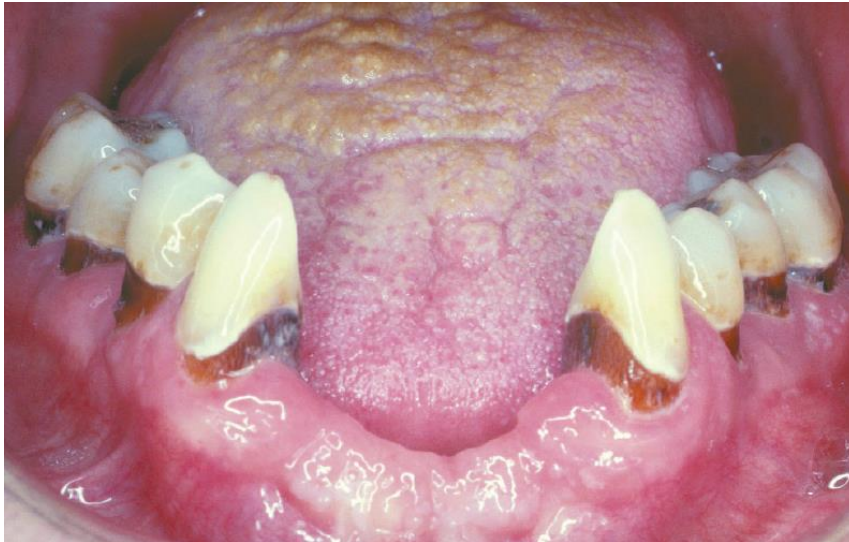
A xerostomia é a sensação de secura bucal, enquanto a hipossalivação é a produção diminuída de saliva devido à hipofunção das glândulas salivares. Frequentemente a xerostomia está associada ao decréscimo da taxa de fluxo salivar podendo ser causada por uma alteração quantitativa ou qualitativa da saliva<sup>15</sup>.

A saliva é considerada uma secreção glandular que permite a hidratação dos dentes e a mucosa bucal. Sendo sua presença vital para manutenção dos tecidos bucais e do epitélio gastrointestinal. Tem como desempenho a lubrificação durante a fala, a mastigação, a digestão, o paladar e a deglutição. Além dessas funções, tem ação antimicrobiana e de autolimpeza, e é essencial na retenção das próteses removíveis<sup>24</sup>.

As glândulas salivares são muito sensíveis à radiação, sendo a xerostomia uma complicação comum. Quando uma parte delas é incluída nos campos de radiação, as remanescentes desenvolvem uma hiperplasia compensatória na tentativa de manter a função. As mudanças começam em uma semana após o início da radioterapia, com diminuição intensa do fluxo salivar sendo notada durante as seis primeiras semanas de tratamento. Em

decorrência disso, sem a devida intervenção, os pacientes frequentemente desenvolvem secura bucal sintomática, que afeta sua habilidade de comer confortavelmente, de usar próteses, de falar e de dormir. Além disso, com frequência há aumento do índice de cáries relacionadas à xerostomia (Figura 1)<sup>14</sup>.

**Figura 1:** Cáries em decorrência da xerostomia.



**Fonte:** Neville (2016).

A qualidade e quantidade da saliva produzida podem ser alteradas por fatores fisiológicos, emocionais, hormonais ou uso de medicamentos. Em pacientes acometidos pelo câncer, a xerostomia também pode ocorrer devido aos fármacos utilizados. E seu diagnóstico pode ser realizado principalmente com o teste de sialometria, considerando-se anormal quando a quantidade de saliva for inferior a 0,1 ml/min sem estímulo e 0,5 ml/min com estímulo<sup>16, 23</sup>.

Os sintomas apresentados são de ligeira secura da boca à sensação de queimadura intensa e completa ausência de saliva, dificuldade em engolir alimentos secos e sensação de queimação com alimentos condimentados e frutas ácidas. Os sintomas da xerostomia afetam o indivíduo não apenas na saúde bucal, mas também na qualidade de vida<sup>7, 12</sup>.

O cirurgião-dentista deve orientar o paciente para que promova uma minuciosa higiene oral, não fume, não ingira bebidas alcólicas, ácidas ou quentes, prefira alimentos mais pastosos e frios<sup>7, 12</sup>.

O tratamento é paliativo e envolve a prescrição de saliva artificial, sendo um lubrificante formulado a partir de rinses bucais à base de carboximetilcelulose, disponíveis na forma de gel e spray, com a finalidade de reduzir a tensão superficial, lubrificar e hidratar a

mucosa bucal, possibilitando ao paciente sensação de conforto. Bochechos com solução de bicarbonato de sódio (5%) por possuir poder tampão e ser capaz de diluir o muco. Estimular a secreção salivar com sialogogos, caso haja tecido glandular residual para ser estimulado, recomendar o uso de goma de mascar que não contenha açúcar, prescrever pilocarpina, que é um estimulante glandular, por suas propriedades agonistas muscarínicas-colinérgicas, 5mg, três vezes ao dia durante as refeições. Manter a hidratação frequente, ingerindo bastante líquido e dormir com aparelho de umidificação<sup>7, 12, 14</sup>.

A saliva é o líquido que umedece a cavidade bucal, sendo secretada por todas as glândulas salivares. Apresenta como funções a proteção da mucosa bucal e dos elementos dentários, defesa através da lisozima, formação do bolo alimentar; digestão inicial de polissacarídeos, como o amido e o glicogênio; regulação do pH do meio bucal a 6,9, pelos tampões salivares, mucina, bicarbonato e monofosfato, evitando as lesões produzidas pelo excesso de ácidos e bases; e autóclise ou autolimpeza da boca através dos movimentos mastigatório<sup>4</sup>.

### **2.3 Mucosite**

A mucosite oral é uma reação inflamatória da mucosa e submucosa, resultante do efeito citotóxico da quimioterapia e radioterapia de cabeça e pescoço, sendo um dos efeitos colaterais que mais debilitam os pacientes durante a oncoterapia. O nome mucosite é empregado para nomear uma reação inflamatória intensa que se desenvolve nas membranas mucosas que revestem a boca e orofaringe (Figura 2) em resposta à radioterapia e quimioterapia. Sua ocorrência e severidade estão fortemente relacionadas à dose, ao campo de irradiação, ao fracionamento e ao tipo de radiação ionizante empregada. Portanto, quando acontece durante o curso de um tratamento radioterápico convencional, é chamada de mucosite por radiação. Esta é uma manifestação estomatológica bastante frequente durante e até alguns dias após o término da radioterapia na região de cabeça e pescoço<sup>7, 12, 24</sup>.

**Figura 2:** Áreas de eritema, hiperqueratose e ulceração em paciente submetido à radioterapia da região de cabeça e pescoço.



**Fonte:** Neville (2016).

Os sinais e sintomas podem aparecer logo na segunda semana de tratamento. A fisiopatologia da mucosite é dividida em quatro fases, que são inflamatória, epitelial, ulcerativa e curativa. A mucosa exposta às radiações apresenta-se inicialmente atrofica, com cor amarela pálida e, após a remoção dessa camada superficial, torna-se erosiva, eritematosa e dolorosa. Geralmente as lesões aparecem bilateralmente, começando em zonas não queratinizadas. Por volta da sexta semana de tratamento, a mucosite aumenta consideravelmente, abrangendo a região de nasofaringe e esôfago. A mucosa torna-se muito sensível às infecções e traumatismos, por consequência ocorrem telangiectasias, trombozes capilares e espessamento das paredes vasculares, aumentando o risco de infecções ósseas subjacentes. A dificuldade da alimentação durante esse processo aumenta progressivamente devido à dor e perda do paladar<sup>7, 13, 22</sup>.

A mucosite pode ser mensurada conforme escala de diferenciação dos graus de acordo com a toxicidade oral, ou seja: Grau 0- ausência de alteração na mucosa; Grau 1- sensibilidade e eritema; Grau 2- eritema e úlcera e o paciente consegue deglutir alimentos sólidos; Grau 3- úlcera e extenso eritema, o paciente não consegue deglutir dieta sólida; e Grau 4- úlcera e mucosite extensa e o paciente não consegue deglutir<sup>1, 13</sup>.

O tratamento para prevenção e redução da severidade da mucosite e evitar o risco de bacteremia, começa pela orientação do paciente em manter uma cuidadosa higiene bucal, crioterapia, bochechos com chá de camomila, leite de magnésia ou benzidamina, fazer uso de anestésicos tópicos (gel ou pastilhas) antes das refeições, utilizar antissépticos bucais sem

álcool, prescrever anti-inflamatórios e analgésicos, manter a hidratação, realizar terapia com laser de baixa potência e em casos mais graves, utilizar antimicrobianos tópicos e sistêmicos<sup>1, 7-8, 13, 17, 22</sup>.

Estudos demonstram que a camomila (*Chamomilla recutita*) possui propriedades anti-inflamatórias, bacteriostática e antisséptica e ajuda na cicatrização de feridas. E o laser de baixa potência vem apresentando resultados efetivos na redução da mucosite oral severa, pela sua capacidade em promover a reepitelização e apresentar propriedades analgésicas e anti-inflamatórias. Trata-se de uma opção viável, pois não há efeitos colaterais e tem baixo custo<sup>1, 17, 22</sup>.

#### **2.4 Tratamentos odontológicos antes, durante e após a terapia antineoplásica**

O protocolo que o cirurgião-dentista deve utilizar antes da oncoterapia consiste em realizar anamnese minuciosa, exame físico extra e intrabucal, realizar exames imagiológicos, identificar os riscos para lesões ou complicações orais, orientação verbal e escrita acerca de como o paciente deve realizar a higiene oral, orientando a utilização de escova ultra macia, dentifrício com flúor, bicarbonato de sódio, e antisséptico bucal, eliminar as arestas cortantes e realizar polimento de dentes e restaurações, orientar quanto à higienização das próteses (totais ou PPRs). Ajustar as próteses removíveis, pois se estiverem mal ajustadas podem ser fontes de infecção, ajustar próteses fixas, pois excessos podem ser irritantes caso ocorra mucosite, remover aparelhos fixos, realizar moldagem para confeccionar moldeira para a aplicação de flúor. Orientar parentes e cuidadores sobre o plano de tratamento traçado, devendo ser cuidadosamente anotado em prontuário para que a equipe multidisciplinar tenha acesso. E caso o paciente necessite de dieta hipercalórica, rica em carboidratos, devem-se redobrar os cuidados de higiene oral após a ingestão desses alimentos, detectar e remover focos de infecção, diagnosticar e tratar lesões de tecidos moles e duros e detectar lesões metastáticas orais<sup>2, 8, 12, 15, 18-20</sup>.

A higiene bucal em paciente entubado é realizada utilizando o dispositivo swab e gluconato de clorexidina a 0,12%, de 12 em 12 horas (duas vezes ao dia), descritas nas etapas a seguir: desinfecção das mãos; calçar luva estéril; aspirar a cavidade bucal; realizar higiene bucal com swab embebido em clorexidina 0,12% nas superfícies dentárias, mucosa bucal, palato, dorso da língua e sonda de entubação; aspirar constantemente a cavidade bucal durante a higiene; aplicar lubrificante bucal nos lábios a cada 6 horas, para minimizar o ressecamento labial. A opção do uso do swab para a realização da higiene bucal é devido ao fato de ser

descartável, não atuar como possível meio de cultura, ser de simples manuseio, e por cumprir o principal objetivo que é a desorganização e eliminação de placa dentária<sup>6</sup>.

Os tratamentos odontológicos eletivos como troca de próteses e restaurações para fins estéticos são contraindicados em pacientes que já iniciaram o tratamento antineoplásico, esses procedimentos devem ser adiados até o final da oncoterapia. Porém, durante a oncoterapia, o paciente deverá consultar regularmente um cirurgião-dentista, devendo o profissional realizar anamnese, exame físico extra e intraoral, exames de imagem. A higiene oral deve ser incentivada e controlada, o cirurgião-dentista deve verificar a necessidade de indicar escovas especiais, se a escovação estiver insatisfatória deve-se indicar solução com gluconato de clorexidina a 0,12% sem álcool. Esponjas orais ou gaze umedecida com gluconato de clorexidina a 0,12% devem ser utilizadas para limpar os tecidos quando a boca estiver muito sensível para a limpeza com escova macia<sup>8, 12, 23</sup>.

Para evitar infecções fúngicas, as próteses removíveis devem ser limpas com escovação e imersas em solução com gluconato de clorexidina, ou em solução com hipoclorito de sódio, devendo ser enxaguadas abundantemente em água corrente, antes do uso. Em alguns casos, torna-se difícil o uso de PPRs, devendo os pacientes serem orientados a removê-las provisoriamente para evitar o aparecimento de lesões. Em decorrência da radiação, os pacientes estão sujeitos ao aparecimento de cáries e devem ser aconselhados nutricionalmente à suplementação e fazer escovação com flúor. Caso ocorra o aparecimento de lesões cariosas, estas devem ser removidas e restauradas com ionômero de vidro<sup>8, 12</sup>.

Deve-se recomendar ao paciente que realize bochechos com chá de camomila cinco a dez vezes ao dia, durante cento e oitenta dias, pois estudos demonstram que o procedimento contribui para minimizar o desconforto da hipossalivação. Outros estudos demonstram que o bochecho pode ser realizado com o mesmo chá frio cinco vezes ao dia, intercalando com bochecho de água com bicarbonato<sup>1</sup>.

Após a realização da oncoterapia, o paciente deverá passar pelo oncologista para determinar se houve a cura do câncer, se está em remissão ou sob cuidados paliativos. Se a terapia antineoplásica foi finalizada e houve cura ou remissão do câncer, o paciente deve ser inserido num programa de retomada para os cuidados bucais. Recomenda-se que o paciente seja acompanhado pelo cirurgião-dentista em um intervalo de um a três meses durante os dois primeiros anos; e, pelo menos a cada três a seis meses nos anos seguintes, e após cinco anos o paciente deve passar pela consulta odontológica pelo menos uma vez ao ano<sup>8, 12</sup>.

O programa de retomada de tratamento odontológico é importante, tendo em vista, que pacientes com câncer tendem a desenvolver lesões adicionais. Podem ocorrer

metástases e recidivas em lesões iniciais, detecção de complicações relacionadas à oncoterapia como a xerostomia, cárie de radiação e osteorradionecrose. Ao final do tratamento antineoplásico, o paciente deverá realizar consultas odontológicas periódicas. O cirurgião-dentista deve realizar anamnese, exame físico extra e intraoral, e reforçar as orientações quanto à higiene oral. Caso o paciente tenha doença periodontal não controlada, deve-se iniciar um tratamento rigoroso; se houver necessidade de restaurações, estas devem ser simples, devolvendo aceitavelmente a função e estética. Deve-se evitar o uso de próteses removíveis e o paciente deve ser orientado a dormir sem as próteses<sup>8, 12</sup>.

O agendamento de consultas odontológicas é importante para que o paciente dentado mantenha uma boa higiene oral, podendo, também, o cirurgião-dentista detectar precocemente doenças nos tecidos moles e duros, assim, sendo possível evitar inflamações e infecções que envolvam o osso adjacente que podem desenvolver necrose. Caso o paciente necessite realizar procedimentos cirúrgicos, estes deverão aguardar o período recomendado pela equipe oncológica e ser advertido das possíveis consequências adversas<sup>8, 12</sup>.

#### **4. CONCLUSÃO**

A radioterapia e a quimioterapia têm sido muito utilizadas no tratamento das lesões malignas na região de cabeça e pescoço, com o intuito de melhorar a sobrevida dos pacientes. Entretanto, esta forma de tratamento vem sendo associada a várias complicações, que afetam de forma significativa a qualidade de vida dos pacientes, podendo interferir, inclusive, no andamento do tratamento. Levando em consideração que as taxas de incidência de neoplasias de cabeça e pescoço provavelmente vão se manter as mesmas das últimas décadas, é importante que profissionais da área de saúde estejam familiarizados com as alterações bucais que podem advir do tratamento antineoplásico. Além disso, com o tratamento multidisciplinar, torna-se indispensável a presença do cirurgião-dentista, a equipe médica, o fonoaudiólogo, o nutricionista e o psicólogo, buscando a melhor forma de minimizar tais complicações.



## REFERÊNCIAS

1. Albuquerque IL, Camargo TC. Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2007; 53(2): 195-209.
2. Anderson L, Medeiros F, Ciamponi A. Cuidados odontológicos em pacientes oncológicos. *Onco&*. 2014 Set/Out; 25: 24-26.
3. Bragante KC, Nascimento DM, Motta NW. Avaliação dos efeitos agudos da radioterapia sobre os movimentos mandibulares de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2011 Mar/Abr; 16(2):141-147.
4. Bretas LP, Rocha ME, Vieira MSA, Rodrigues AC. Fluxo salivar e capacidade tampante da saliva como indicadores de susceptibilidade à doença cárie. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2008 Set/Dec; 8(3):289-293.
5. Campana IG, Goiato MC. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2013 Jan/Jun; 34(1): 20-26.
6. Franco JB, Jales SM, Zambon CE, Fajarra FJ, Ortegosa MV, Guardieiro PF, et al. Higiene bucal para pacientes entubados sob ventilação mecânica assistida na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2014;59(3):126-31.
7. Jham BC, Freire AR. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2006 Set/Out; 72(5): 704-8.
8. Kignel S. *Estomatologia: bases do diagnóstico para o clínico geral*. São Paulo: Santos; 2015. 268 p.
9. Korn GP, Pupo DB, Quedas A, Filho IV. Correlação entre o grau de xerostomia e o resultado da sialometria em pacientes com síndrome de Sjogren. *Ver Bras Otorrinolaringol*. 2002 Set/Out; 68(5):624-8.
10. Kroetz FM, Czylusniak GD. Alterações bucais e condutas terapêuticas em pacientes infanto-juvenis submetidos a tratamentos anti-neoplásicos. *Ci. Biol. Saúde*. 2003 Jun; 9(2):41-48.

11. Lopes FF, Silva LF, Carvalho FL, Oliveira AE. Estudo sobre xerostomia, fluxo salivar e enfermidades sistêmicas em mulheres na pós-menopausa. *RGO*. 2008 Abr/Jun; 56(2):127-130.
12. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. 339 p.
13. Marcucci G. Estomatologia – Fundamentos de Odontologia. São Paulo: Guanabara Koogan; 2014. 340 p.
14. Martins MA, Carrard VC, Munerato MC, Martins, MD. Terapias antineoplásicas e odontologia: o que e como fazer. In: Brunetti-Montenegro FL, Marchini L. *Odontogeriatría: uma visão gerontológica*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p. 213-225.
15. Neville BW. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 928 p.
16. Paiva MD, Biase RC, Moraes JJ, Ângelo AR, Honorato MC. Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica. *Arquivos em Odontologia*. 2010 Jan/Mar; 46(1): 48-55.
17. Pupo D, Bussoloti I, Liquidato B, Korn G. Proposta de um método prático de sialometria. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2002 Mar/Abr; 68(2): 219-222.
18. Rampini MP, Ferreira EM, Ferreira CG, Antunes HS. Utilização da terapia com laser de baixa potência para prevenção de mucosite oral: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2009; 55(1): 59-68.
19. Santos CC, Noro-Filho GA, Caputo BV, Souza RC, Andrade DM, Giovani EM. Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião-dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal. *J. Health Sci. Inst*. 2013; 31(4): 368-372.
20. Santos MG, Silva LC, Lins CA, Passos DD, Neto JN, Nunes TS. Fatores de risco em radioterapia de cabeça e pescoço. *Rev. Gaúcha Odontol*. 2010 Abr/Jun; 58(2): 191-196.
21. Sassi LM, Machado RA. Protocolo pré-radioterapia de cabeça e pescoço. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2009 Jul/Set; 38(3): 208-210.
22. Schein CF, Marques AR, Vargas CL, Kirsten VR. Efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes oncológicos hospitalizados. *Ciências da Saúde*. 2006; 7(1): 101-107.

23. Schirmer E, Ferrari A, Trindade L. Evolução da mucosite oral após intervenção nutricional em pacientes oncológicos no serviço de cuidados paliativos. Rev. Dor. 2012 Abr/Jun; 13(2): 141-146.
24. Tojal FR, Teixeira LC, Luiz FB. A importância da odontologia na prevenção e no tratamento das complicações bucais da quimioterapia antineoplásica . In: Villalba JP. Odontologia e saúde geral. São Paulo: Santos; 2008.
25. Tommasi MH. Diagnóstico em patologia bucal. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.37 p.