

A importância do cirurgião-dentista nos efeitos adversos na cavidade bucal do tratamento oncológico de cabeça e pescoço

The Importance of Dentist Surgery in Adverse Effects in the Oral Cavity of Oncological Treatment of Head and Neck

Isis Spadini Fernandes¹
Cláudia Perez Trindade Fraga²

Resumo: O tratamento oncológico de cabeça e pescoço pode provocar reações adversas na cavidade oral. O cirurgião-dentista pode intervir na prevenção de possíveis lesões e em alterações já instaladas em decorrência do tratamento. O objetivo neste estudo foi o de analisar a participação da Odontologia Hospitalar no Hospital Heliópolis em equipe multiprofissional de saúde, por meio de questionário elaborado para pacientes em tratamento oncológico de cabeça e pescoço que apresentaram efeitos adversos na cavidade oral. As manifestações mais encontradas na cavidade bucal foram xerostomia, mucosite oral e candidíase oral, enquanto que a cárie de radiação e a osteorradionecrose foram os efeitos adversos que os pacientes menos desenvolveram. Os procedimentos odontológicos realizados durante o tratamento oncológico amenizaram os sinais e os sintomas das manifestações bucais, principalmente os sintomas de xerostomia e de dor, proporcionando melhora no quadro clínico e qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Câncer de Cabeça e Pescoço; Radioterapia; Quimioterapia; Manifestações Bucais; Odontologia Hospitalar.

Abstract: The oncological treatment of head and neck can provoke adverse reactions in the oral cavity. The dentist surgery can intervene in the prevention of possible lesions and in alterations already installed as a result of the treatment. The objective in this study was to analyze the participation of Hospital Odontology in the Heliopolis Hospital in a multiprofessional health team, through a questionnaire elaborated for patients in oncological treatment of head and neck who presented adverse effects in the oral cavity. The most frequent manifestations in the oral cavity were xerostomia, oral mucositis and oral candidiasis, whereas the caries of radiation and osteoradionecrosis were the adverse effects that patients developed the least. The dental procedures performed during the oncological treatment ameliorated the signs and symptoms of oral manifestations, especially the symptoms of xerostomia and pain, providing improvement in the clinical picture and patients' quality of life.

Keywords: Head and Neck Cancer; Radiotherapy; Chemotherapy; Oral Manifestations; Hospital Dentistry.

Introdução

O número de pacientes com neoplasias malignas na região de cabeça e pescoço é significativo. O câncer de cabeça e pescoço, em nível mundial, representa 10% dos tumores malignos envolvendo vários sítios. Cerca de 40% dos

¹ Graduada em Odontologia pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida Souza, 200, Mogi das Cruzes (SP), CEP 08780-911. E-mail: isisspadini@hotmail.com

² Formada em Odontologia pela FOU SP. Especialista em Estomatologia pelo CEPE - Hospital Heliópolis. Mestre em Odontopediatria pela FOU SP. Doutora em Clínicas Odontológicas pela FOU SP. Habilitada em Odontologia Hospitalar pelo CFO. Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Av. Dr. Cândido Xavier de Almeida Souza, 200, Mogi das Cruzes (SP), CEP 08780-911. E-mail: perez@umc.br

casos ocorrem na cavidade oral, 25% na laringe, 15% na faringe, 7% nas glândulas salivares e 13% nos demais locais (CARDOSO *et al.*,2005). Segundo Volpato (*et al.*, 2014), os pacientes oncológicos têm como alternativas de tratamento a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. Esses métodos são eficazes na cura do câncer, porém, acarretam alterações nos tecidos sadios, gerando consequências que muito interessam ao profissional de odontologia. A maioria das neoplasias malignas, ao serem diagnosticadas, estão em estágio avançado, apresentando como alternativa de tratamento a quimioterapia e a radioterapia. Os efeitos colaterais desses tratamentos na região de cabeça e pescoço têm impacto determinante na qualidade de vida do paciente.

De acordo com Anelli (*et al.*, 2000), a associação de quimioterapia e radioterapia tem sido muito explorada nos últimos anos como tratamento dos tumores de cabeça e pescoço. De todas as combinações possíveis, a administração concomitante de ambas é a que tem-se mostrado mais eficaz em termos de sobrevida e controle locorregional. A quimioterapia e a radioterapia são modalidades terapêuticas que visam erradicar os tumores malignos. Entretanto, provocam efeitos colaterais importantes que devem ser do conhecimento do cirurgião-dentista (SANTOS C.C *et al.*, 2013).

A saúde bucal deficiente é fator que diminui a qualidade de vida dos pacientes oncológicos, e a preservação da saúde bucal, somada à reabilitação, melhora a qualidade de vida do paciente (TUPINAMBÁ *et al.*,2009). As alterações mais frequentes nos pacientes submetidos à quimioterapia e radioterapia são a xerostomia, a mucosite oral, a cárie de radiação, a candidíase oral e a osteorradionecrose.

O cirurgião-dentista tem papel fundamental junto à equipe multidisciplinar no atendimento de pacientes oncológicos, sendo necessário o conhecimento de todos os efeitos colaterais que eventualmente possam surgir na cavidade bucal. O controle desses efeitos adversos pode propiciar ao paciente melhor qualidade de vida, e o acompanhamento dos pacientes durante o tratamento pelo cirurgião-dentista minimiza o risco de aparecimento das complicações bucais.

O objetivo neste estudo foi o de avaliar a participação da Odontologia Hospitalar integrada à equipe multiprofissional de saúde na oncoterapia, por meio da aplicação de questionário entre os pacientes oncológicos de cabeça e pescoço

que apresentaram efeitos adversos na cavidade bucal, devido ao tratamento oncológico.

O estudo foi realizado por meio de entrevista direta e aplicação de questionário desenvolvido especialmente para 20 pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço (cavidade oral, laringe, faringe, cavidade nasal, seios paranasais e glândulas salivares) do setor de Oncologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis, hospital geral do governo do estado de São Paulo. As entrevistas ocorreram em âmbito ambulatorial e de internação do paciente. Na abordagem, o entrevistado foi informado de forma simples e com linguagem acessível sobre os objetivos do trabalho.

O projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Mogi das Cruzes, conforme parecer nº 2.254.848 – CAAE: 70214217.8.0000.5497. Os participantes da pesquisa aceitaram voluntariamente o convite para participar do estudo, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

No questionário, foram formuladas questões norteadoras pelas autoras do estudo para traçar o perfil clínico do paciente oncológico de cabeça e pescoço do Hospital Heliópolis, de modo a abordar as manifestações orais causadas pelo tratamento com uso de radioterapia e quimioterapia, os tratamentos odontológicos associados, além da opinião dos entrevistados com relação ao papel do cirurgião-dentista no hospital. Os pacientes apresentaram xerostomia, candidíase oral, mucosite oral, cárie de radiação e osteorradionecrose, manifestações bucais causadas pelo tratamento oncológico. O Hospital Heliópolis oferece, em sua equipe multidisciplinar de saúde, o trabalho do cirurgião-dentista, tendo o setor de Estomatologia como clínica responsável pela avaliação e diagnóstico das condições odontológicas dos pacientes e pelo tratamento das lesões na cavidade bucal.

Os dados foram compilados e submetidos à análise estatística quantitativa e qualitativa, por meio do software de auxílio de pesquisa Google Forms. As informações foram apresentadas em forma de gráficos e tabela simples, elaborados por meio do programa de processamento Microsoft Office Excel 2016. Os resultados obtidos com o estudo foram comparados com dados da literatura para análise e conclusão do trabalho.

Resultados

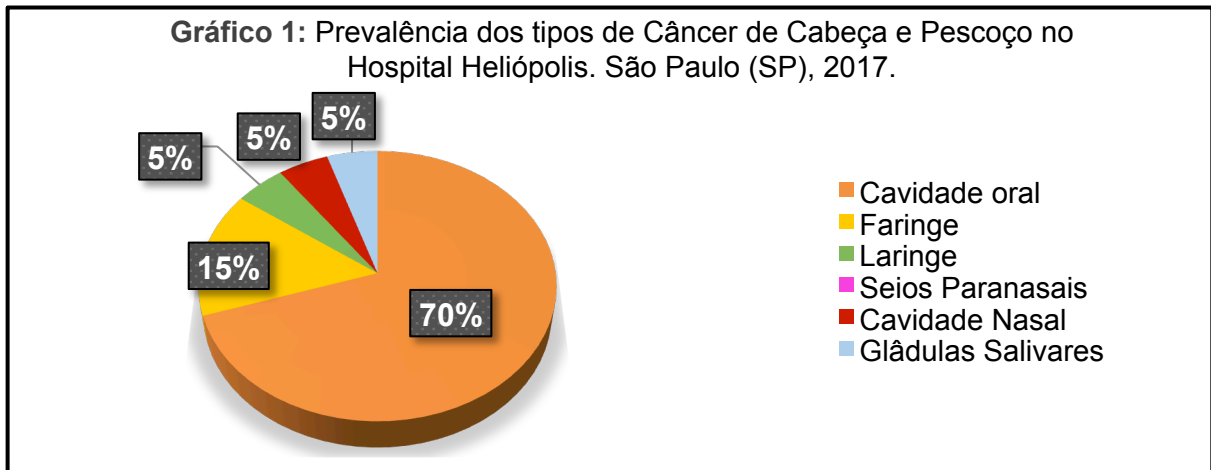
Participaram do estudo 20 pacientes que realizaram tratamento oncológico de cabeça e pescoço no Hospital Heliópolis e apresentaram manifestações bucais decorrentes do tratamento. Entre os participantes da pesquisa, observou-se predominância do sexo masculino. Foram entrevistados 16 pacientes do sexo masculino (correspondendo a 80 % dos participantes) e quatro pacientes do sexo feminino (o que corresponde a 20% dos participantes).

A idade dos indivíduos variou entre 25 e 84 anos, com média de 56,3 anos. A **Tabela 1** mostra a distribuição do número de pacientes de acordo com a faixa etária. Com relação à faixa etária de pessoas acometidas por neoplasias malignas, na amostra, prevaleceu as idades entre 56 a 65 anos (foram observados 12 pacientes nessa faixa, o que corresponde a 60% dos pesquisados). Neste estudo, houve predominância de acometimento das neoplasias na faixa etária que compreende a população com idade mais avançada em relação à população mais jovem.

Tabela 1: Faixa etária dos pacientes com câncer e cabeça e pescoço.

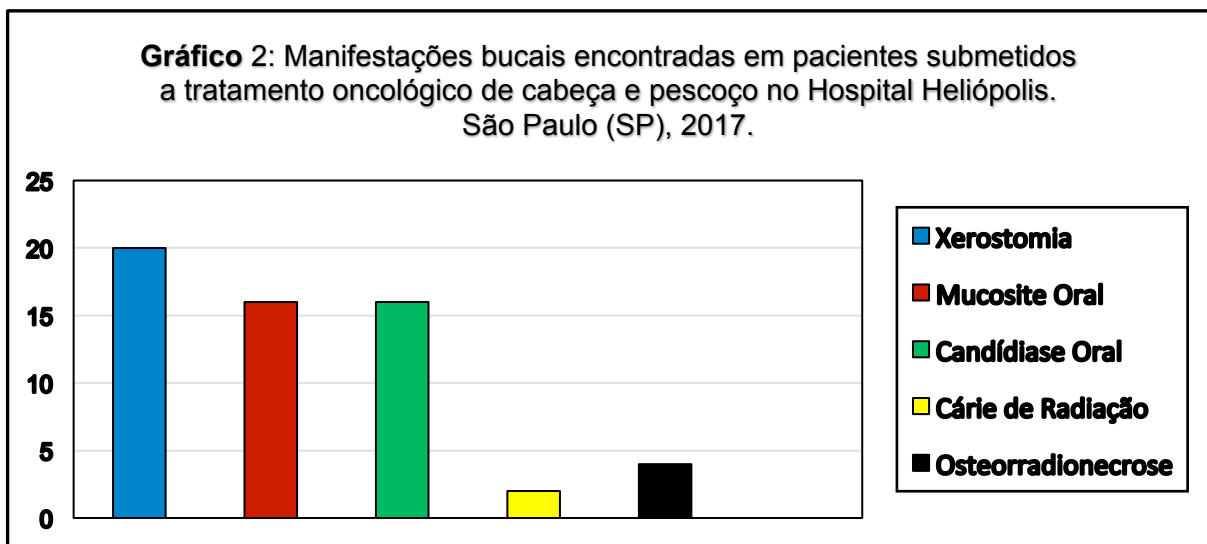
| Faixa etária | Número de pacientes (%) |
|--------------|--------------------------|
| 20 a 30 | 2 (10) |
| 31 a 45 | 2 (10) |
| 46 a 55 | 2 (10) |
| 56 a 65 | 12 (60) |
| 66 a 75 | 1 (5) |
| 76 a 84 | 1(5) |

O tipo de câncer mais prevalente na amostra do estudo, dentre as neoplasias malignas de cabeça e pescoço, foram: câncer de cavidade oral (14 casos, correspondendo a 70%), seguido de câncer de faringe (três casos, correspondendo a 15%), câncer de laringe (um caso, correspondendo a 5%), câncer de cavidade nasal (um caso, correspondendo a 5%) e câncer de glândulas salivares (um caso, correspondendo a 5%). Não houve participante do estudo com câncer de seios paranasais (**Gráfico 1**).



A seleção dos pacientes ocorreu conforme o tipo de tratamento oncológico que estavam realizando, ou seja, quimioterapia e radioterapia. Correspondendo a 70% dos entrevistados, 14 dos pacientes realizaram quimioterapia e radioterapia associadas para o tratamento, e seis pacientes, correspondendo a 30% dos participantes, realizaram somente a radioterapia.

Com relação às manifestações bucais que acometeram os pacientes oncológicos, observou-se predominância de xerostomia (20 casos, o que corresponde a 100% dos pacientes), seguido de mucosite oral (16 casos, correspondendo a 80%), candidíase oral (16 casos, correspondendo a 80%), osteorradição (quatro casos, correspondendo a 20%) e cárie de radiação (dois casos, correspondendo a 10%) conforme o **Gráfico 2**.



Na **Tabela 2**, é possível observar os sinais e sintomas das manifestações bucais encontradas em pacientes submetidos a tratamento oncológico de cabeça e pescoço. Dentre os sinais e sintomas que mais foram amenizados com o tratamento odontológico, destacam-se a xerostomia, em 15 pacientes (75 %), seguidos por 14 pacientes (70% dos entrevistados), que disseram ter diminuído o sintoma de dor, 13 pacientes (65% dos participantes) relataram que a sensação de queimação e as úlceras dolorosas foram amenizadas e 11 pacientes (55% dos entrevistados) tiveram melhora na deglutição após o tratamento.

Tabela 2: Sinais e sintomas das manifestações bucais devido ao tratamento oncológico de cabeça e pescoço amenizados pelo tratamento odontológico no Hospital Heliópolis. São Paulo (SP), 2017.

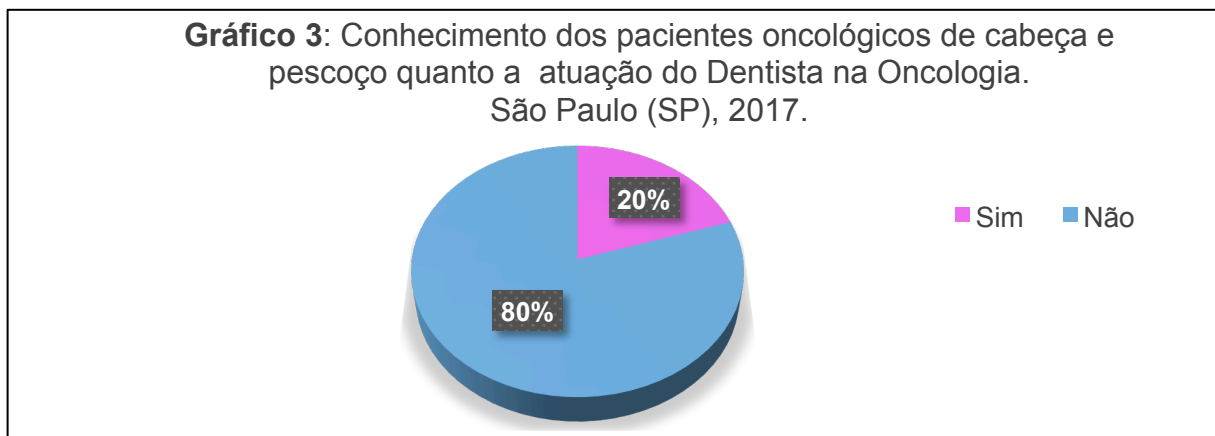
| SINAIS E SINTOMAS | Nº PACIENTES | TOTAL EM % |
|-----------------------------------|---------------------|-------------------|
| Xerostomia | 15 | 75 |
| Dor | 14 | 70 |
| Sensação de queimação | 13 | 65 |
| Úlceras dolorosas | 13 | 65 |
| Dificuldade de deglutição | 11 | 55 |
| Diminuição de queimação | 8 | 40 |
| Dificuldade de falar | 6 | 30 |
| Sensibilidade a alimentos quentes | 6 | 30 |
| Edema | 6 | 30 |
| Sangramento | 3 | 15 |
| Lesões cariosas | 2 | 10 |
| Outros | 0 | 0 |

Os procedimentos odontológicos mais realizados nos pacientes oncológicos no Hospital Heliópolis foram a laserterapia (80% dos participantes), 16 pacientes (correspondendo a 80% dos participantes) utilizaram bochechos com nistatina, 15 pacientes (75%) utilizaram substitutos de saliva e reforçaram os cuidados de higiene oral. Em 10 pacientes (50%) houve referência a outros procedimentos odontológicos realizados, como prescrição de bochechos com chá de camomila, bochechos com bicarbonato de sódio, uso de pomada anestésicas (Gingilone®) e irrigação com clorexidina 0,12%, em lesões de osteorradionecrose; 30% utilizaram bochechos com solução fluoretada, 20% tiveram monitorização das infecções oportunistas, e 5% utilizaram medicação sistêmica antifúngica.

Sobre as consultas odontológicas realizadas no pré-tratamento oncológico, 14 pacientes (70% dos participantes) passaram por procedimentos odontológicos antes de iniciar o tratamento quimioterápico e/ou radioterápico e seis pacientes (30% dos participantes) disseram que não necessitaram de intervenção odontológica prévia.

Com relação às consultas odontológicas durante o tratamento oncológico, os 20 participantes, correspondendo a 100% dos entrevistados, necessitaram dos cuidados do cirurgião-dentista para o tratamento de lesões na cavidade oral.

Quanto ao conhecimento da atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional de saúde oncológica, 16 pacientes, correspondendo a 80%, não tinham conhecimento sobre a atuação do dentista na oncoterapia e quatro pacientes, correspondendo a 20% dos entrevistados, sabiam do papel da Odontologia no tratamento oncológico (**Gráfico 3**).



O tratamento odontológico contribuiu para a melhora do quadro clínico de todos os 20 participantes da pesquisa, sendo avaliado como ótimo por 13 pacientes, correspondendo a 65 %, e como bom por sete pacientes, correspondendo a 35%. Nenhum paciente do estudo avaliou o tratamento odontológico como regular.

Discussão

A importância da atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional de saúde é fundamental, desde a prevenção, passando pelo diagnóstico de lesões da cavidade oral, até o acompanhamento do paciente durante e após tratamento oncológico (quimioterapia e radioterapia). A Odontologia tem ampla atuação na Oncologia, principalmente no tratamento de pacientes com neoplasias malignas de

cabeça e pescoço pois, devido ao tratamento oncológico, frequentemente desenvolvem-se alterações e efeitos colaterais adversos na cavidade bucal, de interesse do cirurgião-dentista.

O Complexo Hospitalar Heliópolis é um hospital geral do governo do estado de São Paulo, referência em Oncologia, com ênfase em tumores de cabeça e pescoço. Em 2014, o hospital passou a integrar a Rede Hebe Camargo de Combate ao Câncer. O departamento de Oncologia possui equipe multidisciplinar de saúde, incluído o cirurgião-dentista, oferecendo cuidado integral ao paciente. O serviço de Estomatologia do Hospital Heliópolis é responsável pelo acompanhamento e tratamento dos pacientes oncológicos de cabeça e pescoço.

Os dados do estudo demonstraram o perfil do paciente oncológico de cabeça e pescoço atendido no hospital. Com relação ao gênero, observou-se predominância do gênero masculino (80%). Diversos autores como Bragante (*et al.*, 2011) e Valle (*et al.*, 2016), em estudos literários sobre pacientes oncológicos, concluíram que o sexo masculino é o mais acometido por câncer de cabeça e pescoço. Esses estudos também relataram o acometimento de pequeno número de pacientes do sexo feminino, o que vem corroborar com os resultados apresentados no presente trabalho, por meio do qual verificou-se que somente 20% dos pacientes entrevistados eram do sexo feminino.

Com relação à idade mais acometida pelo câncer de cabeça e pescoço observou-se que faixa etária de 56 a 65 anos foi a mais predominante no estudo, correspondendo a 60% dos pacientes. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a maior incidência do câncer de cabeça e pescoço, em pacientes do sexo masculino em idade acima dos 50 anos, está relacionada com os fatores carcinogênicos aos quais esses pacientes estão mais expostos, como, por exemplo, o uso do álcool e tabaco, associado ainda à má condição de higiene oral. Há, ainda, a prevalência aumentada do câncer em pacientes de condições sociais mais baixas.

Com relação aos dois casos de pacientes jovens que apresentaram câncer de cabeça e pescoço, estes corresponderam a 10% dos entrevistados, com faixa etária de 20 a 30 anos. O fato está de acordo com os estudos epidemiológicos dos últimos anos realizados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), demonstrando o aumento de casos em pessoas jovens, que nunca fumaram ou beberam, sendo a maioria deles supostamente associada à infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV).

Melo (*et al.*, 2012), diz que a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) é capaz de intensificar ou alterar a ação carcinogênica do álcool e do tabaco, passando a ser considerado fator de risco para desenvolvimento de neoplasias malignas, principalmente as de boca e orofaringe. O câncer de cabeça e pescoço, principalmente o câncer de boca, em pacientes jovens é mais agressivo. Entretanto, tumores ligados ao HPV apresentam prognóstico favorável com relação aos associados ao tabaco e ao álcool, pois respondem melhor ao tratamento oncológico.

Os resultados obtidos mostraram que o tipo de neoplasia de cabeça e pescoço mais prevalente entre os pacientes do Hospital Heliópolis foi o câncer de cavidade oral (70%), seguido do câncer de faringe (15%). Colombo e Rahal (2009), em revisão de literatura, concluíram que a ocorrência aproximada é de 40% na cavidade oral, 25% na laringe e 15% na faringe, sendo o restante nos demais sítios remanescentes. Na pesquisa constatou-se grande número de pacientes com câncer de cavidade oral, representando por 14 casos dos entrevistados, talvez por tratar-se de um hospital referência nessa área.

Muitos estudos demonstraram que o câncer oral é o tipo mais comum de neoplasia maligna na região de cabeça e pescoço. Grimald (*et al.*, 2005), relata que, dos carcinomas de cabeça e pescoço, 40% manifestam-se na boca, sendo 90% deles representado pelo carcinoma espinocelular (CEC). Valle (*et al.*, 2016) também concluí que o carcinoma espinocelular (CEC) representa o tumor mais frequente dentre todos dos cânceres localizados na topografia de cabeça e pescoço.

O tratamento oncológico de cabeça e pescoço é definido de acordo com a localização do tumor e a partir do estágio em que a doença se apresenta. De acordo com Tupinambá (*et al.*, 2009), o tratamento das neoplasias malignas difere, podendo ser cirúrgico, radioterápico e quimioterápico. A escolha depende da localização, do estado clínico da lesão, das expectativas e das condições físicas do paciente.

Segundo Santos (*et al.*, 2013), a quimioterapia associada à radioterapia é empregada nos casos mais avançados, muitas vezes quando a cirurgia já pode estar dificultada por uma série de fatores. A radioterapia pode ser indicada no pré-operatório, visando à diminuição do volume do tumor ou a melhora dos sintomas do paciente. Anelli (*et al.*, 2000) também conclui que a associação de quimioterapia e radioterapia tem sido muito explorada nos últimos anos para tratamento dos tumores de cabeça e pescoço e, de todas as combinações possíveis, a administração

concomitante de ambas é a que tem-se mostrado mais eficaz em termos de sobrevida e controle locorregional.

Segundo Freire (2005) e Anderson (*et al.*, 2014) a radioterapia e a quimioterapia agem de forma inespecífica, afetando não apenas as células neoplásicas, que se reproduzem de maneira desordenada, mas também as células do tecido sadio, gerando reações adversas em nível sistêmico e na cavidade bucal. Anderson (*et al.*, 2014) destacou que as complicações bucais presentes no paciente oncológico podem ser consequência do tratamento, ou até mesmo da mielossupressão resultante desse tratamento.

A xerostomia foi relatada por todos os participantes do estudo. Os sintomas referidos pelo paciente com xerostomia foram: sensação de queimação, dificuldade de deglutição, dificuldade de falar, diminuição do paladar, ressecamento dos lábios, comissuras labiais fissuradas, afetando a habilidade do paciente de se alimentar e usar próteses, além do propiciar controle inadequado da placa bacteriana e modificações na dieta. Os pacientes passam a ingerir dieta pastosa e rica em açúcares, elevando o consumo de alimentos altamente cariogênicos, aumentando o risco para a ocorrência de cárie de radiação.

Os procedimentos odontológicos do Hospital Heliópolis selecionados para o controle da xerostomia incluem a prescrição de substitutos de saliva, relatado por 75% dos participantes da pesquisa, além de orientação de estimulação do fluxo salivar, por meio do uso de gomas de mascar sem açúcar e ingestão periódica de líquidos para umidificação da mucosa oral. Os seis pacientes, correspondendo a 30% dos entrevistados, também realizaram bochechos com solução fluoretada para prevenção de cárie. Diante do protocolo de tratamento odontológico do hospital, 75% dos pacientes que desenvolveram a xerostomia disseram que a sensação de boca seca amenizou com o tratamento realizado.

A mucosite oral foi a segunda manifestação bucal que mais acometeu os pacientes em tratamento oncológico do estudo, correspondendo a 80% dos participantes. Diversos autores como Neville (*et al.*, 2004), Santos (*et al.*, 2009) e Paiva (*et al.*, 2010) relataram que, clinicamente, as manifestações da mucosite representam uma variedade de alterações na mucosa oral, que incluem desde a eritema até lesões ulceradas mais comum em região de mucosa jugal, assoalho bucal, palato mole e borda lateral de língua. Os sinais e sintomas incluem dor

intensa, eritema, edema, sensação de ardência, sensibilidade aumentada a alimentos quentes ou ácidos, dificultando a alimentação e a fala do paciente. As ulcerações aumentam o risco de infecção local e sistêmica, como a candidíase oral, comprometendo a função oral e interferindo no tratamento antineoplásico, podendo levar à sua interrupção, o que compromete a sobrevida do paciente.

O tratamento odontológico realizado nesses pacientes para a mucosite oral é baseado no seu controle clínico, pois enquanto o paciente estiver em radioterapia e/ou quimioterapia, o dentista, por meio da laserterapia e da prescrição de anti-inflamatórios, ameniza a dor e a inflamação, ajudando no processo de cicatrização da mucosa bucal, reduzindo a intensidade da mucosite e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Todos os 16 pacientes (80% dos entrevistados) que desenvolveram a mucosite oral foram tratados com laserterapia, sendo um tratamento de grande aceitação e reconhecimento dos pacientes. As úlceras dolorosas diminuíram em 65% por meio do tratamento com laser de baixa intensidade. A sintomatologia dolorosa amenizou em 70% dos casos e a sensação de queimação na boca foi amenizada em 65% dos pacientes com o tratamento do hospital. Bochechos com chá de camomila, várias vezes ao dia, são recomendados como auxiliar no tratamento da mucosite, pois a camomila tem ação anti-inflamatória na mucosa oral. A mucosite oral por quimioterapia e induzida por radiação desaparece lentamente, duas ou três semanas após o término do tratamento oncológico.

Com relação à candidíase oral, 80% dos participantes relataram terem desenvolvido essa infecção fúngica. O tratamento para candidíase oral consiste na administração de antifúngicos tópicos orais (como a nistatina 100.000 UI/mL-1, 4 a 5x ao dia). Todos os pacientes oncológicos que desenvolveram candidíase oral (80%) relataram que realizaram bochechos com solução de nistatina. O fluconazol local e sistêmico também é antifúngico de escolha no tratamento da candidíase oral; 5% dos pacientes entrevistados relataram que utilizaram medicação sistêmica antifúngica para o tratamento e 20% disseram que precisaram ser acompanhados e monitorados para não desenvolverem infecções oportunistas, durante o tratamento oncológico. Bochechos com bicarbonato de sódio foi outro procedimento odontológico relatado pelos pacientes para tratamento da candidíase. O bicarbonato de sódio é um antifúngico natural, pois altera o pH da cavidade oral, elevando-o e impedindo a proliferação fúngica.

A cárie de radiação foi outra manifestação oral presente nos pacientes oncológicos no estudo, porém somente 10%, ou seja, dois dos pacientes irradiados na região de cabeça e pescoço desenvolveram a cárie de radiação. Muitos autores na literatura como Lopes (*et al.*, 2004) e Paiva (*et al.*, 2010) definem a cárie de radiação como um tipo agressivo de cárie, que se desenvolve em pacientes irradiados em cabeça e pescoço, como resultado da disfunção das glândulas salivares, declínio do pH e aumento de bactérias cariogênicas, alterações essas decorrentes do tratamento com uso de radioterapia. A progressão dessas lesões cariosas (que se iniciam normalmente na região cervical das coroas) pode levar à amputação da coroa dentária em semanas ou meses, tendo, portanto, evolução agressiva quanto à sua extensão e curso rápido. A sintomatologia dolorosa não é muito alta, pois, muitas vezes, a polpa já foi comprometida e necrosada pela radiação.

A prevenção e tratamento da cárie de radiação no Hospital Heliópolis recomenda reforços nos cuidados de higiene oral, relatado por 75% dos pacientes entrevistados, além de 30% dos pacientes disseram que fizeram bochechos com solução fluoretada e 10% eliminação química e mecânica da placa bacteriana. Outros procedimentos odontológicos utilizados foram o uso saliva artificial, até que o fluxo salivar seja restabelecido, pois há diminuição na capacidade tampão da saliva e em promover a remineralização da estrutura dental.

Segundo Tomassi (2014), é fundamental orientar os pacientes para consumir, preferencialmente, dieta não cariogênica, reforçar a higienização bucal e realizar profilaxias constantemente. Nos pacientes que desenvolveram cárie de radiação, deve ser realizado tratamento odontológico restaurador convencional. Em casos em que a cárie tenha destruído toda a coroa e houver comprometimento da polpa, assim como descrito na literatura, o procedimento odontológico de escolha é o tratamento endodôntico, deixando a raiz “sepultada” no alvéolo, pois as exodontias devem ser evitadas ao máximo, principalmente na mandíbula, para que não haja aumento no risco da ocorrência de osteorradionecrose.

Em relação a osteorradionecrose (ORN), quatro pacientes do estudo, correspondendo a 20% dos entrevistados, desenvolveram essa lesão bucal. Diversos autores como Neville (*et al.*, 2004), Grimald (*et al.*, 2005) e Santos (*et al.*, 2015) descrevem a osteorradionecrose como uma das mais severas e sérias complicações bucais do tratamento radioterápico do câncer da cabeça e pescoço,

caracterizada como necrose isquêmica do osso. A maior prevalência dessa complicação é na mandíbula. Segundo Santos (*et al.*, 2015), em revisão de literatura, a ORN na mandíbula é mais frequente do que na maxila, por vários fatores, mas o mais comum dá-se devido ao fato de haver menor vascularização e tecido ósseo mais compacto na área mandibular.

De acordo com Santos (*et al.*, 2013), a radiação do osso resulta em danos irreversíveis aos osteócitos e ao sistema microvascular. O osso afetado torna-se hipóxico, hipocelular e hipovascularizado (teoria dos 3 “Hs”). A osteorradionecrose é resultado do osso não cicatrizado que evolui para necrose, com ou sem a presença de infecções. Segundo Neville (*et al.*, 2004) é uma seqüela de ocorrência tardia, com incidência maior nos primeiros três anos pós-radioterapia. Clinicamente, a ORN caracteriza-se pela perda da mucosa de revestimento, exposição de osso necrótico, com sintomas de dor, odor fétido, disgeusia, trismo, dificuldade de mastigação, deglutição e fonação, formação de fístula, fratura patológica e infecção local ou sistêmica. O tratamento da ORN no centro pesquisado consiste na realização de debridamento e limpeza da ferida cirúrgica, com uso de soluções antimicrobianas como clorexidina 0,12%, antibioticoterapia e cirurgias de pequeno porte para realização de sequestrectomia e regularização do tecido ósseo e instalação de placas cirúrgicas, quando da remoção de fragmentos ósseos extensos.

A Odontologia Hospitalar, embora exista na prática há muitos anos, foi legitimada em 2004 com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH). Em 2008, foi decretada a Lei nº 2776/2008 e apresentada à Câmara dos Deputados do Rio de Janeiro, que obriga a presença do dentista nas equipes multiprofissionais hospitalares e nas UTIs. Porém, somente em 2015 a Odontologia Hospitalar foi reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), por meio da resolução 162/2015, possibilitando a atuação do cirurgião na equipe multiprofissional da saúde.

Os resultados da pesquisa refletiram o pouco conhecimento da atuação do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de saúde, uma vez que 80% dos pacientes entrevistados não sabiam da atuação do dentista no tratamento oncológico e somente 20% dos pacientes sabiam que a Odontologia poderia atuar no seu tratamento, promovendo a melhora da qualidade de vida.

A presença do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional oncológica no Hospital Heliópolis contribuiu para melhora do quadro clínico de todos os pacientes entrevistados, pois 65% dos participantes do estudo avaliaram o tratamento odontológico como ótimo e 35% avaliaram como bom. Esses resultados refletem a importância da Odontologia no setor oncológico, pois o dentista atua na tentativa de amenizar o desconforto e melhora a condição de vida dos pacientes. Para que seja realizada a adequada prevenção e tratamento de sequelas terapêuticas, é necessário que a equipe clínica, responsável pelos atendimentos do paciente oncológico, tenha caráter multiprofissional, incluindo o cirurgião-dentista.

Conclusão

De acordo com os resultados do estudo, é possível concluir que:

- A faixa etária mais acometida pelo câncer de cabeça e pescoço foi de 55 a 65 anos e o gênero masculino foi o que mais predominou. Com relação ao tipo de câncer de cabeça e pescoço mais encontrado, houve a prevalência do câncer de cavidade oral e faringe.
- O tratamento oncológico mais utilizado foi a radioterapia associada a quimioterapia. As manifestações mais encontradas na cavidade bucal foram a xerostomia, mucosite oral e candidíase oral, enquanto que a cárie de radiação e a osteorradionecrose foram os efeitos adversos que os pacientes menos desenvolveram.
- Os procedimentos odontológicos realizados amenizaram todos os sinais e sintomas das manifestações bucais, principalmente o sintoma de xerostomia e dor, proporcionando melhora na qualidade de vida dos pacientes.
- A maioria dos pacientes não tinham conhecimento da atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional de saúde. Todos realizaram consulta odontológica durante o tratamento oncológico e relataram melhora no quadro clínico.
- A atuação dos profissionais de Odontologia torna-se imprescindível dentro da equipe multiprofissional oncológica, para o acompanhamento antes, durante e depois o tratamento oncológico.

Referências

- ANDERSON, Medeiros F. B.; CIAMPONI, A. L. Cuidados Odontológicos em pacientes oncológicos. **Onco&**, set./out., 2014.
- ANELLI, A. *et al.* **Manual prático de condutas em oncologia clínica**. São Paulo: Lemar, p.312.
- BRAGANTE, K. C. *et al.* Evaluation of Acute Radiation Effects on Mandibular Movements of Patients with Head and Neck Cancer. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, 2011
- CARDOSO, M. *et al.* Prevenção e controle das sequelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. **Radiol. Bras**, v.38, n.2, p.107-115, 2005
- COLOMBO, J.; Rahal, P. Alterações genéticas em câncer de cabeça e pescoço. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.2, p.165-174, 2009.
- FREIRE, C. A. R.; FORONES, N. M. *et al.* Terapia biológica. **Oncologia: guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. Barueri: Manole, 2005.
- GRIMALD, N. *et al.* Conduta do cirurgião dentista na prevenção e tratamento da osteorradição: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2005.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Tipos de Câncer. **Inca**. Disponível em: <http://www2.Inca.Gov.Br/Wps/Wcm/Connect/Tiposdecancer/Site/Home/Boca/Definicao>. Acesso em: 8 out. 2017
- LOPES F. F.; Casal, C. P.; CUTRIM, M. C. F.; SOUZA, A. M. F. Levantamento do índice CPO-D em pacientes irradiados por terapia anticâncer e não irradiados na cidade de São Luís (MA). **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v.4, n.3, p.179-184, set./dez.,2004.
- MELO, V. C., *et al.* Papilomavírus Humano como fator de risco para o carcinoma bucal e de orofaringe. **Revista Brasileira Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v.41, n.4, p.207-211, 2012.
- NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial: lesões físicas e químicas**. 3.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, p.287-330.
- PAIVA, M. E. B.; BIASE, R. C. C. G.; MORAES, J. J. C.; ÂNGELO. A. R.; HONORATO, M. C. T. Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica. **Arquivos em Odontologia**, v.46, jan./mar., 2010.
- SANTOS, C. C. *et al.* Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans. e pós câncer bucal. São Paulo, 2013.

SANTOS, R. et al. Osteorradionecrose em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço: relato de caso. **Passo Fundo**, v.20, n.2, p.232-23, maio./ago., 2015

SANTOS, P. S.; Junior, L. A. V.S . **Medicina bucal: a prática da odontologia hospitalar**. São Paulo, Santos.2009.

TOMMASI, M. H. M. **Diagnóstico em patologia bucal**. 4.ed., São Paulo: Elsevier, 2014.

TUPINAMBÁ, D. *et al.* **Radioterapia em cabeça e pescoço: complicações bucais e atuação do cirurgião-dentista**. Pará, 2009.

VALLE, C. N. *et al.* Carcinoma espinocelular oral: um panorama atual. **Revista de Patologia do Tocantins**, v.3, n.4, 2016.

VOLPATO, S. *et al.* Oncologia e tratamento odontológico: uma revisão. **XI Semana Acadêmica de Odontologia**, 2014.