

## ATENDIMENTO DO CIRURGIÃO DENTISTA AO PACIENTE PRÉ TERAPIA ONCOLÓGICA: REVISÃO DE LITERATURA

### *CARE OF DENTAL SURGERY TO PATIENTS PRE ONCOLOGICAL THERAPY: LITERATURE REVIEW*

Pedro T. Rodrigues<sup>1</sup>; Giovanni A. C. Polignano<sup>2</sup>

#### RESUMO

O trabalho a seguir tem como seu principal objetivo abordar o atendimento do cirurgião dentista ao paciente oncológico, realçando as principais abordagens patológicas e do seu respectivo tratamento odontológico inicial. Pacientes oncológicos necessitam de acompanhamento odontológico durante todas as fases do tratamento da doença e necessitam também do tratamento prévio, antes do início terapêutica oncológica, pois existem várias modificações que irão acometer a cavidade oral em virtude da oncoterapia. Foram utilizadas como fontes de pesquisa: artigos coletados das seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed, SciELO e MEDLINE, nos idiomas Inglês, Português e Espanhol, no período de 2011 até 2021. O critério de inclusão definido foi artigos que relatam a correlação entre o atendimento odontológico e os pacientes oncológicos, incluindo aspectos relacionados ao tratamento da doença através de quimioterapia, manejo clínico odontológico e manifestações bucais. O critério de exclusão definido foi artigos que abordavam apenas características clínicas e/ou histopatológicas da doença sem levantar o respectivo tratamento. Os métodos de busca nos sites supracitados foram através das buscas das palavras-chave: “odontologia”, “câncer”, “tratamento”, “pacientes”. Dentre as manifestações bucais mais comuns durante o tratamento oncológico temos a mucosite, cárie, perda do paladar, infecções fúngicas e virais, trismo, xerostomia, alterações no periodonto dentre outras mais. O profissional odontológico necessita entender as alterações causadas pela doença, sua característica clínica e como as terapias da doença impactam na normalidade oral do paciente para que dessa forma proporcione uma melhor qualidade de vida ao paciente, de acordo com cada necessidades individual.

**Descritores:** Odontologia; câncer; tratamento; pacientes

#### ABSTRACT

The following work has as its main objective to address the dental surgeon's service to cancer patients, highlighting the main pathological approaches and their respective initial dental treatment. Oncological patients need dental follow-up during all stages of the treatment of the disease and also require prior treatment, before starting oncological therapy, as there are several changes that will affect the oral cavity due to oncotherapy. Research sources were used: articles collected from the following electronic databases: PubMed, SciELO and MEDLINE, in the English, Portuguese and Spanish languages, in the period from 2011 to 2021. The defined inclusion criterion was articles that report the correlation between the dental care and cancer patients, including aspects related to the treatment of the disease through chemotherapy, clinical dental management and oral manifestations. The defined exclusion criterion was articles that addressed only the clinical and / or histopathological characteristics of the disease without raising the respective treatment. The search methods on the aforementioned sites were through searches for the keywords: “dentistry”, “cancer”, “treatment”, “patients”. Among the most common oral manifestations during cancer treatment are mucositis, caries, loss of taste, fungal and viral infections, trismus, xerostomia, changes in the periodontium, among others. The dental professional needs to understand the changes caused by the disease, its clinical characteristics and how the therapies of the disease impact on the patient's oral normality so that in this way it provides a better quality of life to the patient, according to each individual needs.

**Keywords:** Dentistry; cancer; treatment; patients

#### INTRODUÇÃO

Podemos definir o câncer como uma multiplicação desordenada de algumas células atípicas e defeituosas, que por algum motivo não são percebidas pelo sistema imunológico a tempo de intervenção do mesmo, segundo MONTEIRO (2016).

O INCA(2011), descreve que o crescimento dessas células atípicas é diferente do crescimento das demais células. As células cancerosas, em vez de findarem o seu ciclo de vida, continuam crescendo incontrolavelmente, dando origem a novas células anormais. Em algum momento da vida, qualquer organismo vivo pode vir a apresentar anormalidade no crescimento celular, as células

se dividem de forma rápida, agressiva e incontrolável, com risco de metastase podendo se alojar em quaisquer região do corpo, acarretando transtornos funcionais. Dentre os tratamentos podemos citar a quimioterapia e a radioterapia, além de tratamentos cirurgicos.

Segundo INCA(2011), devido a sua complexidade epidemiológica, social e econômica o câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta. Destaca-se que muitos casos poderiam ser evitados através da prevenção.

O tratamento mais comum é a utilização de medicamentos para destruir as células doentes que formam um tumor, este que é conhecido como quimioterapia. Estes medicamentos tem como finalidade se misturarem com o

sangue e serem levados a todas as partes do corpo, destruindo as células doentes que estão formando o tumor e impedindo, também, que elas se espalhem pelo corpo, por esse motivo da biodisponibilidade os efeitos colaterais podem ser locais ou gerais no organismo, de acordo com o INCA(2018).

No ABC do cancer, o INCA(2011) classifica as finalidades da quimioterapia em:

Quimioterapia neoadjuvante, citorrredutora e previa, esta que tem como principal finalidade a redução de tumores irresssecáveis tornando-os ressecáveis ou melhorando o prognostico do paciente.

Quimioterapia adjuvante ou profilática, é indicada após exames complementares e exames físicos, sendo constatado ausencia de neoplasia maligna. Deve ser realizada após o tratamento curativo.

Quimioterapia curativa é o principal tratamento para curar pacientes com neoplasias malignas, podendo ser realizado também procedimentos cirurgicos e redioterapia associados.

Quimioterapia para controle temporário de doença, utilizado para tumores sem possibilidade de cura, tendo como objetivo o aumento da sobrevivida global do doente, é indicado para tumores avançados, solidos ou recidivados, e neoplasias hematopoéticas de evolução crônica

Quimioterapia paliativa tem como foco a melhora de alguns sinais e sintomas que possam comprometer a capacidade funcional do paciente, mas sem repercurtir obrigatoriamente na sua sobrevivida.

O INCA(2018) lista como os principais efeitos colaterais da quimioterapia a queda de cabelo, prisão de ventre, diarreia, feridas na boca, enjoo e vomito, hiperpigmentação e também anemia, leucopênia e trombocitopênia

A radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações ionizantes (raio-x, por exemplo), que são um tipo de energia para destruir ou impedir que as células do tumor aumentem, segundo o INCA(2019)

INCA (2019) descreve que cada pessoa reage de forma individual ao tratamento proposto e que alguns efeitos colaterais são frequentes e os relacionados com a radioterapia vão de acordo com à área do tumor e a area que irá receber a radiação, e geralmente ocorrem no final da segunda semana de aplicação da radioterapia. Na Região de cabeça e pescoço as alterações frequentes são no paladar, dor ao engolir, reações na pele (pele ressecada, escurecida e/ou avermelhada, ou com feridas) e na boca (aftas ou feridas) que podem causar dor e dificuldade para se alimentar além de boca seca ou saliva grossa.

## OBJETIVOS:

### Objetivo primário:

Definir os protocolos de atendimento ao paciente que irá receber terapias químicas para o tratamento de neoplasias.

### Objetivo secundário:

Apontar a importância do cirurgião dentista ao paciente oncológico;

Explicar as alterações na cavidade oral causadas pelas terapias oncológicas;

Definir os protocolos de atendimento durante todas as fases iniciais do tratamento oncológico.

## REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com NEVILLE (2016) as terapêuticas sistêmicas oncológicas atuais não são capazes de destruir as células cancerígenas sem causar danos á algumas células normais e os tecidos de regeneração rápida, como os do meio bucal. Dentre os danos causados podemos dar destaque à mucosite e xerostomia. Outras possíveis manifestações orais relatadas na literatura são: perda do paladar, dermatite crônica, trismo, cárie. O cirurgião dentista deve estar apto para identificar essas patologias e intervir de forma a melhorar a qualidade de vida do paciente.

Harrison (2017) {p.2360} correlaciona os agentes quimioterápicos antineoplásicos citotóxicos de uso mais comum e os agrupa em duas categorias gerais, os que afetam o DNA e os que afetam os microtúbulos, e sua grande maioria podemos observar efeitos adversos e toxicidade em seu uso. Dentre os efeitos indesejados podemos citar alguns de maior relevância para a odontologia como a toxicidade medular, a neuropatia, a mucosite, mialgia, trombocitopenia, imunossupressão, mielossupressão e hepatotoxicidade.

Yagiela (2011 p. 773) também cita complicações orais da quimioterapia para o câncer e as classifica em: “Toxicidades diretas: Mucosite oral Disfunção das glândulas salivares; Neurotoxicidade; Neuropatias do nervo trigêmeo; Disfagia; Hipersensibilidade dentária; Disfunção temporomandibular; Dor miofascial; Disfunção da articulação temporomandibular; Crescimento e desenvolvimento dentário e esquelético (pacientes pediátricos); Anomalias na dentição; Alterações no desenvolvimento dos ossos gnáticos; Osteonecrose relacionada com a terapia com bifosfonatos” e “Toxicidades indiretas: Mielossupressão; Neutropenia, imunossupressão; Anemia; Trombocitopenia; Infecção Viral (HSV, VZV, CMV, EBV, outras), Fúngica (Candida, Aspergillus, outras), Bacteriana; Mucosite gastrointestinal; Alterações nutricionais; Náusea e vômitos; Dano ácido aos tecidos orais; Reflexos aumentados de Vômito”

Podemos notar também, segundo Hupp (2015) efeitos na microbiota bucal decorrentes do tratamento. Devido a imunossupressão pode ocorrer tanto o aumento excessivo da quantidade de micróbios, quanto superinfecções ou infecções oportunistas.

Yagiela (2011) chama a atenção de que os danos diretos a mucosa podem ser acentuados por diversos fatores durante a terapia química, dentre eles, disfunções das glândulas salivares, irritação ou traumatismo a mucosa e infecções provocadas pela microbiota bucal nativa.

Neville (2016) descreve que a mucosite causada pela radioterapia e quimioterapia possuem aspectos semelhantes clinicamente, entretanto se diferenciam no tempo de aparecimento das lesões, sendo a mucosite por

quimioterapia aparecendo mais precocemente logo após o início da terapêutica química, já a mucosite por radioterapia costuma aparecer na segunda semana de tratamento e as duas tem sua vida útil de 2 a 3 semanas após o término das terapêuticas. De forma a melhorar a qualidade de vida do paciente diminuindo a gravidade das lesões, Neville (2016) cita um grande número de tratamentos, como antimicrobianos, anestésicos, analgésicos e agentes de revestimento mucoso.

Outra estrutura bucal comprometida são as glândulas salivares, que são muito afetadas pela oncoterapia, podendo causar diminuição do fluxo salivar, desconforto na cavidade oral e afetando a ação autolimpante e bactericida da saliva, desta forma podendo aumentar a quantidade de carie, estas que são predominantemente cervicais, e relacionadas com a xerostomia, conforme Neville (2016). De forma a amenizar os problemas causados pela xerostomia, o paciente pode utilizar substitutos da saliva e sialogogos, além de aplicações diárias de flúor tópico e redução de hábitos alcoólicos e tabagistas de acordo com Neville (2016)

Outra patologia relacionada a terapia antineoplásica foi descrita por Neville (2016) é a hipogeusia, que é a perda do paladar, tendo seu início mais tardio e sendo revertida normalmente em até 4 meses.

É interessante também o conhecimento dos efeitos tardios da quimioterapia, que segundo Harrison (2017) {p.2882} podem ser: Osteoporose, necrose avascular, distúrbios neuropsiquiátricos, neuropatia, déficit auditivo, catarata, miocardiopatia, fibrose pulmonar, hipersensibilidade pulmonar, disfunção renal, hipomagnesemia, disfunções hepáticas, infertilidade, menopausa precoce, leucemia secundária e a medula óssea pode sofrer aplasia e/ou mielodisplasia.

Normalmente, após o diagnóstico o período de tempo para o início da oncoterapia não é muito longo e o cirurgião dentista precisa saber as prioridades de tratamento para o melhor controle das infecções. A eliminação de potenciais focos ou de focos pré existentes, além de uma boa instrução sobre a manutenção da higiene oral, com uma alimentação balanceada, evitando hábitos tabagistas e alcoólicos é fundamental, segundo Neville (2016).

E Hupp (2015) cita que as principais preocupações primárias do cirurgião dentista deverão ser a severidade e a duração da supressão da medula óssea além de estar atento as datas da quimioterapia e da situação hematológica do paciente. Outro atentamento deve ser quanto ao tipo de neoplasia, caso venha a ser de natureza hematológica o paciente estará em maior risco de infecção e hemorragia em qualquer estágio de sua doença, podendo apresentar alterações mesmo até, antes, do início do tratamento químico.

É recomendada a divisão do tratamento odontológico em tratamentos eletivos e de emergência, e o tratamento deve ter como principal objetivo a saúde e o bem estar do paciente, tirando um pouco o enfoque da parte estética.

### Alterações hematológicas

A trombocitopenia pode ser induzida por fármacos, dentre eles agentes quimioterápicos devido a supressão da medula óssea levando a uma redução da contagem de plaquetas, e a sua ocorrência normalmente é observada durante uma exposição repetida ao fármaco ou depois de um período de exposição inicial e tende a regredir após a suspensão do fármaco, de 7 a 10 dias depois. A investigação inicial da trombocitopenia é através de anamnese, exame físico, hemograma completo e a revisão do esfregaço de sangue se verificarmos Harrison (2017, p 3275).

Segundo Harrison (2017), dentre as causas da trombocitose temos o câncer, a contagem alta de plaquetas deve ser relacionada com possíveis inflamações ou neoplasias malignas, e em pacientes com elevações extremas do número de plaquetas, em geral, apresentam um distúrbio mieloproliferativo que tem por fim o aumento do risco de sangramento.

Dentre os efeitos indesejados dos quimioterápicos temos a imunossupressão, que diminui a atividade ou eficiência imunológica, e a mielossupressão que segundo Hupp (2015) se manifesta como leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, e anemia, sendo uma condição na qual reduz a atividade da medula óssea, resultando em menor número de glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas, podendo gerar problemas relacionados a defesa do organismo como a infecção e outros problemas como o de coagulação.

## DISCUSSÃO

Desde o diagnóstico da neoplasia até o início do tratamento quimioterápico, o cirurgião dentista pode acabar não tendo como contar com um vasto tempo de atuação no preparo da cavidade oral do paciente oncológico. Logo, o tratamento deve ser dividido entre eletivo e de emergência, os tratamentos de emergência devem englobar os procedimentos que podem causar complicações após o início da terapêutica ou que sejam inviáveis durante o tratamento antineoplásico.

O planejamento e a implementação do tratamento devem incluir todas as especialidades odontológicas, o paciente deve passar por uma anamnese, exame físico extrabucal, exame físico intrabucal e exames radiológicos complementares.

A Anamnese deve ser completa, constando a queixa principal, história da doença atual, história familiar, história patológica pregressa e história da doença atual

O exame extrabucal deve incluir toda região de cabeça e pescoço, utilizando métodos como palpação, inspeção e ausculta, que tem como objetivo observar aspectos fora da normalidade, como alterações de volume, cor, forma. As regiões eletivas para o exame físico extrabucal são tireoides, região dos seios da face, articulação temporomandibular, olhos, pavilhão auricular, maxila, nariz, mandíbula e cadeia ganglionar da região cervical.

O exame físico intrabucal busca identificar alterações da normalidade, como volume, forma e cor



anormal, a identificação é realizada através da palpação, percussão e visualização, e abrangendo toda mucosa jugal, região de lábios, língua, palato, orofaringe, todo o contorno ósseo, dentes, tecidos periodontal e glândulas submandibulares.

É indicado a realização de exames complementares para melhor avaliação da saúde oral do paciente, a realização de uma radiografia panorâmica junto com a realização de radiografias periapicais ou interproximais irão auxiliar no diagnóstico final. Nesses exames, o cirurgião dentista deverá avaliar toda parte dentária, ossos da face, estágios de irrupção dentária, alterações ósseas e dentárias.

O tratamento eletivo deve levar em conta o tempo de duração, além de condições clínicas e laboratoriais favoráveis. Caso exista a necessidade de um tratamento de emergência a longo prazo, faz-se necessário um contato com o médico responsável pelo paciente buscando alterações hematológicas, trombocitopenia, neutropenia e imunossupressão.

Dentre os tratamentos de emergência que devem ser realizados antes do início da terapia química, temos os dentes acometidos pela doença carie que atuam como foco de infecção, podendo evoluir para uma pulpíte, e também podem ter sua condição agravada devido a xerostomia que favorece o avanço da doença carie. Os dentes sem viabilidade de restauração em curto tempo ou de realização de tratamento endodôntico completo, deverão ser extraídos. A restauração dos elementos necessitados poderá ser com material restaurador definitivo ou provisório.

Os dentes que necessitem de tratamento endodôntico, tendo previsibilidade do tratamento e com finalização antes do início da quimioterapia, deverão ser tratados. Dentes com prognóstico duvidoso ou com foco de infecção persistente deverão ser extraídos. Com a imunossupressão resultante do tratamento antineoplásico, o início de uma pulpíte, ou a persistência de um foco infeccioso intracanal, a progressão da infecção deverá ser mais rápida e com maior intensidade e caso isso ocorra e o dente venha necessitar de extração, as alterações hematológicas poderão contra indicar a exodontia em decorrência de possíveis hemorragias.

Os casos de dentes com bolsas periodontais devem ser bem individualizados, avaliando a condição bucal do paciente, levando em consideração a profundidade da bolsa, o grau de mobilidade além do entendimento do paciente em relação a higienização. Se o paciente apresentar um quadro favorável, com melhora da higienização e estabilização da progressão da periodontite, os dentes com bolsa periodontal deverão apenas passar pela raspagem antes da oncoterapia. Caso o paciente não tenha um prognóstico favorável, alto grau de mobilidade, bolsas persistentes, índice de O'Leary alto, não melhora na higienização, o dentista deverá avaliar de forma criteriosa afim de classificar os elementos eletivos à exodontia, pois a piora do quadro periodontal poderá levar a serias complicações infecciosas ou hemorrágicas.

Pacientes com próteses mau adaptadas ou com

pontas ativas que estão causando dano a mucosa, devem sofrer adaptação para não agredir o local, visto a propensão do aparecimento de mucosites. Pacientes em tratamento ortodôntico devem interromper o tratamento visto que a banda, os braquetes e seus outros constituintes podem dificultar a higienização do local, contribuindo para o foco de infecções, além de causarem atrito na mucosa, levando o aparecimento de erosões, que poderão evoluir também para mucosites

Dentes condenados, sem capacidade de restauração, incluindo restos radiculares e dentes com alto grau de mobilidade devem ser extraídos, de forma a evitar novas infecções, e que após o início do tratamento, caso o paciente venha necessitar da extração, possíveis alterações hematológicas poderão contra indicar o procedimento.

O dentista poderá também avaliar a condição do esmalte dentário, observando a existência de erosões, pois o tratamento oncológico muitas vezes acaba por causar náuseas e vômitos. O vômito ao entrar em contato com o esmalte dentário pode acabar causando sua corrosão por seu pH extremamente ácido. Nesses casos, poderá ser iniciado antes do tratamento antineoplásico uma remineralização dessa área com o uso de fluoretos ou restauração com resina. Deve ser avaliado a urgência desse procedimento, pois pode ser realizado posteriormente ao início da quimioterapia.

## CONCLUSÃO

O câncer é uma doença com alto grau de complexidade, e que desde o estadiamento da doença até os meios de resolução podem acarretar em muitos danos colaterais ao paciente, por esse motivo é muito importante uma equipe multidisciplinar para o cuidado do paciente. Uma equipe capacitada e profissionais integrados podem atenuar os efeitos indesejados do fármaco no paciente, de forma a fornecer um conforto maior, melhorando a qualidade de vida.

O cirurgião dentista deve estar presente em todo o tratamento oncológico do paciente, mas quando possível, deve atuar antes do início do tratamento químico ou radiológicos, de forma a prevenir possíveis complicações futuras, evitando desconforto maior ao paciente e também, antes do surgimento de alterações que possam contra indicar certos tratamentos supracitados.

A avaliação da condição bucal do paciente previamente ao início da terapia química é importante pois com o início da quimioterapia, o paciente pode apresentar alterações hematológicas, estas que podem contra indicar procedimentos por hemorragias ou facilitar o aparecimento de infecções.

A adequação do meio bucal de forma anterior ao início da oncoterapia irá favorecer o paciente evitando futuras complicações e desconfortos, complicações de resolução muitas vezes simples, mas que junto com os efeitos colaterais da quimioterapia causarão um dano a mais na qualidade de vida do paciente.

O paciente oncológico necessita do acompanha-

mento de um cirurgião dentista durante todas as fases do tratamento, mas a atuação preventiva de um dentista é crucial para uma melhor qualidade de vida durante o tratamento da doença.

## REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **O que é câncer?**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 03 out. 2020.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2011
3. NEVILLE, B. W; DAMM, D. D. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Gen Guanabara Koogan, 2016.
4. NEVILLE, Brad W. et al. **Patologia oral e Maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 912 p.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>> Acesso em: Dez. 2020
6. Santos, Felipe de carvalho. Tratamento odontológico em pacientes com câncer: revisão sistemática. UFRN. Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte. Natal, RN, 2014.
7. Monteiro, Rafael Steffen. Cerveira, Guilherme Pessoa. Vinholes, Julia Itzel Acosta Moreno. Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos. Vol. 2 Dossiê Anais de Eventos ULBRA Torres Submetido em: Jul/Ago/Set, 2016