

A importância do preparo da cavidade bucal antes e durante o tratamento oncológico

The importance of preparing the oral cavity before and during cancer treatment

Audrey Foster Lefort Rocha¹, Silvana Regina Perez Orrico^{1,2}, Elaine Maria Sgavioli Massucato¹

¹UNESP, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Araraquara, SP, Brasil; ² Centro de Pesquisa Avançada em Medicina da UNILAGO (CEPAM), Faculdade de Medicina – UNILAGO, São José do Rio Preto, SP, Brasil. [Autor correspondente: EMSM elaine.maria@unesp.br]

RESUMO

No Brasil, o câncer bucal está entre as dez neoplasias mais frequentes dentre sua população, sendo a cirurgia e a radioterapia os principais métodos de tratamento. Os pacientes podem apresentar efeitos colaterais resultantes da ação da radiação ionizante sobre os tecidos e a adequação bucal é de fundamental importância antes, durante e após o tratamento oncológico para prevenção e cura das principais lesões decorrentes da radioterapia. O objetivo deste estudo será apresentar um plano de preparo da cavidade bucal, com medidas preventivas e intervenções, anteriormente e no decurso do tratamento oncológico. Foi solicitado ao paciente, após confirmação diagnóstica de carcinoma espinocelular diferenciado, o acompanhamento odontológico, para prevenção e tratamento curativo das possíveis consequências bucais. Podemos concluir que o acompanhamento odontológico sistemático, junto com medidas preventivas como adequação bucal prévia, orientações sobre higienização e protocolos de laserterapia, contribuem e promovem qualidade de vida aos pacientes em tratamento.

Palavras-chaves: adequação bucal, laserterapia, câncer bucal.

ABSTRACT

In Brazil, oral cancer is among the ten most frequent neoplasms among its population and surgery and radiotherapy are the main treatment methods. Patients suffer side effects resulting from the interaction of ionizing radiation on tissues and oral adequacy is of fundamental importance before, during and after cancer treatment for the prevention and cure of the main injuries resulting from radiotherapy. The aim of this study will be to present a plan for preparing the oral cavity, with preventive measures and interventions, before and during cancer treatment. After confirming the diagnosis of differentiated squamous cell carcinoma, the patient was asked to undergo dental follow-up for prevention and curative treatment of possible oral consequences. We can conclude that systematic dental follow-up, together with preventive measures such as prior oral adequacy, guidance on hygiene and laser therapy protocols contribute to and promote quality of life for patients undergoing treatment.

Key words: oral adequacy, laser therapy, oral cancer.

INTRODUÇÃO

O tratamento oncológico, seja ele radioterapia, quimioterapia ou outros (terapia-alvo, CAR T-cells ou imunoterapia), demanda diversos procedimentos e cuidados ao paciente antes, durante e após sua fase ativa e envolve uma equipe multidisciplinar⁽¹⁾.

Em relação à cavidade bucal, um plano de avaliação e tratamento de diferentes condições deve preferencialmente ser realizado antes do início do tratamento oncológico, visando dar conforto ao paciente e prevenir complicações.

Dentro do espectro de complicações bucais, estas estão mais relacionadas à radioterapia para tumores de cabeça e pescoço e à quimioterapia, particularmente com medicamentos antirreabsortivos ou antiangiogênicos. Perdas dentárias, progressão da doença periodontal pré-existente, alteração do fluxo salivar, mucosite, dor, disgeusia, trismo, infecções oportunistas, osteonecrose dos maxilares e osteorradiocrecrose, são algumas das complicações relacionadas^(1,2).

Preparar a cavidade bucal antes do tratamento oncológico pode evitar ou reduzir o aparecimento de complicações e dar conforto ao paciente. Entretanto, manter

a cavidade bucal saudável, durante e após o tratamento oncológico, é tão importante quanto o preparo e pode ser um desafio para o paciente, demandando um contato frequente com o cirurgião-dentista.

Uma abordagem preventiva inicia com exame clínico e radiográfico da região de cabeça e pescoço. Os dentes devem ser avaliados quanto à integridade, presença e qualidade das restaurações presentes, localização e proximidade com o tumor, presença/ausência de doença periodontal bem como grau de comprometimento do periodonto, presença ou ausência de próteses e qualidade das mesmas. Implantes instalados assim como a saúde do tecido periimplantar e próteses sobre implantes também serão avaliados. A mucosa bucal deve ser minuciosamente examinada buscando lesões ou alterações que possam predispor a complicações. O tratamento preventivo compreende tratamento periodontal de fase única (*full mouth*) ou no menor tempo possível, instituição ou reforço de medidas de higiene, tratamento de lesões cariosas, eliminação de arestas dentárias e de quaisquer fatores irritantes, substituição ou retirada de próteses inadequadas, tratamentos endodônticos de dentes sem lesões periapicais, tratamento de lesões da mucosa, extrações dentárias e instituição de bochechos diários com flúor^(2,3,4).

As extrações dentárias, quando indicadas, representam um momento difícil para o paciente, significando ainda mais perdas associadas com a doença, sejam elas estéticas ou funcionais. Assim, no momento oportuno, esses pacientes devem ser reabilitados. Embora existam questionamentos quanto ao caráter preventivo das extrações dentárias antes do tratamento oncológico, uma vez que ainda não está descartada a possibilidade de complicações futuras em sítios de extração, existe alguma concordância em relação ao menor risco quando comparado às extrações pós-tratamento ^(4,5).

Alguns critérios guiam a seleção dos dentes a serem extraídos: dentes não-restauráveis (mobilidade, perda de inserção avançada, lesão de furca, recessão extensa); com focos de infecção; sem vitalidade pulpar ou com tratamentos endodônticos precários; isolados ou sem função; em proximidade com o tumor ou dentro da área a ser irradiada. Devido à própria característica do tecido ósseo, dentes inferiores apresentam maior risco à osteorradionecrose, particularmente quando em proximidade com o tumor e em áreas que receberão uma dosagem acima de 60 Gy ⁽⁴⁾. Fatores como número de dentes extraídos, dose de radiação, modalidade de tratamento e cuidados no trans e pós-operatório podem modificar as chances de complicações. Um

intervalo de 14 a 21 dias após as extrações é indicado para que haja a cicatrização da mucosa, reduzindo as chances de intercorrências. Quando as extrações forem necessárias durante a radioterapia, estas podem ser realizadas com maior segurança quanto mais próximas do início do tratamento. Após a radioterapia, embora não exista um consenso sobre o período mais seguro, os estudos sugerem que estas devem ser realizadas nos primeiros seis meses ou após 60 meses do término do tratamento, já que pode existir um padrão bimodal de risco à osteorradionecrose, sendo um aos 12 meses e outro de 24 a 60 meses ^(4,5). Pacientes que, além da radioterapia, serão tratados com medicamentos antirreabsortivos ou antiangiogênicos têm um maior potencial de desenvolvimento de complicações, devido aos efeitos desses medicamentos sobre os tecidos mole e ósseo necessitando, portanto, de cuidados especiais.

Durante a fase ativa do tratamento oncológico, o paciente deve permanecer em manutenção da saúde bucal por um profissional, quando possível. Nessa fase, bochechos diários com fluoreto a 0,05%, controle químico da placa com solução de clorexidina 0,12% sem álcool (bochecho 3x/dia) e aplicação de laser de baixa potência, devem ser indicados. Já tratamentos de urgência e periodontal

podem ser realizados quando a contagem de plaquetas e neutrófilos estiverem em condições seguras⁽³⁾.

Em vista disso, o objetivo deste artigo será apresentar e discutir um plano de preparo da cavidade bucal, com medidas preventivas e de intervenção, anteriormente e no decurso do tratamento oncológico.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 53 anos, leucoderma, casado, apresentou-se ao Serviço de Medicina Bucal da FOAR-UNESP, encaminhado pelo médico de sua empresa, sendo sua queixa principal um “ferimento embaixo da língua que surgiu há tempos e que está aumentando”. Na história clínica, relatou incômodo (dor e ardência) na região, com dificuldade para se alimentar, que durava uma semana. Relatou ser hipertenso, que havia sido submetido a cirurgia cardíaca com instalação de ponte de safena e que tivera paralisia infantil e meningite na infância. Em relação a medicamentos, fazia uso de anti-hipertensivo e AAS infantil. Relatou ainda ser tabagista e etilista há mais de 30 anos. Ao exame extrabucal não foram evidenciadas alterações. Ao exame clínico intrabucal foi verificada lesão ulcerada difusa em assoalho bucal, com 3 cm no maior diâmetro, de leito

profundo e necrótico, bordas elevadas e endurecidas à palpação (Figura 1A). Diante do quadro clínico descrito, a hipótese diagnóstica foi de carcinoma espinocelular (CEC) e a conduta inicial foi a realização de biópsia incisional. Foram solicitados exames complementares como glicemia de jejum, enzimas hepáticas, coagulograma e hemograma completo, este último demonstrando neutrofilia, eosinofilia e linfocitopenia. O paciente foi então orientado a procurar seu médico antes do procedimento de biópsia. A biópsia foi realizada sob anestesia local, utilizando-se o anestésico Articaina 4% + Epinefrina (Adrenalina) 1:100.000 e o fragmento foi encaminhado para exame histopatológico, juntamente com importantes informações ao patologista (Figura 1B). O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de CEC moderadamente diferenciado. O paciente foi informado sobre o resultado com muita atenção, salientando a importância do seu tratamento o mais breve possível, sendo encaminhado para um oncologista de cabeça e pescoço. Solicitou-se radiografia panorâmica (Figura 1C) e o paciente foi orientado sobre a importância de realizar tratamento odontológico, antes e durante o tratamento a ser instituído pelo oncologista, buscando preparar a cavidade bucal.



Figura 1. A) Lesão ulcerada difusa em assoalho bucal, com 3 cm no maior diâmetro, de leito profundo e necrótico, bordas elevadas e endurecidas à palpação com hipótese diagnóstica de carcinoma espinocelular; B) A biópsia foi realizada sob anestesia local, utilizando-se o anestésico Articaina 4% + Epinefrina (Adrenalina) 1:100.000 e o fragmento foi encaminhado para exame histopatológico, juntamente com importantes informações ao patologista. C) Exame de radiografia panorâmica complementar ao caso.

Diante do planejamento do tratamento, foram realizadas extrações de dentes comprometidos por cáries profundas, por doença periodontal ou em proximidade com o tumor (elementos 16, 27, 28, 33, 43, 44) (Figura 2 B1 e B2), para adequação bucal prévia ao tratamento oncológico cirúrgico e radioterápico. Também foi realizado tratamento periodontal básico de boca toda, com o objetivo de tratar sítios com doença periodontal e eliminar focos de infecção. O paciente foi aconselhado a abandonar os hábitos do tabaco e ingestão de álcool e foi orientado a retornar após a cirurgia oncológica e antes de iniciar o tratamento radioterápico. No retorno foi orientado sobre a importância da manutenção de boa higiene oral com escovação frequente (ao acordar, após cada refeição e antes de dormir) (Figura 2 C), higiene interdental, uso de pastas dentais sem lauril sulfato de sódio e

bochechos diários com solução de flúor para prevenção de cáries em dentes remanescentes e prevenção de mucosite. Também foi orientado para que chupasse gelo antes das sessões de radioterapia, buscando minimizar os efeitos da radiação sobre a mucosa oral, auxiliando assim na prevenção da mucosite, além do uso de bochechos de Nistatina suspensão oral, por um minuto, três vezes ao dia durante todo o tratamento para prevenção de infecções fúngicas (Figura 3 A). Para controle da hipossalivação (Figura 3 B), foram receitados bochechos diários com chá de camomila gelado ou substitutos da saliva, assim como orientação sobre a alimentação, evitando alguns alimentos e reforçando a importância de outros. Foi solicitado que o paciente ficasse atento a possíveis alterações na mucosa oral e que buscasse atendimento quando houvesse qualquer sinal de

inflamação ou infecção local. Também foi solicitado que retornasse nas consultas agendadas para receber suporte quanto à prevenção e possível tratamento das complicações do tratamento radioterápico (queimaduras na pele, trismo,

hipossalivação, mucosite, cáries de radiação e infecções locais). Após o término do tratamento oncológico a reabilitação bucal do paciente é importante, trazendo-lhe mais saúde e qualidade de vida.

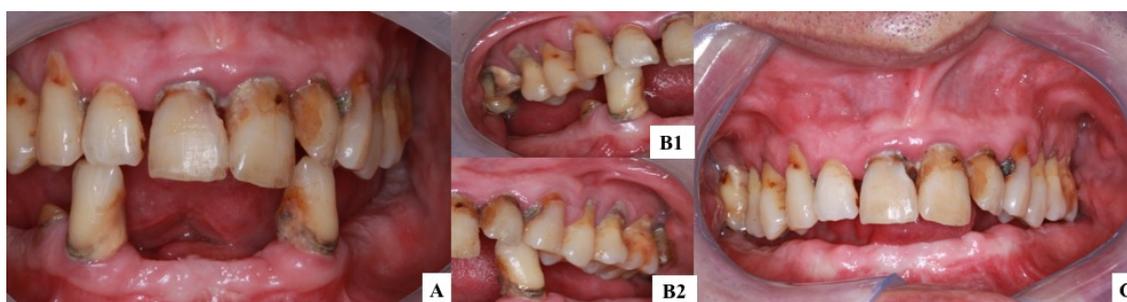


Figura 2. A) Imagem clínica intraoral inicial do caso; B1 e B2) Indicação de extração de dentes comprometidos por cáries profundas, por doença periodontal ou em proximidade com o tumor (elementos 16, 27, 28, 33, 43, 44) para adequação bucal prévia ao tratamento oncológico cirúrgico e radioterápico. Foi realizado ainda tratamento periodontal básico *full mouth*, com o objetivo de tratar sítios com doença periodontal e eliminar focos de infecção. O paciente foi aconselhado a abandonar os hábitos do tabaco e ingestão de álcool e foi orientado a retornar após a cirurgia oncológica e antes de iniciar o tratamento radioterápico; C) Pós-operatório e adequação bucal completa para início do tratamento radioterápico.



Figura 3. A) Tratamento de infecção fúngica através de bochechos de Nistatina suspensão oral, por um minuto, três vezes ao dia; B) Controle da hipossalivação com bochechos diários com chá de camomila gelado ou substitutos da saliva, assim como orientação sobre a alimentação, evitando alguns alimentos e reforçando a importância de outros.

DISCUSSÃO

Preparar a cavidade bucal de um paciente que será submetido a tratamento oncológico pode trazer conforto e melhor qualidade de vida, particularmente para aqueles portadores de tumores de cabeça e pescoço.

Diversas complicações do tratamento oncológico podem ser evitadas ou minimizadas com o preparo da cavidade bucal. O tratamento periodontal assim como a extração de dentes condenados ou severamente comprometidos e a instituição de efetivas medidas de higiene bucal, colaboram para a eliminação de focos de infecção e do risco de osteorradionecrose⁽³⁾. No presente caso, foram realizadas extrações múltiplas com o objetivo de eliminar dentes com doença periodontal avançada, representando focos de infecção e com prognóstico ruim quanto à sua manutenção, ou com cáries profundas, nos quais o tratamento restaurador demandaria tempo ou procedimentos adicionais que atrasariam o início do tratamento oncológico. Também, devido à urgência quanto ao início do tratamento oncológico, o tratamento periodontal foi realizado em uma única sessão (*full mouth*), procedimento adequado para tratar sítios com doença ativa em pacientes que precisam da adequação do meio bucal em curto espaço de tempo.

A osteorradionecrose, uma das complicações mais devastadoras da radioterapia, está relacionada a diversas variáveis, dentre elas tabagismo, etilismo, pobre higiene dental, doença periodontal, idade do paciente, correlação dose-volume de tecido irradiado assim como cirurgias realizadas anteriormente ao tratamento^(6,7,8). Sendo assim, preparar a cavidade bucal, eliminando variáveis relacionadas assim como assegurar ao paciente a importância de abandonar os hábitos de tabagismo e etilismo, são medidas que contribuirão para a redução das chances dessa intercorrência. Neste contexto ainda, o tratamento periodontal assim como a instituição de efetivas medidas de higiene bucal (escovação e uso de fio dental) são fatores importantes para estabelecer e manter a saúde bucal. No presente caso, todas as medidas citadas foram instituídas, buscando reduzir as chances de complicações.

Além disso, medidas preventivas com o objetivo de evitar outras complicações podem ser empregadas, dentre elas os bochechos diários com flúor para prevenção de cáries de radiação, reduzindo assim as chances de extrações futuras^(2,3). Ainda, a instituição de bochechos com soluções como chá de camomila ou saliva artificial assim como a orientação para adequada hidratação, contribuem para reduzir o desconforto da

hipossalivação, uma complicação frequente da radioterapia.

O preparo da cavidade bucal pode ainda reduzir as chances de mucosite, uma complicação que pode ser debilitante ⁽²⁾. Hidratação da cavidade bucal, cremes dentais com enzimas e sem lauril sulfato de sódio, orientação nutricional e aplicação de laser de baixa potência são algumas das ações que podem ser instituídas.

Complicações como disgeusia e disfagia podem ocorrer e devem ser tratadas, sob pena do paciente tornar-se debilitado pela ausência ou baixa ingestão de alimentos, comprometendo seu estado nutricional, devendo assim ser encaminhado para um nutricionista ⁽⁹⁾.

Infecções oportunistas podem ocorrer e comprometer ainda mais a nutrição do paciente. A instituição de bochechos diários com Nistatina pode evitar a infecção por *Candida* e manter a integridade da mucosa oral.

No presente caso, todas as medidas acima citadas foram implementadas buscando dar conforto e saúde bucal para o paciente, assim como foram marcadas visitas periódicas para avaliação quanto ao estado da mucosa bucal e o aparecimento de complicações.

Após a radioterapia, o paciente pode experimentar ainda diversas complicações

como osteorradionecrose, disgeusia, disfagia, trismo, cáries de radiação, hipossalivação, devendo, portanto, ser mantido sob observação ^(2,6,7,10).

Entretanto, sempre que possível e no menor espaço de tempo, deve ser realizada a reabilitação oral do paciente oncológico, trazendo não somente estética e conforto, mas também função adequada.

CONCLUSÃO

O presente caso demonstra a importância do paciente oncológico ser submetido à avaliação da cavidade bucal anteriormente ao tratamento, buscando realizar procedimentos que evitem ou reduzam as chances de diversas complicações. Tais procedimentos visam a restauração e manutenção da saúde bucal, evitando desconforto e sequelas. O tratamento de um paciente oncológico envolve, portanto, uma equipe multidisciplinar, da qual o Cirurgião-Dentista é um componente importante para a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Ray-Chaudhuri A, Shah K, Porter RJ. The oral management of patients who have received radiotherapy to the head and neck region. *Br Dent J.* 2013 Apr;214(8):387-93.
2. Lalla RV, Long-Simpson L, Hodges JS, Treister N, Sollecito T, Schmidt B, Patton LL, Brennan MT; OraRad Study Group. Clinical registry of dental outcomes in head and neck cancer patients (OraRad): rationale, methods, and recruitment considerations. *BMC Oral Health.* 2017 Feb;17(1):59 DOI 10.1186/s12903-017-0344-y

3. Irie MS, Mendes EM, Borges JS, Osuna LG, Rabelo GD, Soares PB. Periodontal therapy for patients before and after radiotherapy: A review of the literature and topics of interest for clinicians. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018 Sep 1;23(5):e524-e530.
4. Frankart AJ, Frankart MJ, Cervenka B, Tang AL, Krishnan DG, Takiar V. Osteoradionecrosis: Exposing the Evidence Not the Bone. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2021 Apr 1;109(5):1206-1218. doi: 10.1016/j.ijrobp.2020.12.043.
5. Beaumont S, Bhatia N, McDowell L, Fua T, McCullough M, Celentano A, Yap T. Timing of dental extractions in patients undergoing radiotherapy and the incidence of osteoradionecrosis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2021 Jun;59(5):511-523.
6. Aarup-Kristensen S, Hansen CR, Forner L, Brink C, Eriksen JG, Johansen J. Osteoradionecrosis of the mandible after radiotherapy for head and neck cancer: risk factors and dose-volume correlations. *Acta Oncol*. 2019 Oct;58(10):1373-1377. doi: 10.1080/0284186X.2019.1643037.
7. Acharya S, Pai KM, Acharya S. Risk assessment for osteoradionecrosis of the jaws in patients with head and neck cancer. *Med Pharm Rep*. 2020 Apr;93(2):195-199. doi: 10.15386/mpr-1418.
8. Ito K, Takumi K, Meibom SK, Qureshi MM, Fujima N, Andreu-Arasa VC, Truong MT, Salama AR, Kaneda T, Sakai O. Risk assessment of osteoradionecrosis associated with periodontitis using ¹⁸F-FDG PET/CT. *Eur J Radiol*. 2020 Nov;132:109259. doi:10.1016/j.ejrad.2020.109259
9. Jawad H, Hodson NA, Nixon PJ. A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 1. *Br Dent J*. 2015 Jan;218(2):65-8.
10. Nguyen CT, Lin S, Clark H, Hovan A, Wu J. Salivary flow rate after conventional and intensity-modulated radiation therapy. *J Am Dent Assoc*. 2018 Jun;149(6):432-441. doi: 10.1016/j.adaj.2018.01.031. Epub 2018 Apr 11. PMID: 29655708.