

MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTE SUBMETIDO À QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO – RELATO DE CASO CLÍNICO

Oral Manifestations in a Chemistry and Radiotherapy Patient in the Head and Neck Region - Clinical Case Report

Bruna Rodrigues Arantes¹, Tayná Resende Loiola¹, Natália Galvão Garcia², Carla Oliveira Favretto^{3*}

1. Acadêmicas do curso de Odontologia da Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros, GO, Brasil.

2. Professora Pós Doutora em Ciências Odontológicas do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), Lavras, MG, Brasil.

3. Professora Doutora em Ciências Odontológicas – Saúde Bucal da Criança da Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros, GO, Brasil.

RESUMO - As complicações orais do câncer estão entre as mais devastadoras a curto e longo prazo, por afetarem o ser humano nas suas atividades mais básicas, como na fala e alimentação. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico, ressaltando as principais manifestações bucais de um paciente portador de câncer de orofaringe submetido à quimioterapia e radioterapia. Paciente do gênero masculino, 48 anos, procurou a clínica da Faculdade Morgana Potrich, após o tratamento oncológico na região de cabeça e pescoço, por ter sido orientado a buscar acompanhamento periódico do cirurgião-dentista. Relatou como queixa principal a dificuldade de engolir e sensação de boca seca, além de apresentar episódios esporádicos de candidíase. No exame clínico foi observada a presença de todos os dentes, alguns com restaurações bem adaptadas e coroas protéticas. No exame físico, as mucosas se apresentavam em condições de normalidade, destacando apenas a característica de boca seca. Durante o acompanhamento, após um ano da finalização do tratamento oncológico, o paciente não apresentou mais casos de mucosite, mas teve recidivas de candidíase, tratadas com nistatina. A queixa principal, xerostomia, foi amenizada com o uso das gomas, contribuindo com a melhor alimentação do paciente e bem-estar. As manifestações bucais decorrentes da quimio e radioterapia afetam a qualidade de vida do paciente, por isto a importância do acompanhamento do cirurgião-dentista antes, durante e após o tratamento do câncer.

Descritores: Manifestações
Bucalis; Quimioterapia;
Radioterapia.

ABSTRACT - Oral cancer complications are among the most devastating in the short and long term, as they affect humans in their most basic activities, such as speaking and eating. The objective of this work is to report a case report highlighting the main oral manifestations of a patient with oropharyngeal cancer undergoing chemo and radiotherapy. A 48-year-old male patient came to the Morgana Potrich College clinic after head and neck cancer treatment, as he was advised to seek periodic follow-up from the dentist, difficulty swallowing and dry mouth sensation, as well as sporadic episodes of candidiasis. The clinical examination showed the presence of all teeth, some with well-adapted restorations and prosthetic crowns. On physical examination, the mucous membranes were in normal conditions, highlighting only the characteristic of dry mouth. During the follow-up of this patient, after one year after the end of the cancer treatment, he no longer presented mucositis, had recurrences of candidiasis, treated with nystatin. The main complaint, xerostomia, was softened with the use of gums, contributing to better patient nutrition and well-being. The oral manifestations resulting from chemo and radiotherapy affect the patient's quality of life, therefore the importance of following the dentist before, during and after cancer treatment.

Keywords: Oral Manifestations;
Chemotherapy; Radiotherapy.

*Autor para correspondência: Carla Oliveira Favretto - Departamento de Odontopediatria, Faculdade Morgana Potrich (FAMP). Avenida Antônio Carlos Paniago, s/n, Campus II. Centro. Mineiros, GO, Brasil. CEP: 75830-000

INTRODUÇÃO

O câncer é uma neoplasia maligna que se caracteriza pelo crescimento desordenado das células que se dividem de forma rápida, agressiva e incontrolável, provocando a formação de tumores que acometem tecidos e órgãos (1).

O câncer de cabeça e pescoço representa próximo de 5% de todas as neoplasias existentes e acomete cerca de 1,7% da população brasileira. Sendo este, relacionado aos tumores localizados na pele e lábios, cavidade oral, orofaringe, laringe, hipofaringe, nasofaringe, glândulas salivares, cavidade nasal e seios paranasais, meato acústico externo e ouvido médio (2).

O tipo de tratamento desses tumores depende da sua localização, extensão, estadiamento, relação com estruturas anatômicas vizinhas, envolvimento da cadeia linfática e das expectativas e condições físicas do indivíduo, podendo ser realizado através de cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, ou ainda a combinação entre elas (3).

Para a realização do tratamento antineoplásico existem três métodos, cada um com sua finalidade. A cirurgia é utilizada quando é indicada a remoção total do tumor ou de algum órgão, que possa propagar a doença (4). Já a radioterapia, consiste na aplicação de raios ionizantes que irão aniquilar as células agressoras podendo ser utilizada isoladamente ou pós-cirúrgico, como método de segurança para garantir que todas as células tumorais tenham sido destruídas (5). Outra opção de tratamento é a quimioterapia, em que há a aplicação de agentes químicos que irão destruir ou impedir o crescimento e a propagação das células tumorais. No entanto, estes agentes químicos podem agredir também células normais, causando diversos efeitos colaterais (6,7).

Os efeitos colaterais são notórios, tanto durante como após a realização do tratamento. A cavidade bucal, muitas vezes, apresenta manifestações como a xerostomia (sensação de boca seca), mucosite (inflamação dos tecidos bucais), candidíase (causada por fungo e se manifesta pela baixa imunidade do paciente), osteoradionecrose (necrose isquêmica do osso), cárie por radiação (lesões que se desenvolvem pela diminuição da quantidade e qualidade de saliva, e por descalcificação), entre outras (5,8).

É de substancial importância uma abordagem multidisciplinar minuciosa ao paciente que será submetido a tratamento oncológico, sendo necessária uma consulta inicial antes de se iniciar o tratamento, para que o cirurgião dentista realize a adequação do meio, evitando ou amenizando algumas manifestações bucais ocasionadas pelo tratamento (9). A continuidade desse acompanhamento é essencial para tratar as manifestações que virão com o decorrer do tratamento, proporcionando mais conforto ao paciente, uma vez que, estas podem permanecer após o término do tratamento (10).

Dessa forma, o objetivo com esse trabalho é relatar um caso clínico de um paciente submetido à radioterapia e quimioterapia, com evidentes manifestações bucais que foram

tratadas pelo cirurgião dentista, através de protocolos estabelecidos na literatura.

RELATO DE CASO

Paciente P.J.R.O, do gênero masculino, 48 anos, procurou a clínica da Faculdade Morgana Potrich, Mineiros, GO, após o tratamento de radioterapia e quimioterapia na região de cabeça e pescoço, para tratar um Carcinoma escamocelular (CEC), invasor pouco diferenciado, localizada no pilar amigdaliano esquerdo. Durante a anamnese, o paciente relatou ter feito tratamento radioterápico pela técnica denominada Radioterapia com Intensidade Modulada de Feixes (IMRT), sendo realizadas 35 aplicações com dose diária de 2 Gy em suas sessões, chegando a um total de 70 Gy, e nesse mesmo período, fez também duas sessões de quimioterapia. O mesmo faz retornos periódicos a cada quatro meses no médico. Relatou ter feito acompanhamento odontológico no período de tratamento devido ao aparecimento de lesões ulceradas na mucosa jugal e língua, compatíveis com mucosite.

A queixa principal do paciente no momento da consulta foi a dificuldade de engolir (disfagia) e sensação de boca seca (xerostomia), além de ter sido orientado a buscar esse acompanhamento, principalmente pelos episódios esporádicos de candidíase. No exame clínico, foi observada a presença de todos os dentes, alguns com restaurações bem adaptadas e coroas protéticas (Figura 1). O paciente relatou fazer uso diário de café e ingerir bebidas alcoólicas duas vezes por semana.



Figura 1. (A) Vista oclusal dos dentes superiores. (B) Vista oclusal dos dentes inferiores.

No exame físico, as mucosas apresentavam-se em condições de normalidade, destacando apenas a característica de boca seca, visivelmente observada (Figura 2). Deliberaram-se retornos periódicos do paciente ao dentista, uma vez ao mês, nos quais era feita profilaxia e avaliação clínica.

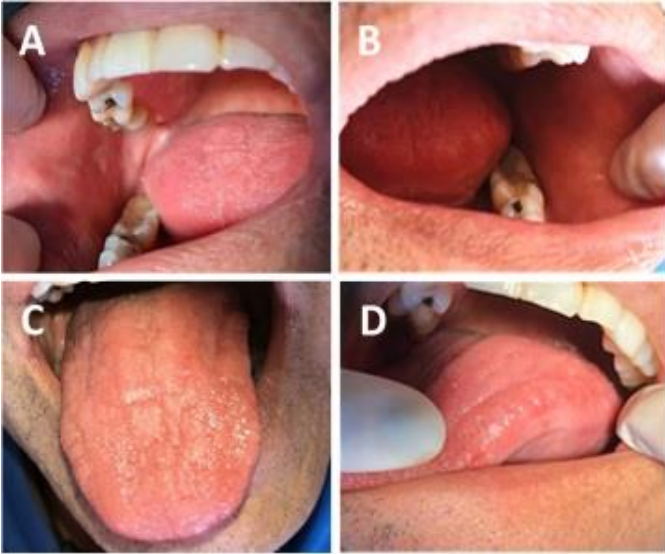


Figura 2. (A) Mucosa jugal direita. (B) Mucosa jugal esquerda. (C,D) Dorso e lateral da língua.

Para o tratamento da xerostomia, foi instituído o uso de saliva artificial, em forma de spray, todas as vezes que sentisse a boca seca. Após uma semana, o paciente retornou reclamando da boca seca e da não adaptação ao uso da saliva artificial, pois relatou sentir muitas náuseas com esse método. Dessa forma, foi orientado a usar gomas de mascar com xilitol, duas vezes ao dia, para estimulação da saliva, combinado com a ingestão de pelo menos 3 litros de água diariamente.

Houve retorno do paciente em decorrência aos episódios de candidíase, assim, seguiu-se o protocolo de tratamento já indicado anteriormente pela outra dentista, pois logo após o término do tratamento, houve a ocorrência de vários episódios severos de candidíase. O tratamento consistiu no uso de nistatina, através de bochechos e deglutição deste fármaco. Embora presente durante o acompanhamento, esses episódios não foram tão recorrentes (Figura 3).



Figura 3. Episódio de candidíase.

No quarto retorno, após 4 meses, o paciente mencionou sentir uma melhora na produção de saliva, contribuindo na deglutição dos alimentos. Na consulta, o paciente trouxe um

creme dental Enzycal 1450 – Curaprox, que começou a fazer uso há menos de uma semana, por indicação de um amigo, o qual relatou ter ajudado na produção de saliva quando passou por um quadro parecido. Foi permitida a continuação do seu uso, pois não apresentava na composição nenhuma restrição ao paciente.

Durante o acompanhamento, após um ano da finalização do tratamento radioterápico e quimioterápico, o paciente não apresentou mais casos de mucosite, teve recidivas de candidíase, tratadas novamente com nistatina. A queixa principal foi amenizada com o uso das gomas, contribuindo com a melhor alimentação do paciente e bem-estar (Figura 4).



Figura 4. Cavidade bucal com aumento na produção de saliva.

DISCUSSÃO

A busca por oferecer melhor qualidade de vida ao paciente oncológico está em um tratamento multidisciplinar, pois este acompanhamento é essencial e está fundamentado numa equipe composta por médicos, cirurgiões-dentistas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos. Esta abordagem deve ser feita desde o início do tratamento antineoplásico, para que assim, seja possível minimizar ou até mesmo precaver os efeitos colaterais do tratamento (5,9).

O papel do cirurgião-dentista previamente ao tratamento oncológico deve constituir-se em uma anamnese e exame clínico minucioso, para que assim sejam feitos todos os procedimentos necessários, dando ao paciente saúde bucal satisfatória sem riscos de focos de infecções (11). Após o começo do tratamento oncológico, o acompanhamento odontológico faz-se necessário, pois este pode diminuir ou precaver os efeitos colaterais manifestados na cavidade oral decorrentes da radioterapia ou quimioterapia (10). O paciente do caso iniciou o acompanhamento junto ao cirurgião dentista após o aparecimento de mucosite advinda da radioterapia, que foi tratada logo no início, minimizando o desconforto e episódios de candidíase.

Após o tratamento radioterápico, o paciente continuou o acompanhamento odontológico, principalmente pela xerostomia e candidíase recorrente. A xerostomia é uma das

manifestações mais comuns decorrentes deste tratamento, visto que é ocasionada principalmente pela radiação, pois as glândulas salivares são sensíveis a esta exposição (11). Todos os tratamentos relatados na literatura até o momento visam aliviar o incômodo oral, mantendo a boca úmida, bem como precaver lesões ou doenças oportunistas, já que a saliva é um mecanismo natural de defesa (11).

O tratamento da hipossalivação é longo e contínuo, sendo muitas vezes baseado em condições que irão estimular a produção da saliva. Dessa forma, o paciente tem como alternativas a estimulação mecânica e gustativa, que se dá pelo o uso de gomas de mascar sem açúcar ou com xilitol, sendo também indicados alimentos que necessitam de intensa mastigação (11). A goma de mascar pode ser mais eficaz do que a saliva artificial, sendo usada antes das refeições para que ocorra a salivagem (12).

A hidratação da mucosa oral é fundamental e necessita de ingestões de grandes quantidades de água e outros líquidos, sendo pelo menos 2 litros de água por dia (13), pois dessa forma o paciente terá ingerido pelo menos três litros de água diariamente, o que contribui com o conforto da cavidade oral frente à dificuldade de deglutição. Também se recomenda evitar a ingestão de café, álcool e o uso de tabaco (14,15).

Na literatura, alguns estudos utilizaram a combinação de pastas de dentes e gomas de mascar, e evidenciaram a melhora na produção salivar (11,12). Assim, o uso do creme dental Enzycal 1450 – Curaprox tem sido associado às formas de estimular a produção de saliva. Entretanto, não existe relato do seu efeito na estimulação de saliva, apenas há enzimas em sua composição que contribuem para isso.

A candidíase também é um efeito colateral comum na cavidade bucal. Esta é uma infecção micótica, considerada oportunista. Os fármacos de escolha para tratamento de tal manifestação são os antifúngicos, como a nistatina. Há várias maneiras de uso da nistatina, com relatos de melhor eficácia quando utilizada como bochechos e deglutida, de três a quatro vezes por dia (16), justificando a forma de uso indicada para o paciente.

Para o paciente oncológico ter melhora na qualidade de vida no tratamento, o cirurgião dentista deve estar presente na rotina do paciente, com retornos periódicos, acompanhando os cuidados com saúde bucal, através de avaliações, orientações de higiene e aplicação de flúor (17,18). É de substancial importância o domínio do cirurgião-dentista sobre o assunto para a realização da prevenção e do tratamento das manifestações bucais, para que possam aliviar o desconforto do paciente, proporcionando a melhora na qualidade de vida (19).

CONCLUSÃO

O acompanhamento do cirurgião dentista é indispensável numa equipe multidisciplinar, pois este é capaz de

proporcionar condição satisfatória ao paciente oncológico, prevenindo, aliviando e tratando os desconfortos causados pelas manifestações bucais, adquiridas no tratamento oncológico. Nesse sentido, a xerostomia e a candidíase são manifestações que precisam ser tratadas continuamente, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011; 128.
2. Viera SC, Lustosa AML, Barbosa CNB, Texeira JMR, Brito LXE, Soares LFM, Ferreira MAT, et al. Oncologia Básica. 1. ed. Teresina: Fundação Quixote, 2012.
3. Emmi DT, Badaró MM, Valente VH, Araújo MVA. Radioterapia em cabeça e Pescoço: Complicações Bucais e a Atuação do Cirurgião Dentista. Rev. Para. Med. Abr. 2009;23(2).
4. Volpato LER, Silva TC, Oliveira TM, Sakai VT, Machado MAAM. Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2007;73:562-68.
5. Jham CB, Freire ARS. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço. Rev. Bras Otorrinolaringol 2006;72:704-8.
6. Russo G, Haddad R, Posner M, Machtay M. Radiation treatment breaks and ulcerative mucositis in head and neck cancer. The oncologist. 2008;13:886-98.
7. Vidal AKDL, Revoredo ECV. Radiotherapy in tumors of mouth. Odontologia clinico-científica. 2010;9:293-98.
8. Martínez AB, Corcuera MM, Font RF. Efectos secundarios bucales de la radioterapia y quimioterapia em el cáncer en la región cervicofacial. Rev. Med Clin (Barc). 2013;141:77-81.
9. Vieira DL, Leite AF, Melo NS, Figueiredo PTS. Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. Oral Sci. 2012;4:37-42.
10. Grimaldi N, Sarmiento V, Provedel L, Almeida D, Cunha S. Conduta do cirurgião-dentista na prevenção e tratamento da osteorradiocrose: revisão de literatura. Rev. Bras. de Cancerologia. 2005;51: 319-24.
11. Fávaro RAA, Ferreira TNR, Martins WD. Xerostomia: etiologia, diagnóstico e tratamento. Revisão. Clin. Pesq. Odontol. 2006;2:303-17.
12. Santos RB, Figueiredo, MAS, Cherubinij K, Krapf SEM. Rev. Passo Fundo. 2001;6:53-6.

13. Brochado JIV. Xerostomia e produção de saliva artificial na doença oncológica [dissertação]. Universidade Fernando de Pessoa. UFP; 2014.

14. Goulart JD, Almeida JC, Leardini JMS, Silva JF, Abrahão JMB, Silva JB, Silva TE, Teixeira MA. Xerostomia e suas causas na Odontologia. REAS, Rev. Eletrônica Acervo Saúde. 2016;3:99-103.

15. Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos. Rev. Acta Med Port. 2005;18:459-66.

16. Neto MM, Danesr CC, Unfer DT. Candidíase Bucal Revisão de Literatura. Saúde. 2005;31:16-26.

17. Anderson L, Medeiros FB, Ciamponi AL. Cuidados odontológicos em pacientes oncológicos. Rev. Onco&. 2014;24-26.

18. Santos CC, Filho GAN, Caputo BV, Souza RC, Andrade DMR, Giovani EM. Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal. Health Sci Inst. 2013;31:368-72.

19. Zanini L, Braz MA, Larantins NL, Vinholes JIAM. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas do município de Capão da Canoa sobre o atendimento a pacientes oncológicos. Rev. RFO. 2016;21:373-280.