

## Revisão

### **Assistência odontológica em pacientes oncológicos hospitalizados: o que o cirurgião-dentista precisa saber?**

### **Dental assistance in hospitalized oncological patients: what does the dental surgery need to know?**

Aryssa Kiara Mendes De Araujo Galindo<sup>1</sup>

Karen Vivianne Ferreira<sup>2</sup>

Eduardo Henriques de Melo<sup>3</sup>

1 Discente do Curso de Odontologia no Centro Universitário Tabosa de Almeida. Rua Tenente Dorgival Galindo, Número 132, Centro, Alagoinha –PE. CEP 55260000.

Telefone: 87-9 9101 2789.

E-mail: aryssa.kiara@gmail.com

2 Discente do Curso de Odontologia no Centro Universitário Tabosa de Almeida.

Rua Manoel Borba, Número 48, Centro, Toritama –PE. CEP 55125 000.

Telefone: 81- 9 9947 7525.

E-mail:Karen\_k.vivi@hotmail.com

3 Professor Assistente de Clínica Odontológica e Saúde Coletiva do Centro Universitário Tabosa de Almeida. Rua Francisco Gueiros, Número 564, Heliópolis,

Garanhuns –PE. CEP 55296 630. Telefone: 87-9 9614 2999.

E-mail: eduardomelo@asc.es.edu.br

## RESUMO

Pacientes em tratamento antineoplásico, na grande maioria dos casos, apresentam complicações na integridade e função da cavidade oral, devido ao fato de que a radioterapia e quimioterapia não são aptas apenas para destruírem as células tumorais, sem causar danos às células normais. Esse estudo teve por objetivo apresentar a relevância do cirurgião-dentista na conduta de pacientes oncológicos submetidos à terapia antineoplásica, destacando as possíveis alterações bucais que podem ser evitadas com a atuação do mesmo. Para tanto, uma revisão sistematizada de literatura foi conduzida englobando artigos de periódicos indexados na Scientific Electronic Library Online. Entre as manifestações orais mais frequentes estiveram descritas a mucosite, osteorradionecrose, as cáries de radiação, hipossalivação, as infecções fúngicas e herpéticas, xerostomia, disgeusia. A sintomatologia e os graus de severidade variaram de acordo com os indivíduos, tipo de tratamento e grau de diferenciação do tumor. Do exposto, foi possível concluir que é indispensável a atuação do cirurgião-dentista antes, durante e após o tratamento antineoplásico, seja prevenindo ou atuando para que os sintomas quando presentes surjam com menor intensidade, juntamente com a equipe multidisciplinar oncológica.

Termos de Indexação: Oncologia clínica, Protocolos antineoplásicos, Tratamento odontológico, Saúde bucal.

## **ABSTRACT**

Patients undergoing antineoplastic treatment, in the vast majority of cases, present complications in the integrity and function of the oral cavity, due to the fact that radiotherapy and chemotherapy are not only capable of destroying tumor cells without causing damage to normal cells. This study aimed to present the relevance of the dental surgeon in the management of cancer patients submitted to antineoplastic therapy, highlighting the possible oral alterations that can be avoided with the performance of the same. To do so, a systematized literature review was conducted encompassing journal articles indexed in the Scientific Electronic Library Online. Among the most frequent oral manifestations were described mucositis, osteoradionecrosis, radiation caries, hyposalivation, fungal and herpetic infections, xerostomia, dysgeusia. The symptomatology and degrees of severity varied according to the individuals, type of treatment and degree of differentiation of the tumor. From the above, it was possible to conclude that it is indispensable to perform the dentist before, during and after the anti-neoplastic treatment, either by preventing or acting so that the symptoms, when present, appear with less intensity, together with the multidisciplinary oncological team.

Indexing Terms: Medical Oncology; Antineoplastic Protocols; Dental Care; Oral health.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer é visto como um grande problema de saúde pública. A sua etiologia está associada a fatores genéticos e condições ambientais, como por exemplo, o consumo de álcool e tabaco<sup>1</sup>. Os meios de tratamento para as neoplasias malignas mais utilizados são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. Sua escolha vai depender de diversos fatores, como: o grau de malignidade, a localização do tumor e seu estadiamento, como também as condições de saúde do paciente<sup>2</sup>.

Os novos métodos que vêm sendo empregados no diagnóstico e tratamento dos pacientes oncológicos, trazem bons resultados em relação a sobrevida do mesmo. Todavia, trazem efeitos colaterais, os quais podem variar de indisposição e desconforto do paciente, até a apresentação de novas neoplasias<sup>3</sup>.

Cada um dos tratamentos age de forma distinta. A cirurgia se limita a área da lesão, no entanto pode trazer problemas estéticos ou funcionais. A radioterapia apresenta efeito sítio-específico, sendo indicada tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório, tendo a função de minimizar o volume da lesão, já a quimioterapia possui efeito sistêmico. As duas últimas, por não serem aptas apenas para destruir as células tumorais, sem causar danos as células normais, ocasionam transtorno na integridade e função da cavidade oral na grande maioria dos caso<sup>4</sup>.

É de suma importância a avaliação odontológica prévia ao tratamento antineoplásico para se ter uma visão geral da saúde bucal do paciente, minimizando as complicações orais futuras e proporcionando ao paciente uma melhor qualidade de vida. Durante o tratamento, dentes que não foram previamente condicionados, podem facilitar a perda da integridade da mucosa oral e tornar possível a instalação de infecções, o que poderá trazer transtornos ao paciente, por ser inviável a realização de tratamentos invasivos como exodontia e endodontia durante a terapia antineoplásica<sup>5</sup>.

Nessa perspectiva, o presente trabalho justificou-se para trazer a luz abordagens terapêuticas de enfrentamento às sequelas bucais do tratamento oncológico em pacientes hospitalizados. Como exposto anteriormente, a literatura fala muito sobre a prevenção e sobre a preservação da saúde bucal, porém não é tão clara sobre quais cuidados devem ser tomados pelo cirurgião dentista no ambiente hospitalar com esse grupo de pacientes.

O presente trabalho teve como objetivo descrever a importância do cirurgião-dentista (CD) na conduta de pacientes em tratamento antineoplásico, dando ênfase as possíveis complicações bucais que podem ser evitadas com a atuação do profissional de saúde bucal.

## **METODOLOGIA**

Esta revisão de literatura foi realizada como uma pesquisa exploratória, em meios digitais, almejando apontar e discutir o que o cirurgião dentista precisa compreender para intervir nas sequelas bucais quando estas ocorrem em pacientes oncológicos hospitalizados. Para tanto a amostra (material pesquisado) foi composta por documentos oficiais (protocolos) de hospitais e artigos científicos. A abordagem das lesões bucais que acometem tais pacientes foi o tema central, sendo as publicações de caráter descritivo (normatizações, portarias, protocolos/guidelines, estudos de caso ou transversais), analítico (coortes, casos/controles) e ou experimental (ensaios clínicos).

Os critérios de critérios de inclusão utilizados foram: publicações dos últimos 10 anos no idioma português, inglês ou espanhol; Livros, monografias, dissertações, teses, artigos nacionais e internacionais cujo tema principal foi sequelas bucais ocorridas durante o tratamento oncológico de pacientes hospitalizados; Documentos oficiais (portarias, normatizações internas, protocolos, *guidelines*) de instituições hospitalares que disponibilizam na internet o manejo odontológico desses pacientes.

Por sua vez, o critérios de critérios de exclusão utilizados foram: artigos científicos cujo texto completo não esteve disponível e documentos oficiais da internet cujo *download* não esteve possível ou cujo provedor (Site) esteve indisponível.

Para coleta, foi utilizado o formulário de pesquisa avançada (disponível no endereço <http://search.scielo.org/?q=&where=ORG>) da ScientificElectronic Library Online que é um portal de revistas brasileiras que organiza e publica textos completos de revistas na internet. Nesse formulário, podem ser adicionados campos, os quais para essa pesquisa foram preenchidos com os seguintes termos (palavras/descriptores): Oncologia clínica, Protocolos antineoplásicos, Tratamento odontológico, Neoplasias relacionadas ao tratamento, Cuidados paliativos, Terminalidade, Atitude frente à morte, Atenção à saúde, Saúde bucal, oncologia, Sequelas bucais, Odontologia, Radioterapia, Câncer, Osteorradionecrose, Unidades

de terapia intensiva. O Google acadêmico (<https://scholar.google.com.br/>) também foi utilizado com estratégias similares às anteriores, porém o foco de direcionamento relacionou-se aos protocolos clínicos de hospitais de referência em oncologia.

A fim de aumentar a sensibilidade e especificidade, operadores booleanos como OR e AND foram empregados para minimizar publicações que não tinham como foco principal as sequelas bucais do tratamento antineoplásico.

Os títulos, resumos e introduções dos documentos oficiais foram lidos pelos pesquisadores, e sendo obtidos os textos completos quando pertinentes para uma segunda leitura do texto completo e verificação da elegibilidade das publicações que compuseram a revisão.

## RESULTADO DA REVISÃO

O quadro apresentado a seguir, descreve o processo de Cruzamentos dos descritores e os resultados obtidos no site de base de dados da SCIELO (Scientific Electronic Library Online), (disponível no endereço <http://search.scielo.org/?q=&where=ORG>).

**Quadro 1: Descritores, operadores booleanos empregados e resultados do cruzamento**

<b>Descritores e operadores booleanos empregado</b>	<b>Resultado</b>
Oncologia Clínica <b>OR</b> Protocolos antineoplásicos	<b>5</b>
Sequelas bucais <b>OR</b> Radioterapia:	<b>1334</b>
Sequelas bucais <b>AND</b> Radioterapia	<b>1</b>
Tratamentos odontológicos <b>OR</b> Cuidados paliativos	<b>176</b>
Terminalidade <b>OR</b> Atitude frente à mort	<b>62</b>
Terminalidade <b>AND</b> Atitude frente à morte	<b>2</b>
Neoplasias relacionadas ao tratamento <b>OR</b> oncologia	<b>2046</b>
Atenção à saúde <b>AND</b> saúde bucal	<b>3</b>
Atenção à saúde <b>OR</b> saúde bucal	<b>643</b>
Odontologia <b>AND</b> câncer	<b>155</b>
Odontologia <b>OR</b> câncer	<b>12289</b>
Unidade de Terapia Intensiva <b>OR</b> Osteorradiocrose	<b>390</b>

## **Atuação Odontológica na Assistência do Tratamento Oncológico**

Pacientes oncológicos, quando submetidos a tratamentos antineoplásicos, por vezes desenvolvem desordens na cavidade oral, que podem surgir imediatamente ou com o passar do tempo, essas desordens ocorrem devido à ação dos tratamentos como a radioterapia e a quimioterapia sobre as células, pois não são capazes de selecioná-las, acometendo tanto células tumorais quanto células saudáveis. Mucosite, osteoradionecrose, cárie de irradiação, xerostomia, digeusia, hipossalivação e diferentes tipos de infecções, são algumas das complicações decorrentes das terapias antineoplásicas que vão variar de acordo com as particularidades tanto do caso do paciente bem como o tratamento utilizado<sup>3</sup>.

O risco de desenvolver infecções e complicações orais é eminente durante momentos de mielossupressão decorrente da terapia antineoplásica. O paciente que apresenta condições de higiene bucal deficiente ou infecções odontogênicas e ou periodontais, previamente ao tratamento antineoplásico, estará mais vulnerável ao aparecimento das manifestações orais como a mucosite que esta ligada a ação de fungos vírus e bactérias oportunistas, assim um paciente com boa saúde bucal apresenta menos efeitos colaterais<sup>6</sup>.

A atuação do cirurgião dentista frente aos pacientes oncológicos está presente desde a prevenção, redução de danos resultantes da terapia antineoplásica e tratamento desses efeitos colaterais, sendo cada dia mais importante e tornando possível oferecer ao paciente uma melhor qualidade de vida e conforto frente às complicações orais decorrentes dos tratamentos antineoplásicos<sup>7</sup>.

As células do epitélio oral, devido a sua rápida renovação, sofrem a ação das terapias antineoplásicas rapidamente, a integridade da cavidade oral e desempenho das funções são afetados mediante a essa terapia, a proporção desses efeitos colaterais se dar de acordo com as variáveis do tratamento selecionado e suas particularidades. Fatores como tipo de radiação utilizada e sua dose total, o modo de fracionamento e o aparelho utilizado são variáveis observadas na radioterapia, já na quimioterapia é imprescindível considerar a droga empregada e o número de ciclos realizados. Em qualquer das terapias deve ser considerados fatores relacionados ao tipo de tumor, situação geral do paciente e a assistência à saúde bucal que o mesmo recebeu antes, durante e após o tratamento antineoplásico<sup>4</sup>.

A inserção do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar oncológica possibilita avaliação odontológica geral prévia ao tratamento e faz com que seja

possível o diagnóstico precoce das manifestações bucais, bem como um prognóstico sobre a condição de saúde bucal atual do paciente, assim é possível saber as necessidades do paciente e elaborar um plano de tratamento, de adequação do meio bucal, com medidas como profilaxia, remoção de lesões cáries, tratamentos periodontais e periapicais, entre outros, reduzindo assim futuros efeitos colaterais<sup>6</sup>.

O nível de higiene oral, antes e durante a terapia, irá determinar o grau das complicações orais juntamente com a severidade do tratamento, como a dose de irradiação ou da medicação escolhida na quimioterapia. A adequação do meio bucal do paciente prévia ao tratamento, pode variar entre uma simples profilaxia à procedimentos de restauração de dentes cariados ou que possuam bordos cortante, que podem comprometer a integridade da mucosa, podem também ser solicitados procedimentos mais complexos como exodontias e endodontias de processos inflamatórios da polpa que podem vir a agudizar. O plano de tratamento deverá ser feito de acordo com a necessidade de cada paciente e monitorado pelo cirurgião dentista não só previamente a terapia, mas também durante e após o tratamento<sup>8</sup>.

Essa avaliação prévia nem sempre é realizada, muitas vezes por motivo de urgência do quadro de saúde, ou mesmo por não haver orientação ao paciente que acabam não atentando aos cuidados necessários com a dentição. Impossibilitando assim a prevenção ou atenuação a incidência de complicações orais<sup>3</sup>.

### **Prevenção, Adequação do meio bucal**

É de grande relevância a avaliação odontológica prévia ao tratamento oncológico para se ter uma visão geral da saúde oral do paciente, podendo assim criar um plano de tratamento moldado às principais necessidades do paciente oncológico, minimizando as complicações orais futuras. Ao longo do tratamento, elementos que não foram anteriormente condicionados, podem contribuir para a perda da integridade da mucosa oral e desenvolver instalações de infecções, como também apresentar processos inflamatórios do complexo pulpar, o que poderá trazer transtornos ao paciente, devido a não ser possível a realização de tratamentos invasivos durante a terapia antineoplásica, fazendo com que o paciente venha a sentir dor e desconfortos<sup>9</sup>. É imprescindível o acompanhamento do CD após o tratamento antineoplásico, sempre controlando e prevenindo sintomas que possam vir a surgir, proporcionando ao paciente uma melhor qualidade de vida<sup>4</sup>.

### **Antes do tratamento oncológico.**

Com o intuito de diminuir as alterações causadas pelo tratamento antineoplásico, o cirurgião-dentista deve examinar previamente o paciente, em torno de 2 a 4 semanas anteriormente ao tratamento, nesse momento devem-se dar todas as orientações de higiene oral e incentivar o mesmo, a fim de que a saúde bucal seja preservada e procedimentos necessários possam ser realizados para evitarem-se maiores complicações que possam surgir tardiamente. Um plano de tratamento deve ser elaborado atendendo adequadamente as necessidades de cada paciente e possibilitando a visualização do prognóstico dos elementos presentes<sup>10</sup>.

Elaboração do plano de tratamento após tomadas radiográficas e exame clínico detalhado, no plano de tratamento devem ser incluídos procedimentos como exodontias, com técnica menos traumática em média 14 dias antes do início do tratamento para que ocorra uma cicatrização completa e diminuam os riscos de osteorradionecrose. Endodontias e selamentos com ionômero de vidro das lesões cáries, substituições de restaurações insatisfatórias ou com infiltrações, observação de função de prótese, se mal adaptadas devem ser substituídas, cirurgias orais menores como fibromas, tórus ou hiperplasias, terapia periodontal também deve ser realizada três semanas antes do tratamento antineoplásico, orientações de higiene oral e incentivo a mesma e orientações de dieta e não uso de substâncias como álcool e tabaco<sup>11</sup>.

### **Durante e após o tratamento oncológico**

Manter orientações de higiene, realização de fluoroterapia com gel fluoretado de sódio neutro a 2% além de bochechos com soluções de fluoreto de sódio a 0,02% com duração de 1 minuto, três vezes durante o dia<sup>5</sup>.

Quadros de mucosite, xerostomia e infecções oportunistas que são as manifestações orais mais frequentes necessitam de intervenção direta do cirurgião dentista<sup>12</sup>.

Deve-se realizar avaliações periódicas, retiradas da placa e aplicação tópica de flúor gel. Orientar a manutenção de higiene oral rigorosa, e a utilização de dentífrico fluoretado e o uso do fio dental. E alguns cuidados devem ser tomados como, por exemplo, não efetuar exodontias, por volta de cinco anos após a radioterapia. Interferir apenas em quadros que não possuam outra opção, todavia com antibioticoterapia profilática<sup>7</sup>.

O acompanhamento deve ser contínuo também após o término da terapia antineoplásica, para que complicações que se instalaram durante o tratamento sejam controladas e revertidas e se previnam complicações tardias, devem ser realizados também tratamentos paliativos, procedimentos restauradores, reabilitações funcionais e estéticas que possam auxiliar também na melhora da autoestima do paciente além de proporcionar uma melhor qualidade de vida<sup>9</sup>.

### **Tratamento das sequelas bucais resultantes da condição sistêmica dos pacientes hospitalizados;**

#### **Mucosite**

A mucosite é a mais rápida e mais comum disfunção resultante da ação do tratamento antineoplásico, tem como sintomas principais ardência, dor e desconfortos durante estímulos como a mastigação, que pode se tornar mais frequente de acordo com o agravamento da inflamação e ulceração da mucosa, que se apresenta clinicamente edemaciada, eritematosa e com descamação úmida. As áreas mais acometidas na cavidade oral são áreas não queratinizadas como o assoalho da boca, mucosa jugal e labial. Alguns fatores de risco como o estado de saúde geral comprometido, traumas mecânicos, uso de irritantes locais como álcool e fumo, podem agravar o estado da mucosite. Dependendo da gravidade da complicação tem-se uma limitação das doses de quimioterapia ou radioterapia de cabeça e pescoço<sup>13</sup>.

O tratamento dessa complicação consiste em cuidados paliativos e prevenção para alívio dos sintomas, evitando o agravamento do caso. Bochechos com substâncias como hidróxido de alumínio 10%, dexametasona (5 mL), eritromicina (250 mg.5 mL<sup>-1</sup>), são muito utilizados no tratamento bem como uso de analgésicos, reposição de vitaminas como A e D, e alternativas como a laserterapia, que tem mostrado ótimos resultados para tratamento e prevenção. O uso desses mecanismos são muito utilizados, porém não há um tratamento com eficácia absoluta<sup>12</sup>.

## **Osteorradionecrose**

A osteorradionecrose é uma complicação tardia que acontece quando não há cicatrização do osso e este evolui para a fase de necrose, com ou sem processo infeccioso. Apresenta-se com maior frequência na região de mandíbula, porém por vezes acomete a maxila. Tem como principais sinais clínicos eritema, edema e ulceração nos tecidos moles, além de exposição de osso necrótico, pode apresentar também supuração intra ou extraoral, parestesia e fratura patológica, além de sintomatologia dolorosa. Radiograficamente observam-se zonas radiolúcidas mal definidas e radiopacidade nas áreas distantes das vitais e quando apresenta formação de sequestros ósseos<sup>7</sup>.

Os fatores de risco para a osteorradionecrose podem estar relacionados a terapia, e esses são a dose total da radioterapia, a fração empregada e o volume do osso que foi aplicada, também são relevantes os fatores relacionados ao paciente que são eles condição de saúde geral e presença de imunossupressão, infecções ou doenças sistêmicas como diabetes, uso de substâncias como o álcool e o tabaco, além da sua condição de higiene oral. Extrações dentárias pós-radioterapia não devem ser realizadas devido à hipocelularidade, hipovascularização e hipóxia do tecido ósseo, por isso as extrações e cirurgias orais menores devem ser realizados antes do tratamento antineoplásico.<sup>14</sup> A prevenção é de extrema importância nesse caso, por isso a orientação e cuidados do cirurgião dentista são imprescindíveis, orientações de higiene oral, profilaxia e fluoroterapia são necessárias para manter a saúde bucal e evitar futuras intervenções e transtornos. Frente a manifestação da osteorradionecrose a terapêutica utilizada consiste na irrigação com soluções antissépticas, estímulo de resposta ao tecido ósseo gerado pelo desbridamento do tecido necrótico, também se utiliza a técnica de oxigenoterapia hiperbárica e antibioticoterapia<sup>5</sup>.

## **Cárie de Irradiação**

Ela surge em média de dois meses a um ano do começo do tratamento de radioterapia e tem maior incidência na região cervical dos elementos dentários, deve ser evitada com o acompanhamento periódico de um cirurgião dentista associado a fluoroterapia diária e melhora da higienização bucal. No caso de dentes acometidos deve-se realizar aplicação de cariostáticos ou remoção da lesão do tecido afetado a depender do grau de evolução. A remoção do tecido cariado não deve ser feita com

a caneta de alta rotação e sim realizada com um procedimento menos invasivo, utilizando cureta e restauração com ionômero de vidro, também devem ser realizados bochechos diários com fluoreto de sódio a 0,05%, não acidulado, durante um minuto, para controle dessa complicação<sup>12</sup>.

### **Hipossalivação**

Durante o tratamento antineoplásico outra manifestação bucal frequente é a hipossalivação, onde existem alterações na qualidade e quantidade da saliva, a qual fica viscosa e com seu fluxo reduzido. Outros fatores consideráveis para o agravo da hipossalivação são a depressão, o estresse, e a nutrição deficiente, sofridos pelos pacientes oncológicos. Devido à redução do fluxo salivar existe mais facilidade da instalação de fungos no meio bucal, e com a perda de amilase e imunoglobulina A, a mucosa estará também mais vulnerável a bactérias oportunistas<sup>10</sup>.

A hipossalivação também irá agravar o quadro de mucosite já existente. E, além disso, o paciente também estará mais susceptível a instalação de cáries, em consequência da sua mudança de dieta, que passa a ser mais doce e macia. Para o controle e tratamento da hipossalivação podem-se utilizar aplicações de laser de baixa intensidade, substitutos da saliva, e é importante ressaltar ao paciente a importância do aumento da ingestão de água<sup>14</sup>.

### **Infecções Fúngicas**

Os pacientes que passam por a radioterapia sofrem alteração na microflora bucal, elevando a colonização fúngica. As drogas utilizadas na quimioterapia, imunossupressoras e citotóxicas, também contribuem para essa colonização. As infecções fúngicas, geralmente causadas por a *Candida Albicans*, são caracterizadas pelo aparecimento de placas pastosas e esbranquiçadas, as quais se apresentam na mucosa bucal e na língua, e quando raspadas trazem uma área ulcerada e que apresenta dor. Para aliviar os sintomas das infecções fúngicas são realizados bochechos com nistatina, e o uso de antifúngicos sistêmicos ou locais, como o fluconazol<sup>3</sup>.

## **Xerostomia**

Outra manifestação comum devido ao tratamento antineoplásico é a xerostomia, conhecida como boca seca, a qual é resultante da disfunção das glândulas salivares, causando uma redução significativa na qualidade e na quantidade do fluxo salivar. Os sintomas são relacionados sempre a falta de saliva, o que pode levar à halitose, lábios ressecados e fissuras nas comissuras labiais, deglutição deficiente, modificação na sensibilidade gustativa, complicação na utilização de próteses dentárias, e aumento elevado de cáries, devido à alteração da microbiota da cavidade bucal<sup>7</sup>.

Para reduzir o incômodo provocado por a xerostomia, é feito o uso da saliva artificial (substitutos da saliva), tais como pilocarpina, carboximetilcelulose, xilitol, entre outros. É de suma importância que o paciente aumente seu consumo de água, para melhorar a função da saliva e diminuir o desconforto causado pela xerostomia<sup>13</sup>.

## **Disgeusia**

Consiste na alteração do paladar, devido à atrofia gradativa sofrida pelas papilas gustativas, por ação da radioterapia. Também é causada por o aumento da viscosidade do fluxo salivar. E a quimioterapia irá causar uma citotoxicidade direta nas papilas<sup>5</sup>.

A restauração do paladar varia entre os pacientes. Em alguns casos o mesmo volta a normalizar por volta de 4 meses, mas em quadros de xerostomia severa a disgeusia pode ser permanente. O controle da digeusia se dá através de do uso dos substitutos da saliva, da ingestão de líquidos, bochechos com água bicarbonatada e também maiores cuidados nutricionais<sup>6</sup>.

## **Infecções herpéticas**

Durante a terapia antineoplásica o vírus do HSV, geralmente é reativado. Isso ocorre devido à imunossupressão sofrida pelos pacientes, e a exposição dos tecidos à radiação, o que pode levar o paciente a um quadro de estomatite, muitas vezes confundida com a mucosite oral. O tratamento na maioria das vezes é apenas sintomático, entretanto podem-se usar alguns antivirais, como o Aciclovir<sup>3</sup>.

## CONCLUSÕES

Do exposto, pôde concluir que a importância do cirurgião-dentista previamente a terapia antineoplásica traz benefícios que vão para além da saúde bucal, tornando possível a prevenção e redução de sequelas sistêmicas cuja origem se inicia com alterações bucais. Destacou-se também o valor da participação do CD na equipe multidisciplinar durante e após a terapia antineoplásica, descrevendo como evitar complicações orais, das quais a literatura destacou a xerostomia, mucosite, cárie de irradiação e osteorradionecrose.

## REFERÊNCIAS

1. Toscano BAF, Coelho MS, Abreu HB, Logrado MHG, Fortes RC. Câncer Implicações Nutricionais. *Comun. Ciênc. Saúde*; 2008; 19(2):171-180.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; c1996-2010 [acesso em 10 de fev de 2017]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>
3. Paiva MDEB, Biase RCCG, Moraes JJC, Ângelo AR, Honorato MCTM. Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica. *Arquivos em Odontologia V.* 2010; 46(1): 48-55.
4. Souza RRP, Lima BG, Marchi LM, Botelho MPJ. Promoção de saúde bucal em pacientes oncológicos adultos. *Anais Eletrônico. VI Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica*, 2012. Disponível em: [http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/vi\\_mostra/rafaella\\_rodrigues\\_penha\\_souza.pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/vi_mostra/rafaella_rodrigues_penha_souza.pdf)
5. Pereira JV, Souza FEC, Alves PM, Araújo CRF, Gomes DQC. Avaliação de *Streptococcus Mutans* e velocidade do fluxo salivar em pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à quimioterapia e radioterapia. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2008; 8(3):295-9.
6. Lopes IA, Nogueirva DN, Lopes IA. Manifestações orais decorrentes da quimioterapia em crianças de um centro de tratamento oncológico. *Pesqui. Bras. Odontopediatria clín. Integr.* 2012; 12(1): 113-19.

7. Santos CC, Noro-Filho GA, 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. *JHealthSci Inst.* 2013; 31(4):368-72.
8. Hespanhol LF, Tinoco BEM, Teixeira HGC, Falabella MEV; Assis NMSP. Bucal manifestations in patients submitted to chemotherapy. *Cienc&Saúde Coletiva.* 2010; 15 (1): 1085-94.
9. Vieira DL, Leite AF, Melo NS, Figueiredo, PTS. Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. *Oral Sci.* 2012; 4(2): 37-42.
10. Fusco FS, Onofre MA, Navarro CM, Bufalino A, Ortega RM, Campos EA, et al. Prevenção e tratamento dos efeitos colaterais na cavidade oral em mulheres durante o tratamento. 8º Congresso de extensão universitária da UNESP, p. 1-6, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/142626>>.
11. Sassi LM, Machado RA. Protocolo pré-radioterapia de cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2009 ;38(3):2080-10.
12. Albuquerque RA, Morais VII, Sobral APV. Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos – revisão da literatura. *Revista de Odontologia da UNESP.* 2007; 36(3): 275-280.
13. Francolí JE, Rodríguez AR, García SP, Albiol JG, Escoda CG. Dental implications in oral cancer patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011 Jul 1;16 (4): 508-13.
14. Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ, Barasch A, Murphy BA, Kolnick L, et al. Oral complications of cancer and cancer therapy from cancer treatment to survivorship. *CA Cancer J Clin.* 2012; 62: 400-22.