



MARIA EDUARDA FARIA FIORESE

**TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS**

TEIXEIRA DE FREITAS - BA
2022

MARIA EDUARDA FARIA FIORESE

**TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade Pitágoras, como
requisito parcial para a obtenção do título
de graduado em Odontologia.

Orientador: Carolina Silva

TEIXEIRA DE FREITAS - BA

2022

MARIA EDUARDA FARIA FIORESE

**TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES
ONCOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade Pitágoras, como
requisito parcial para a obtenção do título
de graduado em Odontologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof(a). Titulação Nome do Professor(a)

Teixeira de Freitas, 18 de março de 2022

Dedico este trabalho Deus por me
abençoar e me dar forças até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus , sem ele nada seria possível.

Agradeço aos meus pais, Renato e Simone, por todo apoio, incentivo e carinho.

Agradeço a minha irmã por acreditar em mim e me dar forças durante o processo de execução deste trabalho.

FIORESE, Maria Eduarda Faria. **Tratamento Odontológico em pacientes oncológicos.**2022. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade Pitágoras, Teixeira de Freitas, 2022.

RESUMO

O câncer consiste ser uma doença crônico-degenerativa que causa muitas mortes no mundo. Seu desenvolvimento é pelo processo de carcinogênese e tem crescimento rápido e desordenado, atingindo células, tecidos e órgãos. Os tratamentos oncológicos mais comuns são a radioterapia e quimioterapia e as mesmas podem ter efeitos colaterais e desencadear mucosite, osteorradionecrose, infecções oportunistas, cárie de radiação, trismo, xerostomia, entre outros. A atuação de uma equipe multidisciplinar é fundamental para o paciente em tratamento e o cirurgião-dentista é de suma importância dentro dessa equipe. A intervenção e cuidados odontológicos diminuem o aparecimento e gravidade de complicações bucais. A atenção odontológica dos pacientes oncológicos deve ser voltada para o aspecto de humanização e valorização de cada indivíduo dando cuidados individualizados a cada um. O propósito deste trabalho é destacar, na abordagem ao paciente oncológico a importância do acompanhamento odontológico no período pré, durante e pós tratamento, destacando a conduta clínica em cada etapa e a avaliação das condições orais decorrentes da quimioterapia e radioterapia. Este trabalho foi realizado por meio de revisão bibliográfica em artigos científicos relacionados ao tema. Os autores consideraram que o acompanhamento odontológico é de suma importância em todo o processo do tratamento aos pacientes de câncer, dando uma melhor qualidade de vida e contribuindo para maiores chances de sobrevivência.

Palavras-chave: Pacientes. Oncologia. Odontologia. Tratamento.

FIORESE, Maria Eduarda Faria. **Dental treatment in cancer patients.** 2022. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade Pitágoras, Teixeira de Freitas, 2022.

ABSTRACT

Cancer is a chronic degenerative disease that causes many deaths in the world. Its development is by the process of carcinogenesis and has rapid and disordered growth, reaching cells, tissues and organs. The most common cancer treatments are radiotherapy and chemotherapy and they can have side effects and trigger mucositis, osteoradionecrosis, opportunistic infections, radiation caries, trismus, xerostomia, among others. The performance of a multidisciplinary team is essential for the patient undergoing treatment and the dentist is of paramount importance within this team. Dental intervention and care decrease the onset and severity of oral complications. The dental care of cancer patients must be focused on the aspect of humanization and appreciation of each individual, giving individualized care to each one. The purpose of this work is to highlight, in the approach to cancer patients, the importance of dental follow-up in the period before, during and after treatment, highlighting the clinical conduct at each stage and the evaluation of the oral conditions resulting from chemotherapy and radiotherapy. This work was carried out through a bibliographic review of scientific articles related to the topic. The authors considered that dental follow-up is of paramount importance throughout the treatment process for cancer patients, providing a better quality of life and contributing to greater chances of survival.

Keywords: Patients.Oncology.Dentistry. Treatment.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: EFEITOS DA RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA SOBRE CONDIÇÕES BUCAIS	11
3. PROBLEMAS E DOENÇAS CAUSADAS PELA QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA NAS CONDIÇÕES BUCAIS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS	15
4. ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO NO PACIENTE ONCOLÓGICO E A CONDUTA DO PROFISSIONAL CIRURGIÃO DENTISTA EM CADA ETAPA DO TRATAMENTO	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
6. REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

O câncer é definido como uma doença crônico-degenerativa que apresenta um rápido crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Isso acontece a partir de uma mutação genética num processo chamado carcinogênese ou oncogênese, esse processo varia de indivíduo para indivíduo dependendo de sua resposta imune para se desenvolver podendo levar anos (ONUCHIC A.C. CHAMMAS,R.).

O tratamento oncológico consiste em uma abordagem complexa, necessitando a atuação de uma equipe multidisciplinar capacitada em atender as necessidades do paciente desde o diagnóstico até a reabilitação. A atuação do cirurgião-dentista tem sido cada vez mais intensa visando a prevenção de intercorrências relacionadas à cavidade bucal (GHELARDI, et al.,2008).

A atenção odontológica ao paciente oncológico visa melhorar sua qualidade de vida uma vez que o tratamento com a radioterapia e quimioterapia pode trazer efeitos adversos na saúde bucal tais quais mucosite, xerostomia, doença periodontal, hipossalivação, cárie de radiação, osteorradionecrose e infecções bucais oportunistas. Assim, os cuidados relacionados à saúde bucal durante o tratamento oncológico são de suma importância para prevenir, diagnosticar e tratar essas doenças antes de maiores complicações. (GHELARDI, et al.,2008).

Diante da situação de um paciente oncológico, questiona-se: qual a importância do cirurgião- dentista junto à equipe medica,para a saúde bucal do paciente oncológico e como isso afeta diretamente o seu tratamento do câncer?

Os objetivos de forma geral, realizando uma revisão à literatura, visa mostrar os benefícios do acompanhamento do dentista e tratamento odontológico no paciente oncológico para melhor qualidade de vida do paciente e resposta ao tratamento de câncer. Já como objetivos específicos cita-se: mostrar os efeitos da radioterapia e quimioterapia sobre condições bucais; Destacar a importância do acompanhamento odontológico no paciente oncológico e a conduta do profissional em cada etapa de seu

tratamento; Explorar como o cirurgião-dentista ajuda na prevenção significativa de doenças bucais durante o tratamento oncológico.

Para isso, foram realizadas pesquisas e buscas de forma atenciosa através de livros, artigos, revistas e sites utilizados *SciELO*, *Google Acadêmico*, Universidades Federais e Estaduais a partir da abordagem: O tratamento odontológico em pacientes oncológicos. Os critérios foram estudos e documentos publicados nos últimos 10 anos e a partir de então, foram feitos três capítulos que serão apresentados a diante.

2. TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: EFEITOS DA RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA SOBRE CONDIÇÕES BUCAIS

A doença neoplásica, câncer, apresenta etiologia multifatorial. De acordo com Andrade et al. (2018), a denominação câncer refere-se a um conjunto de mais de cem doenças que possui causa multifatorial e tem sua origem por predisposição genética ou exposição a agentes carcinogênicos, como, por exemplo, o álcool e o tabaco, alimentação incorreta ou exposições a radiação e agentes infecciosos

Segundo Munhoz et al. (2016) o câncer é uma doença de caráter crônico, que apresenta crescimento celular desordenado resultante do desarranjo no processo de desenvolvimento celular, por uma alteração no material genético.

O surgimento dessa condição clínica se dá a partir de uma mutação genética, que apresenta células de crescimento rápido e desordenado, invadindo tecidos e órgãos, e a exercer funções desconexas com suas funções de origem. Para Onuchic e Chammas (2010) essas alterações podem ocorrer em proto-oncogenes, que são genes especiais, inativos, em células normais, quando ativados assumem a característica oncogênica, transformando células normais em células cancerosas.

Nos últimos anos em todo o mundo o número de pacientes com câncer tem se elevado, mesmo em países desenvolvidos. De acordo com O Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura. A mais recente estimativa mundial, ano 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer. Segundo as projeções para o Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer.

De acordo com Oliveira et al. (2015), ele mostrou em seu trabalho que o diagnóstico de câncer no Brasil apresentou maior número de casos do sexo feminino, de raça branca, com ensino superior completo e idade superior a 60 anos. Sendo o câncer de próstata o tipo de câncer mais

prevalente em homens e o câncer de mama o tipo mais prevalente em mulheres.

São diversos os tipos de câncer, mas os tipos que mais prevalecem segundo estimativas, em homens, à exceção do câncer de pele não melanoma, serão próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%). Nas mulheres, exceto o câncer de pele não melanoma, os cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,5%), pulmão (5,6%) e tireóide (5,4%) figurarão entre os principais (INCA, 2019).

Através de estudos, Santos (2018) diz que as estimativas são ferramentas de grande importância no traçado das estratégias de prevenção e tratamento de doenças oncológicas. Para tanto, o cumprimento dos objetivos prescritos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como prevenir e curar o que for possível, evitar e reduzir os fatores de risco da doença, diagnóstico e tratamento precoce, amenizando efeitos dolorosos devolvendo a qualidade de vida ao paciente portador, são fundamentais para o sucesso da gestão nacional do câncer.

O tratamento oncológico consiste em uma abordagem muito complexa, necessitando a atuação de uma equipe multidisciplinar capacitada em atender as necessidades do paciente desde o diagnóstico até a reabilitação final. (GHELARDI, et al., 2008).

Conforme Souza (2019), as neoplasias, de modo geral, recebem tratamento de ressecção cirúrgica, radioterapia e/ou quimioterapia. Estes tratamentos, principalmente os que utilizam radiação, podem causar efeitos colaterais de cunho odontológico, que devem ser atentamente observados e tratados pelo cirurgião-dentista. Sendo a magnitude destes efeitos dependente de quesitos como o tratamento de escolha, o tumor em si e o próprio paciente.

A radioterapia consiste na utilização de energia ionizante eletromagnética ou corpuscular, capaz de interagir com os tecidos no tratamento de neoplasias malignas. Os elétrons são deslocados nos tecidos, ionizam o meio e provocam efeitos químicos e biológicos, como danos no DNA, que impedem a replicação de células neoplásicas. Todavia, o tratamento ionizante não é seletivo e atua também em células saudáveis, o que o torna tóxico para o organismo. As elevadas doses de radiação podem afetar a

mucosa bucal, além das mudanças histofisiológicas, podem ocorrer alterações estruturais e funcionais dos tecidos de suporte. As complicações sistêmicas mais frequentes ocorrem em 65% a 100% dos casos e caracterizam-se pela presença de mal-estar, náuseas e vômitos ocasionais, anorexia e fadiga. (ROLIM; COSTA; RAMALHO, 2011).

A radioterapia (RT) tem sido utilizada no tratamento das lesões malignas de cabeça e pescoço, com melhora significativa da sobrevida dos pacientes, mas está relacionada a reações adversas que afetam a qualidade de vida dos pacientes a ela submetidos, o que pode alterar a evolução do tratamento. A incidência dessas reações depende da dose/ frequência da radioterapia, local irradiado, idade e condições clínicas do paciente e dos tratamentos associados (JARDIM JÚNIOR et al., 2011).

Segundo Inca (2008), a cirurgia juntamente com a radioterapia, isolada ou associadamente, os métodos terapêuticos inseridos ao tratamento do câncer de boca. Para lesões iniciais, tanto a cirurgia quanto a radioterapia tem bons resultados e sua indicação vai depender da localização do tumor e das alterações funcionais provocadas pelo tratamento. As lesões iniciais são aquelas somente presentes ao seu local de origem e que não apresentam disseminação para gânglios linfáticos do pescoço ou para órgãos à distância. Mesmo lesões iniciais da cavidade oral, principalmente, aquelas localizadas na língua e/ou assoalho de boca, podem apresentar disseminação subclínica para os gânglios linfáticos cervicais em 10% a 20% dos casos. Portanto, nestes casos, pode ser indicado o tratamento cirúrgico ou radioterápico eletivo do pescoço. Nas demais lesões, se operáveis, a cirurgia está indicada, independentemente da radioterapia. Quando existe linfonodomegalia metastática, é indicado o esvaziamento cervical do lado comprometido. Nestes casos, o prognóstico é afetado negativamente.

A quimioterapia associada à radioterapia é feita nos casos mais avançados, quando chega a conclusão que a cirurgia não é viável. O prognóstico, nestes casos, é extremamente grave, tendo em vista a impossibilidade de se controlar totalmente as lesões extensas. Podendo ainda ocorrer a diminuição do fluxo salivar e aumento do número de *Streptococcus mutans* após a quimioterapia; Já a radioterapia pode ser indicada no pós-operatório, ou pré-operatório visando à diminuição do volume do tumor ou

melhora dos sintomas do paciente. Com a radioterapia, ocorre a erradicação de células tumorais e preservação dos tecidos normais. São muitas as complicações orais que podem ser observadas em pacientes que receberam radioterapia no tratamento de câncer bucal. (SANTOS et al., 2013)

Machado et al. (2017), traz como principais manifestações orais da quimioterapia a mucosite, xerostomia, úlceras, disfagia, disgeusia, odontalgia, infecções fúngicas, virais e bacterianas. Já no caso da radioterapia as principais manifestações apresentadas são, novamente, a mucosite e a xerostomia, trismo, hipossalivação, infecções fúngicas, alterações no paladar, osteorradiocrose e cárie por radiação.

Fica evidente e comprovado os sintomas e agravamentos de doenças causadas por efeitos da radioterapia e da quimioterapia em pacientes durante tratamento de câncer que não fizeram um acompanhamento com o cirurgião dentista, antes, durante e pós suas sessões no tratamento oncológico.

3. PROBLEMAS E DOENÇAS CAUSADAS PELA QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA NAS CONDIÇÕES BUCAIS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Nesse capítulo, Machado et al. (2017), mostra que as principais doenças e problemas na cavidade oral de pacientes da quimioterapia são a mucosite, xerostomia, úlceras, disfagia, disgeusia, odontalgia, infecções fúngicas, virais e bacterianas. Já no caso de pacientes tratando o câncer com a radioterapia, as principais manifestações apresentadas são, novamente, a mucosite e a xerostomia, trismo, hipossalivação, infecções fúngicas, alterações no paladar, osteorradionecrose e cárie por radiação.

A mucosite é acentuada por ter descamação da mucosa, eritema, pseudomembrana e ulceração. Surge, em geral, após sete dias do início da terapia, podendo desaparecer em duas a quatro semanas após o término do tratamento. Os sintomas dor e queimação ocorrem, principalmente, na ingestão de alimentos condimentados e de texturas ásperas, o que dificulta a higiene oral e a deglutição do alimento. O seu tratamento consiste em uma boa higiene oral, analgésicos e evitar alimentos cítricos. Outra opção é a laserterapia, visto que a luz laser estimula a atividade celular, favorece a liberação de fatores de crescimento por macrófagos e a proliferação de queratinócitos, aumenta a população e a degranulação de mastócitos e promove a angiogênese. Esses efeitos aceleram o processo de cicatrização de feridas devido, em parte, à redução na duração da inflamação aguda. Além disso, a aplicação diária do laser reduz a intensidade, a gravidade e a duração da mucosite, além de diminuir a dor e a administração de morfina. Antes desta terapia deve-se avaliar cuidadosamente o paciente e os parâmetros da laserterapia e, além disso, evitar aplicações em áreas tumorais. Para minimizar os efeitos da radiação, no tratamento da mucosite e da xerostomia, tem-se sugerido a aplicação do laser de baixa potência (ROLIM; COSTA; RAMALHO, 2011).

A xerostomia, por sua vez, é descrita por Maciel (2016), como a sensação de boca seca devido à diminuição do fluxo salivar pela radiação nas glândulas salivares em tumores de região de cabeça e pescoço, o que altera a proteção dos elementos dentais e da mucosa oral e gastrointestinal tornando o paciente mais susceptível a infecções bucais, doença periodontal e cáries por

radiação. Nesses casos, o paciente deve manter a boca hidratada ou ainda pode ser realizado o estímulo das glândulas salivares por meio de medicamentos para os casos mais severos.

Segundo Maciel (2016) a disfagia e a disgeusia como resultado do tratamento antineoplásico, são descritas como sendo a disfagia a dificuldade de deglutição gerada pela xerostomia e força muscular reduzida devido a radiação, não há tratamentos, apenas orientações da realização de exercícios de proteção para alimentação com segurança. Já a disgeusia seria a distorção ou redução do paladar resultante da alteração causada nas papilas gustativas pela radiação, a recuperação do paladar é comum, mas há relato de casos de perda permanente.

Costa et al. (2019), trata as infecções orais bacterianas, virais e fúngicas decorrentes do tratamento oncológico e demonstra as infecções bacterianas como sendo causada por um crescimento exacerbado de micro-organismos patogênicos que se aderem a mucosa, gerando infecções e resposta inflamatória que podem ser levadas para o resto do corpo como a endocardite bacteriana.

As infecções virais, conforme Costa et al. (2019), são geralmente por herpes simples para o qual o tratamento é realizado com medicamentos e lasers de baixa potência. No caso das infecções fúngicas a candidíase é relatada como sendo a mais comum, que altera o sistema imunológico do paciente, podendo ser tratada com antifúngicos.

As lesões de cáries de radiação podem surgir de três semanas a um ano após a radioterapia e localizar-se, geralmente, ao redor das margens cervicais. A saliva não mais desempenha sua função tampão, reguladora do pH da cavidade bucal, e os componentes orgânicos e inorgânicos dos dentes podem ser alterados tornando-os mais suscetíveis à descalcificação. É imprescindível orientar o paciente em relação à higiene oral, aconselhando manter-se com uma dieta equilibrada, com menos alimentos açucarados. As salivas artificiais que contêm flúor e os sialogogos, como a pilocarpina 5 mg, via oral, três a quatro vezes ao dia, um dia antes até o término do tratamento, podem ser necessários para restabelecer o equilíbrio da microflora oral. A transferência cirúrgica das glândulas submandibulares para o espaço submental, fora do

campo de radiação, preserva a função e previne o desenvolvimento da xerostomia e das cáries (ROLIM; COSTA; RAMALHO, 2011).

Para Rolim, costa e Ramalho(2011) o trismo é uma sequela que aparece, geralmente, entre a terceira e a sexta semana após o término do tratamento radioterápico e que limita a abertura bucal, dificulta a alimentação, a fonação, o exame da cavidade oral, o tratamento dentário, a higienização oral, e causa intenso desconforto. Os pacientes com tumores na faringe, em áreas retromolares e regiões posteriores do palato, são os mais afetados. Ou ainda, quando os músculos mastigatórios fazem parte do campo de radiação, há como consequências edema, destruição celular e fibrose muscular. A fisioterapia com exercícios dos músculos mastigatórios envolvidos, com o uso de abridores dinâmicos de boca para alongá-los, é eficaz para aumentar a abertura bucal. Os antiinflamatórios não esteroidais e relaxantes musculares (ciclobenzaprina 10 mg, de 8/8 horas durante sete dias) são recomendáveis para reduzir os sintomas de dor. A pentoxifilina é eficaz nos casos de trismo, pois tem ação imunomodulatória, que regula certas citocinas mediadoras de reações fibrogênicas depois da radiação.

Com base em Rolim, Costa e Ramalho(2011) a osteorradionecrose é considerada uma das complicações de extrema gravidade causada pela radioterapia, com incidência maior em idosos (10% a 37%), e ocorre sete vezes mais na mandíbula do que na maxila, devido à sua alta densidade óssea e menor vascularização. Segundo Ben-David et al, a osteorradionecrose pode ocorrer até dois anos após o término da radioterapia.

Mediante Thorn et al., 74% dos casos ocorrem nos primeiros três anos após a radioterapia, com maior frequência em pacientes que receberam doses de radiação mais altas e radiação ionizante faz com que os canais vasculares fiquem mais apertados e em consequência diminui o fluxo sanguíneo, fazendo com que a área fique pouco resistente a trauma e de difícil regeneração, pois há também um decréscimo de osteócitos e osteoblastos viáveis no osso afetado.

De acordo com Rolim, Costa e Ramalho(2011) é visto que na osteorradionecrose, as células ósseas e a vascularização podem ser irreversivelmente injuriadas e os riscos de ocorrência da osteorradionecrose continuam indefinidamente após o término da terapia de irradiação e o

tratamento para com tal é a oxigenação hiperbárica pois melhora a cicatrização da área afetada, promove a angiogênese e reduz os radicais livres. É prescrita a associação antibiótica de amoxicilina, clavulanato e metronidazol durante 10 dias. Além disso, é necessária a irrigação local e diária com clorexidina 0,2% nesse período.

4. ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO NO PACIENTE ONCOLÓGICO E A CONDUTA DO PROFISSIONAL CIRURGIÃO DENTISTA EM CADA ETAPA DO TRATAMENTO

Conforme os trabalhos de Faria (2017) e Santos e Carvalho (2018), o atendimento odontológico dos pacientes oncológicos durante o tratamento quimioterápico, é feito, primeiramente, no manejo pré-quimioterapia, que consiste em uma avaliação pré-tratamento de 2 a 3 semanas antes do início do mesmo junto com orientações de higiene bucal e de possíveis efeitos colaterais do tratamento, radiografias de avaliação dental e periodontal, exodontias de elementos dentais comprometidos, realização de restaurações dentárias com uso de cimento de ionômero de vidro, realização de procedimentos de prevenção de afecções bucais como a remoção de aparelhos ortodônticos, próteses, raspagens periodontais e prescrição de bochecho com clorexidina a 0,12%.

Ainda segundo Faria (2017) e Santos e Carvalho (2018), no período trans-quimioterapia, devem ser realizadas ações de orientações de higiene, prescrição de bochechos com clorexidina 0,12% e tratamento das afecções que se apresentarem. A conduta odontológica no período pós-quimioterapia é apresentado como o tratamento odontológico de um paciente comum com monitoramento e prevenção de complicações orais, consultas regulares, educação em higiene oral e orientação de dieta não-cariogênica.

Quando se trata de atendimento odontológico a pacientes em tratamento radioterápico, para Faria (2017) e Santos e Carvalho (2018), a terapia consiste no manejo pré-radioterapia, que inclui, também, avaliação pré-tratamento de 2 a 3 semanas antes do início do mesmo e ações de orientações de higiene bucal e de possíveis efeitos colaterais do tratamento em questão, radiografias de avaliação dental e periodontal, exodontias de elementos dentais comprometidos, remoção de lesões, espículas de osso e/ou cistos, realização de restaurações dentárias com uso de cimento de ionômero de vidro, realização de procedimentos de prevenção de afecções bucais como a remoção de aparelhos ortodônticos, próteses, raspagens periodontais e prescrição de bochecho com clorexidina a 0,12%.

No período trans-radioterapia, Faria (2017) e Santos e Carvalho (2018), recomendam a execução de ações de orientações de higiene, prescrição de bochechos com clorexidina 0,12% e tratamento das afecções que se apresentarem, como já foram citadas a mucosite, xerostomia e disgeusia.

Por fim, segundo Faria (2017) e Santos e Carvalho (2018), o manejo odontológico, no período pós-radioterapia, consiste na prevenção de cáries de radiação, quando necessário, exodontias são contra-indicadas por um período mínimo de 5 anos, confecção de próteses bem ajustadas e sem traumas e avaliação multidisciplinar em casos de osteorradionecrose, e orientação de dieta não-cariogênica.

Costa et al. (2019), mostra que no tratamento de pacientes com câncer, o atendimento por uma equipe multidisciplinar apresentou-se de grande importância para ajudar com as necessidades do paciente de maneira integral, do diagnóstico até a sua recuperação, bem como a grande importância do cirurgião-dentista inserido nessa equipe multidisciplinar de atendimento, para diagnosticar e tratar, já no início, as complicações que possam surgir, decorrentes do tratamento oncológico.

Maciel (2016), corroborando com o fato, relata também a necessidade de conhecimentos específicos por parte do cirurgião-dentista que deve estar atento e ser capaz de identificar os sinais e sintomas das manifestações orais geradas pelo tratamento do câncer, a fim de tratá-las e orientar o paciente quanto ao tratamento mais indicado para as lesões, quando necessário. Por fim, entende-se a grande importância do tratamento odontológico antes, durante e após o término do tratamento oncológico, já que os tratamentos de radioterapia e quimioterapia podem atingir também as células bucais saudáveis. Em cada uma dessas fases o cirurgião-dentista deve trabalhar na manutenção da saúde oral, para proporcionar mais conforto e melhor qualidade de vida e também evitando focos de infecções que possam suspender o tratamento oncológico ou até mesmo levar o paciente a óbito (MACIEL, 2016).

Em conformidade com o estudo de Ferreira e Silva (2017), sobre o uso da terapia fotodinâmica (TFD) no tratamento do câncer bucal tem demonstrado um ótimo desempenho, com tempo, duração e intensidade variadas para cada caso, sendo um meio de tratamento minimamente agressivo, sendo conservador e com perspectivas promissoras, em relação aos tratamentos

convencionais do câncer como a ressecção cirúrgica, quimioterapia e radioterapia.

Ainda com Ferreira e Silva (2017), evidencia-se que esta nova alternativa de tratamento vem sendo eficiente na redução dos efeitos colaterais dos tratamentos convencionais, podendo ser repetido várias vezes sem danos celulares, já que não apresenta toxicidade residual, é um tratamento de baixo custo, baseado no uso de laser da baixa potência que gera necrose do tecido afetado com posterior regeneração se tornando assim cada vez mais utilizado no cotidiano do consultório odontológico.

Segundo o trabalho de Oliveira et al. (2015), em relação à redução do número de casos de câncer, o diagnóstico precoce é de fundamental importância, pois esta etapa é decisiva na tomada de decisão quanto ao tipo de tratamento a ser executado e depende diretamente do acesso aos serviços de saúde pela população, que é desigual de região para região no Brasil. Para tanto, é notável a urgência de estratégias de saúde pública, que visem o diagnóstico precoce, para reduzir as disparidades regionais de mortalidade pelo câncer no Brasil.

Costa et al. (2019), relata que no tratamento de pacientes com câncer o atendimento por uma equipe multidisciplinar mostrou-se de suma importância para suprir as necessidades do paciente de maneira integral, do diagnóstico até a sua recuperação, bem como a significância do cirurgião-dentista inserido nessa equipe multidisciplinar de atendimento, para diagnosticar e tratar, já no início, as complicações que possam surgir, decorrentes do tratamento antineoplásico, além de realizar a manutenção da cavidade oral antes do tratamento oncológico.

Maciel (2016), corroborando com o fato, relata também a necessidade de conhecimentos específicos por parte do cirurgião-dentista que deve estar atento e ser capaz de identificar os sinais e sintomas das manifestações orais geradas pelo tratamento do câncer, a fim de tratá-las e orientar o paciente quanto ao tratamento mais indicado para as lesões, quando necessário.

Por fim, entende-se a grande importância do tratamento odontológico antes, durante e após o término do tratamento oncológico, já que os tratamentos de radioterapia e quimioterapia podem atingir também as células bucais saudáveis. Em cada uma dessas fases o cirurgião-dentista deve

trabalhar na manutenção da saúde oral, para proporcionar mais conforto e melhor qualidade de vida e também evitando focos de infecções que possam suspender o tratamento oncológico ou até mesmo levar o paciente a óbito (MACIEL, 2016).

Zanini et al. (2016), compreende que pacientes jovens tem maiores chances a desenvolver lesões orais pelo tratamento de câncer, devido à grande atividade celular mitótica da mucosa oral em conjunto com a baixa na imunidade, e também à redução exacerbada que ocorre na produção de leucócitos.

Ainda conforme Zanini et al. (2016), quando o tratamento odontológico precede o oncológico, torna-se uma estratégia de prevenção com intenção de diminuir os efeitos colaterais danosos. Então deve ser realizado por meio de um exame clínico minucioso para avaliar as condições orais, dentais e periodontais do paciente com tratamento e controle imediatos de processos inflamatórios ou infecciosos já instalados ou em progressão, como gengivite marginal ou infecções leves, restaurações, tratamentos endodônticos, periodontais e cirúrgicos em conjunto com medidas de manutenção da saúde bucal durante o tratamento oncológico, como orientações de higiene bucal ao paciente para controle de placa bacteriana ao longo de todo o tratamento, bem como tratar ou suavizar as sequelas geradas pela radiação após a radioterapia.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande incidência de casos da doença neoplásica, câncer, nos últimos anos tem acontecido até em países desenvolvidos e se tornou um problema de saúde pública, estando entre as quatro principais causas de morte prematura. Equipes de multidisciplinares de saúde tornaram-se imprescindíveis do atendimento aos pacientes portadores de câncer.

O tratamento oncológico por radioterapia e quimioterapia, faz com que a imunidade do paciente fique fragilizada, podendo mudar o ph da cavidade bucal e trazendo efeitos colaterais e doenças orais como a mucosite, xerostomia, úlceras, disfagia, disgeusia, trismo, cárie de radiação, osteorradiocrose, entre outras. Tais efeitos trás ao paciente muita dor, interferindo na ingestão de alimentos, na fala e no bem-estar podendo até levá-lo a óbito caso não tratado de maneira urgente.

Dessa forma, fica visível a importância do cirurgião-dentista capacitado dentro da equipe de tratamento ao paciente com câncer, para que o mesmo identifique e cuide das complicações orais já no início, fazendo com que o paciente consiga ter um suporte para manter a saúde bucal necessária antes, durante o tratamento e pós. Assim o paciente terá chances de responder ao tratamento oncológico de forma mais positiva, usufruindo de uma qualidade de vida mais adequada e tendo mais chances de viver.

6. REFERÊNCIAS

ANDRADE, João Vitor. et al. **Anos potenciais de vida perdidos no Brasil na Última década em decorrência do câncer**. Disponível

em:<<https://academico.univcosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/articloe/viewFile/1133/1172>> Acesso em: 26 out. 2021.

Ben-David MA, Diamante M, Radawski JD, et al. Lack of osteoradionecrosis of the mandible after intensity-modulated radiotherapy for head and neck cancer: likely contributions of both dental care and improved dose distributions. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2007;68:396–402. Acesso em: 29 mar. 2022.

COSTA, Raquel Godinho. et al. **Manifestações bucais mediante a quimioterapia em pacientes oncológicos**. Disponível

em:<<http://www.pensaracademico.facig.edu.br/index.php/semiariocientifico/articloe/view/1217/1089>> Acesso em: 29 mar. 2022.

FARIA, Maíra Tavares. Atendimento **odontológico ao paciente com câncer: orientação para cirurgias dentistas**. Disponível

em:<https://sites.unifoa.edu.br/portal_ensino/mestrado/mecsma/arquivos/2017/maira-tavares.pdf>Acesso em: 27mar. 2022.

FERREIRA, Camila Nunes; SILVA, Emiliene Barbosa Sales. **Estudo do uso da terapia fotodinâmica como tratamento do câncer oral**. Disponível

em:<<https://repositorio.uniube.br/bitstream/123456789/280/1/ESTUDO%20DO%20U>>Acesso em: 31mar. 2022

GHELARDI, I.R. et al. **A necessidade da avaliação e tratamento odontológico pré-radioterapia**. *Prática Hospitalar*, v. 58, p. 149-151, 2008.

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.

JÚNIOR, E. G, J. et al. **Efeitos da radioterapia sobre as condições bucais de pacientes oncológicos**. *RPG Rev Pós Grad*2011;18(2):96-101.

MACHADO, F. C. et al. **Manifestações orais e condutas em pacientes oncológicos pediátricos: revisão de literatura**. Disponível em:

file:///C:/Users/Val%C3%A9ria/Downloads/3311-16796-3-PB.pdf Acesso em: 28 out. 2021.

MACIEL, Juliani Vendramini. **Repercussões clínicas na cavidade bucal de pacientes em radioterapia**. Disponível em

<<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1650/Juliani%20Vendramini%20Maciel%20-%20Repercuss%C3%B5es%20cl%C3%ADnicas%20na%20cavidade%20bucal%20de%20pacientes%20em%20radioterapia.pdf?sequence=1>> Acesso em: 29 mar. 2022.

MUNHOZ, Mariane Pravato. et al. **Efeito do exercício físico e da nutrição na prevenção do câncer.** Disponível em: <https://apcdaracatuba.com.br/revista/2016/08/trabalho5.pdf> Acesso em: 26 out. 2021.

OLIVEIRA, Max Moura de. et al. **Estimativa de pessoas com câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Disponível em: Acesso em: 26 out. 2021.

OLIVEIRA, Max Moura de. et al. **Estimativa de pessoas com câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2015.v18suppl2/146-157/pt>> Acesso em: 31 mar. 2022.

ONUCHIC, A. C.; CHAMMAS, R. **Câncer e o microambiente tumoral.** Revista de Medicina, v. 89, n. 1, p. 21-31, 19 mar. 2010.

ROLIM, A. E. H.; L. J. da COSTA; L. M. P. RAMALHO. **Repercussões da radioterapia na região orofaciale seu tratamento.** RadiolBras, 2011.

SANTOS, Camila correia dos. *et al.* **Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal.** Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V31_n4_2013_p368-372.pdf Acesso em: 27 out. 2021

SANTOS, Luana Costa; CARVALHO, Claudia Cristiane Baiseredo de. **O papel do Cirurgião Dentista na equipe multidisciplinar de oncologia.** Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/151/1/Luana_Costa_000668.pdf> Acesso em: 27 out. 2021.

SANTOS, Luana Costa; CARVALHO, Claudia Cristiane Baiseredo de. **O papel do Cirurgião Dentista na equipe multidisciplinar de oncologia.** Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/151/1/Luana_Costa_0000> Acesso em: 30mar. 2022.

SOUZA, Flaviana Silva de. **Perfil bucal dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento oncológico e as necessidades de**

tratamento odontológico. Disponível

em:<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/16013/TCCE_RMIGAHSPS_2019_SOUZA_FLAVIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 27 out. 2021.

Thorn JJ, Hansen HS, Specht L, et al. Osteoradionecrosis of the jaws: clinical characteristics and relation to the field of irradiation. J. Oral Maxillofac. Surg. 2000;58:1088–93. Acesso em: 29 mar. 2022.

ZANINI, Luana. et al. **Conhecimento dos cirurgiões-dentistas do município de Capão da Canoa sobre o atendimento a pacientes oncológicos.** Disponível

em:<<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/6435/4230>> Acesso em: 30 mar. 2022.