

Protocolo de conduta para tratamento de pacientes portadores de câncer bucal que realizarão radioterapia

Protocol management to bucal cancer patients who received radio therapy

SENA, Claudia Moraes*
SOUZA, Flávia Ambrozio*
MORAIS, Larissa Santos*
PINTO, Luiz Vieira **
MELO, Nilce Santos ***

RESUMO

O trabalho apresenta uma revisão de literatura enfocando os cuidados necessários com pacientes portadores de câncer bucal que receberão radioterapia. Sabe-se que os efeitos colaterais advindos dessa terapia são muito prejudiciais ao paciente, portanto busca-se divulgar informações sobre o tratamento prévio a ser realizado, para que os efeitos secundários da radioterapia sejam minimizados ou, até mesmo, evitados. Assim, o cirurgião dentista poderia proporcionar uma melhor qualidade de vida ao seu paciente.

UNITERMOS:

Radioterapia, câncer bucal, qualidade de vida, planejamento prévio.

INTRODUÇÃO

O câncer bucal apresenta alta incidência na atualidade. Estima-se que cerca de 7% da população mundial sofre desta morbidade. O Brasil está em quarto lugar em incidência no mundo³.

Com o diagnóstico precoce do câncer bucal, há uma grande chance de cura. No entanto, em casos em que já houve disseminação através de metástases, essa chance é muito diminuída. Sendo assim, o cirurgião dentista deve estar atento a qualquer tipo de alteração na normalidade da boca, para poder detectar o câncer logo no início de sua evolução.

Deve existir uma interligação multidisciplinar, onde o cirurgião dentista tem papel predominante no acompanhamento do paciente portador de câncer

bucal que está sendo submetido à terapia anti-neoplásica.

A radioterapia é acompanhada por uma série de complicações, tais como mucosites, xerostomia, perda do paladar, cárie de radiação, osteorradionecrose, dificuldade de deglutição, entre outros^{4,11}.

Esses efeitos secundários podem causar problemas substanciais durante e depois da radioterapia e são fatores majoritários na determinação da qualidade de vida do paciente^{4,11}.

O objetivo desta revisão de literatura seria o de recomendar um protocolo de procedimentos para o tratamento desses pacientes.

REVISÃO DE LITERATURA

A radioterapia é um dos recursos de tratamento mais frequentemente utiliza-

* Acadêmicas do 4º ano da Faculdade de Odontologia de Anápolis.

** Mestre em Diagnóstico Bucal pela USP Bauru-SP.

*** Professora de Patologia da Faculdade de Odontologia de Anápolis.

do em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. A radiação destrói grande quantidade de células neoplásicas e, infelizmente, as normais também são afetadas, por danificar material nuclear celular, essencial à reprodução e manutenção da estabilidade da célula. Quanto mais rápido for o metabolismo celular, mais susceptível será o tecido aos efeitos da radiação. Os tecidos normais que possuam altos padrões de reprodução celular, como o sistema hematopoiético, tecidos epiteliais e endoteliais, poderão ser afetados tão logo a radioterapia tenha início¹⁷.

O efeito radiobiológico sobre as diversas estruturas é variável. Na mucosa, pode assumir as características de mucosite e ulceração. Essas alterações não trazem só problemas funcionais e dor, mas também proporcionam uma importante porta de entrada de infecção¹⁶.

LEWIS¹² (1990), em sua pesquisa sobre clorexidina como tratamento para mucosite causada por terapias anti-neoplásicas, comprovou a efetividade dessa substância, relatando a importância de bochechos freqüentes de clorexidina a 0,12%, associado com boa higiene bucal e enxágües orais com solução salina.

SCOTT²⁰ (1994) relata que substâncias químicas irritantes presentes em dentífrícios e soluções para bochechos como álcool, fenol, aromáticos e glicerina prolongam mucosites e devem ser evitadas, assim como comidas ácidas, condimentadas e duras. O uso de tabaco e/ou álcool que podem causar irritação adicional, deve ser desencorajado.

Os efeitos da mucosite severa são amenizados com uso de um "spray" de anestésico tópico (cetacaine), acetaminofen com codeína, ou um líquido para limpeza bucal que contenha tetraciclina, associada à nistatina, hidrocortisona e clorfeniramina. O uso deste anestésico, cinco a dez minutos antes das refeições, possibilita um alívio para que os pacientes mantêm uma dieta adequada.²⁰

De acordo com CONDE⁷ (1979), as radiações atuam na intimidade dos ácinos glandulares, gerando perturbações qualitativas e quantitativas na saliva. As lesões

observadas são: congestão do tecido glandular, infiltração linfocitária e, por fim, esclerose da glândula. Como conseqüência, ocorre redução do fluxo e o aumento da viscosidade da saliva que, posteriormente, causará uma diminuição na percepção do sabor, dificuldade de engolir e cárie de radiação⁶.

O alívio dos efeitos da xerostomia pode ser feito com bochechos de solução salina, bicarbonato de sódio e o aumento da ingestão de líquidos. Substitutos salivares podem também ser prescritos¹¹.

PINHEIRO¹⁹ (1983) cita que a radioterapia provoca uma mudança drástica na microbiota bucal onde as placas dentais originais se transformam em placas altamente acidogênicas, principalmente as placas coronárias. *S. mutans*, lactobacilos, cândidas e difteróides catalase-positivos apresentam um aumento progressivo e permanecem, pelo menos, nove meses após a radiação.

Segundo CARL⁴ (1981), com as alterações salivares e mudanças da microbiota bucal, os dentes ficam susceptíveis a cárie de radiação, que tem uma tendência para ocorrer primeiro na cervical dos dentes. É mais freqüentemente vista nas superfícies linguais dos dentes



Figura 1 – Início da cárie de radiação

anteriores superiores e inferiores, superfícies que são costumeiramente imunes à afecção cáries normal. O mecanismo das cáries de radiação é ainda, de alguma forma, questionável, mas parece razoável as-



Figura 2 – Evolução da cárie de radiação

sumir que a secura da boca, a acidez da saliva, às vezes chegando a pH de 5 a 5,5, e a mudança da microbiota são fatores significantes.

Esse tipo de cárie envolve todo o dente, chegando, na maioria das vezes, atingir os tecidos mais profundos. Inicia-se três a quatro meses após a radioterapia e pode apresentar total destruição dos dentes, em dois anos¹⁵.

Diversos autores descrevem vários procedimentos para a terapia de cárie de radiação. ALMEIDA¹ (1993) realizou um estudo com pacientes submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço, avaliando a ação do diamino fluoreto de prata a 10% sobre a aderência do *S. mutans* na placa dental. Foi comprovada a sua efetividade na prevenção da cárie de radiação.

BEUMER² (1979) cita que os efeitos da radiação sobre o osso ocorrem mais freqüentemente na mandíbula que na maxila, pois ela absorve mais radiação por ser menos vascularizada.

A osteorradionecrose é uma seqüela proveniente da radioterapia, caracterizada pela perda da mucosa de revestimento ou do tecido cutâneo da boca e a conseqüente exposição do tecido ósseo necrótico¹⁶.

Segundo MARX¹³ (1983), a osteorradionecrose não é causada por trauma ou infecção dos tecidos após irradiação, mas sim pelos efeitos destrutivos causados pela própria radiação. Seus estudos microscópicos de tecidos irradiados demonstraram hipóxia tecidual, diminuição do número de vasos sanguíneos (hipovascularidade) e diminuição do nú-

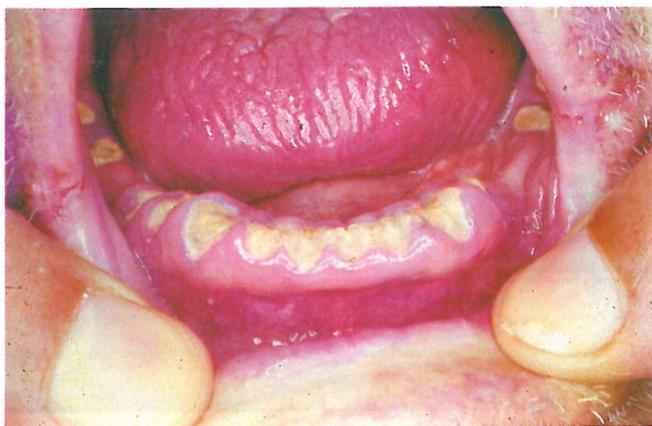


Figura 3 – Por falta de cuidado durante a radioterapia, a cárie de radiação destruiu todos os dentes

nismos anaeróbicos e promove a neoformação vascular¹⁰.

Essas complicações bucais podem causar problemas substanciais durante e depois da radioterapia. A literatura relata vários protocolos de conduta, que são importantes para determinar uma melhor qualidade de vida do paciente.

mero de células (hipocelularidade). Essa tríade compromete a cicatrização e não permite a formação de tecido de granulação, causando, então, exposição óssea. O oxigênio administrado em doses e pressão controladas, promove, em última instância, aumento de tensão de oxigênio na área comprometida, neoformação vascular e aumento do número de células. Esse conjunto proporciona meio adequado para que ocorra a cicatrização dos tecidos lesados pela radiação¹⁸.

CASTRO⁵ (1996) conceitua a osteorradiomielite como sendo uma exposição de uma área óssea necrosada e infectada, podendo variar de alguns milímetros a vários centímetros, impossibilitando o paciente de levar uma vida normal, quer pela dificuldade de fonação e alimentação, quer pela secreção purulenta ou pelo odor fétido.

Atualmente, parece consenso que a osteorradiomielite deve ser manipulada, inicialmente, de maneira conservadora, por intermédio de debridamento e limpeza da ferida cirúrgica com soluções antimicrobianas, por antibioticoterapia e cirurgias de pequeno porte (sequestrectomia)¹⁶.

Em casos refratários ao tratamento conservador, deve-se indicar a terapia de oxigenação hiperbárica, associada à cirurgia, pois o oxigênio é crucial para que ocorra o processo de cicatrização de qualquer ferida, visto que seu uso diminui a ação patológica de microorga-

to consiste em uma avaliação dental ampla, complementada com o exame físico e radiográfico. O objetivo desta avaliação é identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações bucais, em particular aquelas que interferem na radioterapia, tais como exacerbação de infecções periodontais

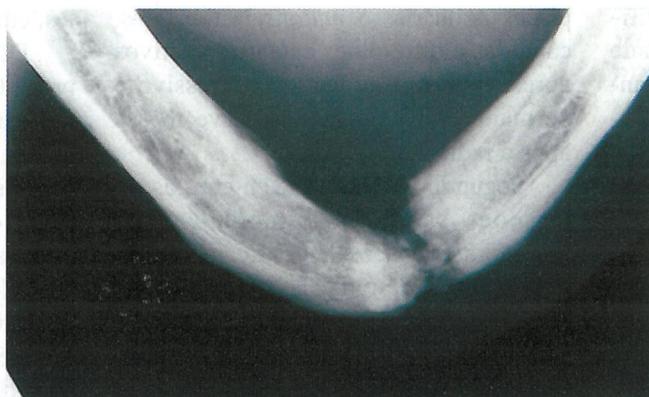


Figura 4 – Osteorradiomielite após três meses de terminada a radioterapia

e periapicais. Sendo necessário também um adequado programa de prevenção¹¹.

Os procedimentos a serem realizados em pacientes com câncer de cabeça e pescoço antes da radioterapia são:

- Extrações de dentes que estejam com lesões cáries avançadas e comprometimento pulpar, lesões periapicais extensas, doença periodontal de moderada a avançada (profundidade de bolsa excedendo 5 mm), restos radiculares, dentes com impações parciais e dentes próximos a tumores^{11,14,18}.

- A técnica cirúrgica deveria ser executada de forma menos traumática possível, devendo ser realizada uma boa alveoplastia para eliminação de espículas ósseas que poderiam

traumatizar os tecidos moles. A ferida cirúrgica deve ser fechada com suturas bem feitas para acelerar a cicatrização. O tempo adequado para cicatrização do ferimento antes da radioterapia é de três semanas, sendo o mínimo 14 dias, para evitar a osteorradiomielite¹⁸.

- Dentes não vitalizados, sem lesão periapical, podem ser tratados endodonticamente. Em molares inferiores, apicectomias com obturação retrógrada são indicadas por causa do alto índice de osteorradiomielite nesta região e os problemas freqüentes com tratamento endodôntico em dentes multirradiculares. Dentes com granulomas periapicais devem ser tratados com apicectomias¹¹.

- Hiperplasias, fibromas, espículas ósseas e torus devem ser removido quando eles interferirem com a durabilidade, estabilidade ou com a construção de novas próteses. Próteses dentárias mal ajustadas podem causar irritação na mucosa durante a radioterapia, agravando a dor e a mucosite. O plano de ação deve ser aconselhar a não usar a prótese parcial ou total desde o início da radioterapia^{11,18}.

- É importante colocar o periodonto em ótimas condições antes da radioterapia por causa do baixo potencial de cicatrização após procedimentos de higiene oral completa, incluindo raspagem

e alisamento corono-radicular. Restaurações em excesso devem ser eliminadas para que se removam fatores de retenção de placa. Extensa curetagem subgingival deve ser completada, no mínimo, três semanas antes da radioterapia, para permitir suficiente cicatrização.

- Cuidados restauradores, incluindo restauração de lesões cáries e substituição de restaurações defeituosas, devem ser realizadas conforme o necessário.

- Os pacientes devem ser instruídos sobre um efetivo controle de placa, com orientações a respeito do uso de escovas macias, pastas fluoretadas, uso de fio dental, escovas interproximais,

bochechos com clorexidina e gel fluoreto de sódio a 1%.

• A motivação do paciente deve ser estimulada durante toda a radioterapia, com visitas periódicas ao dentista.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento do câncer bucal está relacionado a vários fatores, por este motivo, o cirurgião dentista deve considerá-los na história clínica do paciente.

É importante, no diagnóstico, a identificação e valorização dos sinais e sintomas presentes na cavidade bucal, a fim de se definir prognóstico e planejamento terapêutico adequados.

Um outro aspecto que merece toda atenção e que representa um dos mais importantes recursos de diagnóstico, juntamente com o exame clínico, é o exame histopatológico.

O cirurgião dentista, em virtude da própria natureza do seu trabalho, é o elemento que mais tem oportunidade de surpreender e diagnosticar precocemente o câncer bucal em suas manifestações iniciais.

A prevenção representa um conjunto de atividades desenvolvidas com a finalidade de evitar a instalação e a disseminação da doença. No caso de câncer bucal, ela depende diretamente da orientação do cirurgião dentista ao paciente o mais cedo possível. Na maioria dos casos, o câncer diagnosticado em seu estágio inicial tem cura e, nesta fase, o tratamento consiste na realização de cirurgias, e as possíveis seqüelas são mínimas.

Nos pacientes com indicação de radioterapia, o cirurgião dentista deve assumir um papel atuante na equipe multidisciplinar e prevenir as complicações bucais que surgirão após o uso desta terapêutica.

Os protocolos propostos na revisão de literatura servem de apoio, orientação e divulgação para o profissional, com o intuito de proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente irradiado.

CONCLUSÃO

Tendo em vista a revisão de literatura realizada pôde-se chegar às seguintes conclusões:

1 - Nenhum tipo de tratamento para o câncer bucal é mais eficiente que o diagnóstico precoce;

2 - Uma vez diagnosticado, cabe ao cirurgião-dentista preparar o paciente para receber o tratamento, minimizar as complicações, recuperar e reabilitar o paciente da melhor forma possível;

3 - O planejamento prévio estabelecido por este trabalho pode servir como uma orientação para o cirurgião-dentista prevenir ou reduzir as seqüelas bucais, sendo que cada caso deve ser analisado individualmente.

UNITERMS

Radiotherapy, oral cancer, life quality, previous planning.

SUMMARY

The present work brings a literature review focused on the necessary cares involving bucal cancer patients who received radiotherapy. It is known that the side effects that come upon with this therapy are very harmful to the patient, therefore the authors attempt to betray the pre-treatment to be accomplished, so that the secondary effects are minimized, or even, avoided. Thus, the dental surgeon could provide better quality of life to the patients.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, D. et al. Prevenção da Cárie de Radiação. **RGO**, v.41, n.3, p.145-148, maio/junho 1993.
2. BEUMER, J. et al. A radiation therapy of head and neck tumores. Oral effects and dental manifestation in: Ed.Beumer, J. C urtis, T. A,Furtill, D. NCH:3. St Lois, Toronto e London: C V Mosby Co, **Maxillofacial Rehabilitation Prothodontic and Surgical Considerations.**, 1979.

3. BORAKS, S. **Diagnóstico Bucal**. 2 ed, p. 392-397, 1999.
4. CARL, W. et al. Oral and Dental Care for Cancer Patients Receiving Radiation and Chemotherapy. **Oral Surgery**, n.9, p.1, sep, 1981.
5. CASTRO, A. L. et al. Osteorradionielite de mandíbula. **RGO**, v.44, n.6, p.362-364, nov/dez, 1996.
6. COHEN, M. A. et al. Pre-and postirradiation care of the mouth in head and neck cancer patients. **Journal of the Dental Association of South África**, v.37, p. 601-605, ago, 1982.
7. CONDE, J. et al. The Francisco Gentil Portuguese Institute of Oncology, Lishon Center, Stomatologic Consultation. **The Dental System and Antinoplastic Therapy**, Portugal, 1979.
8. EPSTEIN, J. B. Wong, F. L. W. Bone and gallium scans in postradiotherapy osteonecrosis of the jaw. **Head Neck Surg**, v.14, n.4, p.288-292, jul./aug, 1992.
9. GRANSTROM, G. et al. Postimplantation Irradiation for head and neck cancer treatment. **Int J Oral Maxillofac Implants**, v.8, n. 5, p. 495-501, 1993.
10. HASSON, O. N. et al. Oxigênio Hiperbárico e Sua Aplicação no Tratamento da Osteorradionecrose e da Osteomielite. **Revista da APCD**, v.53, n.5, set/out, 1999.
11. JANSMA, J. et al, Protocol for The Prevention and Treatment of Oral Sequeale Resulting from Head and Neck Radiation Therapy. **Cancer**, v.70, n.8, p.2171-2180, oct, 1992.
12. LEWIS, R.E. Choroheidine prophylaxis for chemotherapy and radiotherapy-induced stomatitis: A randomized doubleblind trial. **Oral Surg Oral Med Oral Pathology**, v.39, n.3, p.331-338, mar, 1990.
13. MARX, R. E. A new concept in the treatment of osteorradionecrosis. **J. Oral Maxillofac Surg**, v.41, n.6, p.351-357, 1983.
14. MOORE, S. P. et al. The Management of Teeth in Irradiated Sites, **Oral Oncology**, v.29B, n.1, p.39-43, 1993.
15. MORONI, P. A, A odontologia em colaboração com a Radioterapia. **Ars**