

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS
GERAIS

PACIENTES COM NEOPLASIA MALÍGNA DE CABEÇA E PESCOÇO ANTES E APÓS
TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

Proposta de abordagem odontológica na atenção básica

MARY MAYRINK MORAIS FAVRE

Belo Horizonte

2009

MARY MAYRINK MORAIS FAVRE

PACIENTES COM NEOPLASIA MALÍGNA DE CABEÇA E PESCOÇO ANTES E APÓS
TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

Proposta de abordagem odontológica na atenção básica

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização: Odontologia em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família, ao Departamento de Odontologia Social e Preventiva, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Prof. Tutora: Maria Inês Barreiros Senna

Belo Horizonte

2009

“A RESPONSABILIDADE DE TODOS É O ÚNICO CAMINHO PARA A SOBREVIVÊNCIA HUMANA.”

(Dalai Lama)

Agradecimentos

A Deus,

por me permitir a realização desse trabalho.

A Prof^a Maria Inês Barreiros Senna,

pela dedicação, paciência e orientação na realização desse projeto.

Ao Prof. Vagner Santos,

pelas informações que me foram repassadas.

A Dr^a Hermínia Marques Capistrano,

amiga que carinhosamente foi prestativa nos momentos solicitados.

A Dr^a Regina da Cunha Rocha,

pela presteza e atenção em disponibilizar os dados solicitados.

Aos professores e colegas do curso,

pelos conhecimentos adquiridos.

Aos meus filhos Henri, Michelle e Philipe, e esposo Frederico,

pelas orientações na digitação desse trabalho.

RESUMO

Pacientes submetidos a tratamento radioterápico para neoplasia maligna de cabeça e pescoço podem apresentar várias alterações bucais como efeito colateral. Essas alterações poderão surgir como: mucosite, xerostomia, perda do paladar, trismo, cárie de radiação, candidíase, disfagia e osteorradionecrose. Esses problemas exigem um contínuo monitoramento das condições de saúde bucal dos pacientes e têm sido uma demanda crescente para os cirurgiões dentistas da atenção básica. O objetivo deste projeto de intervenção é elaborar um protocolo de orientação com procedimentos a serem tomados antes, durante e após o tratamento radioterápico, no sentido de prevenir ou amenizar esses efeitos colaterais. Foi realizada uma revisão da literatura sobre as alterações bucais em pacientes irradiados para tumor de cabeça e pescoço e sobre as condutas que podem ser adotadas pelo cirurgião dentista em todas as fases do tratamento. Entrevistas com especialistas e visita técnica a um serviço especializado também foram realizadas. Esse protocolo será validado por três especialistas e apresentado à Coordenação Municipal de Saúde Bucal, bem como divulgado para os cirurgiões dentistas da SMS de Belo Horizonte, por meio de Teleconferência, além de ser impresso e enviado às Unidades de Saúde. Espera-se que o protocolo possa contribuir com o aprimoramento da abordagem odontológica de pacientes irradiados na atenção básica de saúde de Belo Horizonte, no sentido de amenizar ou prevenir as prováveis seqüelas, promovendo uma melhor qualidade de vida a esses pacientes.

Unitermos: radioterapia, seqüelas bucais, odontologia.

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	7
2.	Justificativa.....	8
3.	Objetivo.....	9
4.	Metodologia.....	10
5.	Projeto de Intervenção.....	11
6.	Resultados.....	12

1-INTRODUÇÃO

O câncer apresenta-se como um desafio de saúde pública mundial. No Brasil, as neoplasias malignas são a segunda causa de morte, segundo o Ministério da Saúde.

Estudos epidemiológicos demonstram que o câncer de cabeça e pescoço representa 10% dos tumores malignos, sendo que 40% ocorrem na boca, 25% na laringe, 15% na faringe, 7% em glândulas salivares e 13% em outros locais (SHERMAN, 1996, *apud* CARDOSO *et al*, 2005).

No Brasil, o câncer de boca está entre os cinco tipos de câncer que mais acometem o sexo masculino e entre os sete tipos mais comuns no sexo feminino. Em 2008, estimava-se a ocorrência de 466.730 novos casos no Brasil, sendo 14.160 (3,03%) na boca. Para Minas Gerais a estimativa era de 1.140 novos casos de câncer bucal, sendo 190 destes casos em Belo Horizonte (INCA, 2008).

Com relação à mortalidade, segundo dados da Gerência de Epidemiologia e Informação, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no período de 2000 a 2007, o número de óbitos por neoplasia maligna da boca e orofaringe, foi de 446 casos.

2 –JUSTIFICATIVA

Com o aumento da incidência do câncer de boca, é de se esperar que a demanda na unidade básica por atendimento odontológico de pacientes que serão submetidos a tratamento radioterápico, ou que apresentam alterações bucais decorrentes da terapêutica aplicada, torne-se uma realidade mais freqüente.

A autora deste estudo não se sentiu adequadamente preparada para o atendimento das necessidades destes pacientes, e considerou também que esta lacuna de formação deve ser comum à maioria dos cirurgiões dentistas que atuam na atenção básica. A observação desta falta de informação e conhecimento suficientes para o manejo do paciente irradiado e a experiência clínica da autora, verificando que o paciente que recebeu acompanhamento odontológico durante e após a radioterapia apresentou melhor saúde bucal em relação àquele que não foi monitorado, levou à proposição deste estudo.

A integração multiprofissional é fundamental para melhorar a recuperação de pacientes portadores de câncer bucal e orofaringe, que serão submetidos ao tratamento radioterápico. A atuação do cirurgião dentista é necessária em todas as fases do tratamento, visando minimizar ou evitar complicações bucais, proporcionando melhor qualidade de vida para esses pacientes.

3 –OBJETIVOS

Descrever as alterações bucais decorrentes da radioterapia para tumor de cabeça e pescoço.

Apresentar proposta de abordagem por meio de um protocolo de orientação ao cirurgião dentista da atenção básica, com procedimentos a serem tomados antes, durante e após o tratamento radioterápico.

4 –METODOLOGIA

Fez-se uma revisão de literatura (artigos e livro-texto) sobre as alterações bucais em pacientes que foram submetidos ao tratamento radioterápico para tumor de cabeça e pescoço e as medidas que podem ser adotadas pelos profissionais de saúde para minimizar ou evitar esses efeitos.

Realizou-se uma entrevista com o professor Vagner Santos, da Clínica de Atendimento de Suporte ao Paciente Irradiado para Tumor de Cabeça e Pescoço, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, que disponibilizou o protocolo adotado nesse serviço, bem como uma visita a clínica que faz o atendimento a esses pacientes.

5-PROJETO DE INTERVENÇÃO

Redação do protocolo com propostas de abordagem odontológica do paciente irradiado para neoplasia maligna de cabeça e pescoço, apresentando os seguintes itens: introdução, justificativa, tratamento radioterápico, manifestações bucais da radioterapia, condutas antes, durante e após o tratamento radioterápico, conclusão e referência bibliográfica.

Esse protocolo será avaliado por três especialistas da área, e após essa análise, elaborada a versão definitiva.

6-RESULTADOS

O protocolo será encaminhado para discussão no âmbito da Coordenação Municipal de Saúde Bucal, e divulgado para os cirurgiões dentistas da Secretaria Municipal de Saúde através da Teleconferência além de ser impresso e enviado às Unidades Básicas de Saúde.

Durante o estudo constatou-se a necessidade de uma Unidade de Referência para encaminhamento dos casos mais complexos, fora do campo de ação do CD na Unidade Básica. Portanto uma integração com a Clínica de Atendimento de Suporte ao Paciente Irrradiado para Tumor de Cabeça e Pescoço, do Departamento de Odontologia da UFMG, se faz necessária, pois muitos pacientes podem procurar ajuda em uma fase mais avançada das alterações.

A versão preliminar do protocolo está apresentada a seguir.

MARY MAYRINK MORAIS FAVRE

PACIENTES COM NEOPLASIA MALÍGNA DE CABEÇA E PESCOÇO ANTES E APÓS
TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

Proposta de abordagem odontológica na atenção básica

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Belo Horizonte

2009

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INCA – Instituto Nacional do Câncer

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

CD – Cirurgião Dentista

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMARIO

1. Introdução.....	16
2. Justificativa.....	17
3. Tratamento Radioterápico.....	19
4. Alterações Bucais Decorrentes da Radioterapia.....	20
5. Manejo do paciente Irradiado.....	24
5.1. Conduas antes da radioterapia.....	24
5.1.1. Avaliação Clínica.....	25
5.1.2 .Plano de Tratamento.....	25
5.2. Conduas durante a radioterapia	27
5.3. Conduas pós radioterapia.....	28
6. Conclusão.....	30
7. Referências Bibliográficas.....	31.

1- INTRODUÇÃO

O câncer apresenta-se como um desafio de saúde pública mundial. No Brasil, as neoplasias malignas são a segunda causa de morte, segundo o Ministério da Saúde.

Estudos epidemiológicos demonstram que o câncer de cabeça e pescoço representa 10% dos tumores malignos, sendo que 40% ocorrem na boca, 25% na laringe, 15% na faringe, 7% em glândulas salivares e 13% em outros locais (SHERMAN, 1996, *apud* CARDOSO *et al*, 2005).

No Brasil, o câncer de boca está entre os cinco tipos de câncer que mais acometem o sexo masculino e entre os sete tipos mais comuns no sexo feminino. Em 2008, estimava-se a ocorrência de 466.730 novos casos no Brasil, sendo 14.160 (3,03%) na boca. Para Minas Gerais a estimativa era de 1.140 novos casos de câncer bucal, sendo 190 destes casos em Belo Horizonte (INCA, 2008).

Com relação à mortalidade, dados da Gerência de Epidemiologia e Informação, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no período de 2000 a 2007, o número de óbitos por neoplasia maligna da boca e orofaringe, foi de 446 casos.

2-JUSTIFICATIVA

Com o aumento da incidência do câncer de boca, é de se esperar que a demanda na unidade básica por atendimento odontológico de pacientes que serão submetidos a tratamento radioterápico, ou que apresentam alterações bucais decorrentes da terapêutica aplicada, torne-se uma realidade mais freqüente.

A autora deste estudo não se sentiu adequadamente preparada para o atendimento das necessidades destes pacientes, e considerou também que esta lacuna de formação deve ser comum à maioria dos cirurgiões dentistas que atuam na atenção básica. A observação desta falta de informação e conhecimento suficientes para o manejo do paciente irradiado e a experiência clínica da autora, verificando que o paciente que recebeu acompanhamento odontológico durante e após a radioterapia apresentou melhor saúde bucal em relação àquele que não foi monitorado, levou à proposição deste estudo.

A integração multiprofissional é fundamental para melhorar a recuperação de pacientes portadores de câncer bucal e orofaringe, que serão submetidos ao tratamento radioterápico. A atuação do cirurgião dentista é necessária em todas as fases do tratamento, visando minimizar ou evitar complicações bucais, proporcionando melhor qualidade de vida para esses pacientes.

Casos clínicos

-Paciente D.C., sexo feminino, 42 anos, procurou o serviço odontológico do Centro de Saúde Vila Imperial em março de 2007, com o objetivo de fazer avaliação odontológica pré-tratamento para radioterapia em tumor de orofaringe: carcinoma de células escamosas pouco diferenciado infiltrante. Foram realizadas duas exodontias, dois procedimentos restauradores, raspagem e polimento coronário. Em maio de 2007, iniciou o tratamento radioterápico e quimioterápico. Em julho de 2008, a paciente retornou à UBS (Unidade Básica de Saúde) com quadro de treze cáries de radiação, e posteriormente um comprometimento endodôntico. Foram seladas as cavidades e feita adequação no dente com comprometimento pulpar, e orientada a procurar o serviço de Odontologia da UFMG, para solucionar os casos complexos que apresentava.

-Paciente L.R., sexo feminino, 34 anos, procurou o serviço odontológico da UBS, apresentando quadro de dor e tumefação na região de ATM (Articulação Têmporo Mandibular) esquerda. Foi encaminhada ao HOB (Hospital Odilon Behrens) e diagnosticou-se tumor têmporo mandibular, sinoviossarcoma, em novembro de 2005. A terapêutica aplicada foi cirurgia e radioterapia. A paciente tinha o costume de comparecer com certa frequência à UBS para **comunicar seu estado de saúde, porém nunca havia se queixado de algum** incômodo dental. Neste sentido, em outubro de 2008, sua presença foi solicitada no serviço odontológico da UBS. Constatou-se que a paciente fora colocada em um programa de prevenção e monitoramento pós tratamento radioterápico na clinica que atende estes pacientes na UFMG, e não desenvolveu lesões cariosas. Atualmente, a prevenção de cáries e doença periodontal está sendo feita na UBS. A paciente está aguardando ser chamada para a realização da prótese maxilar.

-Paciente J.B., sexo masculino, 56 anos, foi encaminhado ao serviço odontológico da UBS em novembro de 2008, para fazer avaliação bucal pré- tratamento radioterápico e quimioterápico para neoplasia de laringe EST IV. Foram realizadas seis exodontias, um procedimento restaurador e profilaxia. Em janeiro de 2009 iniciou tratamento antineoplásico. Está fazendo o acompanhamento preventivo de cárie e doença periodontal na UBS.

3-TRATAMENTO RADIOTERÁPICO

O tratamento para os tumores malignos de cabeça e pescoço inclui procedimentos cirúrgicos, radioterápicos, quimioterápicos, e a associação desses quando necessário. A cirurgia e a radioterapia são os métodos mais indicados (SHERMAN,1996; TABAKOF, 2000; *apud* Cardoso *et al*, 2005).

Na radioterapia, é utilizada a radiação ionizante que age sobre a célula tumoral levando à sua destruição, com o objetivo de redução ou o desaparecimento da neoplasia maligna (SALVAJOLI & WELTMAN,1996, *apud* Lima *et al*, 2001).

A dose recebida pela maioria dos pacientes é de aproximadamente 2 Gy ao dia, 5 dias por semana, em um período de 5 a 7 semanas, o que representa um total de 50 –70 Gy como dose curativa (RUBIN & DOKU, 1976; HENK, 1986,*apud* Lima *et al*, 2001).

A radioterapia também atinge os tecidos normais, sendo esperado o surgimento de várias alterações reversíveis e irreversíveis na boca dos pacientes. Essas alterações estão relacionadas a alguns fatores como: dose de irradiação, tempo de tratamento, volume do tratamento, dose de distribuição e uso de outras terapias. Fatores subjetivos também são determinantes: estado de desenvolvimento ósseo e dentário, predisposição genética, sensibilidade própria do tecido e capacidade de reparação do tecido normal, mecanismo de compensação, doenças e anormalidades do paciente.

Nos pacientes em idade de crescimento (desde o nascimento até a puberdade), o tratamento radioterápico pode provocar alteração no crescimento ósseo e no desenvolvimento da dentição, paralisando a odontogênese, resultando em anodontia da área envolvida ou nanismo dos dentes (CAIELLI *et al*, 1995; SHAFER *et al*, 1985).

4-ALTERAÇÕES BUCAIS DECORRENTES DA RADIOTERAPIA

O tratamento radioterápico provoca alterações na mucosa bucal, glândula salivar, ossos da face e dentes. As principais conseqüências decorrentes da radioterapia de cabeça e pescoço são: xerostomia, disfagia, mucosite, alteração no paladar, trismo, eritema, alteração no ligamento periodontal, cárie de radiação e osterradionecrose (CAIELLI *et al*, 1995; SHAFER *et al*, 1985).

Xerostomia

Alteração mais freqüente que surge por volta da segunda semana após o início da radiação, devido a alteração provocada nos tecidos glandulares, levando a diminuição ou ausência do fluxo salivar (SHAFER *et al*, 1985).

Está diretamente relacionada à dose de radiação: abaixo de 3000 cGy, as modificações presentes são edemas e inflamação, podendo ser reversíveis; acima de 6000 cGy tendem a ser permanentes. Há aumento da viscosidade da saliva residual, comprometendo a capacidade de lubrificação e proteção. Ocorre também diminuição do pH salivar, tornando-a mais ácida, o que favorece o aumento das bactérias cariogênicas (CARPENTER, J.S.,1978; RITCHIE, *et al* 1985, *apud* Caielli *et al* 1995).

ALMEIDA *et al* (2004), em pesquisa realizada, na USP (Universidade de São Paulo) para avaliação do fluxo salivar não estimulado por minuto, encontraram em pacientes não irradiados a presença em média de 1,4 ml/m de fluxo salivar, enquanto os pacientes submetidos à radioterapia para tumor oral mostraram 0,20 ml/m; o que está em acordo com a literatura sobre a alteração salivar em pacientes irradiados.

Disfagia

Dificuldade em deglutir alimentos em decorrência da diminuição do fluxo salivar, que dificulta a mastigação, e da irritação da mucosa gástrica.

O aparecimento de fibrose e atrofia da faringe também agravam o quadro. É recomendado um acompanhamento nutricional, com uma dieta mais calórica e pastosa para favorecer a deglutição e a compensação da perda de peso que os pacientes apresentam (CARPENTER, 1978, *apud* Caielli *et al*, 1995).

Mucosite

Alteração no epitélio da mucosa bucal. Inicialmente aparece uma área de hiperemia e edema ao final da primeira semana de tratamento, evoluindo para descamação e ulceração coberto por exudato fibrinoso, com a continuidade do tratamento. Geralmente desaparece após o término da radioterapia, se não houver infecção secundária (SHAFER *et al*, 1985).

As queixas são de dor e queimação na boca ao comer, principalmente com alimentos condimentados e duros. A mucosa da faringe é a mais sensível à radiação (RITCHIE *et al*, 1985, *apud* Caielli *et al*, 1995).

Podem ser administrados analgésicos e anestésicos tópicos, além de bochechos com água bicarbonatada (SHAFER *et al*, 1985; CARPENTER, 1978, *apud* Caielli *et al*, 1995).

Alteração no paladar

Aparece nas primeiras semanas da radioterapia e ocorre devido a alteração nas papilas gustativas linguais. Esse quadro pode voltar à normalidade entre dois meses a um ano após o término do tratamento, mas às vezes é irreversível (RITCHIE *et al*, 1985, *apud* Caielli *et al*, 1995; SHAFER *et al*, 1985).

Trismo

. A radioterapia provoca uma fibrose ao redor dos músculos da mastigação, levando à dificuldade de abertura bucal. É uma alteração que pode se manifestar tardiamente, por ter o tecido muscular uma característica de resposta lenta (SEGRETO,1999, *apud* Cardoso *et al*,2005).

Eritema

Alteração de cor avermelhada que se manifesta na pele, no local da radiação. Aparece no início do tratamento e após duas a quatro semanas desaparece, deixando a pele com tonalidade bronzeada (SHAFER *et al*, 1985).

Alteração no ligamento periodontal

O tratamento radioterápico provoca alterações no osso, polpa e ligamento periodontal. As alterações que ocorrem na membrana periodontal diminuem a sua resistência, facilitando a ocorrência de traumas e infecções, favorecendo a instalação de uma osteorradionecrose (ANNEROTH *et al*, 1985; *apud* Caielli *et al*, 1995). Neste sentido, o controle de higiene oral torna-se imprescindível para a prevenção de infecções ósseas e periodontais, e das perdas prematuras dos dentes (CAIELLI *et al*, 1995).

Cárie de radiação

Lesões de progressão rápida, que podem aparecer até três meses após a radioterapia. Iniciam-se frequentemente na região cervical, podendo levar à destruição total da coroa dental devido à desmineralização que torna os dentes quebradiços. A principal causa de iniciação desse processo se deve às alterações salivares induzidas pela radiação (SHAFER *et al*, 1985).

BRAUN e col. citado por SHAFER (1985) apontam também a alteração na flora bacteriana bucal como mais um fator de risco ao aparecimento da cárie.

A radioterapia provoca efeitos na estrutura dental, principalmente sobre os odontoblastos, diminuindo a capacidade de produção de dentina reacional; causa também alteração no esmalte, favorecendo o surgimento da cárie (LOPES, M.A. *et al*, 1998).

A associação das alterações químicas, microbianas e imunológicas provocadas pelo tratamento radioterápico, aliado às mudanças de hábitos alimentares, coloca esses pacientes em situação de alto risco à atividade de cárie (SHAFER *et al*, 1985).

Osteorradionecrose

Alteração mais severa decorrente da radioterapia. Segundo MARX, (citado por Cardoso *et al*, 2005), após a radiação o tecido ósseo torna-se hipovascular, hipocelular e hipóxico. Quando há um rompimento da mucosa bucal por traumatismo ou extração dentária, o osso fica exposto aos microorganismos bucais, o que, aliado à baixa capacidade de resposta à infecção e dificuldade de cicatrização, leva à instalação do processo necrótico.

O quadro clínico é de dor intensa, presença de abscessos e fistula ósseo- cutânea. Requer um tratamento complexo que inclui irrigações orais com soluções antibióticas, oxigenação hiperbárica e remoção cirúrgica dos sequestros ósseos. É importante que durante o planejamento todos os procedimentos invasivos sejam realizados antes da radioterapia, e que o paciente seja orientado sobre o programa preventivo que deverá ser instituído, a fim de manter os dentes e os ossos saudáveis, evitando o risco de osteorradionecrose (CAIELLI *et al*, 1995).

Ocorre com mais frequência na mandíbula que na maxila, por ser a estrutura óssea mandibular mais densa, e ter um suprimento de vascularização menor (RITCHIE *et al*, 1985, *apud* Caielli *et al*, 1995; SHAFER *et al*, 1985).

5-MANEJO DO PACIENTE IRRADIADO

Para elaboração das condutas a seguir, foram consultados protocolos já existentes na literatura (CAIELLI *et al*,1995; CARDOSO *et al*, 2005), além do Protocolo de Atendimento da UFMG, 2009. Com base nessas consultas foram elaboradas propostas adaptadas para o serviço de odontologia das UBS.

5.1 CONDUTAS ANTES DA RADIOTERAPIA

O atendimento inicial deve ter como objetivo, fazer uma avaliação clínica minuciosa da condição bucal do paciente, além de elaborar um plano de tratamento.

5.1.1 Avaliação clínica

Exame radiográfico: radiografias periapicais e panorâmicas devem ser complementares ao exame clínico, para detecção de fatores de risco como cistos, lesões periapicais e dentes inclusos.

Exame intra-oral: avaliar as lesões de cárie, comprometimento endodôntico, restaurações irregulares que sejam fatores de irritação à mucosa, condição do periodonto, restos radiculares e condição de higiene oral. Também deve ser avaliada a mucosa bucal, observando ainda se há fatores de traumatismo por próteses.

5.1.2 Plano de Tratamento

Deve incluir orientações, procedimentos clínicos e um programa preventivo para cárie e doença periodontal (JANSMA, *et al*, 1992, *apud* Caielli *et al*, 1995; UFMG,Protocolo de Atendimento,2009).

Orientações aos pacientes e familiares

-Orientar sobre as prováveis alterações bucais que podem surgir, e da necessidade de acompanhamento pelo cirurgião dentista.

-Explicar o tratamento que deverá ser realizado, reforçando a necessidade de sua colaboração com o programa de prevenção que será proposto.

Procedimentos Clínicos

-Profilaxia dental: raspagem e polimento coronário.

- Exodontias: - Estão indicados para esse procedimento os dentes que oferecem risco futuro de desenvolver osteorradionecrose, a saber: cáries extensas com comprometimento pulpar, quando o tratamento endodôntico não for viável; lesões periapicais extensas; doença periodontal moderada ou avançada (bolsa maior que 5 mm), especialmente com perda óssea, mobilidade ou envolvimento de furca; raízes residuais; dentes semi eruídos ou inclusos que não estejam cobertos por osso alveolar, e dentes muito próximos ao tumor (JANSMA *et al* ,1982, *apud* CAIELLI, 1995).

Após realização das exodontias o paciente só deverá ser liberado para radioterapia 21 dias após o último procedimento em mandíbula e 14 dias quando for no maxilar. Portanto, as exodontias deverão ser iniciadas na região da mandíbula (UFMG, Protocolo de Atendimento, 2009).

Devem ser removidas também hiperplasias inflamatórias, fibromas, espículas ósseas e tórus quando interferem com adaptação das futuras próteses.

A cobertura antibiótica não é necessária, pois não interfere no processo de cicatrização quando não há infecção (JANSMA *et al* ,1982, *apud* CAIELLI, 1995).

-Cirurgia Periodontal

-Tratamento Endodôntico

-Tratamento Restaurador dos dentes cariados e trocas de restaurações irregulares.

Programa Preventivo

Deve ser iniciado assim que começar o tratamento radioterápico, com o objetivo de prevenir as cáries de radiação e doenças periodontais, alívio da mucosite e secura da boca.

1-Orientação de higiene oral: escovação supervisionada, uso de escova macia, fio dental e pasta fluoretada. Deve ser dada orientação sobre remoção de resíduos alimentares aos pacientes desdentados. É indicada a suspensão temporária do uso das próteses parciais ou totais.

2-Prevenção de cáries:

- Gel de fluoreto de sódio neutro a 1%. Aplicar todas as noites, durante 5 minutos, após a escovação e uso do fio dental. Usar a própria escova para aplicação. Flúor gel acidulado é contra indicado, pois além de ser irritante para a mucosa, provoca descalcificação significativa sem remineralização suficiente por causa da hipossalivação (JANSMA *et al*,1982, *apud* Caielli *et al*, 1995).

- O flúor gel pode ser substituído pelo fluoreto de sódio a 1% líquido. Fazer bochechos diários durante 1 minuto, de preferência após a escovação da noite (UFMG- Protocolo de Atendimento; JANSMA *et al* 1982, *apud* Caielli,1995).

- Pacientes com xerostomia devem ter em mente que as medidas preventivas deverão ser seguidas por toda a vida, devido ao risco permanente de cárie (SHAFER *et al*, 1985; JANSMA *et al*,1982,*apud* Caielli *et al*, 1995).

3-Prevenção de Mucosites:

- Solução de sucralfato a 10%. Fazer bochechos 4 vezes ao dia, deixando o líquido na boca por 10 minutos. Não alimentar-se até 30 minutos após o bochecho. Iniciar no primeiro dia da radioterapia e só parar uma semana após o término da mesma.

- Chá de camomila. Colocar em infusão 2 colheres de sopa de erva seca, em meio litro de água. Deixar esfriar e fazer bochechos diários (UFMG – Protocolo de Atendimento; Kostler *et al*, 2001, *apud* Cardoso, 2005).
- Alimentos ácidos e condimentados são contra indicados, além do álcool e do fumo, por serem irritantes para a mucosa (JANSMA *et al*, 1982, *apud* Caielli *et al*, 1995).

5.2 CONDUTAS DURANTE A RADIOTERAPIA

Tem como objetivo alívio do desconforto, manutenção da higiene oral, prevenção de cárie e doença periodontal e intervenção diante dos sintomas apresentados.

-Exame clínico uma vez por semana, com polimento coronário e aplicação de flúor gel neutro. Reforçar a higiene oral.

-Fluoreto de Sódio a 1% para bochechos diários.

-Bochechos diários de solução aquosa de clorexidina a 0,12% para controle adicional de placa, quando não for possível uma escovação efetiva.

-Suspensão do uso de prótese total e parcial (JANSMA *et al*, 1982, *apud* Caielli *et al*, 1995; UFMG, Protocolo de Atendimento, 2009; CARDOSO *et al*, 2005).

-Aumento do consumo de líquidos, bochechos com solução salina de bicarbonato de sódio e uso de saliva artificial para alívio da secura bucal (JANSMA *et al*, 1982, *apud* Caielli *et al*, 1995).

-Em presença de Candidíase leve: nistatina suspensão, 100.000 UI/ml, para bochechos diários, três a cinco minutos antes de ser ingerido, três vezes ao dia por 14 dias (CARDOSO *et al*, 2005). Por estar disponível na UBS, é o de primeira indicação. Outra opção é o Miconazol a 2% em gel, aplicado 4 vezes ao dia, durante 7 dias. Se não houver regressão manter por 21

dias. Deve ser feita também a limpeza com gaze e clorexidina 0,12%, sem álcool (UFMG, 2009).

Em presença de Candidíase severa acometendo orofaringe: prescrever Cetoconazol 200 mg. Tomar 1 comprimido ao dia durante 21 dias. Não havendo regressão, ou em caso de recidiva já sido tratada com Cetoconazol, prescrever o Fluconazol 150 mg: tomar 1 comprimido a cada 7 dias. Não usar por mais de 3 semanas (UFMG,2009).

-Manter o uso do sucralfato e do chá de camomila.

-Presença de mucosite grau II: aplicação do laser. Em caso de dor intensa: Cetoprofeno 100 mg, tomar 1 comprimido de 12 em 12 horas. Uso tópico de Decadrom Elixir (sem álcool), bochechos 2 vezes ao dia, durante 7 dias.

(UFMG,2009, Protocolo de Atendimento).

5.3 CONDUTAS PÓS – RADIOTERAPIA

Tem como proposta o monitoramento do paciente, com o objetivo de prevenir a cárie de radiação e doença periodontal, alívio da secura bucal e do trismo.

-Exame clínico de 15 em 15 dias com polimento coronário e aplicação de flúor gel neutro, durante os primeiros três meses. Após este período, retorno uma vez ao mês. O programa preventivo pode variar de acordo com a necessidade do paciente.

-Reforço nas orientações de higiene oral.

-Encaminhamento para prótese parcial ou total, de três a seis meses após a última sessão de radioterapia.

-Manutenção dos bochechos diários de flúor.

-Evitar procedimentos cirúrgicos. Caso seja inevitável, deverá ser realizada com cobertura antibiótica de largo espectro (JANSMA *et al*,1982,*apud* Caielli *et al*, 1995; CARDOSO *et al*, 2005; UFMG- Protocolo de Atendimento 2009).

-Em caso de trismo: exercícios fisioterápicos de abertura e fechamento da boca, massagens circulares na região da ATM e, se necessário, relaxante muscular (CARDOSO *et al*,2005; CAIELLI *et al*, 1995).

-Em presença de cárie de radiação: curetagem e selamento das cavidades o mais rápido possível.

-Em presença de comprometimento pulpar: Tratamento endodôntico e restauração. Se restar apenas raízes, realizar o tratamanto endodôntico e selamento da entrada do conduto, para manutenção das raízes no alvéolo, evitando exodontias que podem levar à osteorradionecrose. Deve ser feita sob antibióticoterapia (JANSMA *et al*, 1982,*apud* Caielli *et al*, 1995).

6- CONCLUSÃO

As alterações bucais causadas pelo tratamento radioterápico em região de cabeça e pescoço trazem muito desconforto para os pacientes. É de grande importância a presença do cirurgião dentista como integrante da equipe multiprofissional. Ciente das complicações orais que podem surgir, e familiarizado com os protocolos existentes para o manejo do paciente irradiado, o cirurgião dentista tem a oportunidade de acompanhar em todas as fases do tratamento no sentido de amenizar ou prevenir as prováveis seqüelas, diminuindo o sofrimento desses pacientes.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS

1-Ministério da Saúde – Instituto Nacional do Câncer – Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2005.

Disponível em www.inca.gov.br/inca/arquivos/seminariovigilancia/apresentacao.pdf

2-Instituto Nacional do Câncer- Estimativa da Incidência por Câncer no Brasil. Disponível em www.inca.gov.br

3-Cardoso MFA et al. Prevenção e controle das seqüelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. *Radiol Bras.* 2005; 38(2): 107-115.

4-Lima AAS, et al. Radioterapia de neoplasia malignas na região de cabeça e pescoço - o que todo cirurgião dentista precisa saber. *Revista Odonto Ciência- Fac.Odonto/PUCRS.* V. 16, n. 33, maio/ago. 2001.

5-Caielli C, Martha PM, DIB LL. Sequelas orais da radioterapia: atuação da odontologia na prevenção e tratamento. *Rev. Bras. Cancerol.*,1995; 41(4): 231-241.

6-Lopes MA. et al. Reconhecendo e controlando os efeitos colaterais da radioterapia. *Rev. APCD.* 1998; 52(3): 241-244.

7-Shafer WG. Lesões físicas e químicas da cavidade bucal. In: Shafer WG, Hine MK, Levy BM, Eds. *Patologia Bucal*, 4º Ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Interamericana, 1985:486-548.

8-Almeida FCS et al. Avaliação odontológica de Pacientes com Câncer de Boca Pré e Pós tratamento Oncológico - Uma Proposta de protocolo. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr. João Pessoa.* v 4 n 1.p. 25-31 jan/abr 2004.

9-UFMG- Serviço de Atendimento Odontológico ao Paciente Irradiado em Cabeça e Pescoço- Protocolo de Atendimento. 2009.

10-SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade. Gerência de Regulação, Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. Disponível em www.pbh/tabnet/sim

