

FACULDADE PATOS DE MINAS

CURSO DE ODONTOLOGIA

JULIANA PEREIRA SILVA

**TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM CRIANÇAS
ONCOLÓGICAS**

**PATOS DE MINAS
2015**

JULIANA PEREIRA SILVA

**TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM CRIANÇAS
ONCOLÓGICAS**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientador: Prof.^a Ms. Débora Andalécio Ferreira

**PATOS DE MINAS
2015**

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM CRIANÇAS ONCOLÓGICAS

Juliana Pereira Silva*

Débora Andalécio Ferreira**

RESUMO

Os pacientes que estão em tratamento oncológico podem apresentar alterações bucais que necessitam de atenção especial. O acompanhamento de um Cirurgião dentista na equipe oncológica multidisciplinar é de grande importância, tendo um papel fundamental desde a avaliação odontológica inicial até exames periódicos no decorrer da terapia antineoplásica. Vale ressaltar também a importância de instrução de higiene bucal dos pais ou responsáveis dessas crianças, determinar uma dieta adequada, orientar os pais ou responsáveis de como lidar com esses pacientes nessa fase lembrando sempre que todos os profissionais envolvidos no tratamento dessas crianças deverão ter um cuidado especial tanto com o paciente quanto com a família. Esse trabalho tem como objetivo destacar as principais alterações bucais que acomete os pacientes pediátricos oncológicos e o papel do Cirurgião dentista juntamente com os médicos na prevenção, diagnóstico, controle e tratamento dos efeitos colaterais na cavidade bucal.

Palavras-chave: Criança. Oncologia. Odontologia.

ABSTRACT

The patients which are undergoing oncologic treatment may present oral changes that requires special attention. This paper has the aim to highlight the major changes that affects the oral antineoplastic pediatric patients, the role of the dental surgeon together with prevention doctors, diagnosis, treatment and control of side effects in the oral cavity. The monitoring of a dental surgeon in the multidisciplinary oncology team is of great importance, having a fundamental role from the initial dental evaluation until the periodic tests during the course of antineoplastic therapy. It is also worth noting the importance of oral hygiene instructions from children's parents or guardians, to define a balanced and adequate diet, guide parents or guardians on how to deal with these patients during this phase, always remembering that all professionals involved on these children's treatment should have a special care both with the patient and the family.

Keywords: Children, Oncology, Dentistry.

*Aluno do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM). e-mail do aluno jujusylva@hotmail.com

**Professora de Odontopediatria no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista em Odontopediatria pela UFU (Universidade Federal de Uberlândia). Mestre em Odontopediatria pela faculdade SLM (São Leopoldo Mandic) e-mail do professor deb_andalecio@yahoo.com

1 INTRODUÇÃO

Após o diagnóstico oncológico em crianças deve-se estabelecer cuidados especiais em relação à saúde bucal, devido o tratamento quimioterápico e radioterápico serem muito invasivos. Estudos mostram que a quimioterapia tem maior possibilidade de causar efeitos colaterais na boca em pacientes mais jovens.⁽²⁾

Há uma grande incidência de alterações bucais em crianças durante o tratamento oncológico. Maneiras para melhorar qualidade de vida desses pacientes durante o tratamento e após o mesmo podem ser elaboradas. Nessa fase os responsáveis devem ser informados de como exercer uma boa higiene bucal evitando maiores complicações devido ao aumento de placa bacteriana acarretando inflamação gengival e facilitando o sangramento. É importante também a orientação em relação a dieta.⁽⁸⁾

Vale ressaltar a importância do Cirurgião dentista para diagnóstico precoce das alterações bucais que podem ocorrer nesse período de tratamento. Essas manifestações orais ocorrem devido a imunossupressão obtida pela quimioterapia e radioterapia, e se não tratada pode intervir nos resultados da terapêutica medicamentosa, aumentando o tempo de internação hospitalar e a qualidade de vida desses pacientes.⁽¹⁰⁾

O acompanhamento do Cirurgião dentista durante o tratamento oncológico traz benefícios aos pacientes não havendo necessidade de adiamento das quimioterapias ou radioterapias.

É necessário bem mais do que um método científico e técnico para o atendimento ao paciente com qualquer tipo de câncer. O Odontopediatra além da atenção às complicações físicas deve estar preparado para lidar emocionalmente com o paciente e toda a sua família.

Durante a anamnese é necessário ter um diálogo preciso com o paciente e familiares para entenderem e aceitarem o tratamento, proporcionando o equilíbrio, a aceitação e a confiança com o profissional para obter um diagnóstico e conduta adequados.⁽⁴⁾

O presente trabalho foi realizado a partir de uma revisão da literatura onde se buscou livros, artigos e acesso a base de dados, tendo como objetivo avaliar o tratamento adequado da cavidade bucal em crianças oncológicas, detectar as patologias bucais durante o tratamento oncológico, orientar aos pais como

conduzir a criança nesse período, estabelecer dieta adequada, determinar uma higiene bucal diminuindo o foco de infecção, melhorando assim a qualidade de vida desse paciente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Tratamento oncológico em pacientes infantis

As alterações bucais decorrentes da quimioterapia e radioterapia possuem uma fase negativa na qualidade de vida dos pacientes. É necessário aplicar um protocolo de cuidados odontológicos antes e durante o tratamento do câncer, sendo fundamental na precaução ou diminuição da gravidade dessas alterações. Os pacientes com câncer, em razão da imunossupressão, necessitam de cuidados especiais para conservação de sua saúde bucal. Os cuidados odontológicos precisam ser direcionados para promover e manter a integridade do tecido e prevenir patologias bucais durante a quimioterapia e radioterapia. ⁽⁶⁾

O Cirurgião dentista deve exercer um papel importante no diagnóstico precoce nos casos de leucemias. Isso ocorrerá devido o fato das leucemias provocarem alterações que podem ser notadas durante o atendimento odontológico de rotina como: aumento da suscetibilidade a infecções, sangramentos, úlceras neutropênicas (lesões bucais oriundas da diminuição de neutrófilos) e infiltração gengival e óssea. ⁽⁸⁾

Foi constatado em estudos que 100% dos pacientes com fluxo salivar diminuído apresentam xerostomia durante quimioterapia, e os resultados indicam que essa redução e o número de neutrófilos aumentam a susceptibilidade para mucosite, sendo de grande importância a mensuração prévia do fluxo salivar antes de iniciar o tratamento. ⁽⁶⁾

Alguns autores relatam que em crianças com leucemia é comum o aparecimento de manifestações bucais, sendo possível verificar-se a presença de hiperplasia gengival, hemorragia, petéquias (pontos vermelhos na pele ou mucosa), gengivite e ulcerações na mucosa. Podem aparecer lesões púrpuras na mucosa bucal, semelhantes a equimoses cutâneas. ⁽¹⁾

Durante o tratamento de câncer, as crianças queixam de sequelas bucais e desconforto, podendo prevalecer por um grande tempo e proporcionar consequências letais. ⁽²⁾

“Simon, Roberts (1991) relatam que as complicações bucais em crianças é três vezes maior que em adultos, devido à alta atividade mitótica”. ⁽²⁾

Quanto mais jovem o paciente, maior pode ser a probabilidade da quimioterapia afetar a boca. Observa-se que, de todos os pacientes que passam por quimioterapia, cerca de 40% aparecem lesões bucais. Esse número se eleva para 90% quando se trata de crianças abaixo de 12 anos de idade, portanto o tratamento ideal a esses pacientes torna-se de suma importância. ⁽²⁾

Entre algumas alterações durante o tratamento oncológico estão as anormalidades na estrutura das raízes dentárias, calcificação incompleta, fechamento prematuro de ápices, atraso ou aceleração no desenvolvimento dentário e lesões de cárie. Casos de trismo, relações oclusais anormais e deformidades faciais também têm sido observados. ⁽³⁾

É necessário que os pacientes oncológicos recebam acompanhamento odontológico, uma vez que os tratamentos quimioterápicos e radioterápicos, são extremamente invasivos, apresentam vários efeitos colaterais na cavidade bucal mesmo que o tumor não esteja em região de cabeça e pescoço. As alterações mais comuns são: mucosite, osteorradionecrose (redução da atividade dos osteoblastos e diminuição do fluxo sanguíneo), candidose, periodontopatias, diminuição do fluxo salivar, cárie de radiação, presentes ou não em maior ou menor quantidade de acordo com o organismo do paciente. ⁽⁴⁾

Estudos mostram que pacientes oncológicos quando recebem avaliação odontológica durante o tratamento radioterápico ou quimioterápico necessitam de menos procedimentos dentários ao final do tratamento se comparados aqueles que não foram ao Cirurgião dentista. ⁽⁴⁾

Existem alguns fatores determinantes para a severidade das complicações bucais em pacientes oncológicos, tais como: tipo e grau de malignidade do tumor, dose das drogas utilizadas, duração da quimioterapia, idade e nível de higiene oral, antes e durante a terapia. ⁽¹¹⁾

O câncer infantil é um assunto que merece total atenção familiar quanto atenção profissional, sendo que esses pacientes estão altamente sensíveis ao tratamento, a situação em que se encontram, e o entendimento de todo o processo

ao qual está passando, que varia de acordo com a maneira que este é apresentado a ela. Por este fato os Cirurgiões dentistas devem tomar cuidados especiais quanto ao tratamento odontológico oferecido a essas crianças como: trabalhar em ambientes tranquilos; antes e durante os procedimentos deixar a criança satisfazer suas necessidades básicas; participação familiar durante os tratamentos odontológicos; métodos de dessensibilizações deverão ser utilizados, evitando uso de anestesia geral; a criança deverá compreender toda a situação ocorrida no ambiente odontológico. ⁽⁴⁾

Foi realizado um estudo em 34 crianças portadoras de leucemia aguda, com o objetivo de comprovar quais as complicações bucais que poderiam servir como sinais e sintomas para o diagnóstico inicial desta patologia onde foi observado a hemorragia, a ulceração e a hiperplasia gengival não eram dados semiológicos suficientes para este diagnóstico inicial. ⁽⁵⁾

Alguns autores descrevem que as complicações bucais para diagnóstico inicial que apresentam em pacientes submetidos ao tratamento antineoplásico são: infecção, sangramento gengival, ulcerações, estomatites, a cárie dental e mucosite e que estas desordens encontradas surgem em decorrência dos efeitos tóxicos da radioterapia ou quimioterapia. Descrevem também que as condutas clínicas para o controle dessas complicações ocorridas na boca era sem caráter científico. ⁽⁵⁾

Os cuidados bucais que devem ser prioridade em pacientes oncológicos são: remoção das lesões de cáries, restaurações extensas e tratamento da doença periodontal. Para os dentes que precisam de um longo período de tratamento, está indicada a exodontia. A doença periodontal, a dieta e deficiência de higiene bucal quando aliadas a xerostomia e mucosite, podem causar problemas orais, comprometendo a qualidade de vida do paciente e impossibilitando continuar o tratamento. Deste modo, os pacientes necessitam ser orientados e motivados para uma melhor higiene bucal com a finalidade de diminuir as complicações que se instalarem com a terapia. No entanto, o tratamento odontológico do paciente, sempre que possível, não deve interferir no tratamento oncológico e sim contribuir e adaptar a cada caso. ⁽⁷⁾

Lembrando que na adequação do meio bucal, as restaurações não devem ser de amálgama, pelo fato deste material emitir radiação secundária e também pela possibilidade do paciente desenvolver uma reação liquenóide, devido o contato desse material na mucosa oral. ⁽³⁾ No caso de já existir restaurações feitas em

amálgama, pode-se utilizar protetores de polivinilsiloxano, com 5 mm de espessura, para proteger os dentes que possui restaurações metálicas e protetores linguais para minimizar os efeitos deletérios da radiação. Nestes pacientes, o tratamento deve ser planejado de modo multidisciplinar e personalizado, conforme a necessidade do paciente. ⁽¹¹⁾

A origem das mucosas lesionadas induzidas pelo tratamento oncológico é de natureza biológica ou tóxica, embora o desenvolvimento posterior ser estimulado por infecções oportunistas, que agravam devido o desequilíbrio do sistema imunológico. Danos às glândulas salivares diminuem o fluxo salivar, bem como alterações na composição da saliva e de seu pH, que são seguidos por mudanças na microbiota bucal, beneficiando o desenvolvimento de infecções. ⁽⁹⁾

Deve-se ficar atento caso a lesão de cárie estiver profunda, comprometendo a polpa, pode ser feito o tratamento endodôntico, mas o tratamento pulpar de dentes decíduos em pacientes durante a quimioterapia é contra-indicado. Esse tratamento pode ser realizado apenas se o paciente tiver condição clínica e se até o período previsto para que aconteça a neutropenia (diminuição de neutrófilos na corrente sanguínea), o paciente tiver a infecção controlada ou até mesmo diminuída. Em caso de infecção, deve ser usada antibioticoterapia empírica ou baseada na hemocultura. Se a infecção não cessar e persistir o dente deve ser extraído. ⁽⁸⁾

2.2 Orientar aos pais como conduzir a criança no período do tratamento oncológico

O profissional necessita informar aos pais ou responsáveis sobre os aspectos deletérios da doença, seu tratamento e impacto na cavidade bucal, informar os pacientes ou responsáveis sobre o cuidado com a higiene bucal e indicar a execução de tratamento odontológico urgencial, se possível, antes das terapias indicadas com objetivo de diminuir as complicações. ⁽³⁾ Esse tratamento odontológico urgencial consiste em:

- remoção de focos infecciosos por meio de exodontias, curetagem de lesões cariosas e selamento provisório, tratamentos endodônticos para obter uma adequação do meio bucal; ⁽¹⁾

- antes da quimioterapia ou radioterapia realizar profilaxia profissional; ⁽¹⁾

- nos pacientes que serão submetidos à quimioterapia ou radioterapia há necessidade de aplicações tópicas de flúor, portanto nos casos de irritações da mucosa, indica-se o flúor neutro a 0,5 ou 1%. ⁽¹⁾

Deve-se orientar o paciente oncológico à realização de bochechos com gluconato de clorexidina a 0,12% (solução aquosa) durante 15 dias, utilizar fio dental, escovar os dentes e a língua após todas as refeições. O creme dental usado deverá conter flúor. Na presença de trombocitopenia (baixa quantidade de plaquetas no sangue), o paciente deve ser orientado a não usar fio dental, apenas escova, dental extra macia, para reduzir o risco de trauma e sangramento gengival. ⁽⁸⁾

Se a criança ainda estiver em uso de mamadeira com produtos açucarados deve-se orientar aos pais que retirem esse uso. Caso tenha dificuldade, aconselha-se substituir aos poucos esses produtos que contêm açúcar por água ou outro alimento que não seja prejudicial. ⁽¹⁾

Informar aos pais ou responsáveis a existência de avaliação bucal pré-terapia antineoplásica, que tem por finalidade identificar os fatores de risco ao desenvolvimento de complicações bucais, como: infecções na região de molares, restaurações insatisfatórias, infecções periapicais, doença periodontal, deficiência de higiene bucal, cáries, dispositivos ortodônticos e outras fontes potenciais de irritação. ⁽¹⁾

O profissional deve estar atento não apenas a promoção da melhoria dos sinais e sintomas originários do desenvolvimento da doença ou da terapêutica realizada, mas deve também dar o máximo de atenção ao paciente e familiares de modo que eles se sintam confiantes e amparados desde o diagnóstico até a remissão da doença, ou nos casos mais extremos, os cuidados paliativos. ^{(3) (8)}

2.3 Patologias bucais durante o tratamento oncológico

Existem algumas alterações em pacientes oncológicos como: relações oclusais anormais, deformidades faciais, anormalidades na estrutura das raízes dentárias, calcificação incompleta, trismo, fechamento prematuro de ápices, atraso ou aceleração no desenvolvimento dentário e lesões de cárie. ⁽³⁾

Da mesma forma que existem algumas patologias bucais que estão mais propensas em pacientes oncológicos, tais como:

Candidíase: é uma infecção fúngica causada pelo *Candida albicans*, considerada a infecção mais comum em pacientes pediátricos. ⁽³⁾

A Candidíase pode-se apresentar nas seguintes formas clínicas: candidose crônica hiperplásica (placas brancas não removíveis à raspagem), candidose pseudomembranosa (placas brancas aderentes à mucosa e retiradas no ato da raspagem), candidose eritematosa (placas vermelhas e perda das papilas filiformes). ⁽³⁾

O tratamento pode ser constituído na utilização de antifúngicos como os derivados de agentes políenicos, do imidazol e triazóis. ⁽³⁾

Mucosite: é uma úlcera que se aparece na forma de eritema e provoca dor intensa, interferindo na ingestão alimentar. ⁽³⁾

Foi criado um sistema gradativo pela Organização Mundial da Saúde para as mucosites e reações das outras mucosas do trato digestivo de acordo com a sintomatologia. Baseado nesse sistema, as mucosites podem ser graduadas de 0 a IV. O grau 0 é quando a mucosite oral não acontece e grau IV são casos mais severos, nos quais as lesões são tão intensas sendo necessário a alimentação enteral ou parenteral e a suspensão do tratamento até que o paciente se recupere. ⁽⁸⁾

Para prevenir a mucosite, é necessário, um dia após o término da quimioterapia, bochechos com hidróxido de alumínio 10% cinco vezes ao dia, durante 7 dias, sendo necessário reavaliar a continuidade do tratamento após esse período. ⁽⁸⁾

O tratamento é variado e apenas paliativo. Pode ser feito bochechos com solução salina a 0,9%, fármacos protetores do epitélio, anestésicos tópicos, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais. ⁽³⁾

Poderão ser realizadas aplicações com laser de baixa potência beneficiando a reparação e promovendo a analgesia. ⁽³⁾ Essa conduta deve ser recomendada diariamente até que haja a remissão dos sintomas. As aplicações podem ser feitas de forma pontual e em varredura nas áreas com a presença de lesões. A dosimetria indicada pode variar de acordo com a potência do aparelho e o tamanho da área afetada. ⁽³⁾

Devem ser passadas orientações sobre uma higiene bucal correta para pais ou responsáveis, pois o acúmulo de placa bacteriana influenciará na severidade da mucosite. ⁽³⁾

Xerostomia: tem como conceito uma sensação de boca seca, representada pela disfunção das glândulas salivares. ⁽³⁾

A xerostomia influencia em alguns fatores salivares: capacidade tampão, o que aumenta os níveis de desmineralização; quantidade de mucina, o que deixa a mucosa desprovida de sua proteção contra traumas e desidratação; e sua propriedade lubrificante, dificultando a formação e a deglutição do bolo alimentar. Tem como interferência também na fonação e na retenção de próteses, além de trazer a sensação de queimação na boca, alterações na sensibilidade gustativa e halitose. ⁽⁸⁾

A redução do fluxo salivar pode gerar alterações na cavidade bucal podendo comprometer todas as suas funções: redução da percepção do paladar e lubrificação, alteração dos estágios da deglutição e digestão. ⁽³⁾

Na maioria dos casos, o tratamento é insatisfatório e consiste em diminuir o desconforto causado pela secura bucal, podendo orientar os pacientes sobre o consumo de água, o uso de saliva artificial ou de substitutos salivares e de goma de mascar sem açúcar. Dependendo do caso pode-se indicar a pilocarpina, que é um parassimpaticomomnético (medicamento que age estimulando o sistema nervoso parassimpático) agonista e eficiente promotor de secreção salivar. ⁽³⁾

Hemorragia: é a mais previsível e passível de ser prevenida. Assim, o Cirurgião dentista antes de qualquer intervenção cirúrgica necessita certificar-se da contagem de plaquetas do paciente, pois uma contagem menor ou igual a 75.000 plaquetas/mm³ provoca o índice de hemorragia. Sem a apresentação de valores dos exames devem ser evitadas qualquer tipo de procedimento. ⁽⁸⁾

Em casos que a trombocitopenia estiver inferior a 40.000 plaquetas e sendo necessária intervenção cirúrgica, deve-se comunicar a equipe médica para a transfusão de concentrado de plaquetas. ⁽⁸⁾

Infecção: o aumento de infecção preexistente na cavidade bucal, de origem endodôntica ou periodontal, que não foi retirada previamente poderá ser a origem de infecção local ou sistêmica. Deve-se tratar a infecção bacteriana de forma empírica, com antibióticos específicos para a microbiota local ou de acordo com o resultado da hemocultura. ⁽⁸⁾

Os herpes labiais são as lesões virais com maior incidência em pacientes com neoplasia maligna podendo ser encontrado em qualquer área da mucosa bucal ao invés de ficarem limitadas à mucosa queratinizada. A infecção pelo herpes

simples deve ser tratada de forma sistêmica com aciclovir (30 mg/dia, divididas em três tomadas) ou com laser de baixa potência. Recomenda-se também a aplicação do aciclovir tópico 4/4 horas, durante 7 dias. ⁽⁸⁾

Cárie de radiação: geralmente aparece entre dois meses e um ano após o início do tratamento radioterápico, tem como característica a localidade (ao redor das margens cervicais dos dentes). Podendo destruir toda a dentição em questão de meses. Possui os seguintes fatores etiológicos: pobre higiene bucal, devido à dificuldade que o paciente apresenta para se alimentar em decorrência da mucosite oral, associada à dieta mais cariogênica. Quando associada a mudança na alimentação com a perda da capacidade tampão da saliva e com a dificuldade de higienização provocada pela dor na boca, possuindo um ambiente mais propício para o desenvolvimento da doença cárie, mesmo em superfícies lisas ou em pontas de cúspides. Alguns estudos relatam que a radiação pode alterar o esmalte dentário. Embora essa alteração aconteça em crianças quando os dentes estão em fase de formação e no momento da radioterapia e da quimioterapia. ⁽⁸⁾

Algumas medidas devem ser tomadas aos pacientes para a prevenção da cárie de radiação, como: cuidados especiais com a higiene bucal, avaliações odontológicas periódicas e aplicação de flúor diário. ⁽⁸⁾

Tem como tratamento de lesões de cárie de radiação aplicação de cariostáticos ou remoção do tecido cariado com curetas, evitando o uso da caneta de alta rotação, podendo restaurar os dentes com ionômero de vidro. São indicados também bochechos diários de fluoreto de sódio não acidulado a 0,05%, com um minuto de duração. Não deve prescrever géis de flúor acidulado, pois podem facilitar a descalcificação do esmalte sem que ocorra remineralização, devido à hipossalivação instalada. ⁽⁸⁾

Osteorradionecrose: tem como resultado a não cicatrização do osso e de sua necrose, porém nem sempre ocorre infecção. Embora existam casos que envolvam a maxila, é afetada com maior frequência a mandíbula. Pode ocorrer: dor intratável, perfuração da cortical, formação de fístula, ulceração superficial e fratura patológica. ⁽⁸⁾

Apresenta radiograficamente como uma imagem radiolúcida mal definida e sem margens escleróticas, quando há a formação de sequestros ósseos frequentemente observam-se imagens radiopacas. ⁽⁸⁾

A necrose óssea está diretamente ligada à dosagem da radiação, mesmo que o volume de osso irradiado e a proximidade da dose máxima desempenhem ambos o seu efeito. Aumenta o risco de necrose óssea na presença de dentes em mal estado de conservação, trauma ósseo, doença periodontal e quimioterapia combinada. A exodontia é conhecida como fator de risco para osteorradiationecrose podendo ser evitada após a radioterapia. Antes, os Cirurgiões dentistas na esperança de que revascularização diminuísse as preocupações, adiavam as extrações para seis meses após o término do tratamento, mas não acontecendo a revascularização da região a espera não é benéfica, pois o suprimento sanguíneo diminui com o tempo. A osteorradiationecrose espontânea pode ocorrer sem uma causa evidente. ⁽⁸⁾

A dor não é um sintoma comum, caso exista pode-se controlar com analgésicos e também com anestésicos tópicos aplicados com cotonetes. Frequentemente o uso de antibióticos diminui a infecção e o desconforto em poucos dias e pode ser usados por 2 a 3 semanas. Oxigênio hiperbárico com antibioticoterapia e debridamento local auxiliam na cicatrização. Ressecção mandibular deve ser reservada como último recurso para o paciente com dor intratável, recorrência de infecções severas ou trismo. ⁽⁹⁾

Alterações Periodontais: de acordo com vários autores a gengivite é comum nos pacientes em tratamento oncológico. O sangramento das margens gengivais estaria associado à gengivite preexistente podendo aumentar devido o quadro sistêmico do paciente (quadro de imunossupressão e queda na deficiência de higienização).

É importante destacar que para pacientes maiores de 4 anos, deve-se executar a escovação diária e o uso do fio dental quando a contagem de granulócitos e plaquetas exceder $500/\text{mm}^3$ e $40000/\text{mm}^3$. Caso não atingir tais níveis, a escovação e o uso de fio dental devem ser interrompido para que evite o sangramento gengival e a bacteremia. Pode ser utilizado o dentífrico fluoretado, e recomenda-se escova dental extra macia. Se a escova usada não for confortável e a contagem de células for baixa, o paciente deverá higienizar com gaze ou cotonetes, com enxaguatório de clorexidina, sem álcool. ⁽²⁾

Hipogeusia e disgeusia: quando a língua está localizada no campo de irradiação pode-se afetar as papilas gustativas, provocando a perda da sensação

gustativa. Essas modificações iniciam-se por volta da primeira ou da segunda semana de irradiação, podendo progredir até o término do tratamento.⁽¹¹⁾

Hipogeusia é definida como a diminuição ou perda substancial dos quatro paladares, resultante do comprometimento dos botões gustativos e também reflexo da estomatite e da xerostomia. Para a maioria dos pacientes, os sentidos retornam em quatro meses, porém em alguns casos as sequelas são permanentes.⁽¹¹⁾

Disgeusia geralmente acontece antes dos sintomas de mucosite, as papilas gustativas sofrem atrofia com doses em torno de 10 Gy, portanto, a percepção dos sabores ácido e amargo é mais comumente afetada no início da irradiação, e em seguida ocorre alteração gustativa para os sabores doce e salgado. Essas alterações da sensação são reversíveis e transitórias, havendo retorno da percepção por volta de dois a quatro meses após a radioterapia.⁽¹¹⁾

Em virtude de todas essas alterações, o paciente apresenta fraqueza, mal-estar, desidratação, perda de apetite, tendo uma repercussão negativa em seu quadro geral. O paciente deve monitorar frequentemente seu peso e fazer acompanhamento com um nutricionista, sua saúde oral estar comprometida. Como medida preventiva, ao longo de toda a radioterapia e até um período de tempo após o término do tratamento, a suplementação com zinco e cobre, pode reduzir a disgeusia.⁽¹¹⁾

Trismo: é uma sequela que geralmente aparece entre a terceira e a sexta semana depois do término do tratamento radioterápico, limitando a abertura bucal, dificultando a alimentação, a fonação, o exame da cavidade oral, o tratamento dentário, a higienização oral e causa intenso desconforto.⁽¹¹⁾ Os pacientes mais afetados são os que apresentam tumores na faringe, em áreas retromolares e regiões posteriores do palato ou quando os músculos mastigatórios fazem parte do campo de radiação, tendo como consequências edema, destruição celular e fibrose muscular.⁽¹¹⁾

Pode-se destacar como plano de tratamento a fisioterapia com exercícios dos músculos mastigatórios envolvidos, com o uso de abridores de boca para alongá-los sendo eficaz para aumentar a abertura bucal. Para reduzir os sintomas de dor são recomendados os antiinflamatórios não esteroidais e relaxantes musculares (ciclobenzaprina 10 mg, de 8/8 horas durante sete dias). A pentoxifilina possui eficácia nos casos de trismo, pois tem ação imunomodulatória, que controla certas citocinas mediadoras de reações fibrogênicas depois da radiação.⁽¹¹⁾

2.4 Dieta adequada

É de suma importância os cuidados da dieta do paciente, pois deve-se evitar alimentos ásperos, espessos, condimentados, temperados, picantes, alimentos que irritam ou queimam a mucosa bucal (sucos cítricos) e bebidas alcoólicas. Sendo que a melhor opção são os alimentos frios e os líquidos, pois na maioria das vezes traz uma sensação de alívio ao paciente. ⁽²⁾

Em pacientes oncológicos onde já se obteve diagnóstico de mucosite, é importante orientar que evite ingerir alimentos duros, quentes, ácidos ou condimentados e que se mantenha sempre hidratado. Recomenda-se também o uso de hidratante para os lábios. ⁽¹¹⁾

É fundamental a orientação sobre a dieta cariogênica, além de muitas crianças voltarem a se alimentar por mamadeiras devido a falta de apetite, dificuldade de deglutir ou até mesmo regressões emocionais. ⁽⁸⁾

É sempre interessante usar alimentos com alta densidade energética, ou seja, alimentos com alto valor calórico e nutricional mesmo em pequenos volumes, como azeite extravirgem, oleaginosas e suplementos alimentares específicos. Muitos estudos têm observado que vários compostos encontrados em alimentos vegetais como hortaliças, legumes, verduras, frutas, cereais integrais e sementes têm um efeito protetor (diminuidor do risco) contra alguns tipos de câncer. ⁽¹²⁾

2.5 Determinar uma higiene bucal diminuindo o foco de infecção

A remoção de focos infecciosos por meio de procedimentos odontológicos deve ser analisada e realizada levando-se em conta o melhor momento para a intervenção e a decisão do risco-benefício entre procedimento eletivo e emergencial. ⁽⁹⁾

Deve ser incentivada, a fundação de um projeto de promoção à saúde bucal, envolvendo limpeza dos dentes e bochechos com colutórios específicos para cada paciente. Muitos estudos têm demonstrado a importância do cuidado bucal como auxílio na redução da mucosite oral e de infecções oportunistas, bem como na promoção do conforto ao paciente. ⁽⁹⁾

Em casos de pacientes com uso de aparelhos ortodônticos fixos devem ser removidos antes do início do tratamento com quimioterapia ou radioterapia na

região de cabeça e pescoço. Lembrando também que as restaurações metálicas podem causar efeito de interação com a irradiação, produzindo irradiação secundária de baixa energia e dano à mucosa adjacente. ⁽⁹⁾

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode se concluir a importância de estabelecer um protocolo de cuidados com a higiene bucal de crianças hospitalizadas com câncer, uma vez que as mesmas encontram-se frágeis nesse período. A presença de um Cirurgião dentista na equipe médica tem como objetivo minimizar os danos provenientes do tratamento oncológico, podendo através de suas atribuições e habilidades, ser um agente ativador de mudanças em educação para a saúde. Para uma melhoria na qualidade de vida do paciente hospitalizado, pode-se destacar a necessidade de um tratamento profilático diminuindo as manifestações bucais em decorrência do tratamento oncológico.

A conduta clínica multidisciplinar como um todo possibilita prevenir, diagnosticar e controlar os efeitos colaterais da radioterapia e quimioterapia. Os aspectos psicológicos são muito importantes e a autoestima do paciente pode beneficiar na adesão do plano de tratamento, no cuidado pessoal tanto sistêmico com bucal.

As complicações bucais provocadas pelos diversos tipos de tratamentos antineoplásicos são previsíveis. Sendo assim, o preparo bucal, a eliminação de focos infecciosos e as orientações dadas antecipadamente aos pais sobre os sinais e sintomas bucais, o tipo de dieta apropriada para evitar as complicações e a dieta apropriada quando essas complicações instaladas bem como as formas de higienização oral, irão contribuir para uma melhor qualidade de vida ao paciente durante essa etapa do tratamento.

REFERÊNCIAS

- 1- Kroetz FM, Czylusniak GD. Alterações bucais e condutas terapêuticas em pacientes infanto-juvenis submetidos a tratamentos anti-neoplásicos. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa. 2003; 9 (2): 41-48.
- 2- Camargo JD, Batistella FID, Ferreira SLM. Complicações bucais imediatas do tratamento oncológico infantil: identificação, prevenção e tratamento. JBP – Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê. 2004; 7(36):177-84.
- 3- Frazão COB, Alfaya TA, Costa RC, Rocha ML, Gouvêa CVD, Morais AP. Pacientes oncológicos pediátricos: manifestações bucais da terapia antineoplásica. Revista Saúde e Pesquisa. 2012; 5(3): 587-592.
- 4- Lima BC, Souza RRP, Botelho MPJ, Marchi LM. Promoção de saúde bucal em pacientes oncológicos infantis. In: Anais do VI Mostra interna de trabalhos de iniciação científica; 23-26 out 2012; Maringá, BR. Maringá: CESUMAR; 2012.
- 5- Amante CJ. Estudo da relação entre o grau de mucosite da cavidade bucal e os quimioterápicos utilizados para o tratamento de crianças portadoras de leucemia linfoblástica aguda, na faixa etária de 01 a 15 anos [dissertação] [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1995. [acesso em 2001]. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/112272/102122.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 6- Lobão DS, Oliveira BM, Massara MLA, Viana MB, Nunes L. Condições da cavidade bucal e acompanhamento odontológico de crianças com leucemia linfocítica aguda. Rev Med Minas Gerais. 2008; 18(4 Supl 1): 25-32.
- 7- Stolz AB, Júnior ASM, Foletto E, Praetzel J, Flores JA. Atendimentos odontológicos no setor de hemato-oncologia do HUSM: estudo observacional retrospectivo. Saúde (Santa Maria). 2011; 37(1): 09-16.
- 8- Albuquerque RA, Morais VLL, Sobral APV. Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos. Revista de Odontologia da UNESP. 2007; 36(3): 275-280.

- 9- Sasada INV, Munerato MC, Gregianin LJ. Mucosite oral em crianças com câncer. RFO, Passo Fundo. 2012; 18 (3): 345-350.
- 10- Hespanhol FL, Tinoco EMB, Teixeira MEV, Assis NMSP. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(Supl. 1): 1085-1094.
- 11- Rolim AEH, Costa LJ, Ramalho LMP. Repercussões da radioterapia na região orofacial e seu tratamento. Radiol Bras São Paulo. 2011; 44 (6).
- 12- Amil. A alimentação saudável do paciente com câncer. [acesso em 04 fev 2015]. Disponível em: <http://www.minhavidade.com.br/alimentacao/materias/17557-a-alimentacao-saudavel-do-paciente-com-cancer>.