

MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES IRRADIADOS NA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO

Fischer, Kethrin¹, Claro, Ana Cristina Elias²

¹Universidade do Vale do Paraíba, Curso de Odontologia, kettfischer@zipmaill.com.br

² Universidade do Vale do Paraíba, Curso de Odontologia, claroana@ig.com.br

Resumo: Embora a radioterapia seja uma terapia altamente efetiva para tratar o câncer localizado na região de cabeça, quase sempre, produz diversas alterações na cavidade bucal e tecidos anexos. As complicações mais freqüentes do tratamento radioterápico são: dermatite, mucosite, hipoglosia, xerostomia, osteorradionecrose, trismo, anormalidades de desenvolvimento dentário e complicações infecciosas. Todas essas alterações podem agravar o quadro de saúde do paciente e conseqüentemente a qualidade de vida do mesmo, tornando, desta forma, necessária a presença de um cirurgião-dentista na equipe que atende estes pacientes para auxiliar no diagnóstico, tratamento preventivo e minimizar os danos, estabelecendo melhor qualidade de vida. Este trabalho revisou a literatura referente as complicações bucais da terapia do câncer, objetivando melhor entendimento das alterações que podem ocorrer na cavidade bucal.

Palavras-chave: Pacientes irradiados, cabeça e pescoço, complicações bucais.

Área do Conhecimento: Odontologia

Introdução

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão ligado ao Ministério da Saúde, os tumores malignos somaram cerca de 260.000 novos casos, em 1999. Somente este ano, 8.000 novos casos de câncer bucal foram registrados, estabelecendo-se entre as dez primeiras localizações primárias da lesão na população brasileira (LOPES *et al.*, 2003).

Entre as condutas terapêuticas para o tratamento de neoplasias localizadas na região de cabeça e pescoço, destaca-se a radioterapia. Embora esta modalidade terapêutica seja altamente efetiva, pode provocar, devido a toxicidade aos tecidos sadios adjacentes a neoplasia, o

aparecimento de efeitos colaterais (NETO *et al.*, 2004).

As complicações bucais decorrentes da radioterapia na região de cabeça e pescoço, sejam agudas ou crônicas, tem impacto determinante na qualidade de vida do paciente (SILVA *et al.*, 2003).

A realização de tratamento odontológico preventivo e curativo reduz a ocorrência das complicações bucais durante e após a radioterapia. Também é de suma importância que o paciente seja esclarecido sobre a importância e a necessidade de participar de um programa preventivo baseado em consultas de controle e rigorosa manutenção da higiene dos tecidos bucais (SOARES *et al.*, 2005).

O cirurgião-dentista é o profissional mais capacitado para avaliar e aplicar medidas preventivas nos pacientes irradiado na região de cabeça e pescoço (PETROSO *et al.*, 2004).

Objetivo:

Este trabalho teve como objetivo revisar a literatura referente às complicações bucais decorrentes da radioterapia na região de cabeça e pescoço, descrevendo os principais efeitos colaterais do tratamento, assim como enfatizar a importância do cirurgião-dentista na equipe de atendimento aos portadores de neoplasias malignas na cavidade bucal.

Revisão Literária

Embora o tratamento das neoplasias malignas com radiação seja uma modalidade terapêutica viável, pode provocar vasta gama de complicações bucais, dentre as quais destacam-se:

1. Dermatite:

A dermatite é uma ocorrência comum na região exposta a radioterapia e sua gravidade varia de acordo com a dose de radiação empregada. Radiação moderada pode causar eritema e edema, combinados com erosões e ulcerações. Quando a dermatite se torna crônica, caracteriza-se por áreas brilhantes, atróficas, necróticas, depiladas ou ulceradas (LOPES *et al.*, 2003).

2. Mucosite:

A mucosite pode ocorrer em decorrência da intoxicação por agentes citotóxicos antimetabólicos, como 5-FU (5-fluorouracil) e metrotexate. Antibióticos, drogas antitumorais, outros agentes

citotóxicos e radiação na região de cabeça e pescoço, também podem causar mucosite (FRANCESCHINI *et al.*, 2003).

Sua manifestação primária é uma mudança na coloração da mucosa bucal, que torna-se esbranquiçada devido a descamação insuficiente de ceratina. A seguir, ocorre a perda desta camada com substituição por mucosa atrófica, edematosa, eritematosa e friável. Posteriormente, áreas ulceradas desenvolvem-se como uma membrana superficial fibrinopurulenta, amarelada e destacável. Dor e desconforto, quase sempre, estão presentes durante a alimentação e os procedimentos de higiene bucal (DAM *et al.*, 1998).

A prática comum para prevenir e tratar mucosite inclui higiene bucal intensiva, realizada pela escovação dos dentes e das mucosas com uma escova macia e pasta dental sem abrasivos. Os pacientes devem ser orientados para evitar o uso de substâncias irritantes ou abrasivas, como pastas dentais comerciais e enxaguantes bucais, tabaco, álcool, bebidas ou alimentos extremamente quentes ou frios (FRANCESCHINI *et al.*, 2003).

Os pacientes com mucosite podem apresentar digeusia (alteração do paladar), disfagia (dificuldade de deglutir) e infecções oportunistas causadas por *Candida albicans* (ALMEIDA *et al.*, 2004).

O tratamento da mucosite radioinduzida é essencialmente paliativo, objetivando o alívio da dor e a prevenção da infecção pela *C. albicans* (NETO *et al.*, 2004).

3. Perda do paladar ou hipogeusia:

Os botões gustativos são muito sensíveis a radiação e, por este motivo, os pacientes podem desenvolver perda parcial ou total do paladar durante a radioterapia (LOPES *et al.*, 2003).

A hipogeusia desenvolve-se algumas semanas após o início do tratamento radioterápico e, quase sempre, regride quando o mesmo se encerra (NEVILLE *et al.*, 1999).

4. Xerostomia:

As glândulas salivares maiores e menores frequentemente são expostas ao feixe da radiação, o que determina fibrose irreversível. Os tecidos glandulares que permanecem sadios sofrem hiperplasia na tentativa de suprir a perda da função da área com fibrose (GUCHELAAR *et al.*, 1999).

A redução da saliva é progressiva e inicia-se nas primeiras semanas da terapêutica. Uma das mais importantes queixas dos pacientes, a xerostomia além de causar desconforto, contribui para a diminuição na lubrificação do alimento com conseqüente dificuldade da fala, disfagia, redução da ação bacteriana e auto-limpante da saliva (HERRERA *et al.*, 1996).

A xerostomia pode causar efeitos colaterais tardios como a cárie de radiação, que não é um efeito direto da radiação e sim secundário a xerostomia (NEVILLE *et al.*, 2001).

A cárie de radiação nada mais é que o resultado da diminuição do fluxo salivar, com manutenção da oferta de carboidratos cariogênicos e deficiência de higiene bucal somado ao quadro de alterações na viscosidade e pH salivar. Seu aspecto clínico é de escurecimento na região cervical que, progressivamente toma toda a coroa do dente, com rápida amputação da coroa dentária. Para prevenir a cárie de radiação ou cárie radioinduzida, é indicada aplicação tópica de flúor gel neutro, diariamente, com moldeiras individuais (ALMEID, *et al.*, 2004).

5. Osteorradionecrose:

A ORN constitui a complicação mais grave do tratamento radioterápico do câncer da região de cabeça e pescoço.

As células ósseas e a vascularização tornam-se irreversivelmente lesadas, com conseqüente desvitalização do tecido ósseo, fato que torna susceptível ao desenvolvimento da ORN. O diagnóstico é baseado no quadro clínico do osso cronicamente exposto, que exhibe infecção crônica, dolorosa e necrose, seguindo de seqüestro tardio, e por sua vez deformidade permanente. No exame radiográfico apresenta áreas mal definidas de radiolucidez, em função da diminuição da densidade óssea, perda do trabeculado e destruição cortical, também nas regiões de necrose óssea pode vir a apresentar maior radiopacidade (VIEIRA *et al.*, 2005).

Variáveis relacionadas ao tratamento (doses totais e fracionamento, tipo de radiação e volume corporal irradiado); ao paciente (grau de periodontite presente, cirurgia óssea prévia à radioterapia, higiene oral precária, uso abusivo de álcool e tabaco, exodontia após a radioterapia) e relacionados ao tumor (tamanho estágio e sítio anatômico) estão associados com o risco de desenvolvimento da ORN (NEVILLE *et al.*, 2001).

A ORN desenvolve-se com maior prevalência na mandíbula que na maxila; o elevado risco do aparecimento desta complicação não diminui com o tempo, mesmo após o término da radioterapia, pode vir a ocorrer sem uma causa óbvia (LOPES ET AL 2003).

6. Trismo:

O trismo dos músculos mastigatório é uma complicação relativamente comum após a radiação de cabeça e pescoço, decorrente de hipovascularização e fibrose tecidual (LOPES *et al.*, 2003).

Recentemente radioterapeutas buscam formas de proteger parte do tecido muscular da irradiação e conseqüentemente prevenir ou minimizar o trismo, entretanto, novamente, a prevenção è de grande arma do clínico, com orientação adequada e fisioterapia diária è possível minimizar o trismo causado pela radiação (ALMEIDA *et al.*, 2004).

7.0 Anormalidades de desenvolvimento:

Os dentes em desenvolvimento devido a sua sensibilidade podem vir a apresentar várias mudanças, como nanismo radicular deformidade na raiz, dilaceração radicular, calcificação incompleta, fechamento prematuro dos canais radiculares dos dentes decíduos, canais dilatados nos dentes permanentes, microdontia e hipodontia (FERREIRA *et al.*, 2003).

Discussão:

Os autores propõem que antes de administrar altas doses de radiação, todos os pacientes devem idealmente passar por uma avaliação dental, incluindo radiografias para avaliar a parte óssea, estrutura quanto a inserção dental e saúde periodontal. Tendo em mãos uma documentação criteriosa com dados que possibilitam iniciar um tratamento radioterápico seguro com doses suportáveis aos tecidos bucais, prevenindo qualquer dano que possa vir a ocorrer em um individuo imunossuprimido.

Vale salientar que intervenções cirúrgicas e procedimentos endodônticos devem ser completo no mínimo de 7 a 14 dias antes do início do regime de condicionamento de alta dose de radiação. Todos esses cuidados cabem ao cirurgião-dentista prevenir, orientar e saber a hora de intervir diante de uma manifestação clínica. È importante estar condicionado e

apto a devolver ao paciente uma melhor qualidade de vida, já que este passa por um tratamento agressivo e que trás diversos efeitos deletérios.

Conclusão:

A radioterapia é empregada no tratamento do câncer sendo eficaz, no entanto ela provoca efeitos colaterais quando atingi células saudáveis, contudo suas complicações e manifestações orais devem ser diagnosticadas e tratadas assim como sua prevenção.

È de fundamental importância a presença e o acompanhamento do cirurgião dentista junto aos pacientes oncológicos, diminuindo os danos causados pela radioterapia e devolvendo uma melhor qualidade de vida a esses.

Conclui-se que uma equipe interdisciplinar é fundamental para melhor tratar e estabelecer conforto ao paciente imunossuprimido.

Referências

LOPES, F.F.; CUTRIM, M.C.F.N.. Complicações bucais da terapia do câncer-parte1: efeitos da radioterapia. **RBO**. v.60, n.6, p. 371-373, 2003.

NEVILLE, B.W.. Injúrias físicas e químicas. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. p.205-229, 1998.

NÚÑEZ, M.A.G.; PINTO, L.P.. Candidíase e sua relação com a mucosite oral em pacientes oncológicos pediátricos. **Revista Brasileira de Patologia Oral**. 2003.

NEVILLE, B.W.. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Guanabara Koogan. 1ª ed. Rio de Janeiro, 1998.

BARRETT, A.P.. A long term prospective clinical study of oral complications during conventional chemotherapy for acute leukemia. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**. v.77, p.13-19, 1987.

VIER, F.V.; CHERUBINI, KAREN; FIGUEIREDO, M.A.Z.; YURGEL, L.S.. Manejo da osteorradionecrose em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço. **Revista Odontologia**. v. 20, n.47, 2005.

AMORIM, R.F.B.; GODOY, G.P.; QUEIROZ, S.B.F.; FREITAS, R.A.. Manifestações bucofaciais iniciais em pacientes com síndrome do carcinoma nevoides basocelular. **Revista Brasileira de Patologia Oral**. p.40-43, 2003.

ALMEIDA, F.C.S.; CAZAL, C.; DURAZZO, M.D.; FERRAZ, A.R.; SILVA, D.P.. Radioterapia em cabeça e pescoço: efeitos colaterais agudos e crônicos bucais. **Revista Brasileira de Odontologia**. p.62-69, 2004.

LUCIA, M.B.I.; NETO, F.C.L.; JUNIOR, J.A.P.; BRANCHINI, P.S.; NONATO, E.R.. Protocolo de abordagem terapêutica para a mucosite radioinduzida. **Revista Brasileira de Patologia Oral**. p.208-210, 2004.

FONSECA, M.A.. Pediatric bone marrow transplantation oral complications and recommendations for care. **Pediatric Dentistry**. v. 20, n. 7, p. 386-394, 1998.

GUCHELAAR, H.J.; VERMES, A.; MEERWALDT, J.H.. Radiation-induced xerostomia: pathophysiology, clinical course and supportive treatment. **Support Care Cancer**. v.5, n.4, p.281-288, 1997.