

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

LARA LAUANA SANTOS FAUSTINO / MARÍLIA RIBEIRO ALVES

**COMPLICAÇÕES BUCAIS DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO E SEUS EFEITOS
SOBRE A QUALIDADE DE VIDA**

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2024

LARA LAUANA SANTOS FAUSTINO / MARILIA RIBEIRO ALVES

**COMPLICAÇÕES BUCAIS DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO E SEUS EFEITOS
SOBRE A QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador(a): Profa. Dra. Simone Scandiuzzi Francisco

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2024

LARA LAUANA SANTOS FAUSTINO / MARÍLIA RIBEIRO ALVEZ

**COMPLICAÇÕES BUCAIS DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO E SEUS EFEITOS
SOBRE A QUALIDADE DE VIDA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão
Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau
de Bacharel.

Aprovado em 01/07/2024.

BANCA EXAMINADORA

**PROFESSOR(A) DOUTOR (A) SIMONE FRANCISCO SCANDIUZZI
ORIENTADOR (A)**

**PROFESSOR (A) ESPECIALISTA RAVENA PINHEIRO TELES
MEMBRO EFETIVO**

**PROFESSOR (A) MESTRE VIVIANNE COELHO NORONHA DIÓGENES
MEMBRO EFETIVO**

COMPLICAÇÕES BUCAIS DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO E SEUS EFEITOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

Lara Lauana Santos Faustino¹
Marília Ribeiro Alves²
Dra. Simone Scandiuzzi Francisco³

RESUMO

O câncer é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, configurando como uma das principais barreiras para o aumento da expectativa de vida. A quimioterapia, radioterapia e o transplante de células tronco, são os principais tratamentos oncológico e consequentemente induzem a manifestações orais muito severas, como, mucosite, disfagia e xerostomia, desta forma, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes. O objetivo deste trabalho foi relatar as manifestações orais de pacientes com câncer, suas possíveis causas e definir o papel do cirurgião dentista dentro da equipe multidisciplinar. Esse estudo realizou uma revisão integrativa sobre os efeitos deletérios do tratamento oncológico na saúde bucal e seu reflexo sobre a qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer, utilizando como a estratégia de busca utilizada as principais bases de dados eletrônica Public Medline (PubMed), BVS, SCIELO e LILACS, Cochrane, com artigos publicados no período entre 2005 a 2023. Diante desta revisão de literatura, a manifestação mais prevalente foi a mucosite, que dependendo da sua gravidade, pode levar a interrupção do tratamento anti-neoplásico prejudicando a sobrevivência do paciente. Outras manifestações importantes observadas foram a xerostomia, disfagia, disgeusia e infecções oportunistas bacterianas, fúngicas e virais. Essas complicações bucais afetam diretamente na qualidade de vida das pessoas, causando além de estresse, sobrecarga emocional e baixa autoestima, a piora na deglutição de alimentos e no sabor da comida, ocasionando uma possível desnutrição, fazendo com que afete mais ainda o seu quadro. Concluiu-se que o cirurgião dentista deve estar presente na equipe multidisciplinar, atuando na prevenção e promoção de saúde bucal, antes, durante e após o tratamento oncológico, afim de mitigar os efeitos deletérios, proporcionando uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

Palavras-chave: Mucosite. Qualidade de vida. Quimioterapia. Xerostomia.

ABSTRACT

Cancer is one of the main public health problems in the world, representing one of the main barriers to increasing life expectancy. Chemotherapy, radiotherapy and stem cell transplantation are the main oncological treatments and consequently induce very severe oral manifestations, such as mucositis, dysphagia and xerostomia, thus compromising patients' quality of life. The objective of this work was to report the oral manifestations of cancer patients, their possible causes and define the role of the dental surgeon within the multidisciplinary team. This study carried out a narrative review on the harmful effects of

¹Lara Lauana Santos Faustino - laralauanalf@gmail.com

² Marília Ribeiro Alves - mar_ilia_alves@hotmail.com

³Simone Scandiuzzi Francisco - simonescan@gmail.com

cancer treatment on oral health and its impact on the quality of life of cancer patients, using the main electronic databases Public Medline (PubMed), VHL as the search strategy. , SCIELO and LILACS, Cochrane, with articles published in the period between 2005 and 2023. In view of this literature review, the most prevalent manifestation was mucositis, which, depending on its severity, can lead to the interruption of anti-neoplastic treatment, harming the patient's survival. patient. Other important manifestations observed were xerostomia, dysphagia, digeusia and opportunistic bacterial, fungal and viral infections. These oral complications directly affect people's quality of life, causing, in addition to stress, emotional overload and low self-esteem, worsening in swallowing food and the taste of food, causing possible malnutrition, causing it to further affect their condition. It was concluded that the dental surgeon must be present in the multidisciplinary team, working on the prevention and promotion of oral health, before, during and after cancer treatment, in order to mitigate the harmful effects, providing a better quality of life for patients.

Keywords: Chemotherapy. Mucositis. Xerostomy. Quality of life.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença complexa e desafiadora que se caracteriza pela proliferação descontrolada de células anormais que invadem tecidos e órgãos e que causam alterações no organismo. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, figurando como uma das principais causas de morte e, como consequência, uma das principais barreiras para o aumento da expectativa de vida em todo o mundo. Na maioria dos países, corresponde à primeira ou à segunda causa de morte prematura, antes dos 70 anos. No Brasil, o INCA estima 704 mil casos de câncer por ano até 2025 (Brasil, 2023).

Os principais tratamentos do câncer geralmente são: quimioterapia (QT), radioterapia (RT), cirurgia e transplante de células-tronco hematopoética (TCTH), imunoterapia isolada ou combinada. As principais funções desses tratamentos antineoplásicos é a destruição de células malignas, preferencialmente quando estão na fase de mitose, porém outras células no organismo (mucosa bucal e gastrointestinal, medula e pele) também possuem grau de atividade mitótica semelhantes as células neoplásicas, e estão propensas a desenvolver efeitos deletérios dos agentes antineoplásicos (Wong *et al.*, 2014; Brasil, 2023). A quimioterapia e a radioterapia em muitos pacientes causam diversos efeitos colaterais na cavidade oral, sendo esta um sítio comum para o desenvolvimento de diversas complicações como a mucosite oral, estomatite, xerostomia, dor, hemorragia, infecções fúngicas, virais ou bacterianas e osteorradionecrose (Wong *et al.*, 2014; Brasil, 2023). Além disso, o grau de severidade dessas condições está relacionado com os seguintes fatores: ciclos da quimioterapia, radioterapia de cabeça e pescoço, tipo e localização do tumor e, ainda, condições de saúde bucal.

Uma das principais manifestações orais é a mucosite oral (MO). A mucosite é uma alteração oral que ocorre em consequência das terapias antineoplásicas radioterápica e quimioterápica, caracterizada por inflamação, úlceras, sangramento e presença de membrana fibrino-purulenta. Segundo Shankar *et al.* (2017), a mucosite foi observada em 100% dos pacientes que recebem tratamento radioterápico nas áreas da mucosa oral e orofaringe, e em 40% dos pacientes que recebem a quimioterapia (Shankar *et al.*, 2017). Outra complicação bastante frequente do tratamento antineoplásico é a xerostomia, que é caracterizada como uma alteração na composição e fluxo salivar, que causa impacto negativo podendo levar o paciente a um processo de disfagia (Blitzer *et al.*, 2022).

Essas complicações bucais afetam diretamente na qualidade de vida das pessoas, causando além de estresse, sobrecarga emocional e baixa autoestima, a piora na deglutição de alimentos e no sabor da comida, ocasionando uma possível desnutrição, fazendo com que afete mais ainda o seu quadro (Rocha *et al.*, 2016).

A interação entre o dentista e o médico oncologista visa manter a saúde geral e bucal do paciente, estabelecendo níveis de higiene bucal satisfatórios, minimizando o risco de complicações sistêmicas. Além disso, é de extrema relevância que os pais ou responsáveis por esses pacientes estejam esclarecidos e comprometidos em relação de medidas preventivas dos efeitos colaterais provocados pelo tratamento oncológico (Hespanhol *et al.*, 2010; Goursand, *et al.*, 2006). Diante disso o objetivo desta revisão de literatura foi relatar as manifestações orais de pacientes em tratamento com câncer, suas possíveis causas e definir o papel do cirurgião dentista dentro da equipe multidisciplinar.

2 METODOLOGIA

2.1. DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Esse estudo realizou uma revisão integrativa sobre os efeitos deletérios do tratamento oncológico na saúde bucal e seu reflexo sobre a qualidade de vida dos pacientes portadores de câncer.

2.1.1. PERGUNTA NORTEADORA DA REVISÃO INTEGRATIVA

Para abordar o objetivo deste estudo foi desenvolvida uma revisão de literatura através da seguinte pergunta: Quais são os efeitos deletérios sobre a saúde bucal e qualidade dos pacientes em tratamento do câncer?

2.2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

2.2.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA A REVISÃO DE LITERATURA

Os seguintes critérios de elegibilidade foram escolhidos: (1) artigos originais; (2) estudos clínicos randomizados; (3) artigos publicados em inglês e português

2.2.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA A REVISÃO DE LITERATURA

Os seguintes critérios de exclusão foram escolhidos: (1) dados não publicados, cartas ao editor e revisões históricas, (2) artigos publicados em outra língua que não seja o inglês e português, (3) casos clínicos, (4) estudos in vitro, (5) estudos com parâmetros insuficientes.

2.3. ESTRATÉGIA DE BUSCA

Como estratégia inicial foi realizada uma busca bibliográfica utilizando as principais bases de dados eletrônica Public Medline (PubMed), BVS, SCIELO e LILACS, Cochrane, com artigos publicados no período entre 2005 a 2023, incluindo as seguintes palavras-chaves: Photobiomodulation, Low level, LED; Cancer; Stomatitis; Chemotherapy; Radiotherapy e Oral mucositis, Quality OF life, Oral Health Xerostomy essas palavras foram combinadas utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR”.

3 RESULTADOS

TABELA 1 Prevalência das principais manifestações orais em pacientes em tratamento Oncológicos.

| Autores/ Ano | População/ n | Mucosite Oral | Disgeusia Disfagia | Xerostomia | Infecções bacterianas/ fúngicas ou virais | Sangramento gingival/ Cárie |
|---|-------------------------|--------------------------|--|-------------------|---|--|
| Blitzer <i>et al.</i> (2022) | 6 | – | – | 100% | – | – |
| Lopes, Nogueira e Lopes (2012) | 24 | (62,5%) | disfagia(50, 0%); disgeusia (45,8%) | (54,1%) | Candidíase (41,6%); herpes labial (25,0%) | Sangramento gingival (25,0%); odontalgia (12,5%) |
| Wang <i>et al.</i> (2021) | 39 | (15,4%) | – | – | Candidiase (2,6%) | Cárie (69,2%) |
| Aggarwal Pai (2018) | 43 | (16,27%) | – | (44,18%) | Úlceras (13,95%) | – |
| Torres <i>et al.</i> (2010) | 49 | (38,77%) | – | – | Herpes (12,24%); gengivoesto matite herpética primária | Cárie (81,63%) |

| | | | | | | |
|--|-----|----------------|--|---------|--|---|
| | | | | | (2,04%) | |
| Ribeiro, Lima Neto, Valença, (2019) | 105 | (6,2% a 31,4%) | – | – | – | – |
| Cheng <i>et al.</i> (2012) | 140 | (100%) | – | – | – | – |
| Hespanhol <i>et al.</i> (2010) | 97 | (43,2%) | – | (33,3%) | – | – |
| Kreuger <i>et al.</i> (2009) | 86 | (1%) | – | (46%) | Herpes Simples (2%) Candidíase (1%) | – |
| Marinho <i>et al.</i> (2023) | 127 | (87,5%) | – | (82,9%) | | – |
| Orcina, Jaccottet, Savian (2021) | 61 | (13,1%) | (9,8%) | (26,2%) | Candidíase (18%) | – |
| Mercadante <i>et al.</i> (2015) | 669 | (22,3%) | (15,4%) | (40,4%) | – | – |
| Nicolatou-Galitis, <i>et al.</i> (2011) | 230 | (57,0%) | – | (29,0%) | – | – |
| Wilberg <i>et al.</i> (2014) | 155 | – | Disgeusia (62,0%); disfagia (27,0%) | (59,0%) | Candidíase (10,0%) | – |

4 DISCUSSÃO

A cavidade oral se apresenta como um local frequente para o desenvolvimento de inúmeras complicações provocadas pela exposição a radiação de cabeça e pescoço ou por alguns quimioterápicos. A mucosite oral é reconhecida como a resposta da mucosa oral e orofaríngea frente ao tratamento oncológico, caracterizada por inflamação e ulcerações. Durante a RT de cabeça e pescoço pode ocorrer o desenvolvimento de um processo inflamatório da mucosa, cuja a prevalência é de 50 a 90% nos pacientes irradiados, no estudo de Cheng *et al.* (2012) foi observado um percentual de mucosite de 100%. Já no estudo de Lopes, Nogueira, Lopes (2012) mostrou que a manifestação oral mais frequente nesse estudo é a mucosite oral (62,5%). A gravidade da mucosite oral é diretamente proporcional a amplitude do campo de radiação, do volume do tecido tumoral e das zonas de drenagem a serem irradiadas, da quantidade total da dose de radiação entregue, do esquema de fracionamento de dose utilizada no tratamento, do tipo de técnica utilizada e da concomitância

da RT com outras modalidades de tratamento, como a QT (Brandão *et al.*, 2021).

A mucosite oral induzida pela QT isolada é a resposta tecidual inflamatória da mucosa, que é diretamente dependente do tipo de protocolo e dose quimioterápica utilizada. A toxicidade direta de alguns quimioterápicos, pode provocar o aparecimento das lesões quando excretados na saliva dos pacientes, além disso, a toxicidade indireta induzida pela disponibilidade dos agentes quimioterápicos no plasma sanguíneo atingem os queratinócitos da mucosa oral por permeabilidade capilar, induzindo as lesões (Brandão *et al.*, 2021). A mucosite oral pode ser, ainda, consequência indireta do estado de imunossupressão e neutropenia causado no paciente pela toxicidade do tratamento oncológico, sobretudo, por meio dos protocolos de QT altamente citotóxicos (Brandão *et al.*, 2021; Al-Ansari *et al.*, 2015).

A classificação da mucosite oral de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é subdividido e apresentado em scores, onde o Score 1 Apresenta-se como uma irritação ou eritema, o que caracteriza esta fase aguda, esta fase é caracterizada por eritema e edema generalizado da mucosa, mas sem dor; score 2- Eritema e presença de lesões ulcerativas permitindo uma dieta sólida. Nesse estágio, ocorrem lesões ulcerativas profundas devido à liberação de agentes citotóxicos por 4-5 dias após o início do tratamento. Essas lesões ulcerativas não são extensas e causam dor leve; a deglutição de sólidos ainda é possível; score 3- Lesões ulcerativas limitando o paciente a uma dieta líquida. Após a perda das barreiras de defesa, esse estágio (que aparece de 12 a 14 dias após o início do tratamento) tem um efeito negativo perceptível nas condições gerais do paciente e apresenta risco de infecção. As úlceras são extensas, as gengivas são marcadamente edematosas e a saliva é muito espessa; há dor moderada e apenas líquidos podem ser engolidos; score 4- Ulceração profunda onde muitas vezes a alimentação oral já não é possível. As úlceras são mais extensas, as gengivas com sangramento e a infecção são observadas, a saliva está ausente, a dor é muito intensa e o desconforto impede o paciente de ingerir sólidos e líquidos.

A MO pode aparecer durante as duas semanas subsequentes ao início do tratamento oncológico ocorre a perda da integridade e estrutura do epitélio com o desenvolvimento de lesões ulcerativas, sangramento e membrana fibrino-purulenta.. Acomete, em especial, áreas não ceratinizadas como as superfícies da cavidade oral e labial, o segmento ventral da língua, as regiões sublinguais e o palato mole (Wong *et al.*, 2014). Essas lesões causam dor, disfagia, alteração da higiene oral e da nutrição, interferindo também nas funções orais básicas o que leva a predispor infecções fúngicas, virais e bacterianas, podendo ocasionar infecções

oportunistas, e representam um desafio clínico na oncologia. Em casos graves, a MO se manifesta como úlceras profundas, frequentemente acompanhadas de dor que afeta a qualidade de vida do paciente (Spezzia, 2016).

Lopes, Nogueira e Lopes (2012) realizaram um trabalho e identificaram as manifestações orais em pacientes em tratamento quimioterápico, a mucosite teve maior prevalência com (62,5%). Marinho *et al.* (2023) observaram também uma alta frequência de mucosite oral com (87,5%), Hespanhol *et al.* (2010) relatou os resultados da sua pesquisa onde (43,2%) apresentava a mucosite oral, enquanto no estudo de Cheng *et al.* (2012) de 140 pacientes entrevistados (100%) apresentava a mucosite. No estudo de Aggarwal e Pai (2018), a prevalência de mucosite foi bem menor, 16,27%. Esses autores avaliaram crianças leucêmicas em tratamento e correlacionaram essas manifestações com vários estágios da quimioterapia. As lesões orais mais comuns evidenciadas foram cárie dentária, linfadenopatia, palidez, úlceras, hemorragias, candidíase, infecção pelo vírus herpes simples (HSV), xerostomia, parestesia e mobilidade dentária.

Ribeiro, Lima Neto, Valença (2019) avaliaram em seu estudo a ocorrência de mucosite oral grave durante tratamento quimioterápico e identificaram a sua relação com a classe quimioterápica utilizada. A mucosite oral grave variou de 16,2% a 31,4% em relação ao envolvimento nos diferentes períodos de avaliação, apresentando um envolvimento de 18,1% da amostra já na 1ª semana após o início da quimioterapia, os maiores valores na 2ª (14 dias) e 8ª (56 dias) semanas, afetando estes últimos dois períodos, 31,4% das crianças e adolescentes em quimioterapia. Já Cheng *et al.* (2012) caracterizaram os sintomas orais relatados por pacientes pediátricos e adolescentes em relação à gravidade da mucosite oral e à carga de sintomas durante a quimioterapia. Os sintomas relatados pelos pacientes com mucosite oral estavam relacionados à alimentação (82,4%), deglutição (78,9%), bebida (75,4%), sono (71,9%) e fala (43,9%). 39% (22 de 57) dos pacientes com mucosite relataram pelo menos dois sintomas simultâneos resultantes de mucosite oral.

De acordo com a literatura, a mucosite oral pode ser grave e requer tratamento imediato, ela é uma causa comum de morbidade em pacientes pediátricos e adolescentes submetidos à quimioterapia impactando negativamente a qualidade de vida do paciente e aumentando os níveis de sofrimento psicológico. As formas de prevenção e tratamento da mucosite que devem ser feitos pelo dentista que além de atuar nas recomendações de uma boa higiene oral, pode utilizar a laserterapia; medicação analgésica e/ou anti-inflamatória e bochechos com chá de camomila. Como também pelo paciente, onde seu tratamento é

baseado em evitar a ingestão de alimentos ácidos, cítricos, quentes e picantes; realizar uma adequada higiene oral após cada refeição e antes de dormir; utilizar escova de dente com cerdas macias; fazer uso de manteiga de cacau nos lábios; realizar tratamento odontológico adequando o meio bucal e realizando procedimentos necessários; bochechos com gluconato de clorexidina 0,12%.

Outra lesão importante é a xerostomia, cujo diagnóstico é através da análise dos sinais clínicos, como a falta de acúmulo de saliva na boca, os lábios secos, com a textura modificada, apresentando a salivação espessa, de coloração branca e pegajosa (Filipe Coimbra, 2009). Além disso, a xerostomia é uma condição que tem como característica principal a hipossalivação, que é a presença de sensação de “boca seca”, causada pela diminuição da saliva (Lopes, Nogueira, Lopes, 2012). A saliva tem varias funções importantes para a saúde bucal, dentre elas tem uma grande importância na umidificação e lubrificação dos alimentos, a percepção do paladar e na formação do bolo alimentar. Entre essas funções ela contribui muito para regeneração tecidual e ainda tem função antibacteriana. As glândulas salivares com hipofunção motivada pela a irradiação, ocasiona boca seca (xerostomia), acarreta muitas complicações orais, sistêmicas, desconfortos, problemas alimentares, dificuldade de uma boa higienização e na fala, distúrbios psicológicos e infecções (Brandão *et al.*, 2021).

No estudo de Hespanhol *et al.* (2010) a xerostomia apareceu como a segunda manifestação oral mais frequente, com uma média de (33,3%). Já na pesquisa de Kreuger *et al.* (2009) foi a manifestação mais frequente com (46,0%), assim como, no estudo de Orcina, Jaccottet, Savian, (2021) com (26,2%). Além disso, os estudos evidenciaram que a ausência da saliva pode ocasionar o aumento do número de cáries devido ao acúmulo de bactérias e o desenvolvimento de mucosite.

Blitzer *et al.* (2022) realizaram um estudo para quantificar a xerostomia em pacientes com câncer de cabeça e pescoço e verificaram uma prevalência de (100%) dos pacientes. Marinho *et al.* (2023) avaliaram a associação entre mucosite oral e xerostomia durante a quimioterapia para o tratamento do câncer, eles observaram uma alta frequência de mucosite oral (87,5%) e xerostomia (82,9%) após a exposição aos agentes quimioterápicos, 60% manifestaram-se simultaneamente mucosite oral e xerostomia em pelo menos um segmento.

Wilberg *et al.* (2014) analisaram os efeitos adversos e a xerostomia foi relatada por 59%, alterações de paladar por 62%, desconforto oral por 41% e 27% tiveram problemas para comer. Esses resultados indicam a necessidade de maior atenção dos profissionais de saúde

para identificar e tratar os problemas bucais causados pela quimioterapia, bem como melhorar a comunicação com os pacientes sobre esses efeitos. A forma de prevenção da xerostomia, ocorre realizando uma adequada higiene oral após cada refeição e antes de dormir e aumentando a ingestão de líquidos (água, sucos, chás e vitaminas). Durante o tratamento, pode ser realizado acupuntura, estimulantes salivares / saliva artificial e o uso de géis umectantes contendo sais minerais e fluoreto de sódio.

Wang *et al.* (2021) verificaram que a incidência de cárie dentária e a gengivite foi muito elevada, representando 69,2% e 38,5%, respectivamente, outro achado foi sangramento gengival (25%). No estudo de Torres *et al* (2010) foi encontrado a carie em 40 pacientes com um percentual de (81,63%) e apresentou a gengivite como a manifestação mais comum, envolvendo 45 pacientes (91,84%). Aggarwal Pai (2018) mostrou que a lesão oral mais comum observada foi a cárie dentária, observou também aumento do sangramento gengival. Em contraposição, no estudo de Orcina, Jaccottet, Savian, (2021) nenhum paciente desenvolveu cárie de radiação, mas apresentaram disfagia e disgeusia, que apresentam o mesmo percentual (9,8%).

A disgeusia é uma alteração na percepção do paladar, já a disfagia é a dificuldade na deglutição. Esses efeitos colaterais estão menos frequente nos pacientes acometidos com câncer que estão em tratamento quimioterápico e radioterápico, a disfagia (50%), disgeusia (45,8%) foram encontradas no estudo de Lopes, Nogueira, Lopes (2012). Mercadante *et al* (2010) observaram a disfagia em 15,4% em um estudo com 103 pacientes. A disgeusia foi qualificada como uma alteração da percepção gustativa, observada em 25% a 50% dos pacientes oncológicos no estudo de Orcina, Jaccottet, Savian (2021).

Outras manifestações foram infecções bacterianas, virais, fúngicas. A candidíase é uma infecção fúngica muito encontrada em pacientes oncológicos, Lopes, Nogueira e Lopes (2012) relataram que a candidíase foi uma alteração colateral menos frequente (41,6%) e outras alterações encontradas nesse estudo foram herpes labial (25,0%) e odontalgia (12,5%). Já no estudo de Aggarwal Pai (2018) algumas das lesões orais comum observadas foram a cárie dentária, candidíase, vírus herpes simplex (HSV) infecção. A infecção pelo vírus herpes simplex foi observada apenas durante as fases de indução e consolidação. Úlceras foram observadas durante todas as fases da terapia. Torres *et al* (2010) apresentou e mucosite em 19 pacientes (38,77%); periodontite, 16,32%; queilite, 18,36%; herpes recorrente, 12,24%; e gengivoestomatite herpética primária, 2,04%. Outros achados foram lábios secos, 93,8%; palidez mucosa, 71,42%; e equimoses mucosas e petéquias, 36,73% e 34,70%. A prevalência

de candidíase oral foi de 6,12%.

Como forma de prevenção para as infecções virais, bacterianas e fúngicas, aconselha-se, realizar adequada higiene oral após cada refeição e antes de dormir. Para as infecções bacterianas é adicionado bochechos com fluoreto de sódio não acidulado 0,05% e profilaxias realizadas no consultório odontológico. Para o tratamento, nas infecções virais é recomendado o uso do aciclovir, local ou sistêmico e laserterapia. Nas infecções bacterianas tratamento odontológico como raspagem e alisamento e restaurações de ionômero de vidro, controle na dieta, evitando alimentos ricos em sacarose e bochechos com gluconato de clorexidina 0,12%. Para as infecções fúngicas, uso de antifúngicos sistemicamente como o fluconazol e cetoconazol e/ou tópicos como a Nistatina, uso do própolis, além de realizar uma adequada higienização em todos os casos de infecções.

Wang *et al.* (2021) notaram que todos os pacientes que receberam quimioterapia demonstraram saúde bucal comprometida, alto risco de cárie e disbiose da microbiota oral. Os autores evidenciaram a necessidade de melhores estratégias para atendimento personalizado e manejo preventivo das alterações bucais melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes submetidos a esses tratamentos. Grando *et al.* (2015) analisaram o impacto dessas alterações na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, os principais resultados observados foram a “piora da sensação de sabor da comida” (35%), “desconforto em comer alimentos” (20%)

Além dos efeitos colaterais apresentados como manifestações bucais, tem os efeitos psicossociais. Grando *et al.* (2015) analisaram que o “sentir-se estressado”, está presente em 17,5% dos pacientes e o diagnóstico de câncer geralmente representa uma sobrecarga emocional para os pacientes e seus familiares. Após a fase inicial de estresse causada pelo diagnóstico da doença, os tratamentos antineoplásicos prejudicam o estado de saúde dos pacientes pois geram alterações bucais significativas as quais podem comprometer a mastigação, a deglutição, a fala e o contato social, além de afetar o comportamento e rotinas de vida diária, desta forma causando impactos físicos e emocionais.

O atendimento aos pacientes oncológicos deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar (médico/dentista/ especialista), com a finalidade de identificar, tratar e eliminar focos infecciosos ou inflamações locais na cavidade oral, integrando a saúde geral e oral do paciente. As intervenções orais devem ser realizadas, preferencialmente, antes do início da terapia neoplásica, sempre priorizando os tratamentos das infeções, cirurgias, periodontia, seguidos do tratamento de lesões de cárie, tratamento endodôntico e substituição de restaurações (Hong *et al.*, 2010). Diante disso, o dentista deve acompanhar todo o

tratamento oncológico, proporcionando medidas preventivas que minimizem as manifestações orais, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo verificou-se que a mucosite foi a mais frequente alteração bucal em pacientes oncológicos, que dependendo do seu grau de severidade pode chegar a interromper o tratamento anti-neoplásico, complicando ainda mais o quadro de saúde geral do paciente. Outras manifestações bucais observadas foram a xerostomia, disgeusia e disfagia, ocasionando uma alteração na percepção do paladar e dificuldade na deglutição. Além disso a ausência da saliva e a dificuldade de manter uma boa higienização pode ocasionar o aumento do número de lesões cáries e desenvolvimento de infecções oportunistas, como a candidíase e herpes.

Concluí-se que o cirurgião dentista deve fazer parte da equipe multidisciplinar durante o planejamento do tratamento oncológico, para que as intervenções orais sejam realizadas, preferencialmente, antes do início da terapia neoplásica, como também, durante e depois, a fim de evitar complicações. O diagnóstico bucal e práticas preventivas corretas podem minimizar o impacto das manifestações bucais causadas pelo tratamento oncológico. Nesse sentido, com o intuito de mitigar os efeitos colaterais na cavidade oral, é necessária orientação e motivação constantes dos pacientes oncológicos para seguirem padrões mínimos de higiene bucal no intuito de trazer bem-estar físico e emocional e, conseqüentemente, para uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AGGARWAL, A.; PAI, K. M. Orofacial manifestations of leukemic children on treatment: a descriptive study. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 11, n. 3, p. 193, 2018.

BLITZER, G. C., *et al.* Quantification of very late xerostomia in head and neck cancer patients after irradiation. **Laryngoscope Investigative Otolaryngology**, v. 7, n. 4, p. 1018-1024, 2022.

BRANDÃO, Thais B.; MIGLIORATI, Cesar A.; SILVA, Alan Roger dos S.; et al. Diagnóstico e Tratamento Odontológico para Pacientes Oncológicos. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788595157088. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595157088/>. Acesso em: 08 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil)- INCA. Estimativa de 2023 : incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro : INCA, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 14 set. 2023.

CHENG, K. K. F., *et al.* **Oral mucositis in pediatric and adolescent patients undergoing chemotherapy: the impact of symptoms on quality of life.** *Supportive Care in Cancer*, v. 20, p. 2335-2342, 2012.

COIMBRA, Filipe. Xerostomia. Etiologia e tratamento. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 50, n. 3, p. 159-164, 2009

GOURSAND, D., *et al.* **Sequelas bucais em crianças submetidas à terapia antineoplásica: causas e definição do papel do cirurgião dentista.** *Arquivos em Odontologia*, v. 42, n. 3, 2006.

GRANDO, L. J., *et al.* Impact of leukemia and lymphoma chemotherapy on oral cavity and quality of life. **Special Care in Dentistry**, v. 35, n. 5, p. 236-242, 2015.

HESPAHOL, F. L., *et al.* **Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1085-1094, 2010.

HONG, C. H. L. et al. A systematic review of dental disease in patients undergoing cancer therapy. **Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer**, v. 18, n. 8, p. 1007–1021, ago. 2010.

KREUGER, M. R. O., *et al.* Complicações orais em pacientes em tratamento quimioterápico na UNACON, no município de Itajaí/SC. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 21, n. 1, p. 39-47, 2009.

LOPES, IA ; NOGUEIRA, D N; LOPES, I A. **Manifestações orais decorrentes da quimioterapia em crianças de um centro de tratamento oncológico.** Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, v. 12, n. 1, p. 113-119, 2012.

MARINHO, P. M. L., *et al.* Associação entre mucosite oral e xerostomia durante o tratamento quimioterápico do câncer de mama. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 3, p. e023142-e023142, 2023.

MERCADANTE, S., *et al.* Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients. **Supportive care in cancer**, v. 23, p. 3249-3255, 2015.

NICOLATOU-GALITIS, O., *et al.* Oral mucositis, pain and xerostomia in 135 head and neck cancer patients receiving radiotherapy with or without chemotherapy. **The Open Cancer Journal**, v. 4, n. 1, 2011.

ORCINA, B., JACCOTTET, C. M. G., SAVIAN, M. C. B. Prevalence of Oral Manifestations in Cancer Patients Enrolled in a Home Care Program in the City of Pelotas-RS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 2, p. 081184, 2021.

PONCE-TORRES, E., *et al.* Oral manifestations in pediatric patients receiving chemotherapy for acute lymphoblastic leukemia. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 34, n. 3, p. 275-279, 2010.

ROCHA, R. S., *et al.* Determinantes sociais da saúde e qualidade de vida de cuidadores de crianças com câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, p. e 57954, 2016.

SHANKAR, A., *et al.* Current trends in management of oral mucositis in cancer treatment. **Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP**, v. 18, n. 8, p. 2019-2026, 2017.

SPEZZIA, Sérgio. Mucosite oral. **Journal of oral investigations**, v. 4, n. 1, p. 14-18, 2016.

WANG, Y., *et al.* Oral health, caries risk profiles, and oral microbiome of pediatric patients with leukemia submitted to chemotherapy. **BioMed research international**, v. 2021, 2021.

WILBERG, P., *et al.* Chemotherapy-associated oral sequelae in patients with cancers outside the head and neck region. **Journal of pain and symptom management**, v. 48, n. 6, p. 1060-1069, 2014.

WONG, H. M., *et al.* Oral complications and management strategies for patients undergoing cancer therapy. **The Scientific World Journal**, v. 2014, 2014.