

Projeto VIDA - protocolo de atendimento odontológico após a radioterapia

Área Temática: Saúde

Nadia Fernanda Saraiva Casoni¹, Gustavo Jacobucci Farah², Lilian Cristina Vessoni Iwaki³, Nair Narumi Orita Pavan⁴, Mariana Vieira Hussar Manfiolli⁵, Maria Eduarda Fernandes⁶, Neli Pieralisi⁷.

¹ Aluna do curso de Odontologia, bolsista PIBIS/FA–UEM, contato: ra98899@uem.br

² Prof. Depto de Odontologia– DOD/UEM, contato: gujfarah@gmail.com

³ Prof. Depto de Odontologia– DOD/UEM, contato: lilianiwaki@gmail.com

⁴ Prof. Depto de Odontologia– DOD/UEM, contato: narumiopavan@gmail.com

⁵ Aluna do curso de Odontologia, contato: mamanfiolli@gmail.com

⁶ Aluna do curso de Odontologia, contato: mariaeduardafernaandes@gmail.com

⁷ Prof. Depto de Odontologia– DOD/UEM, contato: npieralisi@uem.br

Resumo. No Brasil, anualmente, é alto o número de novos casos de Câncer de cabeça e Pescoço (CCP), promovendo repercussões sistêmicas e bucais. Pacientes nessas condições, devido às complicações que podem surgir necessitam de assistência odontológica específica para cada momento de terapia, adotando medidas curativas e paliativas. Este trabalho apresenta as condutas adotadas pelo Projeto VIDA, no manejo odontológico de pacientes oncológicos que passaram por radioterapia.

Palavras-chave: Câncer bucal- efeitos adversos- terapia.

Introdução

O câncer é uma doença crônica, degenerativa, de rápida e incontrollável proliferação e geralmente fatal. De acordo com seu estadiamento, o tumor pode ser tratado por remoção cirúrgica ou ser associado a quimioterapia e/ou radioterapia.

Infelizmente, esses tratamentos não são seletivos apenas às células mutadas e causam danos irreversíveis nas células normais adjacentes. Em especial a radioterapia, pode promover sequelas bucais como mucosite, xerostomia, infecções bucais, trismo, cárie de radiação e osteorradionecrose, cujo impacto é significativo na qualidade de vida do paciente. Muitos desses efeitos são agudos e, após o término da terapia, persistirão como efeitos crônicos. Diante disso, pacientes nessas condições exigem atenção no manejo odontológico, adaptado para o momento do tratamento. O objetivo do presente

trabalho é apresentar o protocolo de tratamento adotado para as complicações decorrentes da radioterapia pelo Projeto Vida entre 2018 e 2019.

Metodologia

Nos cuidados odontológicos aplicados aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, que passaram pela radioterapia, áreas multidisciplinares e multiprofissionais se integram. Quinzenalmente, acadêmicos do segundo ao quinto anos de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá discutem e planejam os casos clínicos do Projeto Vida, a partir da elaboração de seminários, referenciados pela literatura. As estratégias empregadas no atendimento clínico são apresentadas e discutidas a seguir.

Complicações

Entre os efeitos adversos mais comuns da radioterapia que atingem a cavidade oral, estão: mucosite, xerostomia, infecções secundárias, trismo, e osteorradionecrose.

Nos casos de mucosite, os tratamentos visam diminuir dor, como os enxaguatórios bucais contendo anestésico, bochecho com gel de lidocaína 2%, solução salina de bicarbonato de sódio, chá de camomila. Recentemente, a laserterapia de baixa intensidade (biomodulação) é uma alternativa.

Frequentemente, o paciente apresenta saliva mais espessa e menor capacidade tamponante, são indicados lubrificantes bucais e/ou saliva artificial bem como a ingestão frequente de líquidos. Sistemicamente, pode ser feito uso de Cloridrato de pilocarpina a 2% (MUNK, MINE, STEEN, 2010).

Para infecções bucais fúngicas, indicar bochecho com clorexidina, antifúngico tópico como nistatina, ou sistêmico como fluconazol, clotrimazol e o cetoconazol.

Para o trismo podem ser feitos exercícios diários e aplicação de calor úmido, crioterapia, massagens e acupuntura contribuem para sua resolução.

Na fase inicial da osteorradionecrose (ORN), o tratamento deve ser conservador. (SANTOS, 2015). Podem ser usadas penicilinas como forma de profilaxia e ser indicadas terapias com ultrassons, aplicação de clorexidina, antibioterapia e pentoxifilina associada com tocoferol. (AZEVEDO, 2012). Quando já se apresenta um quadro de ORN, as abordagens terapêuticas incluem o desbridamento cirúrgico, terapia com ultrassons, aplicação de anti-séptico, antibacterianos, THBO, sequestrectomia e também, uso de fármacos antifibróticos (BAST, GROSS, HEVHT, 2013). Resseção Cirúrgica é empregada em casos graves, onde a terapia conservadora falhou, podendo englobar a sequestrotomia e a hemimandibulectomia.

Primeira Consulta

Tendo finalizado o tratamento oncológico, salvo quando há queixas prévias, o paciente deve ser acompanhado por dentista treinado, em intervalos crescentes, a fim de controlar e acompanhar as condições bucais do paciente. A cada consulta, é indicado analisar as condições buco dentais. Imprescindível, inspecionar as condições dentárias e

da mucosa intra-bucal, para identificar focos de infecções ou mesmo reicidivas do tumor (DEMIAN, 2014). Para prevenir traumatismos, a adaptação de próteses deve ser avaliada e a sialometria realizada (DEMIAN, 2014).

O odontograma e o periograma são preenchidos (DEMIAN, 2014). Com o auxílio de imagens radiográficas, os focos infecciosos devem ser excluídos. O controle da higiene bucal do paciente deve ser estimulada e a alimentação orientada. Pode-se, também, aplicar flúor nas formas de bochecho, verniz ou gel, para diminuir o risco a cárie.

Procedimentos restauradores e endodônticos

As cáries devem ser restauradas, preferencialmente, com materiais que liberem flúor, enquanto, as superfícies incisais ou oclusais, áreas de maior estresse oclusal, a resina composta pode ser usada (MUNK, MINE, STEEN, 2010).

A radioterapia promove alterações pulpares acompanhadas por diminuição da sensibilidade dentária, justificando a profilaxia antibiótica durante todo tratamento endodôntico. (RODRIGUES, FRANZI, DEDIVITIS, 2006).

Procedimentos Protéticos

O tempo de espera para a reabilitação oral, pode variar entre 4 e 12 meses após o fim do tratamento oncológico. Reabilitações com próteses removíveis não são aconselhadas devido ao trauma provocado nos tecidos. Se já instaladas, regularmente, o paciente deve ser controlado para avaliar a adaptação da prótese e possível trauma, realizando reembasamentos se necessário. (BEECH et. al., 2014).

Procedimentos Cirúrgicos

Após três da radioterapia, os procedimentos não invasivos são liberado. Já, os invasivos só podem ser realizados com profilaxia antibacteriana e, após e seis meses, no mínimo. Pelo risco de ORN, as exodontias são evitadas ao máximo, mas a técnica cirúrgica deve ser atraumática e o paciente orientado sobre cuidados pós-operatórios e indicado bochecho com clorexidina. Outros fármacos e/ou terapias adjuvantes, como o oxigênio hiperbárico (HBO), plasma rico em plaquetas (PRP) e esteróides, podem diminuir a probabilidade de complicações (LOPES, 2006).

Tratamento periodontal

A radiação possui ação direta sobre o periodonto, causando fibrose e resultando em infecção, destruição óssea localizada ou mesmo osteorradição necrose. Além disso, a perda de proteção salivar, juntamente com uma mudança ecológica nas bactérias orais, pode predispor à destruição periodontal progressiva (RAY- CHAUDHURI, PORTER, 2013).

Conclusão

Desta forma, o cirurgião-dentista deve conhecer o protocolo de atendimento após a radioterapia, a fim de oferecer assistência individualizada e proporcionar melhor qualidade de vida após o tratamento.

Referências

BEECH N, ROBINSON S, PORCEDDU S, BATSTONE M. Dental management of patients irradiated for head and neck cancer. *Aust Dent J.* 2014;59(1):20-28

DEMIAN NM, Eid A. Oral Surgery in Patients Undergoing Chemoradiation Therapy. *Oral Maxillofac Surg Clin NA [Internet]. Elsevier Inc;* 2014;26(2):193–207.

RAY- CHAUDHURI A, K. SHAH, PORTER R. J. Radiotherapy: Oral management of patients who have received radiotherapy to the head and neck region. *Vital* 10, 30-36. Março de 2013.

MUNCK, J, MINE, A, STEEN, PE, et al. Enzymatic degradation of adhesive-dentin interfaces produced by mild self-etch adhesives. *Eur J Oral Sci* 2010; 118: 494– 501.

SANTOS ASFd. Prevenção, diagnóstico e tratamento das complicações pós-extração dentária 2015

AZEVEDO ÂMds. Enquadramento da Osteorradionecrose na consulta de Medicina Dentária: [s.n.]; 2012.

BAST F, GROSS A, HECHT L, SCHROM T. Etiology and treatment of osteonecrosis of the mandible. *Contemp Oncol*2013;17(3):281-5.

RODRIGUES HM, FRANZI EA, DEDIVITIS RA. A Radioterapia e Suas Implicações nos Tratamentos Endodônticos. *Rev.Bras. Cir. Cabeça Pescoço.* 2006; 35(1):57-60.

LOPES, C.O. et al. Prevenção da xerostomia e da mucosite oral induzidas por radioterapia com uso do laser de baixa potência. *Radiol. Bras,* v. 39, n. 2, p. 131-136, 2006.