

MANEJO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Recebido em: 03/01/2023

Aceito em: 03/02/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i1.20238705

Isabela Cristina Santos Carvalho¹
Jéssica da Silva Amaral²
Mayra Silva Omena Dias³
Sérgio Diniz Ferreira⁴

RESUMO: O manejo odontológico adaptado ao paciente que é diagnosticado com câncer é fundamental para a melhoria e manutenção da qualidade de vida dos mesmos. Esses indivíduos devem ser submetidos a uma avaliação odontológica prévia ao tratamento anticancerígeno, a fim de estabelecer as etapas necessárias às intervenções e o que pode ser realizado antes, durante e pós-tratamento, sendo essas fases executadas na clínica diária ou até mesmo no ambiente hospitalar, exercendo um trabalho multidisciplinar. A presente revisão de literatura tem como objetivo direcionar a atenção dos cirurgiões dentistas para o planejamento e atendimento personalizado dos pacientes oncológicos, de acordo com suas necessidades e particularidades.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Manejo; Tratamento Odontológico.

MANAGEMENT OF CANCER PATIENTS IN DENTAL PRACTICE: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Dental management adapted to patients diagnosed with cancer is essential for improving and maintaining their quality of life. These individuals must undergo a dental evaluation prior to anticancer treatment, in order to establish the necessary steps for interventions and what can be done before, during and after treatment, these phases being performed in the daily clinic or even in the hospital environment, exercising multidisciplinary work. This literature review aims to direct the attention of dentists to the planning and personalized care of cancer patients, according to their needs and particularities.

KEYWORDS: Cancer; Management; Dental Treatment.

MANEJO DE PACIENTES CON CÁNCER EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

RESUMEN: El manejo odontológico adaptado a los pacientes diagnosticados de cáncer es esencial para mejorar y mantener su calidad de vida. Estas personas deben someterse a una evaluación odontológica previa al tratamiento anticanceroso, con el fin de establecer los pasos necesarios para las intervenciones y lo que se puede hacer antes, durante y después del tratamiento, siendo estas fases realizadas en la clínica diaria o incluso en el ámbito hospitalario, ejerciendo un trabajo multidisciplinar. Esta revisión bibliográfica

¹ Graduanda em Odontologia, Centro Universitário Newton Paiva. E-mail: isabella.carrvalho@gmail.com

² Graduanda em Odontologia, Centro Universitário Newton Paiva. E-mail: jessicasilvaamaral3@gmail.com

³ Graduanda em Odontologia, Centro Universitário Newton Paiva. E-mail: mayra.omena@gmail.com

⁴ Doutor em Periodontia, Centro Universitário Newton Paiva. E-mail: sergio.ferreira@newtonpaiva.br

pretende dirigir la atención de los odontólogos a la planificación y atención personalizada de los pacientes con cáncer, de acuerdo con sus necesidades y particularidades.

PALABRAS CLAVE: Câncer; Gestão; Tratamiento Odontológico.

1. INTRODUÇÃO

Câncer é um termo amplo que dá nome a mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas, essas têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos à distância (INCA, 2020). Segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer), em 2020, as seis localizações primárias do tumor mais incidentes são respectivamente: em homens - próstata, cólon e reto, traqueia, brônquio e pulmão, estômago, cavidade oral e esôfago; em mulheres – mama, cólon e reto, colo do útero, traqueia, brônquio e pulmão, glândula tireoide e estômago.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer é responsável por cerca de uma em cada cinco mortes em todo o mundo. Mais de 14 milhões de pessoas desenvolvem algum tipo de câncer todos os anos, e a projeção é que esse número cresça para mais de 21 milhões em 2030. O tratamento do câncer é feito através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia e até transplantes de medula óssea. Em grande parte dos casos é necessário combinar mais de um modo de tratamento (INCA, 2020).

A radioterapia é uma categoria terapêutica que tem como objetivo administrar uma dose de radiação, em volume e local definido, erradicando o tumor, causando o menor dano possível a tecidos saudáveis. Porém, mesmo com toda cautela, há danos aos tecidos normais, desencadeando consequências indesejadas ao paciente, como xerostomia, inflamações, mobilidade dental recorrente de reabsorção e osteorradionecrose (BARELLA et al., 2016).

Apesar do alto número de pacientes com implicações orais provenientes do tratamento oncológico, a prática clínica voltada a esse grupo é pouco vivenciada diariamente. O desafio para o cirurgião dentista é encontrar a forma mais eficaz e o momento ideal para realizar os tratamentos necessários antes, durante e após as terapias anticancerígenas, atuando no diagnóstico, prevenindo, controlando e tratando as complicações advindas do tratamento oncológico.

Para elaboração do presente estudo, foram desenvolvidos os seguintes objetivos: realizar uma revisão de literatura sobre o manejo de pacientes oncológicos na prática odontológica; avaliar procedimentos que podem ser realizados previamente, durante e após o tratamento oncológico; ressaltar a importância do cirurgião dentista como parte da

equipe multidisciplinar; identificar como o paciente oncológico deve ser tratado na clínica diária e no ambiente hospitalar.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA (2020), existem diferentes tipos de câncer, e estes correspondem aos diversos tipos de células do corpo. São chamados de carcinomas quando iniciam em tecidos epiteliais, como pele e mucosas. Já se a instauração é no tecido conjuntivo, como osso, músculo e cartilagem, denominamos sarcomas.

Devido ao crescimento desordenado das células, e sua agressividade, há a formação de neoplasias que podem ser benignas ou malignas. O que diferencia as duas é a forma de crescimento. Enquanto as neoplasias benignas possuem geralmente crescimento mais lento e de forma organizada, as neoplasias malignas se mostram contrárias, possuindo mais autonomia, capacidade de invadir tecidos vizinhos, causar metástase, podendo apresentar resistência ao tratamento e provocar morte (INCA, 2018).

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço podem desenvolver sequelas que influenciam diretamente em sua saúde oral (MAHMOOD et al., 2014). As principais consequências após a cirurgia são os impactos na mastigação e deglutição. Esses efeitos podem ser temporários ou permanentes, de acordo com as estruturas comprometidas na ressecção do tumor (LOGEMANN et al., 1994; CARVALHO; KOWALSKI; MAGRIN, 2000).

Segundo um estudo realizado por Oliveira et al., (2008), 89% dos pacientes entrevistados, com diagnóstico histológico de carcinoma espinocelular, relataram odinofagia durante a deglutição em função da lesão, enquanto 56% referiram dificuldades na mastigação, efeitos esses que impactam negativamente na qualidade de vida do paciente.

3. TERAPIAS ONCOLÓGICAS E SEUS EFEITOS COLATERAIS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL

O tratamento oncológico tem como objetivos a cura, o prolongamento da vida e a melhora da qualidade de vida. Dentre os tratamentos, os mais indicados são: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, podendo ser usados de forma isolada ou associada. Atualmente, a grande maioria das neoplasias são tratadas com mais de uma modalidade terapêutica (INCA, 2018).

A quimioterapia é a modalidade de tratamento sistêmico que usa medicamentos quimioterápicos administrados em intervalos regulares, com o objetivo de destruir as células cancerígenas. Pode ser administrado por via oral, intramuscular, subcutânea, intratecal, tópica e principalmente endovenosa (INCA, 2020).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2020), a radioterapia é o método de tratamento local que utiliza radiações ionizantes, equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, com o intuito de impedir a progressão do tumor. Várias manifestações podem ocorrer durante ou após a terapia por irradiação. Os impactos são determinados pelo volume, local irradiado, dose total, fracionamento, idade, situação clínica do paciente e tratamentos relacionados.

Os efeitos colaterais que ocorrem durante o tratamento, são chamados agudos, sendo reversíveis em grande maioria. Podemos citar a mucosite, estomatite, xerostomia, hipogeusia, disgeusia ou ageusia e infecções oportunistas. Existem também as complicações tardias, que ocorrem meses ou anos após o tratamento, como doença periodontal, cárie de radiação, osteorradionecrose, osteonecrose medicamentosas, trismo e neoplasias (ELTING et al., 2007; MARIA, ELIOPOULOS, MUANZA, 2017). Essas variam em intensidade, incluindo alterações tróficas dos tecidos e anormalidades no crescimento e desenvolvimento (NOVAES, 1998).

A mucosite é o dano à mucosa oral mais comum e debilitante relacionado ao tratamento oncológico (KEEFE et al., 2007). Possui alta incidência, ocorrendo em até 90% dos pacientes. Pode provocar a perda da barreira epitelial que protege o tecido conjuntivo, propiciando infecções secundárias. É classificada em grau 1, 2, 3 e 4, onde no grau 3 o paciente não consegue comer alimentos sólidos e no grau 4 não tolera dieta líquida e/ou pastosa.

Alguns impactos negativos são observados durante a mucosite e seu tratamento, como o aumento do uso de medicamentos, mudanças na dieta, hospitalização e provável interrupção do tratamento oncológico, podendo causar morte em até 9% dos casos (KEEFE, 2007).

A xerostomia, também conhecida como “boca seca”, é um severo e comum efeito colateral causado por medicamentos utilizados no tratamento quimioterápico (FELDER; MILLAR, 1994). Os pacientes desenvolvem secura sintomática da boca, afetando a alimentação, uso de prótese e simples atividades como falar e dormir. Além disso, há um aumento do índice de cáries, sendo estas localizadas principalmente na face cervical dos

dentes (FELDER; MILLAR, 1994; TERÉZHALMY; PYLE, 1994; NEVILLE et al., 2004).

Outra reação habitual em pacientes submetidos a quimioterapia é a infecção por candida. Dentre as manifestações clínicas existe a eritematosa, atrofia papilar central, multifocal crônica, queilite angular, hiperplásica e pseudomembranosa, sendo a última a mais predominante (NEVILLE et al., 2004).

As infecções causadas por vírus herpes simples (HSV) e pelo vírus varicela-zoster (VZV) também são frequentes durante o tratamento quimiorradioterápico. O vírus do herpes simples pode se manifestar tanto no local da inoculação primária como em áreas próximas à superfície epitelial, sendo a localização mais comum a borda do vermelhão e pele adjacente aos lábios. As manifestações clínicas resultantes do vírus varicela-zoster normalmente são encontradas na mucosa móvel ou aderida, em que as lesões se apresentam como vesículas branco-opacas, desenvolvendo úlceras após o rompimento (NEVILLE et al., 2004).

Uma parcela de componentes quimioterápicos pode causar neurotoxicidade, alterando nervos da cabeça e pescoço, conforme a dosagem e duração da terapia. Em locais inervados pelo nervo trigêmeo, podem ocorrer parestesias parciais intra ou extra orais, que geralmente se manifestam nas extremidades. O diagnóstico é complexo, pois esse efeito aparece e desaparece naturalmente. O tratamento é realizado regularmente através do uso de medicamentos como analgésicos sistêmicos e narcóticos (ROBBINS, 2000). Apesar de rara, acontecendo em 6% dos casos, essa alteração é de grande relevância para a odontologia, pois o envolvimento dos nervos bucais pode causar dores odontogênicas semelhantes a pulpíte.

A osteorradionecrose (ORN) é a complicação associada à terapia radioterápica considerada mais complexa, com maior incidência em idosos. Acomete sete vezes mais a mandíbula do que a maxila, devido sua alta densidade óssea e menor vascularização. Um estudo realizado por Thorn et al. (2000), descreveu que 74% dos pacientes que foram expostos a mais de 60 Gy no tratamento radioterápico se tornaram mais suscetíveis a desenvolver a osteorradionecrose no período dos três primeiros anos.

A ORN tem como manifestação clínica dor, drenagem e fistulização da mucosa e exposição do osso irradiado. O cenário é irreversível e seu tratamento é extremamente complexo, devido à desvitalização e exposição óssea por cerca de três meses (LYONS et al., 2008).

A cárie por radiação, ao contrário das outras principais alterações advindas do tratamento radioterápico, se desenvolve como um efeito secundário. Devido a hipossalivação causada pelo menor fluxo salivar, a autolimpeza dos dentes é prejudicada, conseqüentemente aumentando o acúmulo de biofilme. As alterações ocorrem desde o início do tratamento até três meses após sua conclusão, e entende-se que resultam no aumento da probabilidade do desenvolvimento de cárie por radiação (KIELBASSA et al., 2006). Segundo Neville et al. (2009), a cárie de radiação geralmente encontra-se na face cervical dos dentes, na junção das coroas clínicas e margens gengivais, evoluindo rapidamente.

O trismo também é um efeito colateral muito frequente da radioterapia na região de cabeça e pescoço, causando dor, desconforto e em alguns casos provocando alterações posturais, como abertura da boca, o que dificulta consideravelmente o tratamento odontológico essencial aos pacientes oncológicos e o controle das demais complicações orais provenientes da terapia oncológica (GOLDENBERG; SCIUBBA, 2006; CACCELLI; RAPOPORT, 2008; MACHADO; SASSI, 2009).

4. MANEJO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS NO CONSULTÓRIO E NO AMBIENTE HOSPITALAR

Uma das áreas mais complexas de pacientes com necessidades especiais na odontologia se concentra no manejo de pacientes oncológicos, tanto por sequelas do câncer propriamente dito quanto pelos efeitos do tratamento. O tratamento do câncer é multidisciplinar, envolvendo diversas áreas e profissionais, conveniente da diversidade de complicações resultantes da doença ou das terapias utilizadas (SILVA et al., 2019). De acordo com Silva et al. (2019), antes do início de qualquer tratamento odontológico, deve ser realizada uma avaliação minuciosa, levando em consideração as complicações potenciais associadas ao diagnóstico de câncer e seu manejo.

Um estudo colombiano de Gomez et al. (2017), explorou a participação dos dentistas no manejo dos pacientes oncológicos, e resultou que o serviço odontológico era a maior carência geral para pacientes com câncer. Os dentistas tinham participação mínima na equipe multidisciplinar envolvida no atendimento ao paciente. Os principais problemas encontrados ficaram em torno da prestação de cuidados de saúde, onde podemos citar a falta de encaminhamentos condizentes, atendimentos de saúde bucal deficientes e dentistas com formação inadequada.

Os pacientes oncológicos devem ir ao consultório odontológico antes do início dos tratamentos antineoplásicos, seja ao realizar radioterapia, quimioterapia ou a associação das mesmas. Independente do estágio em que se encontra o tratamento, inicialmente é necessária uma avaliação cautelosa, dando ênfase no histórico médico e na terapia antineoplásica. É de extrema importância nesse momento uma íntima comunicação entre o dentista e o médico oncologista (BERMEJO, ONATE, 1996; DONAT, SERRANO, SILVESTRE, 1998; FERNÁNDES, GUTIÉRREZ, INFANTE, 2001).

Inicialmente o tratamento odontológico deve ser estabelecido através de uma anamnese transparente e precisa, contendo os dados da patologia do paciente, anexos como receituários, fotografias e parecer médico. Ouvir e analisar a queixa principal é extremamente importante, além de descrever a história médica progressa e atual e também manter-se inteirado sobre a história odontológica do mesmo (CARDOSO et al., 2005).

Em relação aos tratamentos recomendados, é imprescindível estabelecer protocolos visando amenizar os impactos causados pela terapia anticancerígena, prevenindo possíveis danos na cavidade oral (ALBUQUERQUE et al., 2007).

4.1 Antes do tratamento oncológico

Inicialmente às terapias oncológicas, deve ser realizada a adequação do meio bucal a fim de eliminar focos de infecção. A remoção de lesões cáries e restaurações extensas, juntamente com tratamento periodontal e exodontias de dentes com indicações para extrações, devem ser executados previamente ao tratamento de quimioterapia e radioterapia (ALBUQUERQUE et al., 2007).

Conscientizar o paciente para que o mesmo efetue a higienização bucal é imprescindível (HUBER, 2003; HADDAD, 2007). O uso de enxaguantes ou gel dental à base de clorexidina (0,12%) também é recomendado. A higiene oral deve ser realizada diariamente através da escovação dos dentes e da língua com creme dental que contenha flúor, com auxílio do fio dental (SHAW, KUMAR, DUGGAL, 2000; ANTUNES et al., 2004; CARDOSO, 2005). Caso haja lesões cáries, sendo focos de infecção, as restaurações devem ser feitas com materiais restauradores definitivos. Tratamentos ortodônticos devem ser interrompidos com o objetivo de evitar traumas e facilitar a higienização (ANTUNES et al., 2004).

O paciente precisa ser alertado sobre o risco de lesões em tecidos frágeis nas áreas de próteses, logo, este deve ser orientado quanto a diminuição ou até interrupção do uso

(CAIELLI, DIB, MARTHA, 1995). Tratamentos endodônticos só devem ser realizados caso possam ser finalizados até o início da terapia de escolha, do contrário, os elementos devem ser extraídos.

De acordo com Antunes et al. (2004), a antibioticoterapia pode ser utilizada na ocorrência de infecções. Na presença de elementos com doença periodontal apresentando bolsas de 4mm ou mais e mobilidade grau I, por menor que seja, estes devem ser extraídos, a fim de evitar futuras infecções e possíveis complicações durante os tratamentos oncológicos (ANTUNES et al., 2004; CARDOSO, 2005).

Ainda não existe um consenso sobre o momento para a extração de dentes condenados ou com prognóstico duvidoso, sabe-se que deve ser realizada previamente ao tratamento oncológico para reduzir a possibilidade de osteorradiocrose (SHAW, KUMAR, DUGGAL, 2000; HUBER, TEREZHALMI 2003; HADDAD, 2007). Cardoso et al. (2005) ressalta que as exodontias não devem ser realizadas com menos de 15 dias antes do início do tratamento, objetivando trauma mínimo no tecido ósseo e gengival que circunda o elemento dental.

4.2 Durante o tratamento oncológico

Com o início do tratamento oncológico, efeitos colaterais advindos da terapia podem aparecer, como mucosite, xerostomia, hipossalivação, osteorradiocrose, cárie de radiação e trismo (LIMA et al., 2001; ANTUNES et al., 2004).

4.3 Xerostomia

As manifestações da xerostomia podem ser tratadas com o uso de saliva artificial, lubrificante e aumento na ingestão de água, com o intuito de hidratação e lubrificação da mucosa oral, para que o paciente tenha facilidade na mastigação e deglutição. Produtos com elevado teor de açúcar devem ser evitados devido à hipossalivação, o que aumenta o risco de desenvolvimento da doença cárie (KROETZ; CZLUSNIAK, 2003; LALLA; SONIS; PETERSON, 2008).

4.4 Mucosite

Independente do estágio em que a mucosite se encontra, o paciente deve fazer uma criteriosa higienização e consumir alimentos leves, evitando picantes e ácidos. No estágio 1, deve-se fazer bochechos com bicarbonato de sódio ou solução de soro fisiológico a 0,9% (ANTUNES et al., 2004).

Em caso de dor, geralmente são utilizados enxaguantes com efeito anestésico e analgésico, como a lidocaína, diclamina, hidrocloreto de difenidramina (HUBER, TEREZHALMI, 2003), além do gluconato de clorexidina a 0,12% (DENARDIN, LABBATE, LEHN, 2003). O uso de fotobiomodulação, com laser de baixa potência durante o tratamento é considerado muito benéfico, pois age reduzindo a inflamação e aumentando o reparo tecidual, conseqüentemente oferecendo conforto ao paciente (BRANDÃO et al., 2018). Outra técnica é o resfriamento oral, que consiste no uso de gelo na boca por 5 minutos (CARL, EMRICH, 1961).

4.5 Candidíase e Herpes

Em casos de candidíase, os medicamentos indicados são nistatina e fluconazol, e em casos de herpes, receitar Acyclovir (HANCOCK; EPSTEIN; SADLER, 2003; MEIRA; OLIVEIRA; RAMOS, 2010).

4.6 Após o tratamento oncológico

No caso de pacientes desdentados, estes devem ser instruídos a reinstalar a prótese após no mínimo 3 meses. Já aqueles que passaram por diversas exodontias previamente, precisam aguardar cerca de 6 meses para a confecção da nova prótese, visto que neste intervalo de tempo os danos causados pelas terapias terão desaparecido (SILVA et al., 2008)

A fim de evitar o aparecimento da osteorradionecrose, deve-se aderir uma dieta macia e ajustada pelo nutricionista, além de cessar o uso de próteses (FRANCESCHINI, KADLETZ, ROSA, 2004). O acompanhamento de um periodontista é essencial, com consultas periódicas, reforçando a importância da higiene e cuidados orais padrões (HUBER, TEREZHALMI, 2003).

Se previamente ao tratamento as medidas adequadas forem realizadas, as chances de problemas pulpares são mínimas, observa-se mais casos de hipersensibilidade e alguns casos de necrose. Após as terapias antineoplásicas exodontias de qualquer natureza devem ser evitadas (HUBER, TEREZHALMI, 2003).

5. DISCUSSÃO

Por essa revisão de literatura pôde-se observar a importância dos estudos relacionados ao câncer e seus tratamentos, levando em consideração pacientes oncológicos e suas particularidades. Segundo o Inca (2018), o câncer é uma das doenças que mais acomete a população no Brasil e no mundo, apresentando alta taxa de mortalidade e tratamentos complexos. Habitualmente, o câncer é tratado com terapias, como cirurgia, radioterapia e quimioterapia de maneira isolada ou associadas.

Mahmood, Logemann, Carvalho e colaboradores (2014, 1994, 2000) entendem que pacientes oncológicos podem sofrer sequelas provenientes do câncer propriamente dito ou de seu tratamento. Estas podem ser agudas ou tardias, reversíveis ou permanentes, de acordo com as estruturas comprometidas.

Previamente aos tratamentos anticancerígenos, algumas medidas devem ser efetivadas com intuito de minimizar os efeitos colaterais. Huber (2003) e Haddad (2007) enfatizam a importância da conscientização sobre higiene oral e sua imprescindibilidade.

Durante o processo terapêutico, Lima et al., (2001) em conformidade com Antunes et al., (2004) aludem o aparecimento de efeitos colaterais como mucosite, xerostomia, hipossalivação, osteorradionecrose, cárie de radiação e trismo. Felder e Millar (1994) consideram a Xerostomia como uma das principais complicações resultantes dos tratamentos oncológicos, Terézhalmy e Pyle(1994) citam também o aparecimento de lesões de cárie, além da xerostomia. Em outro estudo, Kielbassa (2006) menciona a osteorradionecrose devido a diminuição do fluxo salivar.

Francheschini, Kadletz, Rosa (2004) e Silva (2008) compactuam da ideia de que após as intervenções, devido ao risco de aparecimento da osteorradionecrose, a interrupção do uso de próteses é benéfica, além do cumprimento do prazo adequado para reinstalação das mesmas.

O serviço odontológico é uma das maiores carências gerais para pacientes com câncer, de acordo com Gomez (2017). Júnior Ribeiro (2010) justifica essa carência através da falta de capacitação de profissionais e o fato de hospitais e clínicas não executarem protocolos devidos para prevenção e tratamento das complicações decorrentes dos tratamentos antineoplásicos.

Bermejo, Onate (1996), em concordância com Donat, Serrano, Silvestre (1987) e Fernández, Gutiérrez e Infante (2001) baseados no contexto acima, apontam a importância da atuação do Cirurgião Dentista como parte da equipe multidisciplinar, para atenuar as complicações, visto que esse profissional atua no diagnóstico e intervenção,

minimizando possíveis danos à cavidade oral e consequentemente promovendo maior conforto e qualidade de vida ao paciente.

6. CONCLUSÃO

As complicações advindas do tratamento antineoplásico afetam o quadro sistêmico dos pacientes. É de extrema importância que o cirurgião dentista faça parte da equipe multidisciplinar, juntamente com a equipe médica, a fim de diagnosticar e tratar as alterações orais decorrentes da terapia, provocando alívio das sintomatologias e consequente restabelecimento da saúde oral. Deste modo, promovendo não só melhores condições de saúde a esses indivíduos, mas também longevidade e melhora na sua qualidade de vida.

7. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Este estudo descreveu a relação do câncer e seus impactos na prática odontológica, através de uma revisão de literatura. Apesar da ampla pesquisa, não é possível, neste tipo de revisão, acessar todos os artigos que abordam o tema, o que consequentemente dificultou a construção de algumas ideias e comparações e limita os resultados do estudo, entretanto este viés não torna a pesquisa inválida. Outro ponto importante a ser citado é o tipo de estudos incluídos neste trabalho. Pela complexidade do tema ainda existem poucos estudos relevantes para que conclusões robustas sejam traçadas.

8. SUGESTÕES PARA FUTUROS TRABALHOS

Ao longo do desenvolvimento deste estudo, identificaram-se a possibilidade do desenvolvimento de outros estudos, aprofundando mais na identificação de lesões, sinais e sintomas derivados do CA ou de suas terapias, com o objetivo de facilitar o diagnóstico e planejamento da prevenção e tratamento para o cirurgião-dentista. Com isso indivíduos acometidos por CA podem ter um tratamento e prevenção de lesões intrabucais mais efetivos.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, H. *et al.* **Como o cirurgião-dentista deve atender o paciente oncológico?** Revista Brasileira de Estomatologia, v. 1, n.1, p. 30-38, 2004.
- BARBIERI, T.; COSTA, K.; GUERRA, L. **Alternativas atuais na prevenção e tratamento da xerostomia na terapia do câncer.** RGO, RevGaúch Odontol. 2020; 68: e20200016.
- BARELLA, G. *et al.* **Tratamento periodontal em pacientes oncológicos.** Ação Odonto, n. 1, 10 out. 2016.
- BRESOLIN, C. R. **Autopercepção da qualidade de vida com relação à saúde bucal de pacientes com câncer.** Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria, 2018.
- CACCELLI, É. M. N.; RAPOPORT; A. **Para-efeitos das irradiações nas neoplasias de boca e orofaringe.** Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 198-201, out.-nov.-dez. 2008.
- CAIELLI, C.; MARTHA, P. M.; DIB, L. L. **Sequelas orais da radioterapia: atuação da odontologia na prevenção e tratamento.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 41, n.4, p. 231-241, out./nov./dez., 1995.
- CALMON, M. V. *et al.* **Impact of oral health problem son the quality of life of women with breast cancer.** RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (online), v. 67, p. e20190039, 2019.
- CARDOSO, M. F. A. **Prevenção e controle das sequelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço.** Radio. Bras. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 107-115, 2005.
- CARL, W; EMRICH, L. S. **Manejo da mucosite oral durante a radiação e quimioterapia sistêmica: um estudo com 98 pacientes.** J Prosthet Dent 1961; 66: 361–369.
- CARVALHO, L. *et al.* **O câncer de cabeça e pescoço no Brasil.** Revista Cubana de Estomatologia. 2018; 55(13).
- COSTA, K. *et al.* **A Importância do manejo odontológico em pacientes oncológicos.** Centro Universitário FAESA, 2018.
- CUNHA, A.; PRASS, T.; HUGO, F.; **Mortalidade por câncer bucal e de orofaringe no Brasil, de 2000 a 2013: tendências por estratos sociodemográficos.** Ciência & Saúde Coletiva, 25(8):3075-3086, 2020.
- FELDER, R. S.; MILLAR, S. B. **Dental Care of the Poty medication Patient.** Dental Clinics of North America., v. 38, i. 3, p. 525-536, 1994.
- FERLAY, J.; COLOMBET, M.; SOERJAMATARAM I. *et al.* **Estimativas globais e regionais de incidência e mortalidade para 38 cânceres: GLOBOCAN 2018.** Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer / Organização Mundial da Saúde; 2018.

FIGUEIREDO, P.; NOGUEIRA, A.; **Prevalência de Neoplasias, Cárie e Gengivite em Pacientes Oncológicos Pediátricos no Município de Belém, Pará.**

FRANCESCHINI, C.; ROSA, T. C.; KADLETZ, B. *et al.* **Osteorradionecrose e necrose de tecidos moles: relato de caso.** Revista Brasileira de Patologia Oral, v. 3, n. 1, p. 36-40, 2004.

HADDAD, A. S. **Odontologia para pacientes com necessidades especiais.** São Paulo: Livraria Editora Santos, 2007.

HUBER, M. A.; TEREZHALMY, G. T. **The head and radiation oncology patient.** Quintessence Int., v. 34, n. 9, p. 693-717, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER [Internet]. **Estatísticas de câncer.** Rio de Janeiro; 1996- 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em 24 de mai. de 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER [Internet]. **O que é câncer?** Rio de Janeiro; 1996- 2021 Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em 24 de maio de 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** – 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020.

JR, E. *et al.* **Supragingival and subgingival microbiota from patients with poor oral hygiene submitted to radiotherapy for head and neck câncer treatment.** Archives of Oral Biology 90 (2018) 45–52.

KIELBASSA A. M. *et al.* **Danos relacionados à radiação à dentição.** Lancet Oncol. 2006; 7 (4): 326-35.

KOWALSKI, L. P.; CARVALHO, A. L.; MAGRIN, J. **Cirurgia Reparadora em Câncer de Cabeça e Pescoço.** In: CARRARA-DE ANGELIS, E. *et al.* **A Atuação da Fonoaudiologia no Câncer de cabeça e pescoço.** São Paulo, Lovise, 2000.

LABBATE, R.; LEHN, C. N.; DENARDIN, O. V. P. **Efeito da clorexidina na mucosite induzida por radioterapia em câncer de cabeça e pescoço.** Rev. Bras. Otorrinolaringol., v. 69, n.3, p. 349-54, mai./jun. 2003.

LIMA, A. A. S. *et al.* **Radioterapia de neoplasias malignas na região da cabeça e pescoço - O que o cirurgião-dentista precisa saber.** Revista Odonto Ciência, v. 16, n. 33, p. 156-164, 2001.

LIMA, B; SOUZA, R.; BOTELHO, M.; MARCHI, L. **Promoção de Saúde Bucal em Pacientes Oncológicos Infantis. VI Amostras de Trabalhos de Iniciação Científica.** 2012

LOGEMANN J. A. *et al.* **Efeitos da xerostomia na percepção e desempenho da função de deglutição.** Pescoço 2001; 23: 317–21.

LOPES, M. *et al.* **Impacto das doenças periodontais na qualidade de vida.** RGO – Ver Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v59, suplemento 0, p. 39-44, jan/jun.,2011.

LOPEZ, C.P. *et al.* **Tratamento oral de pacientes com câncer.** Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2019; 31 (1-2): 178-197.

LYONS, A.; GHAZALI, N. **Osteoradionecrosis of the jaws: current understanding of its pathophysiology and treatment.** British Journal of Oral and Maxillo facial Surgery, v. 46, 2008.

MAHMOOD, R., BUTTERWORTH, C., LOWE, D. *et al.* **Characteristics and referral of head and neck cancer patients who report chewing and dental issues on the Patient Concerns Inventory.** Br Dent J 216, E25 (2014).

MARIA, O. M.; ELIOPOULOS, N.; MUANZA, T. **Radiation-induced oral mucositis.** *Frontiers in Oncology*, v. 7, n. 89, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. Coordenação de programas de controle de câncer- Pró-Onco. **O problema do câncer no Brasil.** 4. ed., 1997

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial.** 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 912 p.

OLIVEIRA L.C.S. *et al.* **Identificação das mudanças na mastigação e deglutição de indivíduos submetidos à glossectomia parcial.** Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v. 13, p. 338-343, 2008.

QUISPE, R. A. *et al.* **Estudo caso-controle de índices de doenças bucais em indivíduos com câncer de cabeça e pescoço após terapia antineoplásica.** Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 16, n. 3, eAO4245, 2018.

RIBEIRO, I. *et al.* **Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral.** Rev. Epidemioljul-set 2015; 18(3): 618-629.

RIBEIRO JÚNIOR, O. **Prevenção e tratamento da mucosite bucal: o papel fundamental do cirurgião-dentista – Revisão.** Rev. Clín. Pesq. Odontol. v 6, n 1, p. 57-62, 2010.

ROBBINS, M. R. **Oral Care of the Patient Receiving Chemotherapy.** IN: ORD, BLANCHART, R.H. **Oral Cancer the Dentist's Role in Diagnosis, Management, Rehabilitation, and Prevention.** Rio de Janeiro: Quintessence Publishing Co, p. 123-30, 2000.

SASSI, L. M.; MACHADO, R. A. **Protocolo pré-radioterapia de cabeça e pescoço.** Revista Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço, v. 38(3), p. 208-210, 2009.

SCIUBBA, J. J.; GOLDENBERG, D. **Oral complications of radiotherapy.** Lancet Oncol 2006;7(2):175-83.

SHAW, M. J.; KUMAR, N. D. K.; DUGGAL, M. *et al.* **Oral management of patients following oncology treatment: literature review.** British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 38, n. 5, p. 519-524, 2000.

SILVA, I. *et al.* **Sobrevivência de implantes dentários em pacientes oncológicos versus pacientes não oncológicos: um estudo retrospectivo de 5 anos.** Revista Brasileira de Odontologia (2020) 31 (6): 650-656.

SONIS, S. T. *et al.* **Perspectives on câncer therapy-induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology, and consequences for patients.** Câncer 2004; 100:1995–2025.

SOUTO K.; SANTOS, DBN.; CAVALCANTI, UDN. **Atendimento odontológico ao paciente oncológico em terminalidade.** RGO, Rev Gaúch Odontol. 2019; 67: e2010032.

SUNG, H. *et al.* **Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality World wide for 36 Cancers in 185 Countries.** CA Cancer J Clin. 2021 May;71(3):209-249.

THORN, J. J. *et al.* **Osteoradionecrosis of the jaws: clinical characteristics and relation to the field of irradiation.** J Oral MaxillofacSurg. 2000 Oct;58(10):1088-93; discussion 1093-5.