

MUCOSITE ORAL EM PACIENTES CANCEROSOS SUBMETIDOS A TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO.

ORAL MUCOSITIS AMONG CANCER PATIENTS DURING CHEMOTHERAPY TREATMENT.

Sérgio Spezzia*

*Cirurgião Dentista e Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Medicina Universidade Federal de São Paulo.

Endereço para correspondência - Autor responsável:

Sérgio Spezzia
Rua Silva Bueno, 1001
São Paulo – SP
CEP: 04208-050
Telefone: (11) 96925.3157
Email: sergio.spezzia@unifesp.br

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE - nada a declarar quanto a quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo.

TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS - todos os autores concordam com o fornecimento de todos os direitos autorais a Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde.

RESUMO

Objetivo: A mucosite oral é definida como uma irritação da mucosa, que induzida pela terapia antineoplásica é uma importante reação adversa. Configura-se como uma inflamação da mucosa causada por quimioterapia e radioterapia de cabeça e pescoço. O tratamento quimioterápico inibe ou destrói totalmente as células neoplásicas, porém tal terapia não diferencia células cancerosas das células normais, a exemplo temos as células da mucosa bucal, local de instalação da mucosite oral. O objetivo deste artigo foi evidenciar a importância do tratamento odontológico preventivo em indivíduos com neoplasias, consultando e orientando o paciente, bem como promovendo os cuidados essenciais, antes do início da quimioterapia. Além disso objetivou-se evidenciar a ação preventiva e curativa do laser nessas situações. **Síntese dos Dados:** O tratamento odontológico nesses pacientes visa primeiro abordar as situações mais urgentes, permanecendo o restante para depois da

quimioterapia. Concomitantemente ao início da quimioterapia, começam as aplicações do laser de baixa intensidade de potência, produzindo bioestimulação e preventivamente, evitando aparecimento de mucosites orais. Caso apareça a lesão, a terapia laser regridirá curativamente o processo, acelerando a cicatrização e inibindo as dores. **Conclusões:** Concluiu-se que o laser de baixa intensidade de potência, constitui técnica eficaz e não invasiva, que é utilizada favoravelmente, tanto nos tratamentos de caráter preventivo, como nos de cunho curativo, permitindo promover a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-Chave: Lasers. Quimioterapia. Mucosite.

ABSTRACT

Objective: Oral mucositis is defined as mucosal irritation, which induced by antineoplastic therapy is an important adverse reaction. It is an inflammation of the mucosa

caused by chemotherapy and radiotherapy of the head and neck. Chemotherapy treatment totally inhibits or destroys neoplastic cells, but such therapy does not differentiate cancer cells from normal cells, such as oral mucosa cells, site of installation of oral mucositis. The aim of this article was to highlight the importance of preventive dental treatment in individuals with cancer, consulting and guiding the patient, as well as promoting essential care, before the beginning of chemotherapy situations. **Synthesis of data:** The dental treatment in these patients aims first to address the most urgent situations, remaining the rest

after chemotherapy. Concomitantly with the beginning of chemotherapy, the applications of low power laser begin, producing biostimulation and preventively, preventing the appearance of oral mucositis. Should the lesion appear, laser therapy will curatively heal the process, accelerating healing and inhibiting pain. **Conclusions:** It was concluded that low power laser is an effective and non-invasive technique, which is favorably used in both preventive and curative treatments, allowing the improvement of patients' quality of life.

Keywords: Lasers. Drug Therapy. Mucositis.

Enviado: fevereiro de 2020

Revisado: março de 2020

Aceito: abril de 2020

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado uma doença crônica e que exige tratamentos específicos, como: tratamento cirúrgico, quimioterapia, radioterapia ou associação de ambos. Esses tratamentos podem ser realizados separadamente ou de forma conjunta^{4,23}.

Buscando maior conforto para os pacientes em fase anterior ao início da radioterapia de cabeça e pescoço ou da quimioterapia é importante realizar-se consulta prévia com um cirurgião dentista⁸. Essa medida visa enfrentamento aos possíveis problemas gerados pelo tratamento quimioterápico nas células da mucosa bucal, uma vez que esse tratamento antineoplásico almeja inibir a divisão celular, agindo nas células neoplásicas e que o mesmo acaba afligindo também células normais, dentre as quais as da mucosa oral. A quimioterapia pode ocasionar efeitos colaterais ou adversos em outras células do corpo²⁴. Em decorrência da quimioterapia convive-se com grande queda de resistência dos pacientes, o que facilita o aparecimento de infecções, comprometimento no trato gastrointestinal, xerostomia, mucosites e outros^{22,25}.

As complicações orais decorrentes dos tratamentos oncológicos realizados ocorrem durante e após o tratamento do câncer, são comuns e podem causar dor; dificuldade de

mastigação, deglutição e fonação; nutrição pobre e predisposição a infecções sistêmicas, as quais podem prejudicar o prognóstico da doença. A qualidade de vida do paciente, acima de tudo, ficará prejudicada com essas alterações desfavoráveis em âmbito oral⁸.

Um dos efeitos colaterais mais comuns do tratamento antineoplásico é a mucosite oral, cujas lesões podem gerar dor, disfagia, alteração da higiene oral e nutrição, e muitas vezes desencadear tempo de permanência ou internação hospitalar aumentado, além de onerar os custos do tratamento. A mucosite oral interfere nas funções orais básicas e ainda, pode predispor à infecção fúngica, viral e bacteriana, podendo resultar em infecção sistêmica¹³.

As chances da quimioterapia causar dano a cavidade bucal do paciente acentuam-se, dependendo de sua idade. Em crianças com menos de 12 anos, têm-se acometimento bastante grande de efeitos desfavoráveis na cavidade bucal. Embora pacientes nessa faixa etária tenham tendência a desenvolver tumores malignos que causam alterações bucais por si só¹³.

Muitas complicações bucais decorrentes da quimioterapia, perfazem-se de forma aguda e complexa, chegando a ponto de interromper o tratamento oncológico. Dessa forma, deve-se prevenir, tal ocorrência para assim poder-se evitar a interrupção do tratamento. A única

forma de prevenir é encaminhando o paciente para tratamento odontológico, antes do início do tratamento oncológico. Durante a realização do tratamento oncológico, caso seja necessária a intervenção odontológica, geralmente interrompe-se a terapia antineoplásica para tal e comumente intervêm-se buscando a atenuação do quadro de mucosite oral presente²².

O objetivo deste artigo foi evidenciar a importância do tratamento odontológico preventivo em indivíduos com neoplasias, consultando e orientando o paciente, bem como promovendo os cuidados essenciais, antes do início da quimioterapia, além disso objetivou-se evidenciar a ação preventiva e curativa do laser nessas situações.

REVISÃO DE LITERATURA

Mucosite Oral

A mucosite oral configura-se como uma inflamação da mucosa causada por quimioterapia e radioterapia de cabeça e pescoço. Definida como uma irritação da mucosa, advinda de reação adversa, que pode interferir, por exemplo no curso da radioterapia e alterar o controle local do tumor e conseqüentemente a sobrevivência do paciente¹⁵.

O aspecto clínico da mucosite inicialmente apresenta-se sob a forma de um eritema, que frequentemente evolui para ulceração. Essas lesões podem estar recobertas por uma pseudomembrana fibrinosa branca²¹. Essa lesão pode afligir a mucosa oral e gastrointestinal, dependendo do tratamento antineoplásico realizado¹⁵.

A escala comumente utilizada para caracterização da mucosite oral é aquela preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que classifica a mucosite em quatro graus (grau 0, 1, 2, 3 e 4), conforme as lesões progridem²².

Na mucosite oral oriunda de tratamento quimioterápico, as úlceras mostram-se limitadas as superfícies não queratinizadas situadas na porção lateral e ventral da língua, mucosa bucal e palato mole. Elas são evidenciadas comumente depois de duas semanas de iniciada a quimioterapia¹⁵.

Os tratamentos disponíveis para mucosite oral são considerados paliativos. As terapias utilizadas englobam vitamina E, agentes

lubrificantes, anti-inflamatórios, crioterapia, enxaguatórios bucais, anestésicos tópicos, e o laser de baixa potência, dentre outros^{15,17,20}. O laser possui efeitos anti-inflamatórios, analgésicos e de biomodulação e consta do tratamento comumente utilizado, devido o desfecho satisfatório geralmente obtido com seu emprego^{15,17,20}.

Laser de Baixa Intensidade

Os lasers são classificados, de acordo com a potência de emissão de radiação em lasers de alta e baixa intensidade. O de baixa intensidade é o laser terapêutico, sem potencial destrutivo, que possui ação fotoquímica de analgesia, atividade anti-inflamatória e de bioestimulação tecidual^{1,5,6,11,12,16}.

O laser terapêutico e de escolha para intervenção em casos de mucosite oral, possui efeito fotoquímico, fazendo com que o tecido que está em sofrimento absorva a radiação laser e a transforme em energia, impedindo assim que a lesão se desenvolva agindo preventivamente e impedindo o aparecimento de úlceras na cavidade bucal. Em situações em que surgir a mucosite oral, a laserterapia terá caráter curativo, possibilitando o tratamento da sintomatologia e a aceleração de sua resolução^{2,14}.

Recomenda-se concomitantemente ao início da quimioterapia, comecem as aplicações diárias de laser de baixa intensidade, produzindo bioestimulação e preventivamente, evitando o aparecimento de mucosites orais. Com o surgimento da lesão, o laser atuará curativamente, regredindo o processo, acelerando a cicatrização e promovendo a cessação da sintomatologia dolorosa²².

DISCUSSÃO

Todo e qualquer tipo de intervenção odontológica neste grupo de pacientes oncológicos terá caráter, primordialmente preventivo^{8-10,18}. Antes de começar as sessões de quimioterapia, o paciente deve ser encaminhado para avaliação odontológica, onde se analisará através de exame físico e anamnese em que condições encontra-se sua saúde bucal^{8,22}. Os procedimentos odontológicos escolhidos, a princípio são os mais urgentes ou com necessidade eminente de realização, para evitar complicações futuras,

como infecções oportunistas; complementam-se os procedimentos restantes, ao passo em que houver interrupção ou cessação da quimioterapia. Priorizam-se algumas situações clínicas para tratamento, tais como: possibilidades de infecções dentárias; tratamento de inflamações; tratamentos endodônticos; remoção de cáries dentárias extensas; eliminação de próteses dentárias mal adaptadas, traumatizantes a mucosa bucal, além de proceder-se a orientações para os pacientes acerca de higiene bucal para que os mesmos possam aprimorar seu autocuidado^{8,22}.

Existem vários protocolos para utilização do laser de baixa potência, tanto de cunho preventivo, como curativo para tratamento das complicações orais provenientes de intervenção antineoplásica. Sabe-se que esses protocolos são diferentes, no entanto, comumente levam a redução da severidade da mucosite oral e ao alívio da sintomatologia dolorosa^{2,3,7,19,20}.

O emprego do laser de baixa potência constitui o recurso com maior utilização clínica para atenuação dos efeitos surgidos em decorrência da mucosite oral, demonstrando efetividade.

O acompanhamento odontológico tem vital importância para que se possa dar manutenção e manter sob controle o quadro bucal apresentado pelo paciente, antes, durante e depois da quimioterapia⁸.

CONCLUSÕES

Concluiu-se que o laser de baixa intensidade de potência, constitui técnica eficaz e não invasiva, que é utilizada favoravelmente, tanto nos tratamentos de caráter preventivo, como nos de cunho curativo, permitindo promover a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Baxter GD. Therapeutic lasers: theory and practice. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1993.

2. Bensadoun RJ. Low level laser therapy: a real hope in the management of chemo-induced and radiation-induced mucositis? *Cancer J*, 2002; 3(8):236-8.

3. Bjordal JM, Bensadoun RJ, Tuner J, Frigo L, Gjerde K, Lopes-Martins RA. A systematic review with meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) in cancer therapy-induced oral mucositis. *Support Care Cancer*, 2011; 8(19):1069-77.

4. Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais, 2013. 116 ps.

5. Brugnera Jr. A, Villa RG, Genovese WJ. Laser na Odontologia. 1. ed. São Paulo: Pancast, 1991.

6. Brugnera Jr. A, Santos AECG, Bologna ED, Ladalardo TCP. Atlas de laserterapia aplicada à clínica odontológica. 1. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2003.

7. Carvalho PA, Jaguar JC, Pellizzon AC, Prado JD, Lopes RN, Alves FA. Evaluation of low-level laser therapy in the prevention and treatment of radiation induced mucositis: a double-blind randomized study in head and neck cancer patients. *Oral Oncol*, 2011; 12(47):1176-81.

8. Dib LL, Curi MM, Buffarah BH. Complicações orais na Oncologia: parte A - atuação odontológica em pacientes portadores de câncer. In: Salvajoli JV. Radioterapia em Oncologia. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

9. Freire RCCG. Approach to radioinduced oral mucositis. In: Varma AK. Oral Oncology. New Dehli: MacMillan India, 1999.

10. Freire RCCG. Fatores de risco e prevenção da mucosite oral radioinduzida. In: Kowalski LP. Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer Bucal. São Paulo: Frontis Editorial, p. 423-36, 1999.

11. Genovese WJ. Revisão laser. São Paulo: Pancast, 2000.

12. Genovese WJ. Laser de baixa intensidade: aplicações terapêuticas em

- Odontologia. 1. ed. São Paulo: Lovise, 2000.
13. Glennly AM, Gibson F, Auld E, Coulson S, Clarkson JE, Craig JV et al. The development of evidence-based guidelines on mouth care for children, teenagers and young adults treated for cancer. *Eur J Cancer*, 2010; 8(46): 1399-412.
14. Karu T. Molecular mechanism of the therapeutic effect of low-intensity laser irradiation. *Dokl Akad Nauk SSSR*, 1986; 5(291):1245-9.
15. Lalla RV, Sonis PT, Peterson DE. Management of oral mucositis in patients who have cancer. *Dent Clin North Am*, 2008; 1(52):61-77.
16. Mello JB, Mello GPS. *Laser em Odontologia*. 1. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2001
17. Peterson DE, Bensadoun RJ, Roila F. ESMO guidelines working group. Management of oral and gastrointestinal mucositis; ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*, 2010; 21(Suppl 5):261-5.
18. Schubert MM, Epstein JB, Peterson DE. Complicações orais do tratamento do câncer. In: Yagiela JA, Neidle EA, Dowd FJ. *Farmacologia e terapêutica para dentistas*. Trad. PJ Voeux. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 607-18.
19. Schubert MM, Eduardo FP, Guthrie KA, Franquin JC, Bensadoun RJ, Migliorati CA et al. A phase III randomized double-blind placebo-controlled clinical trial to determine the efficacy of low level laser therapy for the prevention of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic cell transplantation. *Support Care Cancer*, 2007; 10(15):1145-54.
20. Simões A, Eduardo FP, Luiz AC, Campos L, Sá PH, Cristófarro M et al. Laser phototherapy as topical prophylaxis against head and neck cancer radiotherapy-induced oral mucositis: comparison between low and high/low power lasers. *Lasers Surg Med*, 2009; 4(41):264-70.
21. Sonis ST. Oral mucositis in cancer therapy. *J Support Oncol*, 2004; Suppl 3(2):3-8.
22. Spezzia S. Mucosite oral. *J Oral Inv*, 2015; 4(1):14-18.
23. Villar CMC, Martins IM. Princípios de cirurgia oncológica. In: Vieira SC, Lustosa AML, Barbosa CNB, Teixeira JMR, Brito LXE, Soares LFM, et al. *Oncologia Básica*. 1ª. ed. Teresina: Fundação Quixote, 2012.
24. Volpato LER, Silva TC, Oliveira TM, Sakai VT, Machado MAAM. Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. *Rev. Bras. Otorrinolaringologia*, 2007; 4(73):562-8.
25. Walsh LJ. Clinical assesment and management on the oral environment in the oncology patient. *Aust Dent J*, 2010; (55):66-77.