



A relevância da odontologia e estomatologia no tratamento em pacientes oncológicos

The relevance of dentistry and stomatology in the treatment of cancer patients

La relevancia de la odontología y la estomatología en el tratamiento de los pacientes con cáncer

Emilly Regina Matias Lima Bomfim¹, Vanessa de Carla Batista dos Santos¹, Débora Maria Tenório Vitorino¹, Max Heitor de Brito Lins¹, Yvanna Angelo da Silva¹, Katharina Jucá de Moraes Fernandes¹.

RESUMO

Objetivo: Destacar a relevância e importância da odontologia e estomatologia frente à tratamentos oncológicos, paliativos e manejo correto do paciente. **Revisão bibliográfica:** O cirurgião-dentista atua na prevenção, correto diagnóstico e tratamento de lesões presentes no sistema estomatognático que se manifesta de forma estimulada (pelo câncer) ou pelos tratamentos utilizados durante o combate das células neoplásicas. Dessa forma, algumas dificuldades podem surgir durante o tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia como infecções fúngicas ou inflamações oportunistas que devem ser tratados pelo dentista, seja o paciente paliativo ou não. Assim, essa revisão da literatura teve como destaque primordial, apontar as principais doenças que podem aparecer em pacientes oncológicos e a importância de um odontólogo na equipe multidisciplinar da oncologia. Torna-se importante e imprescindível uma maior atuação e participação de dentistas na área da equipe multidisciplinar, visto que patologias orais em pacientes oncológicos existem e foram comprovados por estudos da área. **Considerações finais:** O estudo ainda é limitado, principalmente pela falta de dentistas na área antineoplásica. Além disso, estudos tem seu direcionamento para área de enfermagem ou medicina, trazendo à luz uma grande necessidade de artigos na área odontológica. Em suma, considera-se que o cirurgião-dentista é de vital importância no tratamento e manejo desses pacientes.

Palavras-chave: Estomatologia, Odontologia, Oncologia.

ABSTRACT

Objective: To highlight the relevance and importance of dentistry and stomatology in oncological treatments, palliatives and correct management of the patient. **Bibliographic review:** The dental surgeon acts in the prevention, correct diagnosis and treatment of lesions present in the stomatognathic system that manifest themselves in a stimulated way (by cancer) or by the treatments used during the combat of neoplastic cells. Thus, some difficulties may arise during treatment with chemotherapy and/or radiotherapy such as fungal infections or opportunistic inflammations that must be treated by the dentist, whether the patient is palliative or not. Thus, this literature review had as its primary highlight, to point out the main diseases that can appear in

¹ Centro Universitário CESMAC, Maceió - AL.

oncology patients and the importance of a dentist in the multidisciplinary oncology team. It becomes important and indispensable a greater performance and participation of dentists in the multidisciplinary team, since oral pathologies in oncologic patients exist and have been proven by studies in the area. **Final considerations:** The study is still limited, mainly due to the lack of dentists in the antineoplastic area. Moreover, studies are directed to the nursing or medical areas, bringing to light a great need for articles in the dental area. In summary, it is considered that the dental surgeon is of vital importance in the treatment and management of these patients.

Keywords: Stomatology, Dentistry, Oncology.

RESUMEN

Objetivo: Destacar la relevancia e importancia de la odontología y estomatología frente a los tratamientos oncológicos, paliativos y correcto manejo del paciente. **Revisión bibliográfica:** El cirujano dentista actúa en la prevención, correcto diagnóstico y tratamiento de las lesiones presentes en el sistema estomatognático que se manifiesta de forma estimulada (por cáncer) o por los tratamientos utilizados durante el combate de las células neoplásicas. De esta forma, pueden surgir algunas dificultades durante el tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia como infecciones fúngicas o inflamaciones oportunistas que deben ser tratadas por el odontólogo, tanto si el paciente es paliativo como si no. Así, esta revisión bibliográfica tuvo como principal destaque, señalar las principales enfermedades que pueden aparecer en pacientes oncológicos y la importancia de un odontólogo en el equipo multidisciplinar de oncología. Se torna importante e imprescindible una mayor actuación y participación de los odontólogos en el equipo multidisciplinario, ya que las patologías bucales en pacientes con cáncer existen y han sido comprobadas por estudios en el área. **Consideraciones finales:** El estudio aún es limitado, principalmente debido a la falta de odontólogos en el área antineoplásica. Además, los estudios se dirigen al área de enfermería o medicina, lo que pone de manifiesto una gran necesidad de artículos en el área odontológica. En definitiva, se considera que el cirujano-dentista es de vital importancia en el tratamiento y manejo de estos pacientes.

Palabras clave: Estomatología, Odontología, Oncología.

INTRODUÇÃO

A odontologia encontra-se muito presente na vida de pacientes que estão em situações paliativas e em tratamentos oncológicos, principalmente para rastreio de lesões pré-cancerígenas. As medidas de combate utilizadas pela equipe de odontólogos são a laserterapia, bochechos com clorexidina 0,12%, instrução de higiene oral, uso de anti-inflamatórios, analgésicos e antifúngicos. Paralelamente, a atuação do odontólogo na equipe multidisciplinar oncológica paliativista é indispensável para o funcionamento de um ambiente de saúde e família, além do controle das manifestações orais (ZELIK V, et al., 2022).

Freitas DA, et al. (2011), ressalta que milhares de pessoas evoluem suas condições de doenças para uma fase agressiva ou terminal, que é caracterizado pela incapacidade de cura e ausência de tratamentos contribuindo para uma certeza de morte e piora considerável do prognóstico. Mundialmente, mais de 900 mil casos do câncer com acometimento da cabeça e pescoço são diagnosticados por ano, 400 mil desses consistem em tratamentos paliativos devido a sua gravidade. Indivíduos do sexo masculino geralmente são mais acometidos que o público feminino, no comparativo à patologia. Não obstante, a mortalidade associada a câncer de laringe ou orofaringe são mais graves (AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY, 2022).

Dessa forma, radiações como radioterapia, quimioterapia atingirão a mucosa oral, tendo em mente que esses tratamentos também atingem tecidos saudáveis tendo como consequência uma xerostomia, hipossalivação que pode ser um sintoma irreversível caso não tenha um acompanhamento profissional. É imprescindível destacar, também, que a maior glândula que existe no nosso corpo está presente na mucosa oral, cerca de 90% da saliva é produzida pela glândula salivar maior, caso atingida por alguma radiação do tratamento, pode ter consequências irreversíveis. Algumas patologias podem surgir especificamente durante

o tratamento do câncer, como a mucosite oral (MO), trata-se de uma lesão que causa uma destruição quimioterápica em tecidos de ação mitótica intensa (CICHELLI MQ, et al., 2018). Porém, alguns fatores predisponentes, como o fumo e álcool podem catalisar o processo de divisões mitóticas de uma célula pré-cancerígena e dificultar, consideravelmente, um prognóstico, assim como afirma uma pesquisa conduzida que relata um caso clínico e, ao afirmar, quanto mais cedo o paciente possui comportamentos como misturar hábitos deletérios como álcool juntamente com o fumo e predisposições genéticas como histórico familiar e contato com o vírus HPV, pode aumentar consideravelmente o risco de desenvolver um câncer oral, como foi relatado nesta ocasião, um caso grave e avançado de células carcinogênicas na borda posterior-lateral da língua com envolvimento do soalho da língua (LEITE RB, et al., 2021).

É importante que o cirurgião-dentista compreenda sobre o manejo e protocolo correto para pacientes que estão em de tratamento oncológico. Dessa forma, na presente revisão narrativa se discorre sobre o impacto odontológico, oferecendo um maior acervo na literatura e facilitando o compartilhamento de experiências, tendo como embasamento artigos originais e revisões literárias.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A importância do cirurgião-dentista frente a pacientes com câncer e os principais tratamentos oncológicos

Primeiramente, é imprescindível destacar que o cirurgião-dentista (CD) atua na prevenção, correto diagnóstico e tratamento de lesões presentes no sistema estomatognático que se manifesta de forma estimulada (pelo câncer) ou pelos tratamentos utilizados durante o tratamento. Independente do motivo de origem, por esses motivos acima o CD é importante dentro da equipe multidisciplinar paliativista para pacientes oncológicos (ZELIK V, et al., 2022).

A literatura apresenta uma série de patologias orais que podem surgir como consequência do tratamento oncológico, seja ela oportunista devido a baixa do Sistema imune, seja ela por consequência da radiação em tecido oral. Após o tratamento de radioterapia com duração de 6 meses, Gaetti JJ, et al. (2021) observaram que o desequilíbrio da microbiota bucal é influenciado pelo fluxo salivar, que catalisa o desenvolvimento de microorganismos no meio oral, aumentando o risco de desenvolvimento de candidíase, por exemplo. Tal estudo serve para destacar a importância do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar.

A quimioterapia, isoladamente, não é utilizada como tratamento terapêutico, porém em meta-análise torna-se eficaz. Seu uso, paralelamente, ainda é questionável sobre profissionais médicos da área oncológica, porém cada caso deve ser avaliado de maneira individualizada, principalmente em lesões cancerígenas de grande volume, aumentando consequentemente a sobrevida de um paciente. Em contrapartida, a radioterapia tem grande impacto de sobrevida livre da doença, podendo ser utilizada em 3 fases: estágio inicial, estágio intermediário (geralmente utilizada em pós-operatório) e avançado (quando feito concomitantemente com a quimioterapia) (HALPERIN EC, et al., 2022).

Patologias orais que podem surgir durante o tratamento da quimioterapia e/ou radioterapia

Paralelamente, alguns fármacos utilizados durante a quimioterapia e/ou radioterapia podem catalisar o processo de infecção fúngica ou aparecimento de lesões inflamatórias oportunistas, devido à baixa na imunidade e leucopenia. O fluorouracil, metotrexato e a adriamicina, um dos medicamentos mais utilizados durante o tratamento tem efeito antimetabólito, fase ativa no ciclo celular e, alguns medicamentos como o metotrexato utilizam de secreções salivares o que ocasiona, em certos pacientes, a xerostomia, mucosite e gengivite, alguns casos de disgeusia também foram relatados (JESUS LG, et al., 2016). No sul do Brasil, foi publicado uma pesquisa de campo sobre a prevalência de traumas e lesões relacionados aos pacientes em tratamento seja com a quimioterapia, seja com a radioterapia. A partir dessa pesquisa feita por Figueiredo ALP, et al. (2013), foi concluído que dentre os 96 pacientes presentes, submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia, 87 deles tinham contraído alguma afecção, sendo a mais comum a xerostomia (acima de 70%), seguido de MO (67,7%) e candidíase (32,3%), consolidando tais informações em relação a presença importante e indispensável do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar.

Dentre as patologias, algumas podem surgir como a: mucosite oral (MO), candidíase, xerostomia, doença periodontal, cárie de irradiação e a osteorradiocrose. A MO é uma doença de caráter inflamatório agudo, seus sinais clínicos são ulcerações/lesões erosivas, essa doença pode chegar num nível de perigo sistêmico do corpo, quando essas lesões apresentam um nível de ulceração extrema, o que conseqüentemente causa uma necrose tecidual e os microrganismos presentes na infecção pode se espalhar de maneira sistêmica através das correntes sanguíneas, causando um risco de morte. Esse nível caracteriza-se como um nível 4 de MO, segundo informações da OMS (CICHELLI MQ, et al., 2018).

Segundo Rocha FGCW, et al. (2018) caracterizam a candidíase, como uma infecção de caráter oportunista, muito recorrente quando os níveis de imunidade do corpo estão baixos, conhecido como imunossupressão, que é consequência do tratamento antineoplásico. Em conjunto, é decorrente de uma má higienização, reflexo da ausência de profissionais especializados na área para atuar no manejo e instrução de higiene oral desses pacientes oncológicos. São caracterizadas pela presença de placas brancas na mucosa oral de caráter eritematoso, sua sintomatologia pode variar entre dolorosa ou não, durante o ato de deglutição.

A xerostomia, é caracterizada como uma secura na mucosa oral. As problemáticas adjuntas a essa patologia podem resultar em: disgeusia, halitose, dislalia, sensação de queimação na boca, dificuldade no processo digestório e nos músculos da deglutição, alteração do pH da saliva tendo conseqüências na dificuldade de tamponamento da saliva. O portador dessa lesão pode diminuir em até 90% da produção de sua saliva, afetando sua saúde e convívio social que pode gerar problemas psicológicos, paralelo a isso, um maior risco de desenvolver cáries, doenças periodontais, nutricionais, infecções fúngicas e gengivites (GOULART JD, et al., 2018).

Outra lesão bastante associada ao tratamento oncológico é a doença periodontal, uma lesão de caráter inflamatório, caracterizada como resposta imunológica sistêmica, induzida pela placa bacteriana localizada ao tecido conjuntivo adjacente a gengiva. Dessa forma, essa lesão pode iniciar como uma gengivite tendo conseqüências como perda óssea e mobilidade dentária, presença de cálculos, inflamação e recuo gengival. Em alguns casos mais graves, essa doença periodontal pode levar à evolução de uma outra patologia: endocardite bacteriana (CANGUSSU PM, et al., 2018).

Paralelo a isso, uma pesquisa realizada por Spezzia S (2021), destacou os efeitos adversos que a radioterapia pode causar na cavidade oral como: cáries de irradiação, trismo, fibrose cutânea, edema da face e do pescoço, concedendo à odontologia tal possibilidade de diminuição da sintomatologia e desenvolvimento de prognóstico positivo do paciente em tratamento antineoplásico. A cárie de irradiação é a lesão que tem relação direta com a radiação utilizada durante o tratamento antineoplásico. Caracteriza-se por uma radiação direta do tratamento radioterápico, que ocasiona uma destruição à massa tumoral e toda região de tecidos sadios adjacentes e, diante desse cenário, esses efeitos negativos também podem acometer toda mucosa oral, como atingir a região cervical dos elementos dentários de evolução rápida, sem sintomatologia dolorosa. Além disso, a radioterapia também pode atingir as glândulas salivares, onde ocorre uma hipossalivação decorrente da xerostomia (RODRIGUES RB, et al., 2021).

Paralelo a isso, a osteorradiocrose caracteriza-se por uma destruição dos osteoblastos e osteócitos, essa alteração pode ser mais nítida em região de mandíbula, visto que, é uma região menos densa e menos vascularizada em relação à maxila. Um dos principais sintomas da osteorradiocrose é uma ferida na mucosa oral que não cicatriza em menos de 3 meses, trazendo um risco à infecção local e/ou sistêmica, o que gera essa necrose dos tecidos adjacentes (DAVID EF, et al., 2016).

Relação da dor em pacientes oncológicos com a odontologia

Segundo um ensaio clínico randomizado duplo cego de percepção da dor durante um tratamento odontológico, realizado pela UNESP em 2022, a percepção da dor pode ser observada através de uma percepção analógica (EVA) nas primeiras 24,36 e 48 horas após a instalação de um instrumento odontológico. Durante essa pesquisa, foi conclusivo que a dor de procedimentos odontológicos, como tratamentos ortodônticos citados pela pesquisa, é de caráter individual e próprio, então, não existe um protocolo exclusivo

para o controle da dor, independentemente do método utilizado pois a dor é característica de cada um (ROSSI S, et al., 2022). Em contrapartida, uma publicação realizada no ano de 2015 afirma que a dor em odontologia tem pontos específicos, foi relatado a presença de algia em três pacientes oncológicos que tiveram as seguintes regiões afetadas: região infratemporal, parotidomassetérica e submandibular. Foram relatados que dores durante o ato de mastigação, dor ao ingerir líquidos gelados e ingestão de alimentos condimentados, além de uma dor severa ao masseter ser apalpado. Trazendo à esfera temática da presente revisão da literatura, a dor de pacientes oncológicos devem ser respeitadas e tratadas de maneira individualizada, visto que lesões e doenças oportunistas podem surgir durante o tratamento antineoplásico. Diante dessa pesquisa comandada, houve uma melhora dos pacientes ao administrar medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios, tendo em mente que a individualidade de cada paciente fora estudada e planejada para tais administrações medicamentosas (NASCIMENTO LA, et al., 2018).

Em contextualização, uma pesquisa realizada em um hospital de Uberlândia, relata que 75% dos pacientes tiveram algum tipo de dor durante o tratamento, mesmo durante a administração de analgésicos opioides e anti-inflamatórios fortes, um dos medicamentos utilizados durante a pesquisa foi a Metadona. Durante a evolução ou involução da dor, foi relatado que a integridade física, psicológica e social desses participantes fora alterada, de sintomatologia única e/ou mais áreas da integridade atingida (MENDES TR, et al., 2014).

Para Wiermann EG, et al. (2014) o combate a dor na odontologia só atingirá o sucesso quando houver uma correta administração e interação entre medicamentos aliado a uma terapia alternativa não-medicamentosa e uso de analgésicos. Durante a presente pesquisa, os participantes destacaram a importância do odontólogo durante uma equipe multidisciplinar.

Contribuições que o Cirurgião-dentista deve ter frente aos cuidados oncológicos

Durante uma pesquisa realizada por Sera EA, et al. (2013) destacam a importância de um odontólogo na equipe multidisciplinar, presente no pré e trans tratamento radioterápico como vital importância para uma melhora do prognóstico do paciente oncológico. Foram avaliados 21 participantes no Hospital Frei Damião (SP) em Guaratinguetá. Desses, 16 participantes do sexo masculino (76,1%) e 5 (23,8%) do gênero feminino. Os resultados da pesquisa apresentaram que 15 participantes (71,4%) passaram por algum tipo de tratamento odontológico antes de iniciar o tratamento radioterápico. 18 participantes (85,7%) referiram algum sintoma da radioterapia, o mais referido foi a xerostomia e 17 (80,9%) relataram disgeusia. Concluiu-se, a partir dessa amostra que, de fato, a radiação causou um dano na mucosa oral significativo e, apesar da maioria dos participantes terem tido orientações sobre higiene oral ou ter feito algum procedimento periodontal antes do tratamento antineoplásico, apenas 1 participante procurou uma ajuda odontológica durante a realização do mesmo. Tendo como um importante alerta: a instrução de higiene oral (IHO) é de grande importância para minimizar ou prevenir os efeitos da radioterapia sobre a mucosa oral, visto que, o resultado dos participantes em relação a IHO ficou aquém do esperado.

Sobre o tratamento da MO, principalmente em grau 3 ou 4, consiste em três opções: cuidados orais, manutenção da saúde oral com objetivo de manter a integridade da mucosa e evitar o avanço da doença, assim como evitar sangramentos e desenvolvimento de cáries. Na segunda opção de tratamento temos a etapa dos anti-inflamatórios, analgésicos e soluções tópicas: que consiste numa ação paliativa da dor, métodos alternativos descritos na pesquisa como chá de camomila congelado com aplicação sobre regiões afetadas até seu derretimento, tiveram um efeito superior aos anti-inflamatórios, bochechos com clorexidina 0,12% também são receitados, faz-se uso também de analgésicos: paracetamol; opioides: cloridrato de tramadol - dose máxima de 400mg – 8 cápsulas ao dia) sulfato de morfina (um comprimido de 10mg ou 30mg a cada quatro horas). Já em relação aos anti-inflamatórios, faz-se uso da Prednisona (40mg/ dia durante uma semana) (VIEIRA ACF e LOPES FF, 2006; MARCUCCI G, 2012; SALAZAR M, et al., 2008).

Enquanto na terceira opção de tratamento está o Laser de baixa intensidade, que consiste num tratamento calmo e indolor ao paciente, algumas literaturas indicam aplicações diárias antes do tratamento antineoplásico, em torno de 5 a 10 minutos de aplicação, com duração de 20 dias após o término de todo tratamento, revelando sua capacidade de aumento do metabolismo celular e capacidade de bioestimulação

(VIEIRA ACF e LOPES FF, 2006; KELNER N e CASTRO JFL, 2007; FIGUEIREDO ALP, et al., 2013). Em relação a xerostomia, o cirurgião-dentista pode prescrever saliva artificial, instrução para uma maior frequência no consumo de água, bochechos com clorexidina a 0,12% e mascar pastilhas sem açúcar, provocando um aumento do fluxo salivar. (GOULART JD, et al., 2018).

Não obstante, o tratamento da candidíase oral consiste em fazer o uso de antifúngicos tópicos ou orais. Os de uso sistêmicos, compreendidos por fluconazol e itraconazol, pode ser necessário caso o paciente tenha alguma relação negativa durante seu histórico de uso com antifúngicos de uso tópico. O uso de pastilhas mastigáveis de nistanina e clotrimazol podem ser receitadas, entre uma há duas vezes ao dia. Enxaguantes bucais a base de fluconazol também se torna uma boa opção de tratamento quando existe uma resistência medicamentosa (DANTAS EF, et al., 2020).

Faz-se importante ressaltar o tratamento de doenças periodontais, tendo em mente suas diversas classificações e protocolos clínicos reservados para particularidade de cada paciente. Dessa forma, é imprescindível uma remoção total dos cálculos, supra e sub gengival, seja por instrumentos manuais, seja por ultrassom. Contudo, o tratamento irá variar de acordo com o grau de doença periodontal atingido, tornando uma opção reservada ao cirurgião-dentista em quantas sessões e quais os graus de tratamentos que serão utilizados (STUANI VT, et al., 2018).

Por fim, o tratamento da cárie de radiação consiste em uma previa análise do paciente, baseando-se nos princípios da odontologia restauradora: dentística. Porém, em algumas ocasiões o tratamento restaurador já não é mais necessário, visto que em alguns casos, a lesão de radiação já atingiu a polpa do elemento, sendo necessário um tratamento endodôntico eficaz e, em casos extremos, a exodontia se torna necessária (SILVA JKMC, et al., 2021).

O uso de lasers de baixa potência no cenário oncológico e a estomatologia como importante aliado ao tratamento

Em uma pesquisa realizada no hospital no estado de Rio Grande do Sul, 18 pacientes em tratamento oncológico, passaram pela etapa de tratamento alternativo não medicamentoso com o laser de baixa intensidade. Foi administrado o tratamento do laser com comprimento de onda 660nm, com duração de 1 minuto em diversos pontos de aplicação, como a mucosa jugal, glândulas salivares, palato, língua e lábios. Após a conclusão do tratamento, foi relatado pelos participantes que sintomas da dor, salivação, mastigação, fala e paladar tiveram resultados positivos consideráveis, sendo o LASER de baixa intensidade capaz de atuar como analgésico, anti-inflamatórios e reparadores da lesão da mucosa (REOLON LZ, et al., 2018).

Diante do exposto, esse mesmo estudo quase-experimental explicita em seu relato, que o tipo de câncer mais abordado foi a Leucemia aguda, sendo a quimioterapia o principal tratamento relatado em 100% dos casos e a radioterapia, 50% dos casos. Reolon LZ, et al. (2018) ainda afirmam que a qualidade de vida desses pacientes submetidos ao tratamento da laserterapia tiveram uma melhora significativa, um aumento de 456,2 para 678,3 de acordo com o escores de qualidade de vida, utilizado durante a pesquisa. A utilização de lasers de baixa intensidade está cada vez mais em uso em pacientes neoplásicos, principalmente pela sua eficácia ao combater a MO. Em contrapartida, os estudos crescentes e novos ainda não estão aprofundados o suficiente para definir um protocolo específico para diminuição a ocorrência de MO. Porém, alguns estudos estão indicando uma terapia de ondas estimadas entre 600 a 900nm, já são capazes de estimular a ação mitótica das células, diminuindo a evolução e piora clínica dos casos de Mucosite Oral MAGNABOSCO-NETO AE e WESTPHALEN FH, 2013).

Borges BS, et al. (2018) explicita em seu relato de caso, em relação a terapia com o LASER de baixa intensidade, que o tratamento foi utilizado para combater a mucosite oral, com comprimento de onda de 660nm, com potência de 110mW, energia de 2J, aplicação por pontos, do período que apareceu as referidas lesões bucais até 20 dias após o término do tratamento antineoplásico. Também, foram tratadas lesões fúngicas como a candidíase oral no presente relato, realizando bochechos com nistatina e uso de lubrificantes bucal e labial concomitantemente. O uso de terapia medicamentosa associado a terapia fotodinâmica (PDT) também tem resultados positivos relatado no presente estudo.

O cirurgião-dentista, destaque para o estomatologista, tem domínio e dever de exercer seu papel fundamental como profissionais de saúde com o objetivo de mediador de medidas preventivas aos agravos à saúde, dentre os tratamentos clínicos que são ofertados por esses profissionais merecem destaque as principais terapias aliadas ao tratamento antineoplásico: raspagens periodontais, crioterapia, laserterapia de baixa potência, exodontia, endodontia, receituário para salivas artificiais e/ou lubrificantes orais, estimular o consumo de água, além de um aconselhamento de dietas com um teor de dietas cariogênicas reduzida (POZZOBON JL, et al., 2011). Aliado a isso, estomatologistas tem um papel de notória importância como o rastreamento de lesões pré-cancerígenas e diagnóstico de lesões que podem surgir durante o tratamento quimioterápico ou radioterápico (REOLON LZ, et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imprescindível que o cirurgião-dentista acompanhe o paciente oncológico durante toda etapa do pré e trans-tratamento, tendo em mente que lesões podem surgir durante o tratamento oncológico. Outrossim, procedimentos/instruções precisam ser feitos anteriormente para interromper a progressão de uma patologia, como infecções fúngicas, inflamações locais e/ou sistêmicas, ou uma maneira de evitá-las, tendo como objetivo oferecer uma maior qualidade de vida do paciente oncológico durante o tratamento da quimioterapia e/ou radioterapia. Contudo, o cirurgião-dentista tem em seu arsenal de tratamentos, protocolos e pesquisas suficientes que asseguram uma maior eficácia do protocolo odontológico, manejo da dor e prognóstico positivo na vida dos participantes citados nessa presente revisão da literatura. A revisão ainda é limitada, principalmente pela falta de dentistas na área oncológica. Além disso, alguns estudos tem seu direcionamento para área de enfermagem ou medicina, trazendo à luz uma grande necessidade de mais artigos na área odontológica. Em suma, considera-se que o cirurgião-dentista é de vital importância no tratamento e manejo pré e trans tratamento de pacientes em tratamentos antineoplásicos.

REFERÊNCIAS

1. BORGES BS, et al. Atendimento odontológico de paciente submetido à radioterapia em região de cabeça e pescoço: relato de caso clínico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 2018; 30(3): 332-340.
2. AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY. Head and Neck Cancer: Statistics, United States (USA): Cancer.net editorial board, 2022.
3. CANGUSSU PM, et al. Endocardite bacteriana de origem bucal: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde*, 2018; 1(1): 11-13.
4. CICHELLI MQ, et al. Mucosite oral induzida por terapia oncológica – uma revisão de literatura. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 2018; 16(1): 85-88.
5. DANTAS JBL, et al. Candidíase oral em pacientes submetidos à terapia antineoplásica: uma revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA, Salvador*, 2020; 50(1): 25-34.
6. DAVID EF, et al. Manejo terapêutico e preventivo da osteorradionecrose: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Odontologia*, 2016; 73(2): 150-156.
7. FIGUEIREDO ALP, et al. Laser terapia no controle da mucosite oral: um estudo de metanálise. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2013; 59(5): 467-74.
8. FREITAS DA, et al. Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. *Revista CEFAC, Campinas*, 2011; 13(6): 1103-1108.
9. GOULART JD, et al., Xerostomia e suas causas na Odontologia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2018; (3): 99-103.
10. HALPERIN EC, et al. Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology, 2013; 6ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 6(2): 1355-425
11. JESUS LG, et al. Repercussões orais de drogas antineoplásicas: uma revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia Universidade de Passo Fundo*, 2016; 21(1): 130-135.

12. KELNER N e CASTRO JFL. Laser de baixa intensidade no tratamento da mucosite oral induzida pela radioterapia: relato de casos clínicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2007; 53(1): 29-33.
13. LEITE RB, et al. The influence of tobacco and alcohol in oral cancer: literature review. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* [online], 2021; 57.
14. LOPES LD, et al. Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2016; 25(1): 1-9.
15. MAGNABOSCO-NETO AE e WESTPHALEN FH. Efetividade profilática e terapêutica do laser de baixa intensidade na mucosite bucal em pacientes submetidos ao tratamento do câncer. *Revista da Faculdade de Odontologia Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo*, 2013; 18(2): 246-53.
16. MARCUCCI G. Fundamentos da odontologia: estomatologia. Santos Editora, São Paulo, 2012; 207-208.
17. MENDES TR et al. Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2014; 27(4): 356-61.
18. NASCIMENTO LA, et al., Manuseio da dor: avaliação das práticas utilizadas por profissionais assistenciais de hospital público secundário. *Revista Dor* [online], 2018; 17(2): 76-80.
19. POZZOBON JL, et al. Complicações bucais dos tratamentos de câncer de cabeça e pescoço de malignidades hematológicas. *Revista da Faculdade de Odontologia Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo*, 2011; 16(3): 342-346,
20. REOLON LZ, et al. Impacto da laserterapia na qualidade de vida de pacientes oncológicos portadores de mucosite oral. *Revista de Odontologia da UNESP*, 2018; 46: 19-27.
21. ROCHA FGCW, et al. Ocorrência de candidíase oral em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos aos tratamentos antineoplásicos. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 2018; 16(3): 318-322.
22. RODRIGUES RB, et al. Manejo da cárie relacionada à radiação em pacientes oncológicos de cabeça e pescoço: evidência científica. *Research, Society and Development*, 2021; 10(7): 1-14.
23. ROSSI S, et al. A double-blinded randomized clinical trial of pain perception during orthodontic treatment. *Revista de Odontologia da UNESP* [online], 2022; (5): 1-7.
24. SALAZAR M, et al. Efeitos e tratamento da radioterapia de cabeça e pescoço de interesse ao cirurgião dentista. *Revista Odonto*, 2008; (31): 62-68.
25. SERA EA, et al. Avaliação dos cuidados odontológicos pré e transtratamento radioterápico. *Brazilian Journal of Periodontology*, 2013; 23(3): 30-38.
26. SILVA JKMC, et al. Cuidados odontológicos para pacientes submetidos a tratamentos antineoplásicos. *Research, Society and Development*, 2021; 10(12): 1-12.
27. SPEZZIA S. Abordagem odontológica da cárie de radiação oriunda de efeitos adversos da radioterapia de cabeça e pescoço. *Universidade Metodista de São Paulo*, 2021; 29(56):1-6.
28. STUANI VT, et al. A relação entre doença periodontal e o câncer oral. *Revista Brasileira de Odontologia*, 2018; 73(3): 218-222.
29. VIEIRA ACF e LOPES FF. Mucosite oral: efeito adverso da terapia antineoplásica. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 2006; 5(3): 268-274.
30. WIERMANN EG, et al. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, 2014; 10(38): 132-143.
31. ZELIK V, et al. O odontólogo frente aos cuidados paliativos na oncologia. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 2022; 26(3): 927-948