

ALTERAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DE CÂNCER NA REDE PÚBLICA DE RECIFE-PE

Arnaldo Caldas Júnior¹

André Barbosa²

Isabela Mergulhão Teti³

Mona Lisa Maria Silvestre França⁴

Ana Cláudia Rodrigues de Oliveira Paegle⁵

Michelly Cauás⁶

Odontologia



ISSN IMPRESSO 1980-1769

ISSN ELETRÔNICO 2316-3151

RESUMO

Os quimioterápicos são drogas que atuam principalmente sobre as células tumorais, destruindo-as ou impedindo a sua reprodução. A boca é um dos principais locais do corpo que reflete as complicações do tratamento do câncer. É fundamental a prevenção e o controle dos efeitos adversos orais, pois, podem limitar o tratamento, levar à necessidade da interrupção temporária ou definitiva do mesmo comprometendo adversamente o controle local do tumor e as taxas globais de sobrevida. Verificar a ocorrência de alterações bucais em pacientes submetidos ao tratamento quimioterapia de câncer bucal. A pesquisa foi realizada na Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer/Hospital do Câncer de Pernambuco que atende aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram coletados dados de prontuários dos pacientes que estiveram em tratamento no ambulatório de cabeça e pescoço no período de janeiro a junho de 2014, totalizando 108 indivíduos, sendo 74 do sexo masculino e 34 do sexo feminino, com idades entre de 19 a 89 anos. Os dados foram digitados no programa SPSS para análise estatística. A partir desta amostra, a maior indicação de tratamento para o câncer bucal, se deu através de radioterapia, portanto, as alterações bucais mais encontradas relacionavam-se ao tratamento radioterápico. Apesar de relatos na literatura da associação da quimioterapia com lesões na cavidade oral, no universo do nosso estudo a maior frequência foi da terapêutica radioterápica. Desta forma, necessita-se ampliar o número de prontuários a serem avaliados para uma avaliação mais abrangente da prevalência de comprometimento oral.

PALAVRAS-CHAVE

Quimioterapia, Radioterapia, Carcinoma Epidermoide.

ABSTRACT

Chemotherapeutic are drugs that act primarily on the tumor cells, destroying them or preventing their reproduction. The mouth is one of the leading places in the body that reflects the complications of cancer treatment. It is crucial to prevention and control of oral adverse effects because they can limit the treatment, lead to the need of temporary or permanent withdrawal of the same adversely affecting the local tumor control and overall survival rates. Check the occurrence of oral changes in patients undergoing chemotherapy treatment for oral cancer. The survey was conducted in Pernambuco Society to Cancer Combat/Pernambuco Cancer Hospital that caters to patients of the Unified Health System (SUS). Data were collected from medical records of patients who were undergoing treatment at the head clinic and neck in the period from January to June 2014, totaling 108 individuals, 74 males and 34 females, aged 19-89 years. The data were entered into SPSS for statistical analysis. From this sample, the largest indication for treatment for oral cancer, was through radiotherapy, therefore, the most frequent oral changes related to the radiotherapy. Despite reports in the literature of chemotherapy association with lesions in the oral cavity, in the universe of our study was the increased frequency of radiotherapy treatment. Thus, we need to increase the number of records to be evaluated for a more comprehensive assessment of the prevalence of oral commitment.

KEYWORDS

Chemotherapy. Radiotherapy. Squamous Cell Carcinoma.

1 INTRODUÇÃO

Os quimioterápicos são drogas que atuam principalmente sobre as células tumorais, destruindo-as ou impedindo a sua reprodução. Entretanto, algum dano sobre os tecidos normais é inevitável, particularmente naqueles em que ocorre naturalmente uma rápida divisão celular (cabelos, mucosas, sistema hematopoiético) (ROSA, 1997).

A cavidade bucal é um dos principais locais do corpo que reflete as complicações do tratamento do câncer. Os sinais infecciosos, hemorrágicos, citotóxicos, nutricionais e neurológicos da toxicidade das drogas são refletidos na boca pela mudança da coloração, conforto e integridade da mucosa (DREIZEN, 1990). Aproximadamente uma semana após a primeira sessão de quimioterapia, o paciente apresenta-se imunodeprimido. Nesse período, qualquer foco de infecção odontogênica ou periodontal preexistente pode representar um grande risco de agudização (TRAVAGLINI, 2006). Desta forma se faz necessário uma avaliação prévia das condições orais do paciente e um acompanhamento durante e após a terapêutica quimioterápica (SANTOS; FERNANDES, 2006).

É fundamental a prevenção e o controle dos efeitos adversos orais, pois, podem limitar o tratamento, levar à necessidade da interrupção temporária ou definitiva do tratamento e, dessa forma, comprometer adversamente o controle local do tumor e as taxas globais de sobrevida. Além disso, nos casos de interrupção com aumento do tempo total de tratamento, ocorrerá aumento significativo no custo do tratamento, diminuição da motivação do paciente em prosseguir o planejamento terapêutico e, sobretudo, a repercussão sobre o prognóstico e a qualidade de vida do paciente (CASTRO ET AL., 2002).

Promover a saúde bucal ajuda a minimizar o risco das sequelas oncooterápicas que podem dificultar a continuidade do tratamento e impactar negativamente na qualidade de vida do paciente. Portanto, o objetivo desta pesquisa é o de verificar a ocorrência de alterações bucais em pacientes submetidos ao tratamento quimioterapia de câncer.

2 MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa foi realizada na Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer/Hospital do Câncer de Pernambuco que atende aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram coletados dados de 108 prontuários de pacientes que estiveram em tratamento no ambulatório de cabeça e pescoço no período de janeiro a junho de 2014.

As variáveis analisadas foram gênero, idade, fatores de risco associados à doença, localização anatômica, classificação histológica da lesão, tratamento instituído, além de uma análise das orientações fornecidas pelo médico assistente quanto aos cuidados orais.

Este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Foi feito um termo de compromisso de Uso de Banco de Dados à direção do referido hospital, baseado nos itens das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) e na Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 33580414.5.0000.5205.

Os dados foram obtidos de prontuários de pacientes, depois digitados no programa SPSS para análise estatística.

3 RESULTADOS

Dos 108 prontuários avaliados encontramos quanto ao 68,5% eram do sexo masculino e 31,5% do sexo feminino, com idades variando de 19 a 89 anos, onde a faixa mais frequente foi acima de 60 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição por faixa etária dos pacientes portadores de carcinoma espinocelular atendidos no HC de Pernambuco

Faixa etária	Frequência	%
19 a 24 anos	2	1,9
25 a 44 anos	7	6,5
45 a 59 anos	42	38,9
Acima de 60 anos	57	52,8
Total	108	100,0

Fonte: Autores, 2015.

A principal classe histológica encontrada foi de carcinoma espinocelular bem diferenciado (46,3%), seguido de carcinoma espinocelular bem diferenciado infiltrativo ulcerado (21,5%) e carcinoma espinocelular infiltrativo (18,5%), e a principal topografia o dorso da língua seguido do assoalho bucal.(Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes portadores de carcinoma espinocelular bucal de acordo com a localização anatômica

	Lesão em assoalho bucal		Lesão em mucosa jugal		Lesão em dorso lingual		Lesão em ventre lingual	
	F*	%	F*	%	F*	%	F*	%
Não	76	71,0	98	90,7	56	51,9	86	76,6
Sim	31	28,7	10	9,3	52	48,1	22	20,4
Total	107	100,0	108	100,0	108	100,0	108	100,0

Fonte: Autores, 2015.

Com perda de quatro prontuários por inconsistência de dados, quanto aos hábitos de fumar e ingestão alcoólica, encontramos nos 104 prontuários restantes uma frequência de hábito de fumar e beber em 76 prontuários representando 73%, e quando avaliados separadamente encontramos fumo 17,3% e ingestão de bebida alcóolica em 3,6%.

Tabela 3 – Relação entre o hábito de fumar e beber

	Hábito de Fumar	Hábito de Beber		Total
		Não	Sim	
	Não	24	4	28
	Sim	18	58	76
	Total	42	62	104

Fonte: Autores, 2015.

Dos 108 prontuários avaliados apenas três relatavam quimioterapia e 34 relatavam radioterapia. Desta forma não foi possível correlacionar especificamente a terapêutica quimioterápica com as principais alterações na cavidade bucal (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das lesões na cavidade oral após tratamento em pacientes portadores de carcinoma espinocelular bucal atendidos no HC de Pernambuco

	Trismo		Odinofagia		Xerostomia		Lesão Ulcerada		Epitelite		Sialorreia	
	F*	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Não	104	96,3	107	99,1	104	96,3	105	97,2	106	98,1	107	99,1
Sim	4	3,7	1	0,9	4	3,7	3	2,8	2	1,9	1	0,9
Total	108	100,0	108	100,0	108	100,0	108	100,0	108	100,0	108	100,0

* F – Frequência

Fonte: Autores, 2015.

4 DISCUSSÃO

Foram avaliados 108 prontuários, nos quais encontramos uma maior frequência de carcinoma espinocelular em pacientes acima de 60 anos de idade (52,8%), em ambos os sexos. Dedivits e outros autores (2004) avaliando 43 casos de carcinoma

espinocelular (CEC) de boca e 25 de orofaringe do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Misericórdia de Santos e do Hospital Ana Costa entre os anos de 1997 a 2000, entre os 427 pacientes avaliados, a média de idade foi de 61,77 anos (DEDIVITIS ET AL., 2004) Contudo para Antunes (ANTUNES ET AL., 2003), com relação à faixa etária a 5ª, 6ª, 7ª décadas foram as mais frequentes.

Em relação ao tipo histológico do tumor, o resultado do presente estudo corrobora com a afirmativa de que as neoplasias malignas de boca são representadas predominantemente pelo carcinoma espinocelular bem diferenciado dentro das neoplasias malignas de origem epitelial (COTRIN ET AL., 2001).

A localização anatômica mais afetada pela neoplasia foi a língua, totalizando 48,1% dos casos. De acordo com a literatura que identifica a língua como o sítio mais acometido pelas neoplasias malignas de cavidade bucal (CARVALHO ET AL., 2001). Vale ressaltar a importância e preocupação com este dado, porque tumores localizados em língua estão relacionados a uma maior ocorrência de óbitos, devido seu comportamento agressivo e uma precoce metastatização cervical (FIGUEIREDO ET AL., 2000).

A associação dos hábitos de tabagismo e etilismo foram os mais frequentes entres os indivíduos do estudo (73%), diferindo quando comparamos separadamente o fumo (17,3%) e o uso de bebida alcoólica (3,9%) associado ao carcinoma epidermoide.

Existe uma preocupação da associação do fumo e álcool no que se refere potencializaçãodo risco de câncer de boca (FARSHADPOUR ET AL., 2007). Sabe-se também que o etilismo aumenta em dez vezes a possibilidade de câncer bucal, e quando associado ao hábito do fumo, o risco passa ser 142 vezes maior (MANSOUR; SNYDERMAN; D'AMICO, 2003), o que corrobora com os achados neste estudo.

O tratamento do carcinoma epidermoide é guiado pelo estadiamento clínico da doença. As terapias de escolha consistem usualmente na excisão cirúrgica (com margem de segurança) e na radioterapia, sendo as mesmas utilizadas de forma isoladas ou combinadas. A indicação da quimioterapia para este tipo de lesão costuma ser uma escolha paliativa, não objetivando a cura do paciente. No presente estudo o tratamento mais empregado foi a cirurgia associada à radioterapia em 31,5% dos casos.

Mendonça e outros autores (2005) afirmaram que não só o câncer oral produz alterações na boca, mas também a terapia utilizada para os diversos tipos de neoplasias malignas, por exemplo, quimioterapia e radioterapia. Esses tratamentos provocam alterações orais como: mucosite, xerostomia, neurotoxicidade, hipogeusia, trismo muscular, osteorradionecrose, sangramento gengival, candidose, herpes labial e queilite angular.

As lesões na cavidade oral compreendem as mais frequentes complicações da quimioterapia e/ou radioterapia. Neste estudo, observou-se que as complicações orais oriundas do tratamento são as reações adversas, sendo as mais comuns o trismo e xerostomia com 3,7%.

A xerostomia está relacionada às concentrações dos agentes quimioterápicos na saliva, o que resulta na exposição da mucosa oral à toxicidade (EPSTEIN ET AL., 2002). Além de afetar os dentes e a mucosa, a xerostomia interfere no contorno, na nutrição e nas atividades diárias, causando dificuldade na fala, na deglutição e na retenção de prótese total (NAYLOR; MARINO; SHUMWAY, 1989).

Assim, as orientações gerais de higienização devem ser demonstradas ao paciente, tais como técnica de escovação, uso adequado do fio dental, remoção dos excessos alimentares na região do rebordo, palato e língua em pacientes edêntulos, restringir o uso das próteses parciais removíveis ou totais, exceto nos casos em que tiverem a função de obturador palatino, introdução dos bochechos de água bicarbonatada, de chá de camomila (CARDOSO ET AL., 2005) para evitar um maior comprometimento da mucosa oral, contudo no nosso estudo encontramos que em apenas 54,6% dos prontuários avaliados havia anotações acerca de orientações sobre os cuidados com a cavidade oral.

5 CONCLUSÃO

Apesar de relatos na literatura da associação da quimioterapia com lesões na cavidade oral, no universo do nosso estudo a maior frequência foi da terapêutica radioterápica. Desta forma necessita-se de ampliar o número de prontuários a serem avaliados para podermos avaliar a prevalência de comprometimento oral.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, A. A. *et al.* Perfil epidemiológico do câncer bucal no CEON/HUOC/UPE e HCP. **Odontologia, Clínica Científica**, 2003; 2(3): 181-186.
- CARDOSO, M. F. A. *et al.* Prevenção e controle das seqüelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. **Radiologia Brasileira**, 2005; 38(2): 107-115.
- CARVALHO, M. B. *et al.* Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 2001; 47(3): 208-14.
- CASTRO, R. F. M. *et al.* Atenção odontológica aos pacientes oncológicos antes, durante e depois do tratamento anti-neoplástico. **Rev. Odontol. UNICID**, 2002; 14(1): 63-74.
- COTRIN, P. *et al.* Carcinoma espinocelular bucal e suas variantes. **BCL**, 2001; 8(32): 313.

DEDIVITIS, R. A. *et al.* Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, 2004; 70(1): 35-40.

DREIZEN, S. Oral complications of cancer therapies. Description and incidence of oral complications. **NCI Monogr** (Bethesda), 1990; 9: 11-15.

EPSTEIN, J. B. *et al.* The role of salivary function in modulating chemotherapy-induced oropharyngeal mucositis: A review of literature. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, 2002; 94(1): 39-44.

FARSHADPOUR, F. *et al.* Nonsmoking and non-drinking patients with head and neck squamous cell carcinoma: a distinct population. **Oral Diseases**, 2007; 13(2): 239-243.

FIGUEIREDO, A. L. *et al.* Frequência de óbito por câncer bucal em Pernambuco no período de 1979 a 1995. **Rev. Cons. Reg. Odontol.** Pernambuco, 2000; 3(1): 39-43.

MANSOUR, O. I.; SNYDERMAN, C. H.; D'AMICO, F. Association between tobacco use and metastatic neck disease. **Laryngoscope**, 2003; 113(1): 161.

MENDONÇA, E. F. *et al.* Complicações bucais da quimioterapia e radioterapia no tratamento do câncer. **Rev. ABO Nac.**, São Paulo, 2005; 13 (3): 151-157.

NAYLOR, G. D.; MARINO, G. G.; SHUMWAY, R. C. Glossodynia after radiation therapy and chemotherapy. **EarNoseThroat J.**, 1989; 68(10): 751-757.

ROSA, L. N. Atenção estomatológica aos pacientes pediátricos oncológicos. **RGO**, Porto Alegre, 1997; 45(2): 111-114.

SANTOS, P. S. da; FERNANDES, K. S. **Complicações bucais da quimioterapia.** Mar. 2006. Disponível em: <http://www.abrale.org.br/apoio_profissional/artigos/complicacoes_bucais.php>. Acesso em: 12/05/2015

TRAVAGLINI, F. Complicações bucais no tratamento quimioterápico. Jan. 2006 Disponível em: <<http://www.webodonto.com/html/artigo10.htm>>. Acesso em: 12/05/2015

Data do recebimento: 2 de junho de 2015

Data da avaliação: 3 de junho de 2015

Data de aceite: 5 de junho de 2015

-
1. Professor da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva. E-mail: apbfilho@hotmail.com
 2. Professor Substituto da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva. E-mail: andreccb35@gmail.com
 3. Graduanda de Odontologia da Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE. E-mail: isabelateti@gmail.com
 4. Graduanda de Odontologia da Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE. E-mail: moninha_cdg@hotmail.com
 5. Professora de Odontologia da Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE. E-mail: apaegle27@hotmail.com
 6. Professora de Odontologia da Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE. E-mail: michellycauas@yahoo.com.br