

PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS: MANIFESTAÇÕES BUCAIS DA TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Camila Oliveira Borges Frazão

Especialista em Odontopediatria pela Odontoclínica Central do Exército.

Thays Almeida Alfaya

Especialista em Estomatologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ; Discente do Programa de Mestrado em Odontologia (Clínica Odontológica) da Universidade Federal Fluminense - UFF; E-mail: thalfaya@gmail.com

Raphael Coimbra Costa

Especialista em Estomatologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ; Discente do curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Monica Lage da Rocha

Doutora em Patologia pela Universidade Federal Fluminense – UFF; Docente do curso de Odontologia da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO.

Cresus Vinicius Depes Gouvêa

Doutor em Prótese Dentária pela Universidade Federal Fluminense -UFF; Docente Titular da Universidade Federal Fluminense - UFF

Andréa Pereira de Moraes

Doutora em Engenharia Biomédica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ; Docente do curso de Odontologia da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO.

RESUMO: As doenças neoplásicas malignas têm apresentado alta prevalência nos últimos anos, sendo o diagnóstico precoce de grande importância. Em crianças, apesar de a prevenção ser mais difícil, o câncer é mais sensível ao tratamento e, portanto, tem melhores resultados. O tratamento se resume basicamente em quimio e radioterapia, sendo comum o aparecimento de alterações na cavidade oral, sejam elas no desenvolvimento craniofacial ou decorrente do quadro de imunossupressão. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre as principais alterações bucais decorrentes do tratamento antineoplásico em pacientes pediátricos, destacando o papel do cirurgião-dentista juntamente com a equipe médica na prevenção, diagnóstico, controle e tratamento dos efeitos colaterais na cavidade bucal. Tendo em vista que a presença de um cirurgião-dentista na equipe oncológica multidisciplinar é de grande importância no acompanhamento dos pacientes, ressalta-se o seu papel fundamental desde a avaliação odontológica inicial até exames periódicos no transcorrer da terapia antineoplásica.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias; Criança; Odontologia.

CANCER CHILD PATIENTS: MOUTH MANIFESTATIONS OF ANTI-CANCER THERAPY

ABSTRACT: During the last decades, malign cancers have been on the increase and early diagnosis is still highly relevant. Although prevention is highly difficult in children, cancer is more susceptible to treatment and better results are achieved. Chemo- and radiotherapy are the basic treatments. It is very common that during the treatment changes in the oral cavity appear within the cranium-facial development or caused by the immuno-suppression condition. Current investigation comprises a review of the literature on main mouth alterations caused by anti-cancer treatment in children, with special reference to the role of the dentist-surgeon and the medical team in the prevention, diagnosis, control and treatment of the collateral effects in the mouth cavity. Since dentist-surgeons in the multidisciplinary cancer team are highly important for patient follow-up, their role should be enhanced as from the initial dentist evaluation to periodic tests during anti-cancer therapy.

KEYWORDS: Cancer; Children; Dentistry.

INTRODUÇÃO

O câncer infantil corresponde de 2% a 3% das neoplasias malignas (BRASIL, 2008) e apresenta repercussões diretas na qualidade de vida (NASCIMENTO et al., 2005). Seu crescimento é relativamente rápido, com período de latência reduzido e possibilidade de ser altamente invasivo (BRASIL, 2008).

Febre, vômitos, emagrecimento, sangramentos, adenomegalias generalizadas, dor óssea generalizada e palidez são os sinais e sintomas mais relatados (BRASIL, 2009) e comuns a outras doenças, o que influencia diretamente no retardamento do diagnóstico (BRASIL, 2008; RODRIGUES; CAMARGO, 2003). Anomalias congênitas, como a aniridia, a hemihipertrofia e a síndrome de Beckwith-Wiedemann têm sido associadas aos casos de câncer pediátrico (RODRIGUES; CAMARGO, 2003).

O tratamento consiste em cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia. Sua escolha irá depender do tipo e estágio do tumor. As terapias preconizadas podem provocar efeitos colaterais (CHILDERS et al., 1993), principalmente devido ao quadro de imunossupressão (GOURSAND et al., 2006). É comum o aparecimento de alterações como mucosite, candidíase, xerostomia, sangramento gengival e trismo, os quais podem repercutir diretamente nas atividades diárias dos pacientes, bem como ser foco para outras infecções (CHILDERS et al., 1993). Desta forma, torna-se necessário discutir as principais manifestações bucais que podem ser evidenciadas no tratamento antineoplásico em pacientes pediátricos, destacando o papel do cirurgião-dentista juntamente com a equipe médica na prevenção, diagnóstico, controle e tratamento dessas alterações na cavidade bucal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CÂNCER INFANTIL

O câncer infantil é considerado raro quando comparado aos tumores que acometem indivíduos adultos, além de não apresentar semelhanças com os mesmos em relação aos locais primários, origens histológicas e comportamentos clínicos (BRASIL, 2008).

Os tumores mais comumente encontrados são leucemia e linfomas. Outros tipos também podem estar presentes como neoplasias retículo-endoteliais, tumores de sistema nervoso central e miscelânea de neoplasias intracranianas e intraespinhais, tumores do sistema nervoso simpático, retinoblastoma, tumores renais, tumores hepáticos, tumores ósseos malignos, sarcomas de partes moles, neoplasias de células germinativas, trofoblásticas e outras gonadais, carcinomas e outras neoplasias malignas epiteliais e outros tumores malignos não especificados (BRASIL, 2008).

2.2 PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES BUCAIS

2.2.1 Alterações do desenvolvimento craniofacial

Alterações do desenvolvimento craniofacial podem ocorrer de duas formas: direta e indireta. Alterações locais no crescimento ou em volta dos tecidos moles ocorrem na forma direta, enquanto que na indireta há deficiência hormonal e distúrbios da puberdade provocados pela irradiação craniana para o eixo hipotálamo-hipófise (SKLAR, 1997).

O tratamento empregado e idade do paciente são os principais fatores relacionados ao aparecimento dessas alterações (CAMPOS et al., 2004). Dentre as alterações estão as anormalidades na estrutura das raízes dentárias, calcificação incompleta, fechamento prematuro de ápices, atraso ou aceleração no desenvolvimento dentário e lesões de cárie (JAFFE et al., 1984; NEVILLE et al., 2004). Casos de trismo, relações oclusais anormais e deformidades faciais também têm sido relatados (JAFFE et al., 1984)

2.2.2 Candidíase

A candidíase é uma infecção fúngica causada pelo *Candida albicans* (NEVILLE et al., 2004) e é considerada a infecção oportunista mais comum em pacientes pediátricos (ALBUQUERQUE; MORAIS; SOBRAL, 2007). Pode-se apresentar nas seguintes formas clínicas: candidose pseudomembranosa (placas brancas aderentes à mucosa e removíveis à raspagem), candidose eritematosa (placas vermelhas e perda das papilas filiformes) e candidose crônica hiperplásica (placas brancas não removíveis à raspagem) (NEVILLE et al., 2004).

O tratamento consiste na utilização de antifúngicos como os derivados de agentes polienos, do imidazol e trizóis (NEVILLE et al., 2004).

2.2.3 Mucosite

A mucosite é uma condição ulcerativa que se apresenta na forma de eritema e provoca dor intensa, interferindo na ingestão alimentar (PETERSON; SCHUBERT; SILVERMAN, 2004). Superfícies não ceratinizadas são envolvidas quando a lesão é induzida pela quimioterapia. Enquanto que lesões provocadas pela radioterapia envolvem a mucosa voltada para o interior dos focos de radiações diretas (NEVILLE et al., 2004).

O tratamento é variado e apenas paliativo. Inclui bochechos com solução salina a 0,9%, fármacos protetores do epitélio, anestésicos tópicos, analgésicos e anti-inflamatórios não esteroidais (PETERSON; SCHUBERT; SILVERMAN, 2004). Aplicações de laser de baixa potência podem ser realizadas favorecendo a reparação e promovendo a analgesia (GUIMARÃES-JÚNIOR, 2005). Essa conduta deve ser preconizada de forma diária até que haja a remissão dos sintomas. As aplicações podem ser realizadas de forma pontual e em varredura nas áreas com a presença de lesões. A dosimetria recomendada varia de acordo com a potência do aparelho e o tamanho da área afetada (BRUGNERA JÚNIOR, et al., 2004).

Orientações sobre uma higiene bucal adequada devem ser fornecidas, pois o acúmulo de

placa bacteriana pode influenciar na severidade da mucosite (KROETZ; CZLUSNIAK, 2004).

2.2.4 Xerostomia

A xerostomia é definida como uma sensação subjetiva de secura da cavidade bucal (NEVILLE et al., 2004), representada pela disfunção das glândulas salivares (MIGLIARI et al., 2005). A diminuição do fluxo salivar pode levar a comprometimentos na cavidade bucal, como diminuição da percepção do paladar e lubrificação, alterações nos estágios da deglutição e digestão. A manutenção de barreira efetiva contra injúrias externas e integridade dos dentes pelo processo de mineralização e desmineralização também pode ser comprometida (FOX; EVERSOLE, 2004).

O tratamento, na maioria dos casos, é insatisfatório (NEVILLE et al., 2004) e consiste em reduzir o desconforto provocado pela secura bucal (GUIMARÃES-JÚNIOR, 2005). Os pacientes podem ser orientados sobre a ingestão de água, utilização de saliva artificial ou de substitutos salivares e de goma de mascar sem açúcar (GUIMARÃES-JÚNIOR, 2005). Sistemicamente pode-se indicar a pilocarpina, que é um parassimpaticomomnético agonista e eficiente promotor de secreção salivar (NEVILLE et al., 2004).

2.3 PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES INFANTIS

Os pacientes infantis com neoplasias apresentam risco elevado de desenvolver complicações estomatológicas devido às condições de saúde e de higiene bucal deficiente (GORDÓN-NÚÑEZ et al., 2005).

O cirurgião-dentista desempenha papel importante no acompanhamento dos pacientes com câncer. O profissional deve fornecer informações aos pais ou responsáveis sobre os aspectos deletérios da doença, seu tratamento e impacto na cavidade bucal e seus anexos, educar os pacientes sobre o

cuidado com a higiene bucal e promover tratamento odontológico antes das terapias propostas com objetivo de minimizar as complicações (OLIVEIRA, et al., 2007). O protocolo odontológico deve se estender também durante e após a quimio e radioterapia de modo a promover controle da saúde bucal e qualidade de vida (KROETZ; CZLUSNIAK, 2004).

O profissional deve estar apto não apenas a promover melhora dos sinais e sintomas provenientes da evolução da doença ou da terapêutica realizada, mas também apoiar o paciente e os familiares de modo que eles se sintam amparados e confiantes para passarem por todas as etapas, desde o diagnóstico até a remissão da doença (KROETZ; CZLUSNIAK, 2004), ou nos casos mais extremos, os cuidados paliativos (CHIBA, 2008; SAINI et al., 2009; WISEMAN, 2006)

3 DISCUSSÃO

Os tratamentos empregados nos tumores malignos pediátricos tem melhorado a expectativa de vida e prognóstico das crianças com câncer (SCHWARTZ, 1999). Estima-se que 0,1% dos indivíduos de 20 anos são sobreviventes de câncer infantil (MEADOWS; KREJMAS; BELASCO, 1980, apud SCHWARTZ, 1999). Associado a isso, a criança convive com paradoxo existente entre o reconhecimento da condição de curado e a possibilidade constante de recidiva (ARRAIS; ARAUJO, 1999).

O diagnóstico do câncer durante a infância pode em muitos casos ser retardado devido aos sinais e sintomas iniciais serem semelhantes a outras desordens, por isso a importância de uma anamnese detalhada e exame físico minucioso (RODRIGUES; CAMARGO, 2003). Cabe ressaltar que nos casos de leucemias, o cirurgião-dentista pode desempenhar papel importante no diagnóstico precoce. Esse fato pode ocorrer porque as leucemias provocam alterações que podem ser observadas durante o

atendimento odontológico de rotina, como aumento da suscetibilidade a infecções, sangramentos, úlceras neutropênicas e infiltração gengival e óssea (CARNEIRO; SILVA; CRUZ, 2008).

As alterações causadas pela radioterapia estão relacionadas estritamente ao local irradiado. Os achados do estudo de Larson e colaboradores confirmam esse fato e ressaltam as seguintes manifestações como de importância: alterações endócrinas, dentárias e psicológicas (LARSON et al., 1990). Alterações graves foram observadas em pacientes que receberam a radiação em idade avançada e em altas doses (JAFFE et al., 1984).

A higiene bucal deficiente desempenha um importante fator para o aparecimento de lesões, portanto os profissionais devem estar aptos a fornecer protocolo adequado de tratamento de modo a evitar consequências do tratamento antineoplásico (BARBOSA; RIBEIRO; CALDO-TEIXEIRA, 2010). Um estudo apontou que, se houver protocolo de atendimento odontológico antes e durante a terapêutica empregada, é possível reduzir o riscos de complicações bucais e reduzir a severidade da mucosite (LEVY-POLACK; SEBELLI; POLACK, 1998). Além disso, é importante salientar que, nos casos em que há infecções, pode haver comprometimento no tratamento médico, influenciando diretamente o prognóstico do paciente (ORTEGA; CIAMPONI, 2010).

Considerar a importância de um tratamento médico adequado não exclui um olhar atento ao indivíduo como um todo. A família desempenha papel fundamental no cuidado ao paciente, portanto as orientações devem se estender aos pais ou responsáveis para que os resultados sejam satisfatórios. Dada à complexidade da doença neoplásica, os familiares devem ser acolhidos para que possam desenvolver entendimento sobre o adoecer da criança e estejam capacitados no enfrentamento da doença (NASCIMENTO et al., 2005). Sendo assim, o tratamento deve se envolver os cuidadores e ser multidisciplinar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que é comum a presença de manifestações bucais em crianças submetidas a tratamento antineoplásico. A presença de um cirurgião-dentista na equipe oncológica multidisciplinar é de grande importância no acompanhamento dos pacientes. Esse profissional desempenha papel fundamental desde a avaliação odontológica inicial até exames periódicos no transcorrer da terapia antineoplásica.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R. A.; MORAIS, V. L. L.; SOBRAL, A. P. V. Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos: revisão de literatura. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 36, n. 3, p. 275-80, 2007.
- ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F. Recidiva versus cura: a vivência paradoxal da sobrevivência ao câncer na infância. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 45, n. 4, p. 15-22, 1999.
- BARBOSA, A. M.; RIBEIRO, D. M.; CALDO-TEIXEIRA, A. S. Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1113-1122, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer na criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e mortalidade**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2009.
- BRUGNERA JÚNIOR, A. et al. **Atlas de laserterapia aplicada à clínica odontológica**. São Paulo, SP: Santos, 2004.
- CAMPOS, V. F. et al. Alterações do desenvolvimento dentofacial em pacientes da oncopediatria. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada**, v. 8, n. 44, p. 101-104, 2004.
- CARNEIRO, F. M.; SILVA, L. C. P.; CRUZ, R. A. Manifestações bucais das leucemias agudas na infância. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 4, n. 1, p. 40-54, 2008.
- CHIBA, T. Relação dos cuidados paliativos com as diferentes profissões da área da saúde e especialidades. In: OLIVEIRA, R. A. **Cuidado paliativo**. São Paulo, SP: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 46-54.
- CHILDERS, N. K. et al. Oral complications in children with cancer. **Oral surgery, oral medicine and oral pathology**, v. 75, n. 1, p. 41-47, 1993.
- FOX, P. V.; EVERSOLE, L. R. Doenças das glândulas salivares. In: SILVERMAN, S.; EVERSOLE, R.; TRUELOVE, E. L. **Fundamentos de medicina oral**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2004, p. 258-74.
- GORDÓN-NÚÑEZ, M. A. et al. Evaluación clínica de la salud oral de niños con neoplasias malignas. **Avances en Odontostomatología**, v. 21, n. 3, p. 127-139, 2005.
- GOURSAND, D. et al. Sequelas bucais em crianças submetidas à terapia antineoplásica: causas e definição do papel do cirurgião dentista. **Arquivos em Odontologia**, v. 42, n. 3, p. 180-189, 2006.
- GUIMARÃES-JÚNIOR, J. Tratamento das manifestações estomatológicas antes, no decorrer e depois da quimio-radioterapia. In: MARCUCCI, G. **Fundamentos de odontologia: estomatologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2005. p. 205-12.
- JAFFE, N. et al. Dental and maxillofacial abnormalities in long-term survivors of childhood cancer: effects of treatment with chemotherapy and radiation to the head and neck. **Pediatrics**, v. 73, n. 6, p. 816-23, 1984.
- KROETZ, F. M.; CZLUSNIAK, G. D. Alterações bucais e condutas terapêuticas em pacientes infanto-juvenis submetidos a tratamentos anti-neoplásicos. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 9, n. 2, p. 41-48, 2004.

- LARSON, D. L. et al. Long-term effects of radiotherapy in childhood and adolescence. **American Journal of Surgery**, v. 160, n. 4, p. 348-351, 1990.
- LEVY-POLACK, M. P.; SEBELLI, P.; POLACK, N.L. Incidence of oral complications and application of a preventive protocol in children with acute leukemia. **Special Care Dentistry**, v. 18, n. 5, p. 189-93, 1998.
- MIGLIARI, D. A. et al. Temas especiais. In: MARCUCCI, G. **Fundamentos de odontologia: estomatologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2005. p. 194-204.
- NASCIMENTO, L. C. et al. Crianças com câncer e suas famílias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 469-474, 2005.
- NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral & maxilofacial**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2004.
- OLIVEIRA, J. S. et al. Conducta odontológica en pacientes pediátricos portadores de leucemia. **Revista Cubana de Estomatologia**, v. 44, n. 4, p. 1-12, 2007.
- ORTEGA, A. O. L.; CIAMPONI, A. L. A criança com necessidades especiais. In: GUEDES-PINTO, A. C.; BÖNECKER, M.; RODRIGUES, C. R. M. D. **Fundamentos de odontologia: odontopediatria**. São Paulo, SP: Santos, 2010. p. 415-36.
- PETERSON, D.; SCHUBERT, M.M. SILVERMAN, S. Discrasias sanguíneas. In: SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. **Fundamentos de medicina oral**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2004. p. 67-83.
- RODRIGUES, K. E.; CAMARGO, B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 1, p. 29-34, 2003.
- SAINI, R. et al. Dental expression and role in palliative treatment. **Indian Journal of Palliative Care**, v. 15, p. 26-29, 2009.
- SCHWARTZ, C. L. Long-term survivors of childhood cancer: the late effects of therapy. **Oncologist**, v. 4, n. 1, p. 45-54, 1999.
- SKLAR, C. A. Growth and neuroendocrine dysfunction following therapy for childhood cancer. **Pediatric Clinics of North America**, v. 44, n. 2, p. 489-503, 1997.
- WISEMAN, M. The treatment of oral problems in the palliative patient. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 72, n. 5, p. 453-8, 2006.

Recebido em: 09 de setembro de 2012

Aceito em: 14 de novembro de 2012