

Artigo Multiprofissional em Odontologia

Mucosite oral em paciente oncológico hospitalizado – relato de caso



Sandra Maria Ferraz Mello¹, Izabelle Gomes de Almeida¹, Carolina Moreira Buarque¹, Bruna Thaís Santos Rodrigues Espinheira¹, Eduardo de Almeida Gonçalves¹, Norma Lúcia Luz Sampaio¹.

RESUMO

A mucosite oral é uma inflamação na mucosa de revestimento do tubo digestivo, resultante da toxicidade da quimioterapia e radioterapia, no tratamento antineoplásico. Clinicamente, essas alterações se caracterizam por atrofia epitelial, edema, eritema e pelo aparecimento de ulcerações, que podem acometer toda a mucosa bucal, gerando dor e desconforto, prejudicando a fala, a deglutição e a alimentação. As ulcerações aumentam o risco de infecção local e sistêmica, comprometem a função oral e interferem no tratamento antineoplásico, podendo levar à sua interrupção. O presente trabalho apresenta o relato clínico de um paciente com mucosite oral decorrente do tratamento quimioterápico e a utilização do laser de baixa potência, preventiva e terapêuticamente, destacando a importância da atuação do cirurgião-dentista no manejo desta entidade.

PALAVRAS-CHAVE: antineoplásico; estomatite; mucosite.

INTRODUÇÃO

A mucosite oral (MO) é uma inflamação na mucosa de revestimento do tubo digestivo, frequentemente observada após a utilização de agentes quimioterápicos ou da aplicação de radioterapia, na região de cabeça e pescoço, clinicamente representada por eritemas localizados até úlceras extensas. Os sintomas vão desde a dor intensa, febre a infecções secundárias, podendo evoluir para infecções sistêmicas graves, interferindo no tratamento e na sobrevivência do paciente. Além dos efeitos citotóxicos do tratamento oncológico, existem os fatores agravantes, como idade precoce, higiene bucal deficiente, focos de infecção bucal, má-nutrição, função

salivar alterada e uso de fumo e/ou álcool¹. Associada à quimioterapia (QT), essas lesões estão relacionadas à dose, ao tipo de quimioterápico, ao protocolo de administração, às associações das drogas e envolve comumente as superfícies não queratinizadas da mucosa jugal, superfície ventrolateral da língua, palato mole e assoalho bucal, enquanto a radioterapia (RT) afeta, sobretudo, as superfícies e mucosas atingidas diretamente pelo foco da radiação e de acordo com a dose total de radiação a ser recebida¹. Evidências clínicas e laboratoriais têm reforçado o uso do laser de baixa potência, preventiva e terapêuticamente, pela eficácia na redução da incidência da mucosite, pelo efeito analgésico, anti-inflamatório e biomodulador, desde a primeira aplicação em pacientes que se encontram em tratamento antineoplásico, com a inflamação instalada².

MANIFESTAÇÕES ORAIS

A MO manifesta-se aproximadamente entre o terceiro e o sétimo dia após início do tratamento antineoplásico, podendo estar associada a outras alterações bucais, como ardência, eritema, edema, dor, hemorragia, disfagia, ausência ou perda parcial do paladar, xerostomia, lesões ulcerativas que limitam a mastigação, dificuldade no falar e na deglutição de alimentos, sólidos e líquidos, podendo levar à desnutrição. A mucosite oral ainda favorece o desenvolvimento de infecções locais e sistêmicas, expondo o paciente a infecções por microrganismos oportunistas e ao desenvolvimento de lesões cáries³. Por fim, a MO resulta em quadros dolorosos que mostram um impacto substancialmente negativo na qualidade de vida dos pacientes submetidos à terapêutica oncológica, a curto ou a longo prazo⁴.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Histologicamente, em presença da mucosite oral, verifica-se a redução da espessura do epitélio, descamação superficial, alterações vasculares com o aumento da permeabilidade e a congestão dos vasos sanguíneos. Inicialmente, a MO caracteriza-se pelo desenvolvimento de uma coloração esbranquiçada, devido à ausência de escamação suficiente de queratina, que é substituída por uma mucosa atrofica, edematosa, eritematosa e friável³. Subsequentemente, áreas de ulceração desenvolvem-se com a formação de uma membrana superficial fibrino-purulenta amarelada e removível, sendo que as áreas centrais dessas úlceras podem estar necrosadas e apresentar ou não sangramento⁴. Embora existam várias classificações, o sistema de graduação mais utilizado para a avaliação clínica da mucosite oral é o da Organização Mundial de Saúde - OMS (1977), que considera critérios objetivos e subjetivos, envolvendo aspectos clínicos bucais e o estado nutricional do paciente: grau I - ardência, eritema; grau II - eritema, úlceras, dieta sólida; grau III - eritema, confluência de úlceras, dieta líquida; grau IV - eritema, úlceras, alimentação via oral não é possível⁴.

A prevenção da mucosite oral é possível, quando o tratamento odontológico acontece previamente ao tratamento antineoplásico. Diante da inviabilidade da prevenção, o tratamento prioriza o alívio sintomático e a reparação da lesão, dos pacientes com MO. Pacientes, graus I e II, com sintomatologia leve a moderada, podem ser tratados com cloridrato de benzidamina e, em casos mais graves, com enxaguatório bucal de lidocaína 2% e bochechos de aspirina-mucaína antes das refeições, para ajudar na disfagia, além da prostaglandina, que atua no alívio dos sintomas⁵.

Considerando as fases de desenvolvimento da MO, as tentativas de prevenção e tratamento são inovadoras⁶: na fase vascular, recomenda-se crioterapia por causar vasoconstrição local, diminuindo o fluxo sanguíneo para a mucosa oral, reduzindo assim o dano às células da mucosa, principalmente na QT, oscitoprotetores, os antioxidantes e os inibidores de proliferação, como o TGF β 3; na fase ulcerativa, indica-se bochechos à base de clorexidina em base aquosa e antimicrobianos (alguns estudos mostram que há baixa efetividade na MO em pacientes submetidos à RT, pois os efeitos da radiação na composição química da saliva reduzem os níveis de mucina e glicoproteínas necessárias à ligação da clorexidina no epitélio); na fase de reparação, aconselha a laserterapia, utilizando-se laser de baixa potência, por acelerar a regeneração

tecidual, diminuindo a inflamação e a dor^{7,8,9}. Os tratamentos empregados para a MO induzida por RT são paliativos e diversificados, envolvendo terapêuticas profiláticas, na tentativa de atenuar a sintomatologia dolorosa⁹. A ausência de um modelo ideal de tratamento reforça a necessidade da multidisciplinaridade, sendo indispensável a atuação do cirurgião-dentista na equipe oncológica¹⁰.

RELATO DE CASO

Paciente com 15 anos de idade, sexo masculino, internado na enfermaria pediátrica da unidade Erick Loef do Hospital Santa Izabel, por necessidade de alimentação via parenteral, com diagnóstico de carcinoma de nasofaringe metastático (linfonodo à esquerda). Paciente evoluiu, durante o tratamento, para quadro de dor em região pré-auricular direita e aumento de volume local, classificado como parotidite a clínica, resolvida a seguir. Durante investigação realizou-se Tomografia Computadorizada (TC) de tórax, evidenciando lesão metastática, sendo submetido à exérese parcial do arco costal (7°), com margem de 2cm, confirmando a recidiva. Iniciou-se o tratamento com irradiação torácica e QT de resgate com protocolo de estadiamento do St. Jude. Após a realização do 2° ciclo, evoluiu com MO, quando foi solicitada uma avaliação odontológica. Na primeira consulta odontológica, o paciente encontrava-se em alimentação parenteral, com queixa de dor, dificuldade de fala e deglutição. Ao exame clínico extraoral foi possível visualizar ulcerações em lábios e na inspeção intraoral confirmou-se a presença de outras lesões em borda lateral de língua e palato duro, com sangramento, classificadas como MO grau IV, de acordo com a escala da OMS².(Figura 1)



Figura 1 - Lesões na língua (Fonte: arquivo próprio)

Prontamente, iniciou-se a laserterapia, utilizando o laser de baixa potência (Therapy EC da DMC) com comprimento de onda de 660nm para o laser vermelho, potência de 100mW e densidade de energia de 4 J/cm², 10 seg. por ponto, por 5 (cinco) dias, ininterruptos, quando observou-se a involução das lesões e normatização das funções. (Figura 2)



Figura 2 - Laserterapia (Fonte: arquivo próprio)

Imediatamente após a primeira sessão de laserterapia, o paciente relatou alívio da dor. Após o terceiro dia voltou a se alimentar, por via oral, com alívio da dor e com redução das lesões, que cicatrizaram, totalmente, a partir da 4ª aplicação do laser de baixa potência. O protocolo de higiene oral e de hidratação dos lábios foi estabelecido, com orientação ao paciente e responsável, e prescrito bochechos de gluconato de clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia, durante sete dias. Para o terceiro ciclo de QT foi realizado o protocolo preventivo de laserterapia para MO, com aplicação de 1 J/cm² de laser vermelho, 10 segundos por ponto, observou-se a ausência da inflamação. (Figura 3)

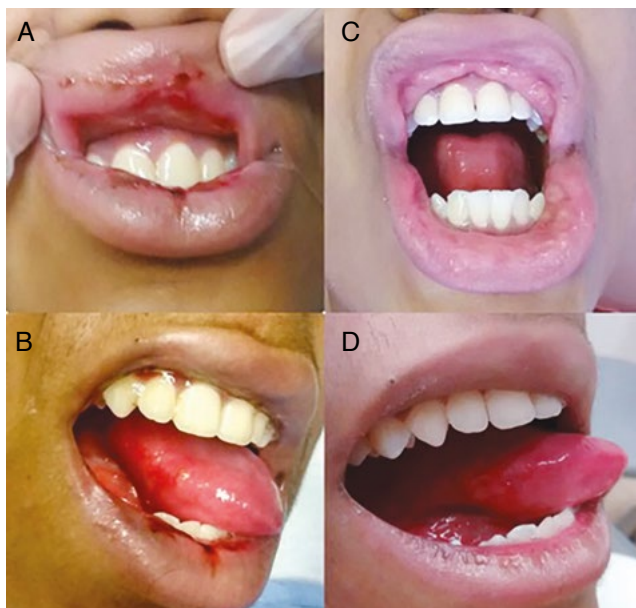


Figura 3 - A e B – Exame inicial. C e D – Após o tratamento (Laserterapia) (Fonte: arquivo próprio)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental que o tratamento odontológico anteceda a terapia antineoplásica.

A laserterapia, prévia ao tratamento antineoplásico, se mostrou efetiva na prevenção da MO e no tratamento das lesões, como relatado.

A terapêutica possibilitou alívio da dor e conforto no padrão de alimentação final do paciente, beneficiado com a utilização sequencial da laserterapia.

Diante do exposto, ressalta-se a importância da presença do cirurgião-dentista, integrado ao corpo clínico das unidades hospitalares, atuando na equipe multidisciplinar, frente às possíveis alterações bucais dos pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Patologia oral maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
2. Rampini MP; Ferreira, De Sá EM, Ferreira CG, Antunes HS. Utilização da terapia com laser de baixa potência para prevenção de mucosite oral: Revisão de Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, 2009; 55(1): 59-68.
3. Rozza RE, Ferreira SJ, Souza PHC. Aspectos Clínicos e Prevenção das Mucosites Buciais – Revisão. RFO Passo Fundo, v.16, n.2, p.217-223, mai/ago 2011.
4. Cunha CB. Avaliação da eficácia do tratamento para mucosite oral introduzida por cincofluoracil, com uso de laser de baixa potência em diferentes comprimentos de onda. Dissertação (Mestrado em Laser) Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, p.14 e 20. 2010.
5. Bonan PRF et al. Aspectos clínicos, biológicos, histopatológicos e tratamentos propostos para a mucosite oral induzida por radioterapia: revisão da literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(3): 235-242.
6. Santos PSS, Messaggi AC, Mantesso A, Magalhães MHCG. Mucosite Oral: perspectivas atuais na prevenção e tratamento. RGO 2009; 57(3): 339-44.
7. Raposo BS et al. Abordagem clínica e terapêutica da mucosite oral induzida por radioterapia e quimioterapia em pacientes com câncer. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 35-8, jan./jun. 2014.
8. Kelner N, 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.
9. Treister NS, Woo SB, Cruz Jr PD, Butler DF, Eisen D, Crawford JH, et al. Chemotherapy-Induced

Oral Mucositis Treatment & Management [periódico online] 2013 [citado 2013 Jul 4]. Disponível em URL: <http://www.emedicine.medscape.com/article/1079570-treatment>.

10. Santos PSS, Soares Jr LAV. Medicina bucal: a prática na odontologia hospitalar. São Paulo: Santos; 2012.

1- Serviço Voluntário de Odontologia Hospitalar no HSI
Endereço para correspondência:
mello.sandra@hotmail.com

