



FACULDADE DE ILHÉUS



CESUPI

**COLEGIADO DO CURSO DE ODONTOLOGIA
COORDENAÇÃO DO TCC
ARTIGO CIENTÍFICO**

**A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES
ONCO-HEMATOLÓGICOS: REVISÃO DE LITERATURA**

**Ilhéus, Bahia
2022**



FACULDADE DE ILHÉUS



CESUPI

**COLEGIADO DO CURSO DE ODONTOLOGIA
COORDENAÇÃO DO TCC
ARTIGO CIENTÍFICO**

DRYELLE PIMENTEL RODRIGUES

**A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES
ONCO-HEMATOLÓGICOS: REVISÃO DE LITERATURA**

Artigo Científico entregue para acompanhamento como parte integrante das atividades de Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rebeca Carolina Moraes Dantas

**Ilhéus, Bahia
2022**

**A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES
ONCO-HEMATOLÓGICOS: REVISÃO DE LITERATURA**

DRYELLE PIMENTEL RODRIGUES

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Rebeca Carolina Moraes Dantas
Faculdade de Ilhéus – CESUPI
(Orientadora)

Prof. Gabriel Severo
Faculdade de Ilhéus – CESUPI
(Examinador I)

Prof^ª. Christiane Teruya
Faculdade de Ilhéus – CESUPI
(Examinador II)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelos planos que têm para minha vida e por todas as realizações durante a caminhada. Agradeço a minha família pelo apoio ao longo dos anos, sem vocês eu não estaria onde estou hoje.

Agradeço a minha orientadora Prof.^a Dr.^a Rebeca Dantas pela paciência e por todos os ensinamentos. Por fim agradeço a meus professores e colegas de faculdade pelo companheirismo e aprendizado.

“Os sonhos não determinam o lugar em que você vai estar,
mas produzem a força necessária para tirá-lo do lugar em que está.”
(Augusto Cury)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2.1.	Doenças Onco-hematológicas.....	9
2.2.	Manifestações Bucais.....	10
2.3.	Atuação do cirurgião-dentista no tratamento de pacientes onco-hematológicos.....	13
3.	CONCLUSÃO.....	15
	REFERÊNCIAS.....	16

A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS: REVISÃO DE LITERATURA

THE IMPORTANCE OF DENTAL TREATMENT IN ONCO-HEMATOLOGICAL PATIENTS: LITERATURE REVIEW

Dryelle Pimentel Rodrigues¹, Rebeca Carolina Moraes Dantas²

¹Discente do curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia. e-mail: dryrodrigues@outlook.com

²Docente do curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia. e-mail: drarebecadantas@gmail.com

RESUMO

As terapêuticas para a maioria dos casos de doenças onco-hematológicas são a quimioterapia, radioterapia e o transplante de medula óssea (TCTH). Esses processos desenvolvem inúmeras lesões bucais decorrentes dessas neoplasias, do tratamento antineoplásico e devido ao estado de imunossupressão do organismo debilitado. Quando não são devidamente tratadas interferem diretamente na condição sistêmica, tempo hospitalar, bem-estar e saúde desses pacientes. Assim, esse trabalho tem como objetivo enfatizar a importância de um cirurgião-dentista bem capacitado na equipe multiprofissional de pacientes portadores de doenças onco-hematológicas antes, durante e após o tratamento antineoplásico. O presente artigo aborda as doenças onco-hematológicas e suas manifestações bucais por meio de uma revisão de literatura via internet de artigos do Scielo, Pubmed e Google Acadêmico, livros e trabalhos recentes sobre o assunto. Com esse artigo concluímos que a presença do cirurgião-dentista influencia positivamente no conforto do paciente além de tratar de maneira precoce as lesões decorridas do tratamento antineoplásico.

Palavras-chave: Onco-hematologia. Leucemia. Tratamento antineoplásico. Saúde bucal.

ABSTRACT

The therapies for most cases of onco-hematological diseases are chemotherapy, radiotherapy and bone marrow transplantation (HSCT). These processes develop numerous oral lesions resulting from these neoplasms, from the antineoplastic treatment and due to the state of immunosuppression of the weakened organism. When they are not properly treated, they directly interfere with the systemic condition, hospital time, well-being and health of these patients. Thus, this work aims to emphasize the importance of a well-trained dentist in the multiprofessional team of patients with onco-hematological diseases before, during and after antineoplastic treatment. through an internet literature review of articles from Scielo, Pubmed and Google Scholar, books and recent works on the subject. With the present article, we conclude that the presence of the dentist has a positive influence on patient comfort, in addition to treating the lesions resulting from antineoplastic treatment in an early manner.

Keywords: Onco-hematology. Leukemia. Antineoplastic treatment. Oral health. Oral Manifestations.

1 INTRODUÇÃO

A onco-hematologia é a área da oncologia que diz respeito aos tumores malignos no sangue e gânglios (INSTITUTO ONCOGUIA, 2020). As neoplasias malignas hematológicas comprometem principalmente as linhagens linfóide e mielóide, diferenciando-se pelo aspecto citomorfológico, clínico e resposta ao tratamento (NEVILLE et al., 2016). De forma geral, as doenças onco-hematológicas podem ser resumidas em leucemias (leucemia mieloide aguda, leucemia mielóide crônica, leucemia linfóide aguda e leucemia linfóide crônica), linfomas (linfoma de Hodgkin e linfoma não Hodgkin) e mieloma múltiplo (LITTLE et al., 2009).

Indivíduos submetidos ao tratamento de doenças onco-hematológicas apresentam alto risco de desenvolverem infecções orais ou sistêmicas devido a imunossupressão e comprometimento das barreiras mucosas durante o tratamento (SANTOS et al., 2017). Essas manifestações podem ocorrer decorrentes das patologias (estomatotoxicidade direta) ou como consequência do tratamento quimioterápico (estomatotoxicidade indireta) (NEVILLE et al., 2016). Os efeitos da quimioterapia e radioterapia podem causar um desconforto ao paciente uma vez que interferem no seu estado sistêmico, nutricional e aumento do risco de infecções (LUIZ et al., 2008). Dentre as manifestações bucais mais comuns, destaca-se a mucosite oral, xerostomia, trismo, disgeusia, osteorradionecrose, sangramento e infecções microbianas.

Uma anamnese detalhada e a manutenção da higiene oral são importantes para a promoção de uma saúde bucal em pacientes portadores de doenças onco-hematológicas. Além disso, é essencial que o cirurgião dentista esteja atento aos sinais e sintomas bucais assim como a toda atualização médica a respeito do paciente (CARNEIRO et al., 2008). Diante disso, o objetivo deste trabalho foi descrever as alterações bucais frequentes em pacientes submetidos ao tratamento antineoplásico nas doenças onco-hematológicas, enfatizando a importância da presença de um cirurgião-dentista no acompanhamento deste paciente desde os períodos pré, durante e pós-tratamento oncológico.

Este trabalho consiste em uma revisão de literatura, onde foi feita uma análise interpretativa de artigos do scielo, google acadêmico, pubmed e revistas e livros que foram publicadas nos últimos anos sobre o tema.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Doenças Onco-hematológicas

A leucemia é uma doença maligna decorrente da proliferação descontrolada de células sanguíneas, originada de células-tronco hematopoiéticas. Essas células causarão falência e morte da medula óssea (ZIMMERMAN et al., 2015). De acordo com Neville (2016), as leucemias podem ser classificadas pelo seu comportamento clínico e origem histogenética, assim sendo agudas ou crônicas (curso clínico) e mieloide ou linfoblástica (histogênese). As agudas se não tratadas podem seguir um curso agressivo resultando na morte do paciente. Já as crônicas tendem a seguir um curso mais tardio apesar de o resultado final geralmente ser o mesmo.

A Leucemia Linfóide Aguda (LLA) é resultado da proliferação de células linfóides imaturas da medula óssea e sangue periférico podendo se espalhar para os linfonodos, baço, fígado e sistema nervoso central. Acomete em 80% dos casos crianças nas faixas etárias de 2 a 5 anos de idade, sendo 20 vezes mais comum em pacientes portadores de Síndrome de Down (LITTLE et al., 2009). Sua sintomatologia inicial está relacionada a anemia, febre, neutropenia, trombocitopenia, fraqueza e infecções (LITTLE et al., 2009). A Leucemia Linfóide Crônica (LLC) é o tipo mais comum de leucemia e afeta principalmente os idosos. Seu curso é variável e depende do estágio da doença sendo assim, pacientes com a doença limitada podem sobreviver mais de 10 anos (NEVILLE et al., 2016). Para os pacientes com evolução indolente, a conduta expectante pode ser a melhor opção. Já os pacientes com progressão da doença nos dois primeiros anos do diagnóstico devem iniciar o tratamento com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência (SANTOS et al., 2012).

A Leucemia Mieloide Aguda (LMA) é uma neoplasia resultante de uma proliferação descontrolada de leucócitos mielóides imaturos na medula óssea e sangue periférico. Ela tem início rápido e leva a morte em um período de 1 a 3 meses quando não tratada. Os seus principais sintomas e manifestações clínicas são sangramento excessivo, anemia, problemas de cicatrização, infecções e hemorragias sendo essas duas últimas complicações frequentes durante a quimioterapia e principais causas de morte (NEVILLE et al., 2016). Diferente da LMA, a Leucemia Mieloide Crônica (LMC) é uma neoplasia de leucócitos mielóides maduros. Suas manifestações clínicas dependem da fase e do volume da doença. A fase inicial (crônica) dura em média 4 a 5 anos. Após isso, vem a fase blástica geralmente fatal. Como resultado desta última fase, a anemia, infecções e a trombocitopenia tornam-se problemas graves. Mais

de 85% dos pacientes com LMC morrem na fase blástica (NEVILLE et al., 2016; SANTOS et al., 2012).

O linfoma é um tipo de câncer dos tecidos linfoides e órgãos, se apresentando como uma massa tecidual assintomática ou um grupo de linfonodos aumentados. O Linfoma de Hodgkin afeta cerca de 7800 americanos por ano, sendo o linfoma mais comum em adultos. Familiares de pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana apresentam maior risco. Microscopicamente, os tecidos mostram células reticulares de Reed-Sternberg grandes e multinucleadas (NEVILLE et al., 2016). Suas opções terapêuticas incluem quimioterapia e/ou radioterapia sendo o transplante com células-tronco hematopoiéticas indicado na recaída da doença (SANTOS; SOARES JUNIOR 2012). Já no Linfoma Não-Hodgkin, o paciente nota um crescimento no linfonodo lento por meses sendo um ou dois nódulos móveis instalados inicialmente. No decorrer do desenvolvimento da doença, os linfonodos se tornam mais numerosos, fixos e geralmente envolvendo tecidos normais adjacentes. O tratamento pode variar dependendo do estágio da doença, grau do linfoma, saúde e histórico médico do paciente (LITTLE et al., 2009).

O Mieloma Múltiplo é uma patologia que tem origem nos plasmócitos e se manifestam radiograficamente como múltiplas lesões radiolúcidas do tipo “saca-bocados”. Entre os sintomas mais comuns estão a dor óssea, fadiga, anemia, febre, calcificações metastáticas nos tecidos moles, susceptibilidade aumentada para infecções e leucopenia. O tratamento inclui o controle da malignidade, conforto e sobrevida do paciente e, geralmente, ocorre por quimioterápicos. Nesse caso, a radioterapia é indicada como medida paliativa (LITTLE et al., 2009).

2.2. Manifestações Bucais

Manifestações primárias de várias doenças onco-hematológicas, geralmente, ocorrem na cavidade oral (SANTOS; SOARES JUNIOR, 2012). Elas podem ocorrer decorrentes das patologias (estomatotoxicidade direta) ou como consequência do tratamento antineoplásico (estomatotoxicidade indireta) (NEVILLE et al., 2016). As modalidades terapêuticas para o câncer são: sistêmicas (quimioterapia), loco-regionais (cirurgia e radioterapia) e de reabilitação (física e psicológica) e tem como finalidade diminuir a possibilidade de recorrência local e a distância, agir nas metástases, células neoplásicas circulantes, aumentar a taxa de cura e sobrevida do paciente (ANDRADE et al., 2013).

Uma das principais modalidades no tratamento de doenças onco-hematológicas é a quimioterapia que consiste no emprego de substâncias químicas isoladas ou em combinação que agem sistemicamente em nível celular, especificamente nas células em processo de divisão celular, interferindo no seu crescimento e divisão, porém em sua maioria não são específicas para células malignas, atingindo tanto células benignas quanto neoplásicas de rápida proliferação (ANDRADE et al., 2013; LIMA et al., 2014). O tratamento radioterápico utiliza radiações ionizantes para destruir ou inibir o crescimento das células anormais que forma o tumor (ONCOGUIA, 2020).

Já o transplante de células-tonco hematopoiéticas (TCTH) trata-se da substituição da medula óssea deficitária por células normais na intenção de formar uma nova medula saudável e conseqüentemente, um controle do sistema imune (BARRACH et al., 2015). Essas vias de tratamento onco-hematológico trazem complicações orais frequentes podendo ser graves, interferindo nos resultados da terapêutica médica podendo aumentar o tempo, o custo do tratamento e afetar diretamente a qualidade de vida do paciente (HESPANHOL et al., 2007).

A mucosite oral é uma inflamação aguda que afeta todo o trato gastrointestinal. Sua etiologia é multifatorial podendo ser causada diretamente por reações do quimioterápico, pela radioterapia ou por neutropenia (FERNANDES et al., 2012). Seu início geralmente está entre o sétimo e décimo dia após início da quimioterapia e tem sua resolução com o término da mesma. Clinicamente, apresenta-se como uma mucosa eritematosa, ulcerosa e dolorida nas regiões de mucosa labial e bucal, ventre da língua e assoalho bucal (LITTLE et al., 2009). A dor e o desconforto das lesões podem levar o paciente a um estado de má nutrição por conta do desconforto na deglutição além de aumentar o risco de infecções locais ou sistêmicas (FIGUEIREDO et al., 2013). Além da manutenção da boa higiene oral, a laserterapia é bastante utilizada em pacientes com mucosite. O laser provoca efeitos biológicos por meio de processos fotofísicos e bioquímicos, aumentando o metabolismo celular. Ele atua como anti-inflamatório, analgésico e cicatrizador das lesões ulcerativas (REOLON et al., 2017). Agentes anti-inflamatórios ajudam na redução da resposta inflamatória causada pela radioterapia e a administração de antibióticos pode ajudar na redução da severidade da mucosite (FREITAS et al., 2011). Além dos métodos já citados acima temos também o digluconato de clorexidina permitindo por meio de sua ação antimicrobiana, a redução da severidade das lesões, proporcionando maior conforto aos pacientes (BRITO et al., 2012).

A saliva desempenha papel importante na manutenção da homeostase oral, bem como as suas propriedades são fundamentais na proteção da cavidade bucal e sistema gastrointestinal (FREITAS et al., 2011). As glândulas salivares são sensíveis à radiação e por conta disso, a

xerostomia e/ou hipossalivação é uma complicação frequente nos pacientes onco-hematológicos (FERNANDES et al., 2012). A hipossalivação é descrita como uma diminuição do fluxo salivar, alterando a proteção dos dentes, mucosa oral e gastrointestinal (KACZAROUSK, 2021). Os principais sintomas são desconforto, dificuldade na deglutição (disfagia) e fonação, por conta da diminuição do fluxo salivar, podendo ocorrer também um aumento no risco de cáries e infecções como a candidíase. Esses sintomas surgem logo no início do tratamento e podem se prolongar até dois anos após o tratamento ou até mesmo serem permanentes. (FERNANDES et al., 2012). Nesses casos, o cirurgião dentista deve favorecer uma frequente umidificação e lubrificação da mucosa. Balas e gomas de mascar sem açúcar são úteis para estimular a produção de saliva. Estão disponíveis no mercado salivas artificiais que ajudam com o alívio da secura bucal. Além disso, o consumo de água deve ser frequente e álcool e tabaco evitados (LITTLE et al., 2009).

Alterações no paladar podem ocorrer logo nas primeiras semanas após o início do tratamento antineoplásico devido ao efeito da radiação nos corpúsculos gustativos da língua e geralmente estão associados com a xerostomia (FERNANDES et al., 2012). A hipogeusia é definida como a diminuição ou perda dos quatro paladares (doce, amargo, azedo e salgado). Já a disgeusia é a distorção desses paladares (NEVILLE et al., 2016). Normalmente, o senso gustativo da paciente volta de 1 a 3 meses após o tratamento (FERNANDES et al., 2012).

Alterações ósseas podem ocorrer após a radioterapia tornando o tecido hipotóxico, hipovascular e hipocelular, prejudicando a reconstituição do osso e favorecendo a osteorradiocrose (FREITAS et al., 2011). A osteorradiocrose é definida como uma exposição de um osso não vital por mais de três meses da ausência da doença (NEVILLE et al., 2016). Seu diagnóstico se dá a partir de avaliações radiográficas e clínicas podendo apresentar ulcerações na mucosa com exposição óssea e dor. A exodontia em pacientes que passaram por radioterapia não é indicada. Quando temos indicação para a mesma, é usado um elástico ortodôntico para promover a avulsão do dente por um processo menos traumático (FREITAS et al 2011). Para dentes fortemente aderidos ao osso sendo necessária a utilização da técnica convencional é indicado a oxigenação hiperbárica antes e após o procedimento. Além disso, a antibioticoterapia antes e após o procedimento é indispensável (LITTLE et al., 2009).

A articulação temporomandibular junto aos músculos da face, nervos vasos e ossos cranianos fazem parte do sistema estomatognático, que desempenha várias funções como fonação, deglutição e mastigação (FERNANDES et al., 2012). Quando o paciente é exposto a radiação, alterações ocorrem nessas regiões e como consequência temos o trismo. O trismo é a abertura limitada da boca causada pelos efeitos da radioterapia como fibrose do tecido

muscular e destruição celular. Exercícios fisioterapêuticos de abertura de boca são fundamentais para evitar e minimizar suas consequências (FREITAS et al., 2001).

Pacientes que estão passando pelo tratamento antineoplásico podem sofrer com sangramento oral devido a trombocitopenia causada pelos agentes quimioterápicos desenvolvida a partir da supressão da medula óssea. A mucosa labial, língua e gengiva são os locais mais afetados (NEVILLE et al., 2016). É importante salientar que uma boa condição oral é importante para que não ocorra os sangramentos, visto que se não há inflamação nos tecidos periodontais, a possibilidade de hemorragia gengival é pequena (FERNANDES et al., 2012). Durante esses casos o paciente deve evitar escovação dental rigorosa, sendo substituída por dedeira ou gaze embebida de solução antimicrobiana. Para controlar o sangramento, medidas locais como aplicação de pressão no local ajudam. Caso essas medidas não sejam suficientes, deve ser conversado com o médico sobre a possibilidade de transfusão plaquetária (LITTLE et al., 2009).

Devido a diminuição salivar, alterações na composição da saliva e imunossupressão do paciente como resultado da quimioterapia e radioterapia, diversos micro-organismos (fungos, bactérias e vírus) podem infectar de forma oportunista a cavidade oral (LITTLE et al., 2009). A infecção fúngica mais comum é a candidíase (*Candidas albicans*). Sua principal manifestação clínica é a presença de placas brancas removíveis a raspagem, apresentando-se de forma pseudomembranosa (mais comum) e eritematosa. O tratamento consiste em uso de antifúngicos tópicos (nistatina) e sistêmicos (fluconazol) além de uma boa higiene oral (FREITAS et al., 2011).

A doença periodontal e a cárie são as infecções bacterianas mais frequentes. O acompanhamento odontológico frequente, restrições na dieta e aplicação tópica de flúor são meios de prevenção utilizados nesses casos. Se houver a suspeita de infecção bacteriana, deve-se iniciar a antibioticoterapia (FERNANDES et al., 2012; LITTLE et al., 2009). A infecção viral mais comum é a Herpes simples que geralmente ocorre durante a quimioterapia quando não há prescrição profilática de agentes antivirais. Manifestações herpéticas em pacientes em processo de quimioterapia são mais exacerbadas e levam maior tempo para cicatrizar do que em pacientes imunocompetentes. Nesses casos, é indicada a administração de antivirais para evitar recorrência (LITTLE et al., 2009).

2.3. Atuação do cirurgião-dentista no tratamento de pacientes onco-hematológicos

Por ser uma doença multifatorial, o câncer exige uma abordagem multidisciplinar no seu tratamento. Ainda é notado que grande parte dos pacientes oncológicos possuem

condições bucais precárias devido a falta de higiene oral, tornando o meio bucal susceptível para o aparecimento de infecções e complicações (FARIA, 2017). Como já dito anteriormente, parte dos sinais e sintomas de doenças onco-hematológicas se manifestam no meio bucal e se agravam decorrente as reações dos tratamentos antineoplásicos. Além disso, estudos mostram que a quantidade de biofilme bucal aumenta com o tempo de internação e, associada a condição sistêmica debilitada do paciente, proporciona o desenvolvimento de infecções e doenças (BARROS, 2014).

A odontologia no tratamento de pacientes onco-hematológicos tem como objetivo melhorar a qualidade sistêmica do paciente, trazer conforto durante o tratamento, limitar os danos da quimioterapia e radioterapia e reduzir o custo e tempo de internação dos pacientes estabelecendo medidas terapêuticas adequadas para atuar em cada fase do tratamento oncológico (KACZAROUSKI, 2021).

É necessário que a boca seja totalmente avaliada e receba um tratamento estabilizador antes do tratamento antineoplásico. Portanto, o manejo pré-tratamento tem como objetivo adequar o meio bucal, eliminando possíveis focos de infecção. Esses pacientes devem ser submetidos a uma anamnese criteriosa, realização de exames radiográficos e exames físicos para avaliar a real condição bucal do paciente. Em seguida, o cirurgião-dentista responsável pelo paciente elaborará um plano de tratamento, onde serão realizadas extrações de elementos comprometidos, raspagem para controle da doença periodontal, remoção de tecidos cariados, ajuste de próteses, remoção de aparelho ortodôntico (provoca traumas a mucosa), endodontias e restaurações infiltradas ou quebradas devem ser refeitas (SALEH, 2016; SANTOS et al., 2012).

Qualquer intervenção cirúrgica deve ser avaliada previamente com o hematologista responsável pelo paciente e exames laboratoriais como hemogramas com contagem de plaquetas devem ser avaliados. Extrações precisam ser mais atraumáticas possíveis para que ocorra cicatrização por primeira intenção e a antibioticoterapia deve ser considerada (SANTOS et al., 2012). Além disso, o paciente deve ser orientado com relação a importância da manutenção da boa higiene oral e é papel do cirurgião-dentista instruí-lo a uma escovação adequada com creme dental fluoretado para a manutenção a saúde bucal (FARIA, 2017).

Depois de iniciado o tratamento oncológico, as manifestações bucais relacionadas a ele tendem a aparecer. A radioterapia, por induzir a necrose celular, causa alterações epiteliais, mucosite, alterações vasculares (fluxo sanguíneo diminuído), necrose pulpar, atrofia acinar, fibrose e diminui o número de osteoblastos e osteoclastos. Os agentes quimioterápicos por sua vez causam alopecia, erosões na mucosa (mucosite), xerostomia,

alterações gastrointestinais além de supressão da medula óssea gerando sangramentos, anemia e infecções (LITTLE et al., 2009).

Nesta fase, a mucosite e as infecções bucais são os maiores desafios do cirurgião-dentista. A mucosite induzida pela radioterapia permanece até pelo menos duas semanas após a finalização da radioterapia, já a mucosite induzida pelos agentes quimioterápicos costuma ter resolução 21 dias após a administração dos mesmos. A laserterapia é indicada para acelerar a reparação tecidual, diminuir a dor e a inflamação nos casos de mucosite (MENEZES et al., 2014).

As infecções bucais por fungos e bactérias também são preocupantes nessa fase. Uso de antifúngicos tópicos e sistêmicos além de antibióticos devem ser levados em consideração (FARIA, 2017). A ingestão de água e substitutos de saliva são fundamentais para tratar a xerostomia e suas consequências. Além disso, a manutenção da higiene oral com escovação e bochechos com soluções antissépticas sem álcool nesse período continuam sendo importantes para controlar o meio bucal e diminuir possíveis focos de infecções (SALEH, 2016). Intervenções invasivas não devem ocorrer devido ao quadro de imunossupressão do paciente (LITTLE et al., 2009).

Após o tratamento antineoplásico, o paciente deve fazer consultas periódicas ao dentista nos períodos de 1 a 3 meses nos primeiros dois anos e de 3 a 6 meses nos anos seguintes. Essas consultas são importantes porque pacientes oncológicos tendem a desenvolver ou até reincidir lesões ainda decorrentes do efeito do tratamento. Além disso, metástases podem ocorrer. Como complicações a longo prazo podemos citar a xerostomia crônica, perda do paladar e alterações ósseas (osteorradiocrose). Neoplasias secundárias como infecções também podem ocorrer por consequência da imunossupressão (LITTLE et al., 2009; SALEH, 2016).

3. CONCLUSÃO

Inúmeros trabalhos mostram a relação existente entre a doença onco-hematológica e as manifestações bucais. Tais manifestações podem ser bastante dolorosas interferindo nas atividades básicas do paciente como comer e falar. Portanto, entender os sinais e sintomas orais decorrentes dessa patologia e do seu tratamento são fundamentais para a saúde e bem-estar do paciente durante toda a terapia antineoplásica. Além disso, a correta compreensão dos sintomas promove um diagnóstico precoce das lesões, facilitando a prevenção e o

tratamento. Assim, diante do exposto, faz-se necessário a presença de um cirurgião-dentista bem capacitado na equipe multiprofissional responsável pelo tratamento do paciente portador de doenças onco-hematológicas, desde o diagnóstico, eliminando doenças bucais que possam se agravar durante a terapia, durante, acompanhando e tratando lesões decorrentes do tratamento antineoplásico e eliminando focos de infecções secundárias. Por fim, depois, observando lesões adicionais decorrentes do tratamento, avaliando a possibilidade de metástases, recidivas e complicações a longo prazo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Viviane; SAWADA, Namie Okino; BARICHELLO, Elizabeth. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 47, n. 2, p. 355-361, abr. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342013000200012>.

BARRACH, Regina Haddad; SOUZA, Mair Pedro de; SILVA, Daniela Polo Camargo da; LOPEZ, Priscila Suman; MONTOVANI, Jair Cortez. Oral changes in individuals undergoing hematopoietic stem cell transplantation. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, [S.L.], v. 81, n. 2, p. 141-147, mar. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.04.004>.

BARROS, Marcela de. **Odontologia Hospitalar**: revisão de literatura. 2014. 43 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

BARBOSA, A.; RIBEIRO, D.; TEIXEIRA, A.; Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1113-1122, 2010

BRITO, Caroline Argolo; ARAËJO, Danilo dos Santos; GRANJA, Juliana Guedes; SOUZA, Sarah Mascarenhas; LIMA, Márcus Aluís Galvão; OLIVEIRA, Márcio Campos. Efeito da clorexidina e do laser de baixa potência na prevenção e no tratamento da mucosite oral. **Rev Odontol Unesp**, São Paulo, v. 4, n. 41, p. 236-241, jul./ago. 2012.

CARNEIRO, F.; SILVA, L.; ALMEIDA, R. Manifestações bucais das leucemias agudas na infância. **Arq. Brasil, de Odontol.**, Belo Horizonte, v. 4, n. 1, p. 40-54, 2008.

FARIA, Maíra Tavares. **Atendimento odontológico ao paciente com câncer: orientação para cirurgiões-dentistas**. 2017. 71 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, Unifoa, Volta Redonda, 2017.

FERNANDES, Karin Sá *et al.* Manifestações Bucais em Pacientes Pediátricos Onco-Hematológicos. **Prática Hospitalar**, [s. l], n. 83, p. 7-10, set. 2012.

FREITAS, D. A.; CABALLERO, A. D.; PEREIRA, M. M.; OLIVEIRA, S. K. M.; SILVA, G. P., Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. **Revista CEFAC**, v. 13(6), p. 1103-1108, 2011.

FIGUEIREDO, ALP.; LINS, L.; CATTONY, AC.; FALCÃO, AFP.; Laser terapia no controle da mucosite oral: um estudo de metanálise. **Rev Assoc Med Bras**. 2013;59(5):467-74. PMID:24119379. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.08.003>.

HESPANHOL, F.; TINOCO, E.; TEICEIRAS, H.; FALLABELA, M.; ASSIS, N.; Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia;.Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1085-1094, 201; ano 2007

INSTITUTO ONCOGUIA; Oncoguia lança campanha sobre hematologia; 6 de maio de 2020; disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/oncoguia-lancacampanhasobreoncohematologia/13506/8/#:~:text=A%20onco%2Dhematologia%20%C3%A9%20a,%2C%20mieloma%20m%C3%BAltiplo%2C%20entre%20outros.>

KACZAROUSKI, Valéria Patrícia Pinto. **ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**. 2021. 30 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Centro Universitário Uniguairacá, em Guarapuava, Guarapuava – Pr, 2021.

LIMA, Milena Fontes Silva; MINETTO, Rita de Cássia. Conhecimento de pacientes onco-hematológicos em tratamento quimioterápico sobre os cuidados para prevenção de infecções. **Ciências Saúde**, Águas Claras - Brasília (Df), v. 1, n. 25, p. 35-44, 21 jul. 2014.

LITTLE, James W.; FALACE, Donald A.; MILLER, Craig S.; RHODUS, Nelson L.. **Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 618 p.

LUIZ, AC; EDUARDO, FB; BEZINELLI, LM; CORREA, L.; Alterações bucais e cuidados orais no paciente transplantado de medula óssea. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** 2008;30(6):480-487.

MENEZES, Ana Carolina; ROSMANINHO, Érika; RAPOSO, Bárbara; ALENCAR, Maria José dos S.. Abordagem clínica e terapêutica da mucosite oral induzida por radioterapia e quimioterapia em pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 71, p. 8-35, Jan-Jun, 2014.

NEVILLE, Brad W.; DAMM, Douglas D.; ALLEN, Carl M.; CHI, Angela C.. **PATOLOGIA ORAL E MAXILOFACIAL**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 1810 p.

REOLON, L.; RIGO, L.; CONTO, F.; CÈ, L.; Impacto da laserterapia na qualidade de vida de pacientes oncológicos portadores de mucosite oral; **Rev Odontol UNESP**. 2017 Jan-Feb; 46(1): 19-27 Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.09116>

SALEH, Halime Adel. **AMBULATÓRIO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS: ESTUDO DO IMPACTO CLÍNICO E ECONÔMICO**. 2016. 86 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SANTOS, Paulo Sérgio da Silva; SOARES JÚNIOR, Luiz Alberto Valente. **Medicina Bucal: a prática na odontologia hospitalar**. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2012. 336 p.

SANTOS, TDD dos; RIBEIRO, PML; REZENDE, RP de; CURI, DSC; OLIVEIRA, JFCD de; SARMENTO, VA Infecções orais fúngicas e virais em indivíduos com neoplasias onco-hematológicas em um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Ciências Orais**, Limeira, SP, v. 15, n. 4, pág. 315–319, 2017. DOI: 10.20396/bjos.v15i4.8650048. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/bjos/article/view/8650048>. Acesso em: 6 abr. 2022.

TICIANEL, Ana Karina *et al.* **MANUAL DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR**. 2012. Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/07/manual-odontologia-hospitalar.pdf>

ZIMMERMANN, Caroline; MEURER, Maria Inês; GRANDO, Liliane Janete; MORAL, Joanita Ângela Gonzaga del; RATH, Inês Beatriz da Silva; TAVARES, Silvia Schaefer. Dental Treatment in Patients with Leukemia. **Journal Of Oncology**, [S.L.], v. 2015, p. 1-14, 2015. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/571739>.