



# Dor Orofacial e Cuidados Paliativos Oraís em Doentes com Câncer

Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira<sup>1</sup> • Dra. Sumatra Jales<sup>2</sup> • Dra. Rita de Cássia B. Vilarim<sup>3</sup> • Profa. Dra. Silvia Regina D. T. de Siqueira<sup>4</sup> • Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira<sup>5</sup>

## INTRODUÇÃO

A mucosite oral é o exemplo bem conhecido de como o câncer ou seu tratamento pode afetar a cavidade oral, causar grande morbidade, ocasionalmente mortalidade, e até interromper o tratamento da doença primária. Felizmente, a fisiopatologia dessa lesão é melhor compreendida atualmente e novas terapêuticas, como o laser de baixa potência, já estão disponíveis e são muito promissoras, embora ainda não estejam disponíveis em todos os serviços de tratamento do câncer.

Interessantemente, além da mucosite oral, muito estudada pela sua importância clínica, existem duas outras situações distintas que dizem respeito à dor orofacial decorrente do câncer, que ainda são precariamente abordadas entre nós, mas que merecem nossa atenção neste ano Internacional de Combate à Dor do Câncer. A primeira delas diz respeito à dor orofacial como sintoma inicial do câncer, quando o paciente nem supõe que possa ter essa doença, e que o leva a procurar assistência médica ou odontológica.<sup>(1)</sup> A segunda refere-se aos doentes com câncer avançado, já sem possibilidades de cura, e que compromete a cavidade oral, como ocorre no câncer de cabeça e pescoço.

Embora o câncer seja uma doença que exija profissionais altamente treinados em diferentes áreas e especialidades, o seu diagnóstico, e

muitas vezes a qualidade de vida do doente que dele sofre, pode depender de profissionais da saúde que primariamente não estão envolvidos com seu tratamento, como é o caso de profissionais dedicados ao diagnóstico e controle da dor crônica em geral.

Curiosamente, a literatura geral sobre o câncer documenta que cerca de um terço dos pacientes queixa-se de dor à fase de diagnóstico e que cerca de dois terços queixam-se de dor moderada a intensa nos estágios avançados e terminais da doença.<sup>(2-4)</sup> Ora, neste estágio do conhecimento científico, em que grande enfoque é dado à compreensão e tratamento da dor persistente, ou da dor crônica, é necessário que essas duas situações de dor sejam incluídas nas preocupações dos profissionais envolvidos com o tratamento das dores orofaciais.

O câncer é um bom exemplo da importância de avaliação padronizada dos pacientes com queixas de dor, de modo a não se restringir apenas a algumas estruturas da boca, mas de examinar toda a região de cabeça e pescoço, e também de incluir exames subsidiários, como



Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira

1 - Supervisor do Curso de Odontologia Hospitalar, Área de Dor Orofacial, do Hospital das Clínicas da FMUSP. Membro da Diretoria da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED).

2 - Pós-Graduanda do Departamento de Neurologia - FMUSP.

3 - Cirurgiã-Dentista Assistente da Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas - FMUSP.

4 - Professora Doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

5 - Professor Titular de Neurocirurgia - FMUSP.

de imagens, ou complementares, como os exames hematológicos.

A despeito dos avanços, esta é uma área que necessita de atenção, de modo a conjugar a necessidade desses doentes, por problemas decorrentes do tumor, com a possibilidade de doenças odontológicas corriqueiras, muitas delas infecciosas, que comprometem mais ainda sua precária condição de saúde.

Neste cenário, a participação do cirurgião-dentista contribui para o diagnóstico e tratamentos em sua área, mas também para a realização de cuidados paliativos orais que possam beneficiar esses doentes. Orientar doentes e cuidadores, e discutir estes aspectos com a equipe multiprofissional de cuidados paliativos, ajuda na sua integração neste importante segmento da área da saúde.

## CÂNCER DE BOCA (CAVIDADE ORAL)

A cavidade bucal está dividida nas seguintes regiões: lábio, língua oral, mucosa jugal, assoalho de boca, rebordo gengival superior, rebordo gengival inferior, área

retromolar, palato duro.<sup>(5)</sup> A denominação “câncer de boca” é amplamente conhecida entre nós, engloba tumores primariamente de origem epitelial<sup>(6)</sup> e contemplados pelo Código Internacional de Doenças - CID-10.<sup>(7)</sup> São incluídos nessa denominação os cânceres de lábio e da cavidade oral: mucosa oral, gengiva, palato duro, língua e assoalho da boca; glândulas salivares, amígdala e orofaringe, e de outras regiões não especificadas da boca.<sup>(7)</sup> A frequência de tumores primários de cabeça e pescoço é de cerca de: 40% na boca, 25% na laringe, 15% na orofaringe e hipofaringe, 7% nas glândulas salivares e 13% em outras áreas.<sup>(8)</sup>

No Brasil, o câncer bucal assume importância por causa do câncer de lábio, uma vez que se trata de um país tropical, que sustenta também sua economia em atividades rurais, nas quais os trabalhadores ficam expostos de forma contínua à luz solar. A figura 1 mostra a estimativa sobre a incidência de câncer bucal na população brasileira para o ano de 2008/2009, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer.

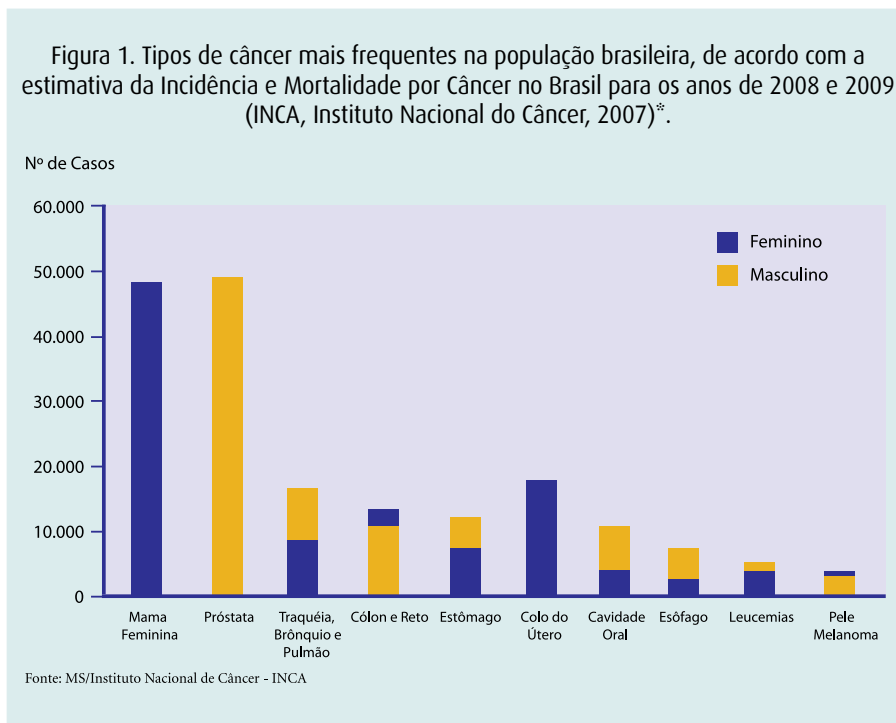
O câncer de boca ocorre em cerca de 40% dos cânceres de cabeça e pes-

coço e corresponde a cerca de 3% dos cânceres que acometem o ser humano.<sup>(6)</sup> Nesse tipo de câncer, a dor chega a ocorrer em cerca de 60% dos pacientes que aguardam tratamento e em cerca de 30% dos pacientes já tratados, e afeta com diferentes níveis de complexidade as funções orais.<sup>(9,10)</sup> Felizmente, nos últimos anos, instituições ligadas à Medicina ou à Odontologia promoveram inúmeras campanhas para conscientizar a população geral e os próprios profissionais da área de saúde sobre os fatores de risco e a importância do diagnóstico precoce do câncer de boca. Este tipo de câncer tem ótimo prognóstico quando diagnosticado precocemente, mas infelizmente nem sempre é identificado nas fases iniciais. Entre os sinais clínicos precoces se destacam: feridas orais que não cicatrizam, nódulos, assimetrias ou pigmentações suspeitas.

## DOR OROFACIAL NO CÂNCER DE BOCA

Cuffari e colaboradores, em 2006,<sup>(11)</sup> apresentaram estudo retrospectivo de amostra de 1.400 pacientes com câncer de boca. Observaram que cerca de 20% dos doentes procuraram atendimento devido a queixas de dor em diferentes regiões da boca; foram 12 tipos diferentes de queixas de dor. A localização da dor dependeu da região acometida e do estágio do tumor, sendo que língua e assoalho de boca foram regiões estatisticamente relacionadas à presença de dor. Ainda que a dor estivesse presente nos estágios avançados da doença, em cerca de 10% dos doentes ela ocorreu nos estágios iniciais. Esses dados indicam a necessidade de cautela no diagnóstico diferencial de dores orofaciais, pois elas também podem ser causadas por neoplasias.

Neoplasias de cabeça e pescoço, ao invadirem as estruturas adjacentes, tais como a ATM e músculos da mastigação, podem causar dor e disfunção mandibular. Então os clínicos devem ficar atentos para



essa possibilidade, principalmente quando a dor é persistente ou recorrente, pois em pacientes ainda não diagnosticados os sintomas assemelham-se àqueles produzidos por afecções ou doenças benignas.<sup>(12)</sup>

### Dor orofacial no câncer

- Pré-diagnóstico: sintoma inicial
- Pós-diagnóstico: durante ou após o tratamento

#### Dor orofacial como sintoma inicial de câncer: antes do diagnóstico

Quando a dor é o motivo de procura por atendimento, e ainda não foi relacionada com o câncer, ela é tipicamente aguda, ou seja, de início recente e pode ser o sintoma inicial que leva o paciente a procurar atendimento médico ou odontológico. Ainda que incomuns esses casos, é indispensável que o câncer seja incluído no diagnóstico diferencial das dores orofaciais. Embora os estudos sobre dor como manifestação inicial de cânceres de cabeça e pescoço, incluindo a boca, sejam escassos,<sup>(11)</sup> são inúmeros os relatos de casos clínicos mostrando que tumores frequentemente são confundidos com outras dores benignas, como dor de dente ou dor na ATM ou disfunção mandibular.<sup>(13,14)</sup> A ATM também pode ser afetada por tumores e apresentar quadro clínico semelhante ao produzido por distúrbios do disco articular ou osteoartrite. Tumores malignos da orofaringe têm progressão lenta e geram dor que simula a dor da disfunção mandibular.<sup>(12)</sup>

Os tumores malignos da base do crânio, representados geralmente por carcinomas ou sarcomas do rinofaringe, podem erodir a estrutura óssea ou invadir a cavidade craniana pelos orifícios naturais e comprimir ou destruir o gânglio trigeminal, as divisões periféricas ou a raiz do nervo trigêmeo e originar dor facial, geralmente constante, e anormalidades sensitivomotoras trigeminais e frequentemente lesão de outros nervos cranianos.<sup>(1,15)</sup> Os processos

## *A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RNM) do crânio e da face são métodos de investigação adequados para investigar doentes com dor facial sem causa evidente*

neoplásicos da face, cavidade oral, nasal ou seios da face, também podem causar dor facial nociceptiva, que na maioria das vezes apresenta características diferentes das de neuralgia trigeminal.<sup>(1,3)</sup>

Tumores distantes da face também podem se manifestar através de sintomas nos dentes, gengivas ou maxilares, a exemplo do que mostra revisão recente sobre tumores torácicos.<sup>(16)</sup>

Infelizmente, esse tema ainda é abordado precariamente quando se discute o diagnóstico diferencial das dores orofaciais, mas espera-se que os clínicos envolvidos nessa atividade fiquem atentos a esse importante problema, pois o diagnóstico precoce melhora o prognóstico do doente. O câncer é um bom exemplo da importância de avaliação padronizada dos pacientes com queixas de dor, de modo a não restringir o exame apenas a algumas estruturas da boca, mas de examinar toda a região de cabeça e pescoço, e também de incluir exames subsidiários, como de imagens ou laboratoriais.

Dores recorrentes, atípicas ou que não respondem a nenhum tipo de tratamento devem ser motivo de reavaliação periódica. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RNM) do crânio e da face são métodos de investigação adequados para investigar doentes com dor facial sem causa evidente.<sup>(3)</sup> Encaminhamento ao médico neurologista deve

ser considerado em caso de suspeita ou anormalidades neurológicas. Alterações eletromiográficas do masseter foram observadas em dois de 13 doentes com neuralgia do trigêmeo; em um havia aneurisma carotídeo e em outro, o plexo coroide do IV ventrículo comprimia os nervos bulbares e tracionava o nervo trigêmeo.<sup>(17)</sup>

#### Avaliação clínica em suspeita de dor orofacial por câncer

A avaliação do doente com suspeita de dor orofacial por câncer deve seguir a rotina para o diagnóstico de dor, lembrando que os exames de imagem ou complementares são indispensáveis.

#### Lembrar:

1. A anamnese deve ser detalhada a fim de identificar as características da dor, incluindo início, histórico de câncer na família ou de câncer em outras áreas do corpo do próprio paciente. Perda de peso recente deve ser também investigada.
2. Dor súbita, espontânea ou desencadeada por movimentos da mandíbula ou do pescoço, de fortíssima intensidade, recorrente, padrão "atípico" e não responsiva a analgésicos deve ser minuciosamente investigada.
3. Exame físico minucioso, que inclua pele, mucosa oral, movimentos mandibulares, simetria, alteração de forma, odor ou de textura. Palpar massas ou nódulos, para verificar rigidez e sensibilidade dolorosa.
4. Exame das cadeias ganglionares sublingual, submandibular e cervical. Nódulos rígidos são suspeitos.
5. Feridas na mucosa oral há mais de duas semanas.
6. Pigmentações suspeitas de pele e/ou mucosa oral.
7. Alterações neurológicas recentes, como dormência, formigamento, parestesia ou paralisia facial.
8. Sempre que houver suspeita de tumores é necessária avaliação por imagens do crânio, face e pescoço

para se ter um mapeamento de toda a região. A radiografia panorâmica pode ser o primeiro exame para avaliar as características dos tecidos duros da face. As radiografias convencionais ou tomografias computadorizadas (TC) são úteis para os tumores ósseos, a ressonância nuclear magnética (RM) para tumores dos tecidos moles e a cintilografia podem ser necessárias para mapeamento e avaliação da atividade óssea.

### **Dor orofacial durante ou após o tratamento do câncer**

Como verificamos na etiologia da dor do câncer, a dor depende do tipo, localização, estágio de evolução e tratamento do tumor. Ela também pode instalar-se cronicamente após o tratamento e controle da doença. Estudo clínico recente mostrou que a dor crônica na cavidade oral ocorreu em 43% de doentes tratados de câncer de cabeça e pescoço acompanhados por cinco anos; além disso, essa questão estava relacionada à sensação de gosto fantasma “metálico” na boca, o que sugere lesão de fibras nervosas.<sup>(18)</sup> Este é um bom exemplo da possibilidade de ocorrência da dor crônica em pacientes tratados de câncer. Reavaliações periódicas são sempre necessárias e, no caso da boca, esta deve ser examinada para avaliar possíveis recidivas do tumor, mas também para investigar a condição de saúde bucal, já que doenças odontológicas podem causar infecção e dor e confundir o quadro clínico.

Sintomas como xerostomia, hipossalivação ou disfagia contribuem para dificultar as funções básicas, como mastigação e deglutição. Cáries de irradiação, alterações do paladar, dificuldade de deglutição, trismo, infecções oportunistas e mucosite são também problemas frequentes que afetam a qualidade de vida desses doentes. Feridas abertas, intra ou extraorais, perdas de dentes, próteses ou de tecidos faciais aumentam esses problemas e afetam a estética e causam constrangimento ao

*Reavaliações periódicas são sempre necessárias e, no caso da boca, esta deve ser examinada para avaliar possíveis recidivas do tumor, mas também para investigar a condição de saúde bucal*

doente. Medidas terapêuticas e cuidados paliativos são necessárias nesses doentes, particularmente nos doentes terminais, em que a condição pode tornar-se dramática.

Cuidados que visem à melhora da função oral ajudam muito esses doentes, bem como a reabilitação oral, e podem ser fundamentais para restaurar a função oral e melhorar a qualidade de vida dos doentes curados de câncer. Mesmo no doente já curado de câncer, a dor crônica pode resultar de vários problemas, mas angustia o doente pelo medo de recidiva da doença, principalmente quando ela persiste e não há um diagnóstico.

### **MUCOSITE ORAL**

A mucosite oral é uma inflamação e ulceração dolorosa bastante frequente na mucosa bucal, apresentando formação de pseudomembrana. Sua incidência e severidade são influenciadas por variáveis associadas ao paciente e ao tratamento a que ele é submetido. É consequência de dois mecanismos maiores: a toxicidade terapêutica utilizada sobre a mucosa e a mielossupressão gerada pelo tratamento. Sua fisiopatologia é composta por quatro fases interdependentes: fase inflamatória/vascular, epitelial, fase ulcerativa/bacteriológica e fase de reparação.<sup>(19)</sup> É resultante da modificação do epitélio da mucosa oral devido à redução da renovação celular

decorrente da radioterapia ou da quimioterapia.<sup>(11)</sup> Células da orofaringe, do epitélio intestinal e da medula óssea dividem-se rapidamente e são mais sensíveis à radiação e à quimioterapia do que células que se dividem mais lentamente.<sup>(19)</sup>

Ocorre em doses de 2000 cGy, quando aplicada em doses diárias de 200 cGy.<sup>(11)</sup> Ao término da primeira semana de tratamento com 1000 cGy, o paciente queixa-se de dor e inchaço na boca e a mucosa mostra-se edemaciada. Com a continuação do tratamento, a mucosa se torna desnuda, ulcerada e coberta por exsudato fibrinoso. Depois de três semanas de tratamento com 3000 cGy, a maioria dos tecidos orais sofre tumefação e tanto as estruturas vasculares como as extravasculares tornam-se permeáveis. A mucosite grave obriga à interrupção do tratamento, funciona como fator limitante da dose, compromete a higiene oral e pode persistir por 1 a 2 semanas após o término do tratamento.<sup>(19)</sup> É considerada fonte potencial de infecções com risco à vida.

*Características clínicas:* os pacientes sentem dor e queimação na boca, que piora com a mastigação, e são visíveis úlceras de diferentes dimensões em diversas áreas da boca.

*Tratamento da mucosite:* a menos que as infecções secundárias tornem-se graves, a mucosite começa a diminuir dentro de poucas semanas após o término do tratamento. Atenção deve ser dada a dentes com cúspides afiadas e próteses que traumatizam a mucosa. Bochechos com solução salina alcalina diluída em água (água bicarbonatada) ou solução de clorexidina (a clorexidina não impede a ocorrência da mucosite induzida por radioterapia),<sup>(20)</sup> causam diminuição no quadro clínico, com os usuários da medicação apresentando quadro menos severo e com graduações menores de mucosite (Labbate, 2003), reduzem o desconforto e a dor. A aplicação de anestésico local é útil para aliviar a dor.<sup>(20)</sup> Apesar das controvérsias, o laser de baixa potência

tem demonstrado eficácia na redução de intensidade e frequência das mucosites orais quando aplicado previamente à radioterapia.<sup>(21)</sup>

## OSTEORRADIONECRESE

A osteorradionecrose é a lesão do tecido ósseo, secundária à radioterapia em doses altas (acima de 5000 cGy), que leva à exposição óssea e à infecção secundária.<sup>(17)</sup> É a mais grave complicação potencial da radioterapia, pois ocorre endarterite obliterante, fibrose de mucosa e periósteo e destruição de osteoblastos, osteócitos e fibroblastos.<sup>(22)</sup> A radiação ionizante restringe o fluxo de sangue na região irradiada e afeta o potencial de crescimento ósseo, pois seus componentes celulares são altamente radiosensíveis; com a redução da vascularização, diminui o potencial de cicatrização e aumenta o risco de infecções oportunistas.<sup>(20)</sup> Essas mudanças afetam a capacidade de restabelecimento do osso irradiado, permanecendo esse quadro por tempo indeterminado. Portanto, a osteorradionecrose é uma complicação da radioterapia que afeta o poder de cicatrização da ferida devido à redução do suprimento de oxigênio e de outros nutrientes.

Infecções odontogênicas crônicas (periapicais ou periodontais) podem predispor à osteorradionecrose dos maxilares em doentes irradiados e aumentar esse risco após a radioterapia.<sup>(23)</sup> Sempre que possível, eliminar previamente os focos; as exodontias pós-irradiação devem ser minimamente traumáticas e, quando possível, precedidas de tratamento periodontal, e o uso de próteses dentárias deve ser supervisionado para controlar lesões traumáticas.

*Características clínicas:* a sintomatologia é complexa e variada, porém evolutiva. Dor é a queixa mais frequente; parestesia pode ocorrer ao comprometer o nervo alveolar inferior e os sequestros ósseos podem ser de várias dimensões.<sup>(23)</sup> Halitose em níveis variados pode ser outro sintoma

## *Infecções odontogênicas crônicas (periapicais ou periodontais) podem predispor à osteorradionecrose dos maxilares em doentes irradiados e aumentar esse risco após a radioterapia*

importante, além de edema e fístulas gengivais ou cutâneas, simples ou múltiplas.

*Tratamento da osteorradionecrose:* Consiste na limpeza da área e remoção dos sequestros ósseos, quando existentes. Quando há exposição óssea sem a presença dos sequestros, a limpeza periódica com irrigações e a proteção temporária da área óssea exposta são preconizadas.

O oxigênio hiperbárico administrado em doses controladas promove aumento da tensão de oxigênio na área comprometida, neoformação vascular e aumento do número de células, favorecendo a cicatrização dos tecidos comprometidos, porém, de preferência deve ser associado à limpeza cirúrgica para a remoção dos tecidos necróticos e infectados.<sup>(24)</sup>

Estudo longitudinal sobre osteorradionecrose mostrou que os homens foram mais afetados (45 homens - 90% e 5 mulheres - 10%); 31 casos (63%) foram tratados por procedimentos não-cirúrgicos e 19 (38%) com cirurgia e oxigenoterapia; seis pacientes tiveram actinomicose, que respondeu melhor aos tratamentos com o aumento da oxigenoterapia; a actinomicose caracteriza-se por aumento progressivo de volume, normalmente indolor, e manifesta-se por abscessos múltiplos e fístulas cutâneas, e seu diagnóstico baseia-se em exames microbiológico e/ou histopatológico.<sup>(25,26)</sup>

## XEROSTOMIA

Quando as neoplasias são diagnosticadas em estádios avançados, o tratamento muitas vezes necessita ser o mais rápido possível para ser eficiente, e com isso os radioterapeutas lançam mão do hiperfracionamento, no qual o paciente recebe doses diárias de radiação, com dose diária menor por fração em cerca de 160 cGy/2 x dia. Quando as glândulas salivares estão presentes no campo irradiado, a xerostomia torna-se presente já na segunda semana (1500 a 2000 cGy), alterando a saúde geral do paciente, que fica com dificuldade para se alimentar, falar e dormir. Levando os pacientes a quadros gravíssimos de xerostomia. Acentuando a perda de qualidade de vida, pois muda os hábitos dos pacientes, que não conseguem se alimentar sem a adição de líquidos à comida e queixam-se de não poderem comer sólidos, apenas líquidos e pastosos poucos espessos, e da dificuldade de se alimentar em público.<sup>(10,26)</sup>

## CANDIDOSE

A candidose bucal é uma infecção comum em pacientes sob tratamento de neoplasias malignas das vias aerodigestivas superiores. A colonização da mucosa bucal pode ser encontrada em até 93% desses pacientes, enquanto infecção por *Candida* pode ser vista em 17-29% dos indivíduos submetidos à radioterapia.<sup>(10)</sup>

## CUIDADOS PALIATIVOS ORAIS EM PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO

Pacientes com câncer de cabeça e pescoço, particularmente quando atinge a cavidade oral, têm sérias restrições funcionais e grande comprometimento das funções orais. Esses problemas tornam-se complexos quando o câncer é incurável e os doentes são considerados em cuidados

paliativos. Nesta condição, os sintomas habituais agravam-se e nem sempre são curáveis, necessitando de atenção e cuidados especiais. Os sintomas orais mais frequentes são: dor, sangramento, trismo, feridas abertas, infecções oportunistas, disfagia e xerostomia. A falta de tratamento ou o tratamento inadequado resultam em desconforto e prejuízos nutricionais, comprometendo mais ainda a qualidade de vida desses doentes.<sup>(27,28)</sup> O cirurgião-dentista contribui fornecendo intervenções próprias de sua área de atuação profissional, além de cuidados de suporte que assegurem uma boca mais saudável, livre de infecção e dor.

As complicações do câncer de boca e de seu tratamento já são bem conhecidas; entretanto, nestes pacientes elas podem tomar dimensões exageradas.

Os sinais e os sintomas mais frequentemente observados nesses doentes incluem: a dor, o sangramento, o trismo, as feridas tumorais, as infecções oportunistas, a disfagia, a sialorreia, a xerostomia, a desnutrição, a desidratação, a anorexia, a caquexia e a desfiguração, que predispõem os doentes a sentirem dores, desconfortos orais e exclusão social. As secreções em doentes traqueostomizados também comprometem a comunicação verbal, causam disfunção oral e sofrimento.<sup>(27,28)</sup> Dor, ulceração, sangramento e trismo são os mais importantes sintomas em casos de câncer oral avançado.

### DIAGNÓSTICO DE AFECÇÕES OU DOENÇAS ODONTOLÓGICAS ASSOCIADAS

A existência de doenças orais, como raízes dentárias infectadas ou doença periodontal, deve ser detectada nesses doentes, pois contribuem para agravar seu estado de saúde. Para minimizar as complicações orais, a prioridade nestes pacientes terminais é a higiene oral, minimamente, de modo a manter a saúde oral, reduzir a irritação e o dano tecidual

*A dor no câncer é um bom exemplo de como vários fatores podem contribuir para a instalação e manutenção da dor crônica, inclusive no segmento facial. Além disso, ela contribui para o diagnóstico precoce do câncer*

e promover melhor conforto.<sup>(10)</sup> Deve ser avaliada a capacidade que o paciente tem de se cuidar, a fim de desenvolver alternativas para melhorar a escovação dos dentes, incluindo indicações específicas de escova dental, pastas, colutórios, que deveriam ser fornecidos ao paciente e seu cuidador.<sup>(28)</sup> Escovas de dente extramacias são mais suaves aos tecidos orais que as convencionais, e devem ser usadas em associação aos cremes dentais sem laurilsulfato de sódio, para não estimular ou exacerbar a descamação da mucosa oral.

A solução de clorexidina a 0,12% pode ser usada em doentes com comprometimento médico, predispostos às infecções orais; pacientes com longa estadia em hospitais, idosos ou paciente elegível para cuidados paliativos, a fim de prevenir infecções orais e sistêmicas.

Os pacientes devem ser orientados a remover suas próteses à noite e deixá-las em solução antisséptica como clorexidina a 0,12% por 30 minutos ou solução com cloro a 2% (10 mL ou duas colheres de chá de alvejante em 250 mL ou um copo de água).<sup>(29)</sup>

A presença de xerostomia e a perda do volume facial podem causar diminuição da retenção da prótese. Está indicada, neste caso, a aplicação na superfície da prótese de adesivos, bem como lubrificantes à base de água, a fim de proporcionar efetiva adesão da prótese à mucosa oral.<sup>(28,29)</sup>

## CÂNCER DE BOCA, REABILITAÇÃO ORAL E QUALIDADE DE VIDA

O câncer de cabeça e pescoço, além de despertar a percepção de morte, também traz o risco de sequelas funcionais e estéticas. Além da dor, a autoimagem, a socialização e a habilidade de realizar funções rotineiras, como mastigar, engolir e respirar, podem piorar devido ao tumor ou ao seu tratamento.<sup>(30)</sup>

Algumas vezes, as sequelas decorrentes da mutilação cirúrgica são inevitáveis e as perdas estruturais extensas restringem funções necessárias, como mastigação, deglutição ou fala, deixando a mucosa oral exposta aos traumatismos mecânicos durante a mastigação; limitam o convívio social, inclusive de trabalho, e produzem alterações psicológicas graves. A reabilitação protética das estruturas maxilofaciais reduz esses problemas, sendo indispensável para a melhora da qualidade de vida do doente. Atualmente, com as técnicas avançadas, tanto cirúrgicas como protéticas disponíveis, é possível reabilitar pacientes curados de câncer de boca com diferentes níveis de complexidade. Os implantes osseointegrados de titânio também permitiram grandes avanços nessa complexa área de reabilitação.<sup>(1)</sup>

### CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

A dor no câncer é um bom exemplo de como vários fatores podem contribuir para a instalação e manutenção da dor crônica, inclusive no segmento facial. Além disso, ela contribui para o diagnóstico precoce do câncer, embora possa ocorrer durante ou após o tratamento do tumor, exigindo reavaliações constantes para identificar suas causas e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Profissionais que tratam pacientes com dor orofacial não podem desconsiderar o câncer como uma de suas causas. No primeiro momento, a dor pode ser o alarme da ocorrência do tumor e um indicador que

leva ao diagnóstico. No segundo momento, a participação do especialista em dor orofacial exige que conheça esta área e se prepare para intervir em todas as etapas que exigem sua participação.

Quanto à boca, vários avanços permitiram a melhora da qualidade de vida. O tratamento sintomático da dor e cuidados locais, como higiene oral e limpeza de feridas, contribuem para redução de dor, desconforto e infecções oportunistas. Em casos de extrema morbidade, como a mucosite oral, o laser terapêutico parece eficaz na prevenção de lesões e redução da dor dos pacientes. Hidratantes orais reduzem o desconforto da hipossalivação. Os implantes dentários, as cirurgias de enxertos e as próteses dentárias permitem a reabilitação oral de doentes que sofreram deformidades pelo câncer.

Esta é uma área especializada, que envolve oncologia e dor, que ainda é carente de cirurgiões-dentistas com formação em dor orofacial e experiência com pacientes oncológicos, mas que está gradativamente despertando a consciência de necessidade de sua integração a equipes multidisciplinares especializadas, incluindo os Cuidados Paliativos. Espera-se que no futuro essa integração beneficie os doentes com novas terapêuticas e cuidados que aliviem seu sofrimento e que sejam estendidos de modo padronizado a todos os que deles necessitarem. ♦

## REFERÊNCIAS

- Siqueira JTT, Teixeira MJ, Vilarim RCB. Dor orofacial decorrentes de tumores. In: Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor orofacial, diagnóstico, terapêutica, e qualidade de vida. Curitiba: Maio; 2001. p. 351-70.
- Portenoy RK. Cancer pain. Epidemiology and syndromes. Cancer 1989;4:18-24.
- Teixeira MJ, Simioni CVM. Dor no doente com câncer. In: Dor - Manual para o clínico. Teixeira MJ (ed). São Paulo: Atheneu 2006. p. 389-299.
- Melo ITV, Pinto Filho WA. Dor no câncer. In: Dor - Princípios e prática. Neto AO, Castro Costa CM, Siqueira JTT, Teixeira MJ (eds.). Porto Alegre: Artmed 2008. p. 792-804.
- Kligerman J, Dias FL. Tumores malignos da boca. In: Barbosa MM, Spa G M, Lins RA. *Esta é uma área especializada, que envolve oncologia e dor, que ainda é carente de cirurgiões-dentistas com formação em dor orofacial e experiência com pacientes oncológicos*
- Diagnóstico e estadiamento dos tumores malignos de cabeça e pescoço. São Paulo: Atheneu. 2001. Cap.10, p. 79-89.
- Rapoport A. Câncer da boca. São Paulo: Pancast. 1997. p. 20-57.
- Site INCA - Ministério da Saúde:www.inca.org.br em 08/11/2001.
- Thuler LCS, Rebelo MS. Epidemiologia do câncer de boca. In: Kowalski LP, Dib LL, Ikeda MK, Adde C, editors. Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal. Rio de Janeiro: Frôntis Editorial; 1999. p. 2-8.
- Epstein JB, Elad S, Eliav E, Jurevic R, Benoliel R. Orofacial pain in cancer: Part II - Clinical Perspectives and Management. J Dent Res 2007 Jun;86(6):506-518.
- Epstein JB, Emerton S, Kolbinson DA, Le ND, Phillips N, Stevenson-Moore P, et al. Quality of life and oral function following radiotherapy for head and neck cancer. Head Neck. 1999;21:1-11.
- Cuffari L, Siqueira, JTT, Nemr NK, Rapoport A. Pain complaint as the first symptom of oral cancer: A descriptive study. 2006. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Oral Endod 2006;102:56-61.
- Siqueira JTT, Ching LH, Nasri C, Siqueira SRDT, Teixeira MJ, Heir G et al. Clinical study of patients with persistent orofacial pain. Arq Neuropsiquiatr 2004;62:988-96.
- Polivka M, Wassef M, Lot G, Herman P, Marsot Dupuch K, Prudhomme de Saint Maur P et al. A palate tumour revealed by pain. Ann Pathol 2002 Sep;22(4):324-7.
- Kesse W, Violaris N, Howlett DC. An unusual cause of facial pain: malignant change in a calcified pleomorphic adenoma in the deep lobe of the parotid gland. Ear Nose Throat J 2003 Aug;82(8):623-5.
- Teixeira MJ. Tratamento neurocirúrgico da dor. In: Raia AA, Zerbini EJ. (eds). Clínica Cirúrgica Alípio Correa Netto. v.2. São Paulo: Sarvier, 1988, p.541-572.
- Abraham PJ, Capobianco DJ, Cheshire WP. Facial Pain as Presenting Symptom of Lung Carcinoma with normal Chest Radiograph. Headache 2003; 43:499-504.
- Ongerboer de Visser BW, Melchase K, Mengens PHA. Corneal reflex latency in trigeminal nerve lesions. Neurology 1977;27:1164-1167.
- Logan HL, Bartoshuk LM, Fillingim RB, Tomar SL, Mendenhall WM. Metallic taste phantom predicts oral pain among 5-year survivors of head and neck cancer. Pain 2008;140:323-331.
- Vopato LER, Silva TC, Oliveira TM, Sakai VT, Machado MAAM. Mucosite bucal radio e quimioinduzida. Rev Bras Otorrinolaring 2007;73:562-8.
- Caielli C, Martha PM, Dib LL. Sequelas orais da radioterapia: atuação da Odontologia na prevenção e tratamento. Rev Bras Cancerol 1995;41:231-241.
- Bensadoun RJ, Franquin JC, Giais G, Darcourt V, Schubert MM, Viot M, et al. Low-energy He/Ne laser in the prevention of radiation-induced mucositis. A multicenter phase III randomized study in patients with head and neck cancer. Support Care Cancer 1999;7(4):244-252.
- Rothwell BR. Prevention and treatment of orofacial complications of radiotherapy. J Am Dent Assoc 1987;114:316-321.
- Soares, HÁ, Marcucci G. Osteorradionecrose: avaliação dos fatores de risco. Rev Odontol Univ São Paulo 1996;10:9-14.
- Hasson O, Nahlieli I. Oxigênio hiperbárico e sua aplicação no tratamento do osteorradionecrose e da osteomielite. Rev Assoc Paul Cir Dent 1999;53:379-382.
- Curi MM, Dib LL, Kowalski G, Mangini C. Opportunist actinomycosis of the jaws in patients affect by head and neck cancer: incidence and clinical significance. Oral Oncology 2000;36:294-299.
- Cassia Ribeiro RK, Kowalski LP, Latorre MR. Perioperative complications, comorbidities, and survival in oral or oropharyngeal cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2003;129:219-28.
- Who Definition of Palliative Care. World Health Organization. [online]. 2007 Janeiro 17; [1 tela] [citado 17 de Janeiro 2007]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Paunovich ED, Aubertin MA, Saunders MJ, Prange M. The role of dentistry in palliative care of the head and neck cancer patient. Tex Dent J 2000 Jun; 117 (6):36-45.
- Siqueira JTT, Siqueira SRDT, Fajarra F, Camparis CM, Savioli C, Teixeira, MJ. Dor orofacial - Experiência interdisciplinar em hospital universitário. Rev Dor 2003;4(3):122-35.
- Villaret DB, Weymuller EA. Pain Caused by Cancer of the Head and Neck. In.: Bonica's Management of Pain. Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC (eds.). 3a. Ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins. 2001. p. 948-965.

### Endereço para correspondência:

R. Maria Cândida, 135 - CEP 02071-010  
Vila Guilherme - São Paulo - SP.