

O papel do Cirurgião Dentista na equipe multidisciplinar de oncologia

Luana Costa **SANTOS**¹, Claudia Cristiane Baiseredo de **CARVALHO**²

Resumo

O presente estudo objetiva discutir o papel do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar de oncologia. Para tanto, como metodologia, emprega a revisão de literatura em artigos de periódicos que discutem o tema em análise. Pela revisão de literatura realizada percebeu-se que o número de sobreviventes de CCP aumentou, devido principalmente à mudança nos fatores de risco para o câncer e aos avanços na terapêutica do câncer e nos cuidados de suporte. Esta população em crescimento requer cuidados orais especializados por pessoal treinado no acompanhamento destes pacientes complexos. Ao final do estudo concluiu-se que apesar de ser um risco baixo não se deve subestimar o risco de contaminação cruzada em consultórios odontológicos. O risco de infecção cruzada deve ser uma preocupação constante para o cirurgião dentista e equipe de saúde bucal. Medidas de biossegurança devem ser adotadas adequadamente a fim de que todos os procedimentos sejam seguros tanto para os profissionais como para o paciente. Assim, oncologistas e dentistas devem colaborar para otimizar os cuidados, bem como aumentar o conhecimento sobre as opções preventivas e terapêuticas para a manutenção da saúde bucal, a detecção do câncer bucal e as condições adequadas de encaminhamento com as vias. Ao final do estudo concluiu-se que a equipe de oncologia deve incluir profissionais de odontologia especializados em manejo de sobreviventes de câncer de cabeça e pescoço, o que contribuirá para uma melhor prevenção, detecção e tratamento de complicações orais e uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Câncer. Manifestações orais. Equipe multidisciplinar. Cirurgião dentista.

¹ Acadêmica do Curso de Odontologia das Faculdades Integradas do Planalto Central - FACIPLAC

² Cirurgiã Dentista pela Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) 1995, Professora do curso de Odontologia da FACIPLAC 2016, Especialista em saúde pública pela UNINTER, Habilitada em Odontologia Hospitalar pelo CFO 2016, Mestre em Terapia Intensiva pelo Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva 2013.

Categoria: Revisão de literatura
Área: Odontologia hospitalar

Introdução

É sabido que, hoje no mundo mais de 600.000 casos de câncer de cabeça e pescoço (CCP) são diagnosticados a cada ano. A sobrevivência do CCP melhorou nos últimos anos e o número de sobreviventes continua aumentando, através da evolução das etiologias e o desenvolvimento nos tratamentos, esse número crescente de sobreviventes produz mais desafios, particularmente no manuseio dos pacientes

que apresentam necessidades médicas, odontológicas e psicossociais complexas. O manejo das complicações bucais nestes pacientes normalmente necessita uma colaboração multidisciplinar entre diferentes profissionais de saúde, incluindo médicos oncologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço, radioterapeutas e profissionais da área odontológica com capacitação e conhecimentos especializados na área da oncologia oral¹.

Podendo apresentar manifestações orais, o CCP precisa de reconhecimento, encaminhamento e tratamento adequados. A terapia para doenças malignas, comumente afeta a boca diretamente através da

citotoxicidade, e indiretamente através dos efeitos sobre a função imune ou outros efeitos colaterais sistêmicos. Dentre as complicações orais comuns, abrangem mucosite, dor, disfunção das glândulas salivares, alteração ou perda do paladar, infecções, disfagia, xerostomia, necrose óssea, agravo das doenças dentárias e periodontais, neoplasias recorrentes ou secundárias³. As complicações orais, tanto sua incidência quanto sua magnitude, são afetadas pela localização anatômica, modalidades de tratamento, estágio do câncer, intensidade das doenças bucais ou dentárias antes do tratamento, risco genético, comorbidades, higiene bucal e nutrição. Os profissionais da área odontológica desempenham papéis importantes antes, durante e após o tratamento frequente do câncer, para tratar e prevenir eficientemente e complicações orais⁴.

Geralmente é reconhecido para os sobreviventes do CCP, que profissionais de odontologia capacitados e experientes apresentam grande importância na equipe multidisciplinar de oncologia. Os mesmos podem desempenhar um papel na prevenção e redução de complicações orais mediante a uma educação do paciente, a fim de melhorar a higiene oral, nutrição, diminuição do consumo de álcool e tabaco, profilaxia adequada, tratamento de doenças dentárias, tratamento de complicações orais e detecção prévia de malignidades na cavidade oral. Os pacientes de alto risco necessitam de vias de

encaminhamento que são realizadas por especialistas em medicina e odontologia com experiência em oncologia⁵.

Feitas estas considerações iniciais, esta revisão objetiva abordar o papel dos prestadores de cuidados de saúde dentária e protocolos de higiene bucal em pacientes com CCP.

Revisão de Literatura

TERAPIA DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE BUCAL

Há uma variedade de tratamento para CCP, e todas elas provocam complicações orais, envolvendo cirurgias, tendo como exemplo a mutilações e alterações fisiológicas, radioterapia que causa mucosite, hipossalivação, disfagia, osteorradionecrose, e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante, que provoca mucosite, alterações gustativas, imunossupressão⁶. Há também, novas terapias direcionadas que podem resultar em complicações da mucosa oral⁷. Esses medicamentos ocasionam lesões aftosas isoladas e imunoterapias consequentes, que podem induzir reações liquenoides, pois incluem inibidores do fator de crescimento epidérmico e geram reações eritematosas na mucosa⁸. Com esta analogia entre as complicações orais e sua terapia, as condições bucais pré-tratamento do câncer afetam as opções de seleção de escolha do tipo de tratamento para alguns pacientes².

É importante que a equipe de oncologia reconheça o valor do tratamento

odontológico antes do tratamento do CCP para que haja eficácia no atendimento juntamente com os recursos disponíveis de assistência das necessidades orais. O acompanhamento oral e odontológico após o fim do tratamento do CCP é indispensável pelas sequelas orais a longo prazo ocasionados pelo tratamento que exigem cuidados orais de longa duração. Para obter melhores resultados, é imprescindível que uma série de intervenções seja concluída antes do tratamento do CCP. Tais como uma avaliação oral completa, realização de protocolos básicos de higiene bucal, manejo de condições dentárias pré-existentes e a prevenção e tratamento de problemas orais emergentes. Com a integração dos profissionais de odontologia especializada na equipe de oncologia fica melhor a reabilitação do paciente por fornecerem tratamento odontológico apropriado e protocolos preventivos que fazem com que o mesmo não interrompa a terapia do câncer⁴.

Objetivando a melhora dos resultados de saúde e maior qualidade de vida prolongada, as informações a seguir fornecem um resumo das condutas baseadas em evidências relacionadas ao manuseio odontológico em pacientes com CCP.

A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA ANTES DA TERAPIA DE CÂNCER DA CABEÇA E PESCOÇO

A equipe multidisciplinar deve ter a ciência de que apenas profissionais de odontologia com experiência em oncologia podem ser fundamentais para diagnosticar e administrar as condições bucais e patologias em pacientes com CCP e que alguns dentistas praticantes podem ter conhecimento

limitado no atendimento ao paciente oncológico⁹. Em todos os pacientes com câncer, recomenda-se cuidado bucal básico para controle das bactérias presentes na cavidade oral e redução de complicações inflamatórias e infecciosas¹⁰. As recomendações de higiene bucal são demonstradas na tabela 1.

Tabela 1- Cuidados orais antes e após o tratamento do câncer em sobreviventes de câncer de cabeça e pescoço

<p>Tratamento pré-câncer</p>	<p>Avaliação pré-tratamento 2 a 3 semanas antes da terapia do câncer.</p> <p>Exame da mucosa oral.</p> <p>Radiografias para avaliar o estado dentário e periodontal.</p> <p>Cárie avançada, doença periodontal avançada.</p> <p>Manutenção do desbridamento periodontal: instrução de higiene oral.</p>
<p>Durante o tratamento do câncer</p>	<p>Higiene oral reforçada.</p> <p>Tratamento de pequenas lesões cáries com flúor e/ou selantes; aplicações diárias.</p> <p>Manejo dos sintomas: em caso de dor, uso de analgésico tópico e agentes anestésicos; em caso de boca seca, realizar hidratação e lavagens orais; gerenciamento labial.</p> <p>Redução da mucosite: educação do paciente para a escovação regular, uso do fio dental</p>

Durante o tratamento do câncer	<p>e limpeza de prótese.</p> <p>Lavagens orais brandas, à base de água/cera ou lubrificante de lanolina.</p> <p>Boa higiene bucal, escovas de dente macias ou escovas elétricas ou ultra-sônicas, uso do fio dental.</p> <p>Escova super macia para mucosite severa ou escova de espuma com clorexidina se a escovação não for possível.</p> <p>Instrução dietética, orientação nutricional, tabagismo e evasão de álcool.</p>
Tratamento pós-câncer	<p>Monitoramento, prevenção e manejo das complicações bucais (mucosite, boca seca, dor na mucosa, alteração do paladar, infecção, desmineralização dentária, cárie dentária, doença periodontal, tecidos moles /osteonecrose e etc.).</p> <p>Verificar se há recidiva do câncer primário secundário.</p> <p>Prevenção de cáries dentárias, manutenção periodontal.</p> <p>Determinar a frequência do intervalo de acompanhamento de higiene dentária com base no nível de hipossalivação, taxa de desmineralização/cárie e higiene oral do paciente pós-radioterapia; pacientes com boca seca podem necessitar de higiene e recuperação a cada 3-4 meses.</p> <p>Educação do paciente para a boa higiene bucal, uso de escovas de dente macias ou escovas elétricas ou ultra-sônicas, uso do fio</p>

	<p>dental.</p> <p>Manter a lubrificação da boca e dos lábios</p> <p>Incentivar a dieta não-cariogênica e a cessação do tabaco e álcool.</p>
--	---

Fonte: Lalla et al.¹⁰ e Ellad et al.¹¹

Avaliação oral em pacientes com CCP deve ser minuciosa e antes de qualquer tratamento oncológico, o quanto antes possível após o diagnóstico. Dito isso, a estabilização das condições bucais antes do início da terapia oncológica juntamente ao acompanhamento pelo profissional de saúde durante o tratamento podem diminuir o risco de surgimento de complicações bucais idealmente, dentro de 2 a 3 semanas antes da terapia citotóxica, a fim de dar tempo para a cicatrização¹². Nestas avaliações devem conter exame radiográfico, exame periodontal completo, avaliação do funcionamento da glândula salivar e medir a dimensão de movimento da mandíbula. Alguns tratamentos podem ser completados ou adiados até após a terapia do câncer desde que sejam de necessidades dentárias não cirúrgicas e condições dentárias estabilizadoras conforme necessário se forem considerados eletivos¹³.

Os pacientes com CCP devem ser tratados de acordo com os protocolos odontológicos de pré-tratamento específicos da terapia do câncer¹⁴. O objetivo desejado é a ausência de doença oral sintomática e oculta, e a eliminação de infecções agudas e crônicas que podem requerer cuidados cirúrgicos posteriores indicados antes da terapia do câncer. Os tecidos orais dentro dos

campos de radiação de alta dose devem receber atenção especial, já que a cirurgia pós-irradiação nessa região pode ser arriscada. Pode haver necessidade de comprometimentos no tempo e prolongação do tratamento odontológico, principalmente quando se tem um volume tumoral excessivo, mas, geralmente atingirá melhores resultados quanto mais a boca for saudável¹⁴. Para reduzir a exposição à radiação de estruturas orais não afetadas pelo câncer e para auxiliar no posicionamento do tecido, Dispositivos orais personalizados podem ser prescritos a fim de suportar a exposição à radiação de tecidos móveis repetidamente. .

A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA DURANTE TERAPIA DE CÂNCER DA CABEÇA E PESCOÇO

É essencial que oncologistas e outros médicos envolvidos no tratamento do câncer se comuniquem com profissionais de odontologia em casos de câncer complexos para que o tratamento necessário seja fornecido em tempo hábil, o tratamento desnecessário seja evitado e protocolos preventivos sejam instituídos¹⁵. Embora os pacientes com câncer possam estar inclinados a descontinuar a higiene oral devido ao desconforto, a não realização da higiene básica resulta em aumento das cargas microbianas, inflamação gengival/oral e risco de infecções. Assim, a manutenção da higiene bucal deve ser incentivada. Se a higiene bucal for comprometida durante o tratamento do

câncer, o uso diário da solução aquosa de clorexidina 0,12% pode controlar a carga microbiana global, incluindo o crescimento excessivo de fungos e leveduras. Dispositivos construídos para fins profiláticos (blocos da linha média, bandejas personalizadas, etc.) devem ser usados de acordo com o protocolo¹⁶.

A dor oral, predominantemente devido à mucosite é um dos principais sintomas da radioterapia com ou sem quimioterapia. A biologia da mucosite tem sido descrita e está levando ao estudo de intervenções baseadas na patogênese da doença¹⁷. Segundo o MASCC/ISOO, para realização do controle apropriado da dor à mucosite, recomendam-se agentes analgésicos, anestésicos tópicos (por exemplo, lidocaína, benzocaína, difenidramina) ou, em casos graves, analgesia controlada pelo paciente (sulfato de morfina parenteral). Também há a opção da utilização de bochechos com o chá de camomila, por exemplo, que podem conferir alívio dos sintomas da mucosite oral. Medicamentos que afetam a dor neuropática, como agentes gabaminérgicos, ou antidepressivos tricíclicos (por exemplo, imipramina, amitriptilina) e analgésicos sistêmicos, devem ser considerados². O laser de baixa potência demonstrou reduzir a gravidade da mucosite com um possível impacto na produção de fator de necrose tumoral e é sugerido pela MASCC². As estratégias de manejo da dor para esse grupo de pacientes estão resumidas na tabela

2. Entretanto, instruções dietéticas e boa higiene bucal devem ser abordadas. Foram apresentados métodos médicos como agentes de revestimento da mucosa (por exemplo: Biotene[®], Gelclair[®], Mugard[®], Gelclair[®] e outros), estes agentes de revestimento sem receita podem ser calmantes e promover um conforto oral temporário, mas nenhuma instrução foi desenvolvida pela sociedade internacional de oncologia oral (MASCC/ISOO), pois os conhecimentos que asseguram o impacto na mucosite são limitados até então².

Tabela 2 – Estratégias de manejo da dor

Terapia de Radiação Paliativa.
Analgésicos tópicos / anestésicos tópicos.
Analgésicos sistêmicos.
Medicamentos adjuvantes (ex: Ansiolíticos, Anticonvulsivantes, Antidepressivos).
Terapia física e reabilitação: massagem/fisioterapia; compressas de calor frio/úmido.
Fotobiomodulação / acupuntura.
Apoio psicológico (terapia comportamental cognitiva, hipnose).

Fonte: Epstein et al.²

Além da mucosite, um dos motivos de interrupção da terapia do câncer pode ser a infecção oral aguda durante a radioterapia, sendo uma causa de excesso de morbidade. Procedimentos cirúrgicos e extrações dentárias não são indicados durante a terapia citorrredutora. Assim, a alternativa ao tratamento cirúrgico é o controle com auxílio de antibióticos e analgésicos usados pelo médico, mas não resolve a infecção, e pode criar problemas adicionais para o paciente. Para prevenção de doenças dentárias compreendem aplicações regulares diárias de flúor, quando não for possível usá-la como em casos de mucosite grave, a aplicação por escovação ou aplicação de enxágue deve ser substituída. A aplicação

de flúor deve ser contínua diariamente, desde que a boca seca persista. Também é importante fornecer nestes pacientes uma fonte tópica de cálcio para os dentes, além de flúor. Cremes dentais especiais (por exemplo, Enamelon[®]) foram projetados para este propósito².

Intervenções pós-tratamento

O tratamento citotóxico provoca complicações orais que podem ser graves e refletir não apenas a qualidade de vida, mas também nos resultados da terapia do câncer. Por isso deve ser importante que os pacientes relatem quaisquer alterações orais a seus médicos durante e após a terapia do câncer. Os pacientes com CCP devem ser monitorados de perto para reforçar a prevenção, o diagnóstico precoce e o manejo das complicações tardias, e o cuidado bucal ideal para prevenir essas complicações. É ideal que seja encaminhado precocemente se houver identificação de recidiva ou metástase do câncer¹⁸. O acompanhamento odontológico deve ser adaptado e individualizado de acordo com as necessidades e condições dos pacientes. O controle eficaz da infecção oral, mucosite residual, alterações sensoriais de dor na mucosa, alteração do paladar, salivagem reduzida, doença dental e periodontal, necrose no tecido mole/osso e desordens da articulação temporomandibular devem ser parte integrante da terapia pós-câncer. É recomendado também que pelo menos duas vezes por ano sejam realizados *check-ups*, embora um cronograma a cada 2 a 3 meses possa ser indicado para alguns casos¹⁹.

Os pacientes devem ser instruídos na escovação dentária diária atraumática, lavagens orais brandas, uso de fio dental e flúor, bem como no manejo da mucosite e outras sequelas residuais, com base nas diretrizes baseadas em evidências da MASCC/ISOO¹². A higienização deve ser executada com escovas de dente manuais ou supersoft, podendo haver recomendação de escovas elétricas, embora não seja de acordo com o padrão^{20, 21}. Cremes dentais prescritos/gel com 5.000 ppm de flúor são recomendados para pacientes dentados, mas se o paciente não puder tolerar devido à mucosite, lavagens com flúor podem ser substituídas por períodos curtos; voltar a escovar com creme dental prescrito deve ser conduzido o mais breve possível e mantido durante a vida útil do paciente²².

Pacientes que fazem o uso de fio dental devem ser instruídos a continuar, evitando traumas no tecido gengival. Outros auxiliares de limpeza interdentais podem ser escolhidos se forem efetivos, e podem ser usados atraumaticamente²³. Dieta e suplementos que são ricos em carboidratos, bem como medicamentos adoçados com sacarose devem ser evitados, ou quando necessários para apoiar a ingestão de energia, devem ser tomados com as refeições, e podem ser melhores após a higiene oral ser realizada²¹.

Discussão

Pacientes que são acometidos por CCP demandam o atendimento por um

cirurgião dentista por manifestarem diversas lesões orais, o que justifica a inclusão desse profissional à equipe multidisciplinar de oncologia^{1,2,5,10}.

Pacientes que sofreram danos agudos e severos na mucosa possuem sensibilidade crônica aumentada nos tecidos afetados⁴. A perda de celular provocada pela radiação interfere com a substituição de células nas camadas mucosas superficiais, quando estas se perdem através de descamação fisiológica normal³. O subsequente desnudamento do epitélio resulta em mucosite, que pode ser dolorosa e interferir com a ingestão oral e nutrição. A quimioterapia pode ter um efeito similar na mucosa^{6,8}.

A educação do paciente inclui o uso frequente de enxaguantes bucais não medicamentosos, impedir formação de biofilme, lubrificação de agentes de revestimento da mucosa e analgésicos/anestésicos tópicos, conforme necessário¹⁰. Bochechos com álcool, alimentos com qualidades ácidas ou condimentadas e alimentos grosseiros ou abrasivos devem ser evitados. Recomenda-se a higiene oral completa e consistente^{10,11}.

A monitorização do paciente é fundamental no diagnóstico de infecções virais, bacterianas e fúngicas. O diagnóstico pode ser desafiador durante o período da mucosite, pois pode haver uma considerável sobreposição de sinais e sintomas de mucosite e infecção. Infecções virais como o vírus Herpes simplex (HSV) e outros vírus herpes são comuns em pacientes tratados

com quimioterapia, enquanto a reativação do HSV é incomum em pacientes com CCP tratados apenas com radiação. Manifestações orais da infecção viral podem ser mais graves, com apresentação alterada e um curso mais prolongado em sobreviventes de câncer¹².

O reconhecimento da infecção pode ser desafiador devido a múltiplas apresentações e se sobrepõem a outras alterações da mucosa, como a mucosite. Outros sintomas, como sensação de calor na boca, sensação de queimação e alteração do paladar, podem estar associados à candidíase e devem aumentar a atenção²⁴.

A terapia tópica para doença local é sempre preferível, mas os antifúngicos sistêmicos podem ser necessários no contexto de imunodeficiência ou perda da integridade da mucosa. Os oncologistas precisam estar cientes de que os agentes antifúngicos tópicos tiveram eficácia inconsistente e alguns são ricos em açúcar, o que reduz a eficácia e aumenta o risco de cárie dentária em pacientes com dentição em boca seca²¹.

Outras complicações orais em sobreviventes de CCP são comuns^{21,22,23,24}. A chave é identificar fatores de risco e sintomas de início precoce e oferecer encaminhamento para atendimento especializado²⁴. Por exemplo, os pacientes com CCP que recebem quimioterapia citotóxica e radioterapia podem ter boca seca ou xerostomia que continua indefinidamente devido à redução da produção de saliva (hipossalivação)¹⁰. Boca

seca é uma complicação crônica comum e significativa e causa complicações orais tardias; alguns pacientes podem acomodar a hipossalivação contínua ao longo do tempo e podem relatar sintomas reduzidos ou mesmo nenhum sintoma. No entanto, os efeitos da saliva reduzida na saúde dos tecidos orais continuam. O manejo da hipossalivação inclui a avaliação da produção de saliva, sendo a primeira abordagem ao tratamento a estimulação de qualquer função residual e produtos tópicos paliativos. Além da redução da produção de saliva, mudanças na qualidade da saliva, com secreções espessadas ou viscosas, podem ser difíceis de controlar, e os ensaios de agentes mucolíticos podem ser considerados (guaifenesina, acetilcisteína)¹¹.

Para incentivar uma boa higiene bucal diária, visitas ao dentista frequentes e suplementação de remineralização, flúor dentário pode ajudar a neutralizar as mudanças induzidas pela salivagem insuficiente. Para os pacientes com hipossalivação persistente, o umedecimento das superfícies orais e a reposição de cálcio, fosfato e uso de enxaguatórios antimicrobianos demonstraram ser seguros e eficazes no alívio dos sintomas de boca seca e na minimização do potencial de infecção. Boca seca, desconforto gastrointestinal, sensibilidade da mucosa, inflamação e ulceração limitam significativamente a ingestão de alimentos e podem levar a um comprometimento

alimentar que complica a nutrição e a saúde em geral¹⁰.

A boca seca aumenta também o risco de desmineralização dentária e cavitação dentária que podem levar a danos dentários excessivos, aumentar o risco de progressão da doença periodontal e aumentar o risco de osteorradionecrose da mandíbula¹². A sensibilidade dentária à temperatura também está associada com menor secreção de saliva e menor pH salivar. A sensação de queimação oral devido à sensibilidade da mucosa está associada à hipossalivação e decorre da neuropatia periférica. Além disso, um grande número de pacientes com CCP apresentam disgeusia, o que contribui para a redução da qualidade de vida. As neuropatias induzidas por radiação e quimioterapia estão associadas à inflamação, neurotoxicidade, estresse oxidativo e isquemia, que podem persistir por muito tempo após a resolução da mucosite clínica^{14,15}.

A malignidade oral recorrente ou secundária é um risco conhecido e as pessoas com câncer do trato aerodigestivo superior são a população de maior risco para uma lesão maligna pós-tratamento. Alterações na mucosa pós-irradiação podem dificultar a detecção de alterações precoces, e a cicatrização potencialmente retardada nos campos de radiação de altas doses torna mais difícil a determinação da biópsia^{10, 11}.

Assim, cirurgiões dentistas, terapeutas de fala e deglutição e nutrição/instrução dietética

são aspectos importantes do cuidado no paciente com CCP, e esses profissionais são parte importante da equipe multidisciplinar do CCI.

Conclusão

Dentistas e Oncologistas devem colaborar para aperfeiçoar os cuidados, bem como elevar o conhecimento sobre as opções preventivas e terapêuticas, para a conservação da saúde bucal, a melhor percepção do câncer bucal e as condições adequadas de encaminhamento com as vias.

A equipe de oncologia deve incluir os profissionais de odontologia especializados em manejo de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, o que contribuirá para uma melhor prevenção, detecção e tratamento de complicações orais e uma melhor qualidade de vida.

The role of the Dentist Surgeon in the multidisciplinary oncology team

Abstract

The present study aims to discuss the role of the dentist surgeon in the multidisciplinary oncology team. Therefore, as methodology, it uses the literature review in articles from periodicals that discuss the subject under analysis. From the literature review it was observed that the number of CCP survivors increased, mainly due to the change in cancer risk factors and advances in cancer therapy and supportive care. This growing population requires specialized oral care by trained personnel in the follow-up of these complex patients. At the end of the study it was concluded that despite being a low risk, the risk of cross-contamination in dental offices should not be underestimated. The risk of cross infection should be a constant concern for the dental surgeon and oral health team. Biosecurity measures should be adopted appropriately so that all procedures are safe for both professionals and patients. Thus, oncologists and dentists should collaborate to optimize care as well as increase knowledge about preventive and therapeutic options for oral health maintenance, oral cancer detection and appropriate pathway conditions with pathways. At the end of the study it was concluded that the oncology team should include dentists specialized in the management of survivors of head and neck cancer, which will contribute to better prevention, detection and treatment of oral complications and a better quality of life.

Keywords: Cancer. Oral manifestations. Multidisciplinary team. Dental surgeon.

Referências

1. Baxi SS, Pinheiro LC, Pati SM, Pfister DG, Oeffinger KC, Elkin EB. Causes of death in long term survivors of head and neck cancer. *Cancer*. 2014;120:1507–13.
2. Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ, Barasch A, Murphy BA, Kolnick L, Popplewell L, Maghami E. Oral complications of cancer and cancer therapy: from cancer treatment to survivorship. *CA Cancer J Clin*. 2012;62(6):400–22.
3. Epstein JB, Raber-Drulacher J, Wilkins A, et al. Advances in hematologic stem cell transplant: an update for oral health care providers. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;107:301–12.
4. Islam NM, Bhattacharyya I, Cohen DM. Common oral manifestations of systemic disease. *Otolaryngol Clin North Am*. 2011;44(1):161–82.
5. Epstein JB, Güneri P, Barasch A. Appropriate and necessary oral care for people with cancer: guidance to obtain the right oral and dental care at the right time. *Support Care Cancer*. 2014;22(7):1981–8.
6. Peterson DE, Jensen SB. Oral complications of nonsurgical cancer therapies: diagnosis and treatment. In: Glick M, editor. *Burket's Oral Medicine*. 12th ed. Shelton: PMPH-USA, Ltd; 2014. p. 201–18.
7. Thariat J, Vignot S, Lapierre A, et al. Integrating genomics in head and neck cancer treatment: Promises and pitfalls. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2015;95(3):397–406.
8. Ackson LK, Johnson DB, Sosman JA, Murphy BA, Epstein JB. Oral health in oncology: impact of immunotherapy. *Support Care Cancer*. 2015;23:1–3.
9. Oral Complications of Chemotherapy and Head/Neck Radiation—for health professionals (PDQ®) <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/mouth-throat/oral-complications-pdq>. Accessed 5 Oct 2018.
10. Lalla RV, Bowen J, Barasch A, Elting L, Epstein J, et al. Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2014;120(10):1453–61.
11. Elad S, Raber-Durlacher JE, Brennan MT. Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). *Support Care Cancer*. 2015;23(1):223–36.
12. Jackson LK, Epstein JB, Migliorati CA, et al. Development of tools for the oral health and panoramic evaluation of the head and neck cancer patient: A methodological study. *Spec Care Dentist*. 2015.
13. Schubert MM, Peterson DE. Oral complications of hema-topoietic cell transplantation. In: Appelbaum RF, Forman SJ, Negrin RS, Blume KG, editors. *Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation: Stem Cell Transplantation*. 4th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009. p. 1589–607.
14. Lalla RV, Brennan MT, Schubert MM. Oral complications of cancer therapy. In: Yagiela JA, Dowd FJ, Johnson BS, Marrioti AJ, Neidle EA, editors. *Pharmacology and Therapeutics for Dentistry*. 6th ed. St. Louis: Mosby-Elsevier; 2011. p. 782–98.
15. Joshi VK. Dental treatment planning and management for the mouth cancer patient. *Oral Oncol*. 2010;46(6):475–9.
16. Elad S, Epstein JB, von Bultzingslowen I, Drucker S, Tzach R, Yarom N. Topical immunomodulators for management of oral mucosal conditions, a systematic review;

Part II: miscellaneous agents. Expert Opin Emerg Drugs. 2011;16:183–202.

17. Villa A, Sonis ST. Mucositis: pathobiology and management. *Curr Opin Oncol*. 2015;27:159–64.

18. Ganzer H, Touger-Decker R, Parrott JS, Murphy BA, Epstein JB, Huhmann MB. Symptom burden in head and neck cancer: impact upon oral energy and protein intake. *Support Care Cancer*. 2013;21(2):495–503.

19. Bensinger W, Schubert M, Ang KK, et al. NCCN Task Force Report, Prevention and management of mucositis in cancer care. *J Natl Compr Canc Netw*. 2008;6(Suppl 1):S1–21.

20. Hong CH, daFonseca M. Considerations in the pediatric population with cancer. *Dent Clin N Am*. 2008;52(1):155–81.

21. Hong CH, Napeñas JJ, Hodgson BD, et al. A systematic review of dental disease in patients undergoing cancer therapy. *Support Care Cancer*. 2010;18(8):1007–21.

22. Saunders DP, Epstein JB, Elad S, Allemano J, Bossi P, et al. Systematic review of antimicrobials, mucosal coating agents, anesthetics and analgesics for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013;21:3191–207.

23. Kataoka T, Kiyota N, Shimada T, Funakoshi Y, Charahara N, et al. Randomized trial of standard pain control with or without gabapentin for pain related to radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Auris Nasus larynx*. 2016;43(6):677–84.

24. Villa A, Sonis ST. Mucosite: patobiologia e manejo. *Curr Opin Oncol*. 2015; 27: 159–64.
