

UNIVERSIDADE CESUMAR UNICESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**CÂNCER DE PARÓTIDA E SUAS IMPLICAÇÕES ODONTOLÓGICAS: UMA
REVISÃO DE LITERATURA**

BEATRIZ GENARI BARLATI
MARCELLA GIOVANNA GASPAROTO

MARINGÁ – PR
2020

BEATRIZ GENARI BARLATI
MARCELLA GIOVANNA GASPAROTO

**CÂNCER DE PARÓTIDA E SUAS IMPLICAÇÕES ODONTOLÓGICAS: REVISÃO
DE LITERATURA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Jean Carlos Fernando Besson.

MARINGÁ – PR
2020

BEATRIZ GENARI BARLATI
MARCELLA GIOVANNA GASPAROTO

**CÂNCER DE PARÓTIDA E SUAS IMPLICAÇÕES ODONTOLÓGICAS: REVISÃO
DE LITERATURA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Jean Carlos Fernando Besson.

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Fábio Vieira de Miranda - Unicesumar

Prof. Dr. Fernando Accorsi Orosco - Unicesumar

CÂNCER DE PARÓTIDA E SUAS IMPLICAÇÕES ODONTOLÓGICAS: REVISÃO DE LITERATURA

Beatriz Genari Barlati

Marcella Giovanna Gasparoto

RESUMO

As glândulas parótidas são as maiores glândulas salivares do nosso corpo e seus tumores representam de 2 a 3% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço. O presente trabalho teve como objetivo revisar a literatura atual sobre o tema em relação aos aspectos clínicos e histopatológicos, e suas implicações na odontologia, considerando formas de tratamento que incluem cirurgia, quimioterapia e radioterapia, e também, foi relacionado lesões e infecções fúngicas e virais com o tratamento antineoplásico, além de atualizações em biotecnologia e inovação no diagnóstico e tratamento. Foram levantadas palavras chaves nas bases de dados Scielo, pubmed, google acadêmico. Como resultado, foi constatado que O tumor benigno mais encontrado é o adenoma pleomórfico e o mais prevalente entre os tumores malignos é o carcinoma mucoepidermoide. A maioria dos tumores se manifestam indolores, no entanto os malignos podem ter proximidade com nervos periféricos causando dor. O crescimento e natureza da patologia dependem da malignidade, assim como o prognóstico e tratamento também. Concluímos que é necessário uma boa anamnese e exame clínico do paciente oncológico, avaliar adequadamente o tratamento que está sendo realizado e as suas prováveis consequências, bem como estabelecer o acompanhamento rigoroso do paciente e oferecendo maiores cuidados, visto que a debilitação do mesmo pode ter um grau elevado, o que demanda um trabalho minucioso e preciso para diminuir as complicações derivadas do tratamento.

Palavras-chave: Tumores de glândula parótida. Carcinoma Adenóide Cístico. Odontologia.

PAROTID CANCER AND ITS DENTAL IMPLICATIONS: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

The parotid glands are the largest salivary glands in our body and their tumors represent 2 to 3% of all head and neck neoplasms. The present study proposed to review the current literature on the subject in relation to clinical and histopathological aspects, and its implications in dentistry, considering forms of treatment that include surgery, chemotherapy and radiotherapy, and also, it was related to fungal and viral infections and injuries. With antineoplastic treatment, in addition to updates in biotechnology and innovation in diagnosis and treatment. Keywords were raised in the

Scielo, pubmed, google academic databases. In the result, it was found that the most common benign tumor is pleomorphic adenoma and the most prevalent among malignant tumors is mucoepidermoid carcinoma. Most tumors are painless, however malignant ones can be close to peripheral nerves causing pain. The growth and nature of the pathology depends on the malignancy, as well as the prognosis and treatment as well. We conclude that it is necessary to have a good anamnesis and clinical examination of the cancer patient, to properly evaluate the treatment that is being carried out and its likely consequences, as well as to establish the strict monitoring of the patient and offering greater care, since the debilitation of the same can have a high degree, which demands meticulous and precise work to reduce complications resulting from treatment.

Palavras-chave: Parotid gland Tumors. Adenoid Cystic Carcinoma. Dentistry.

LISTA DE IMAGENS

IMAGEM 01 – Parotidectomia superficial com preservação do nervo facial	11
IMAGEM 02 – Tumoração na região de parótida	12
IMAGEM 03: Processo de radioterapia na região de cabeça e pescoço	13
IMAGEM 04 – Representação de mucosite oral grau 3	14
IMAGEM 05 – Lesões por <i>Candida</i> em pacientes sob tratamento antineoplásico	15
IMAGEM 06 – Lesões por herpes-vírus em paciente sob tratamento antineoplásico	16
IMAGEM 07. Necrose óssea devido radioterapia	17
IMAGEM 08 - Exemplo de abertura bucal diminuída	18

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. METODOLOGIA	8
3. DESENVOLVIMENTO	9
3.1 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER DE PARÓTIDA	9
3.2 CUIDADOS COM O PACIENTE: CIRURGIA, QUIMIOTERPIA E RADIOTERAPIA	11
3.3 LESÕES BUCAIS CAUSADAS PELA TERAPIA ANTINEOPLÁSICA	14
3.4 BIOTECNOLOGIA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA	18
4. CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS	20

1. INTRODUÇÃO

Os tumores de glândulas salivares representam de 3 a 10% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço. Esses tumores ocorrem predominantemente nas glândulas salivares maiores e dentre eles destacam-se os tumores malignos que são minoria, ocorrendo em 15- 32% dos casos (BITTAR et al., 2016). Os tumores benignos perfazem 75% dos tumores das glândulas salivares. Inicialmente, essas lesões apresentam crescimento lento e indolor, geralmente são solitários e com aspecto moles, com exceção de casos onde são císticos, que tem aspecto endurecido. Podem causar deformidades quando estão em estágio avançado e também, podem causar dor devido à proximidade da glândula parótida do nervo facial. (NEVILLE, et al. 2009)

Os tumores malignos da área de glândula parótida podem causar extensos defeitos nas estruturas adjacentes como o osso temporal, osso litoide, nervo facial, osso malar, músculo masseter, articulação temporomandibular e mandíbula. Podem ser observada também a lesão do nervo facial ou dos seus ramos podendo causar paralisia temporária ou definitiva, ocasionando paralisia dos músculos da face responsáveis pela mímica facial, afetando movimentos simples como fechar o olho, sorrir, franzir a testa, mover os lábios, movimento de sucção (BITTAR et al., 2016; PAPADAS et al., 2005).

Dentre os tumores malignos, o mais comum é o carcinoma mucoepidermoide, o qual representa de 3% a 12% dos casos. Suspeita-se da neoplasia ser maligna quando encontra-se dor, crescimento rápido, paralisia facial, limites mal definidos e infiltração de pele. (MAAHTA et al., 2014). O carcinoma mucoepidermoide ocorre em várias faixas etárias, e tem sido associado a histórico prévio de radioterapia na região de cabeça e pescoço. Geralmente se apresenta como um aumento de volume assintomático, mas em casos de tumores de alto grau, pode haver dor e paralisia do nervo facial. (PIRES, et al, 2002).

Além dessa linhagem, destaca-se também o um tipo raro de neoplasia maligna, o carcinoma adenoide cístico e considerado o segundo tumor maligno mais frequente em glândula salivar. Caracterizado como uma neoplasia maligna rara localizada em qualquer glândula salivar, maior ou menor, podendo atingir nervos periféricos. (DANTAS et al., 2015). Seu crescimento é lento, de natureza infiltrativa e invasão difusa e seu aparecimento em geral é pouco comum em jovens e a predominância entre os sexos divide-se igualmente entre homens e mulheres, com leve predisposição em sexo feminino. (SARMENTO et al., 2010).

Clinicamente, nessa linhagem observa-se aumento de volume ou nódulo de consistência endurecida, podendo observar-se ulcerações e destruição óssea através de achados radiográficos. No tratamento dos tumores de parótida questiona-se sua localização e a presença

de metástases em outros órgãos para o tratamento, sendo a ressecção cirúrgica a melhor opção. Pode-se acrescentar a radioterapia pós-operatória, com eficácia observada e clinicamente comprovada (SARMENTO et al., 2010).

Cabe aos cirurgiões-dentistas atentar-se a qualquer anormalidade observada na região oral, garantindo o diagnóstico precoce e correto, prosperando a qualidade de vida e taxa de sobrevida do paciente. Dessa forma, visando melhorar o atendimento ao paciente oncológico, este trabalho tem como objetivo central apresentar as alterações odontológicas que o tratamento antineoplásico provoca e também, os aspectos relacionados ao desenvolvimento tumoral, relacionando com terapia variadas na tentativa de melhorar a qualidade de vida do paciente.

2. METODOLOGIA

O nosso trabalho é de natureza qualitativa descritiva. A análise dos dados será feita através de dados bibliográficos, a partir de artigos e pesquisas em base de dados, como SCIELO, PUBMED, GOOGLE ACADÊMICO (SCHOLAR) e Ministério da Saúde. Os termos descritores em ciências da saúde (DeCS) utilizados nas buscas e triagem pelos artigos foram: *Glândulas salivares; tumores de parótida; sinais e sintomas do câncer de parótida; consequências e implicações dos tumores de parótida; identificação do câncer de parótida; tratamentos do câncer de parótida; prognóstico do câncer de parótida; papel do cirurgião dentista frente ao câncer de parótida; características do carcinoma adenóide cístico; doenças associadas ao câncer de parótida e carcinoma adenóide cístico; tratamentos biotecnológicos contra o câncer; terapias alternativas para o tratamento de câncer.*

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER DE PARÓTIDA

As glândulas parótidas são as maiores glândulas salivares do nosso corpo, encontradas bilateral na face localizando-se entre o ramo da mandíbula e o processo estilóide do osso temporal. Em seu interior está o ducto parotídeo que entra na cavidade da boca através de um pequeno furo na altura do dente molar da maxila secretando a saliva, e o fluido umidificante para mucosa oral e garganta. Este fluido desempenha importantes funções para a saúde bucal e

sistêmica como prevenção da cárie dentária e outras doenças orais como a doença periodontal visto que o mesmo apresenta função tampão.

Em termos histofuncionais esta glândula apresenta dois lobos, um superficial que fica lateralmente ao nervo facial e corresponde a 4/5 do parênquima glandular e outro lobo profundo menor. Ela é limitada anteriormente pelo músculo masseter e pelo ramo da mandíbula, e superiormente pelo meato acústico externo e côndilo da mandíbula (LOURENÇO, 2020).

Os tumores de parótida representam de 2 a 3% dos tumores de cabeça e pescoço (BITTAR et al., 2016). Histologicamente os tumores de parótida foram classificados em mais de 30 tipos pela organização mundial de saúde em 1991. Atualmente a aferição é que cerca de 80% sejam benignos. No que se refere aos tumores malignos o mais prevalente é o carcinoma mucoepidermóide, seguido pelo carcinoma adenóide cístico. Suspeita-se da neoplasia ser maligna quando é constatado dor local, crescimento rápido, paralisia facial, limites mal definidos e infiltração de pele. (MAAHS et al., 2015).

A maioria dos tumores se manifesta indolor, no entanto os tumores malignos podem invadir nervos próximos e causar dor local e regional. Eventuais sinais e sintomas incluem nódulo ou massa em pescoço e boca, dor, assimetria facial, dormência, parestesia, fraqueza, trismo, dificuldade para engolir ou perda de função motora (BITTAR et al., 2016).

A punção aspirativa por agulha fina guiada ou não do conteúdo interno da lesão que determinará a malignidade do tumor, visto que somente a citologia não determina o diagnóstico histológico definitivo. Os exames de imagem como ultrassonografia, tomografia e ressonância são importantes aliados para diagnose e também idealizar conduta de tratamento. É contraindicado o emprego de biópsia incisional em razão de ser frequentemente associada a causa de recidiva. (MAAHS et al., 2015).

Os tumores benignos geralmente são tratados com excisão cirúrgica, como o adenoma monomórfico, oncocitoma, cistoadenoma papilífero oncocítico, mioepitelioma, sialadenoma papilífero, papiloma invertido de ducto, hemangioma, linfangioma ou lipoma. O tumor benigno mais comum das glândulas salivares é o adenoma pleomórfico, tumor misto que equivale a 80% dos casos. Apresenta uma mistura de componentes mucóides, epiteliais e mesenquimatosos, propendendo a ter múltiplas projeções causadores de 50% das recidivas após enucleação simples.

Caso feita ressecção completa com margens amplas o índice de cura se aproxima de cem por cento. Já quando o adenoma pleomórfico está recidivado sua cura é difícil pela alta disposição da recidiva ser multifocal. Pode haver evolução maligna do adenoma pleomórfico para um carcinoma. Lesões benignas na parótida são normalmente sólidas, císticas, únicas e seu tratamento é a ressecção cirúrgica completa.

Dos tumores malignos o mais comum é o carcinoma mucoepidermoide, um tumor misto maligno podendo ser de alto ou baixo grau. Seus três graus histológicos correspondem a proporção crescente de componentes epidermóides e diferenciação celular diminuída. Necessita de cirurgia radical para tratamento incluindo radioterapia complementar. Infreqüentemente apresenta metástase a distância.

O carcinoma adenoide cístico é uma neoplasia maligna de glândula salivar rara, é considerado o segundo tumor maligno mais frequente em glândula salivar. Leve predominância entre mulheres do que homens, em uma proporção de 3/2. Maior incidência na sexta década de vida, sendo incomum em jovens. Crescimento lento e natureza infiltrativa. Apresenta-se clinicamente como aumento de volume ou nódulo endurecido, recoberto por mucosa íntegra, sendo a dor um importante achado no curso inicial. Ulcerações são raras em glândulas salivares maiores, podendo ser observada em região de palato. Achados radiográficos exibem destruição óssea. Metástase à distância é comum, particularmente tardia, sendo o pulmão o sítio mais comumente afetado, seguido de ossos, fígado e cérebro (HERTER; SPERB, 2013).

Estudos anteriores revelam que os tumores malignos da área de glândula parótida podem causar extensos defeitos nas estruturas adjacentes como o osso temporal, osso litoide, nervo facial, osso malar, músculo masseter, articulação temporomandibular e mandíbula. As lesões do nervo facial ou dos seus ramos podem causar paralisia temporária ou definitiva, ocasionando paralisia dos músculos da face responsáveis pela mímica facial.

Estima-se que de 30 a 65% dos pacientes experimentam algum tipo de fraqueza facial transitória, e que 3 a 6% evoluem com disfunção permanente, resultando em um impacto significativo na qualidade de vida. Quando a lesão for permanente, as consequências são importantes, resultando em possíveis úlceras de córnea, assimetria facial, disfagia e salivação. Ainda é questionável se a incidência de paralisia facial é maior após a ressecção de tumores malignos devido a uma abordagem cirúrgica mais agressiva.

A parotidectomia superficial (imagem 01) com preservação do nervo facial é a cirurgia mais indicada, pois 90% dos tumores estão situados no lobo superficial glandular e não comprometem, desta forma, o nervo facial. A relação entre o nervo facial e glândula parótida é incumbido pela maior parte das complicações e dificuldades das abordagens cirúrgicas. A cirurgia as vezes é seguida de radioterapia, atualmente não existe quimioterapia eficaz para o câncer de glândulas salivares (BITTAR et al., 2016).

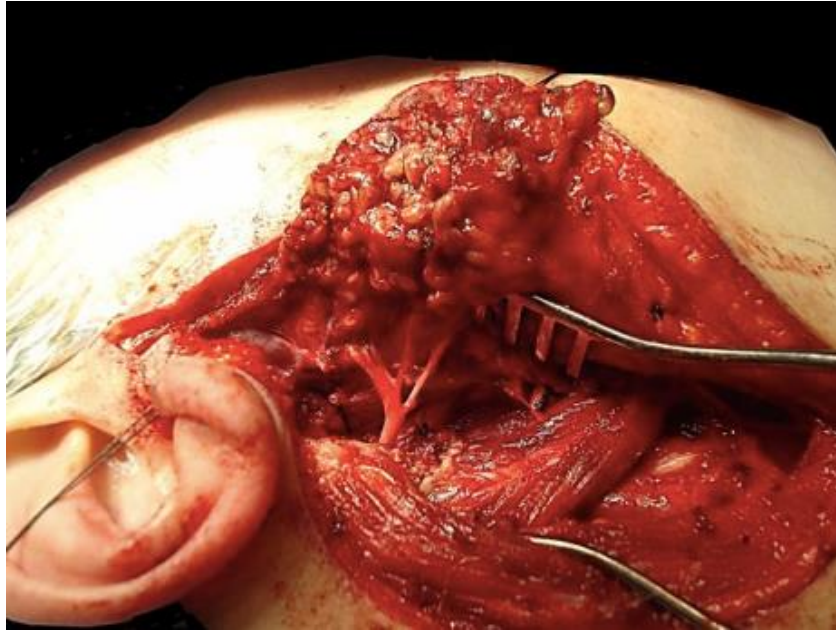


Imagem 01 – Parotidectomia superficial com preservação do nervo facial Fonte: Fagan (2020)

3.2.CUIDADOS COM O PACIENTE: CIRURGIA, QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA

Quando escolhida se faz necessário a utilização da cirurgia, a ressecção do tumor (figura 02) é feita por completo. Devido a proximidade da glândula com o nervo facial, em alguns casos específicos o nervo é retirado junto a massa tumoral, evitando assim infiltração de células malignas.



Imagem 02 – Tumoração na região de parótida, fonte: FRANCISCO, et al., 2005

Esse tipo de tratamento não traz maiores complicações ao aparelho estomatognático do paciente. Sendo assim, demanda acompanhamento odontológico em casos onde o nervo é removido, para que o paciente seja orientado quando as mudanças de hábitos devido a paralisia facial que fica quando esse tipo de complicação ocorre (FRANCISCO et al., 2005)

A técnica de quimioterapia visa utilização de agentes quimioterápicos a fim de eliminar ou interromper o crescimento de células cancerígenas (figura 02). A dose é medida de acordo com a superfície corporal do paciente. Pode ter finalidade curativa, quando o controle do tumor é somente por esse tratamento; adjuvante, quando é utilizada após remoção cirúrgica do tumor; neoadjuvante, quando precede a cirurgia ou a radioterapia, com intuito de diminuir o volume do tumor; e por fim, paliativa, quando a finalidade não é a cura, mas o aumento da sobrevida.(HESPANHOL, et al., 2010)

As reações adversas dos agentes quimioterápicos podem ser:

- náuseas e vômitos devidos alterações dos neurotransmissores do trato digestivo e no sistema nervoso central.
- alopecia que pode iniciar de três a quatro semanas após a infusão do agente.
- fadiga que pode ser a nível de sistema nervoso central ou nas junções neuromusculares.
- anemia devido a terapia mielossupressora.
- diarreia.
- imunossupressão que pode deixar o paciente com alto risco de infecções.

Alguns agentes quimioterápicos também podem causar toxicidade aos órgãos. Alguns sinais e sintomas são a mucosite oral, a xerostomia e alterações no paladar. Não são todos os casos

que apresentam toxicidade, mas deve-se ficar atento aos sinais e sintomas para serem tratados assim que diagnosticados.

Com isso, o cirurgião dentista deve sempre estar atento aos valores dos exames hematológicos do paciente, para que seja possível diminuir os riscos à saúde do paciente, e que infecções orais não aconteçam para manter o tratamento antineoplásico em seu curso normal. (Cardoso, et al., 1988).

A radioterapia (imagem 03) é uma modalidade de tratamento que consiste na utilização de energia ionizante eletromagnética ou corpuscular, em que elétrons são deslocados ionizando o meio e provocando efeitos químicos e biológicos. No entanto, o tratamento ionizante atua também em células saudáveis tornando tóxico ao organismo.

A dose de radiação é medida em unidade Gray (Gy), e os pacientes com carcinomas de cabeça e pescoço recebem normalmente, como dose curativa, entre 50 e 70 Gy (1 Gy = 1 J/kg = 100 rads). Esta dose geralmente é aplicada de forma fracionada, por um período de cinco a sete semanas, uma vez ao dia, cinco dias na semana e com uma dose diária no tumor em torno de 2 Gy^(3,4). Em doses baixas de 10 Gy já há o aparecimento de efeitos colaterais (síndrome cutânea de radiação, mucosite e alterações glandulares).

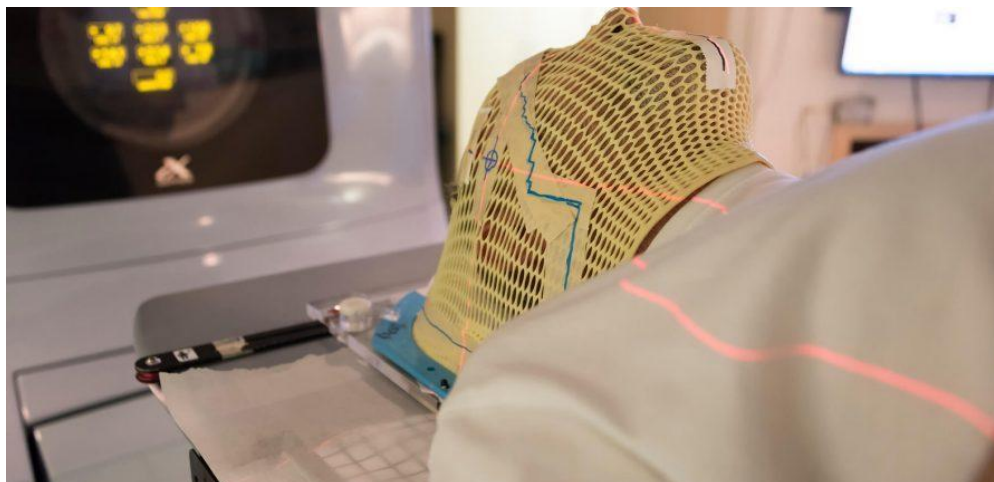


Imagem 03: Processo de radioterapia na região de cabeça e pescoço. Acervo do Google (2020)

Atualmente, a radioterapia de intensidade modulada tem sido a terapia de escolha para câncer de cabeça e pescoço. Nesse tipo de radioterapia, a dose é alterada de acordo com o campo irradiado, concentrando doses maiores para o tumor e menores para os tecidos ao redor. Sua escolha se deve ao fato da redução na frequência de xerostomia, trismo, mucosite e cárie por radiação, alterações causadas por esse tipo de tratamento e que demandam acompanhamento

odontológico. Outros efeitos adversos que devem ser citados são a enterite, náuseas e vômitos e a esofagite. (ROLIM, et al, 2011).

3.3. LESÕES BUCAIS CAUSADAS PELA TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

A mucosite oral (imagem 04) compreende um processo inflamatório que se apresenta como ulceração na mucosa bucal devido ação citotóxica dos agentes quimioterápicos e da radiação ionizante. Gera sensibilidade dolorosa intensa e desconforto, eritema e pode evoluir para necrose epitelial. Impede a mastigação e compromete de forma grave a qualidade de vida do paciente.



Imagem 04 – Representação de mucosite oral grau 3, fonte Menezes et al., 2004.

A terapia ideal para a mucosite consiste em prevenir e controlar os eventos moleculares iniciais, evitando assim a ulceração. Para isso, a utilização de laser de baixa potência é indicado,

evitando o início das lesões e não deixando que evolua para um quadro mais grave. (NAIDU et al, 2004; ROLIM, et al., 2011).

A candidíase oral é a mais frequente dentro das lesões causada por infecções. Durante o período de imunossupressão do paciente, o fungo do gênero *Candida* pode se disseminar mais facilmente, o que é considerado de alta mortalidade (imagem 05).



Imagem 05 – Lesões por *Candida* em pacientes sob tratamento antineoplásico. Fonte: Acervo de imagens do Hospital Israelita Albert Einstein (2020)

A xerostomia também é um fator de risco para o início das lesões. Para evitar essa infecção, o paciente deve ser orientado quanto a higienização bucal, controlando assim a formação do biofilme. A terapia antifúngica pode ser feita quando as lesões já se encontram instaladas. O medicamento deve ser escolhido em conjunto com equipe médica para que não haja interferência no tratamento (Rautemaa et al., 2011)

A infecção mais comum do herpes vírus é por HSV-1 nos pacientes onco-hematológicos. Nesses pacientes, é observada uma fase prodrômica muito sintomática, depois o surgimento de vesículas seguido de crostas (imagem 06). Podem também ser em forma de úlceras dolorosas e disseminadas, que demoram para completo reparo. O tratamento pode ser feito com a prevenção, pela correta instrução de higiene oral. Em casos da doença já instalada, pode ser feita a terapia antifúngica (Krasteva et al., 2013).



Imagem 06 – Lesões por herpes-vírus em paciente sob tratamento antineoplásico. Fonte: Acervo de Imagens do Hospital Israelita Albert Einstein (2020)

As cáries por radiação são consideradas de rápida disseminação e evolução e grande destruição. Geralmente as lesões ocorrem em locais pouco comuns. Podem ter coloração amarronzada ou enegrecida. Várias são as hipóteses em torno do surgimento dessas cáries, porém a mais aceita é devido a alteração que ocorre na superfície dentária em função da xerostomia, causada pela radiação. Para tratar, basta uma mudança na dieta e instrução de higiene que deve ser rigorosamente seguida, evitando assim o surgimento dessas cáries. (Deng et al., 2015).

A osteorradição é classificada como uma necrose do tecido ósseo após a radioterapia (imagem 07). Ocorre devido uma sequência de eventos inibitórios diretamente sobre os fibroblastos e células endoteliais. Essas secretariam grande quantidade de citocinas após a radiação, o que provoca mudanças nos fibroblastos, o que gera uma matriz extracelular atípica.

Outra célula que também sofre interferência devido a radiação é o osteoblasto, o qual se tornaria inviável e incapaz de proliferar e migrar frente as alterações do tecido conjuntivo. Se reduzida a atividade osteoblástica, seria também reduzida a atividade osteoclástica, o que altera a renovação e o remodelamento ósseo. Com isso, após a radiação, haveriam poucas células viáveis, pouca vascularização e matriz óssea modificada.



Imagem 07. Necrose óssea devido radioterapia. Fonte: Acervo de imagens do Hospital Israelita Albert Einstein

Qualquer trauma pode gerar uma necrose e que tem poucas chances de regeneração. Dentro dos fatores de risco, temos a doença periodontal, cáries extensas, extrações dentárias, infecções dento-alveolares, entre outras (Khan et al., 2015). Por isso, é imprescindível que o paciente seja acompanhado mesmo após o término da terapia, para que seja feito o monitoramento da saúde bucal e as devidas instruções sempre que necessário. (McCaul et al., 2014).

O trismo configura uma restrição na abertura bucal (imagem 08), causado pela contração contínua dos músculos da mastigação derivado de uma inflamação do tecido muscular e da articulação temporomandibular. Pode ser advinda do tumor, da excisão tumoral ou da radioterapia. Uma abertura menor ou igual a 30mm já se considera trismo. Fisioterapia e massagens podem melhorar gradativamente a abertura bucal, melhorando essa condição gerada pelo tratamento. (Astradsson, et al., 2018)



Figura 08 - Exemplo de abertura bucal diminuída. Fonte: Acervo do Google (2020)

A xerostomia se refere a Sensação de boca seca, sendo caracterizado como um dos efeitos colaterais mais comuns e de maior impacto gerado pelo tratamento antineoplásico. Gera desconforto, dificulta a mastigação, fala e deglutição e deixa mais suscetível a infecções na boca. Para tratar, pode ser indicado que o paciente faça uso de saliva artificial, que substitui parcialmente a saliva produzida nas glândulas. O uso varia de paciente para paciente, sendo que em alguns a xerostomia é tão mínima que apenas o controle trimestral já se faz suficiente. (Jensen et al., 2003).

3.4 BIOTECNOLOGIA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

Com tantas novas pesquisas acerca do tratamento de câncer, estudos prévios revelam que novos marcadores moleculares têm grande importância para que se aumente as respostas clínicas e tenha os melhores indicadores de prognóstico de sobrevida, fazendo também a análise do melhor tratamento baseado na análise molecular da massa tumoral. No câncer de cabeça e pescoço, o marcador p53 está presente em grande parte das mutações. Porém ainda há controvérsias sobre o mesmo como um marcador de prognóstico e sobrevivência.

O cenário da biotecnologia aplicada a fármacos também tem contribuído para o tratamento de câncer de cabeça e pescoço. Dentro dos novos quimioterápicos, os que mostraram melhores resultados foram o paclitaxel, docetaxel, ifosfamida, gencitabina e navelbine. Estes,

quando associados a outros agentes, têm apresentado grandes benefícios e melhores resultados. As combinações e escolhas envolvem o tipo de câncer, o local e o avanço da doença.

Estudos mostram que o hiperfracionamento da dose usual de radiação (radioterapia fracionada) diminui o risco de complicações decorrente do tratamento, melhora significativamente o tumor, e ainda auxiliam para que a dose seja aumentada sem que haja danos. Geralmente, a dose utilizada é de 70 Gy durante 7 semanas. Com o hiperfracionamento, conseguiram atingir uma dose de cerca de 80 Gy sem danos ao paciente, fazendo mais de uma sessão por dia. Também pode ser feita uma entrega de radiação em curto espaço de tempo. Essa estratégia também mostrou benefícios significativos (HERCHENHORN et al., 2004).

4. CONCLUSÃO

Com base no levantamento bibliográfico baseado na fisiopatologia do câncer de parótida e no cuidado do paciente oncológico, seja por cirurgia, quimioterapia e radioterapia, foi possível identificar os benefícios e conhecer informações relevantes decorrentes dos agravos em especial, a partir da terapia antineoplásica das lesões relacionadas às formas de tratamento.

Dessa forma, concluímos que é necessário uma boa anamnese e exame clínico do paciente oncológico, avaliar adequadamente o tratamento que está sendo realizado e as suas prováveis consequências, bem como estabelecer o acompanhamento rigoroso do paciente e oferecendo maiores cuidados, visto que a debilitação do mesmo pode ter um grau elevado, o que demanda um trabalho minucioso e preciso para diminuir as complicações derivadas do tratamento.

O profissional deve realizar um trabalho humanizado e ser capacitado para atender tal grupo de pacientes, saber diagnosticar corretamente e rapidamente e realizar um atendimento adequado. Deve sempre se lembrar que é uma doença que traz danos psicológicos e emocionais, neste contexto, pensar na empatia com o paciente e saber observar as necessidades do mesmo, considerando que as lesões e as novas terapias biotecnológicas nem sempre são compatíveis com a realidade do paciente.

REFERÊNCIAS

A Glândula Salivar. Instituto Oncoguia. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/a-glandula-salivar/2812/509/>. Acesso em: 24 nov. 2020.

Alves, Adriana Terezinha N. N. et al. Carcinoma adenóide cístico: revisão de literatura e relato de caso clínico. J. Bras. Patol. Med. Lab. vol.40 no.6 Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442004000600010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2020.

Bittar, Renato Fortes et al. Paralisia facial após parotidectomia superficial: análise de possíveis preditivos dessa complicação. Scielo. Braz. j. otorhinolaryngol. vol.82 no.4 São Paulo July/Aug, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-86942016000400447&script=sci_arttext&tlng=pt#B1. Acesso em: 24 nov. 2020.

Carcinoma adenoide cístico em uma localização incomum. Rev Odonto. Disponível em: Acesso em: 24 nov. 2020.

Causas do câncer de glândulas salivares. Instituto Oncoguia. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/causas-do-cancer-de-glandulas-salivares/3036/981/>. Acesso em: 24 nov. 2020.

Câncer nas glândulas parótidas: O que você precisa saber? Saúde Business. Disponível em: <https://saudebusiness.com/voce-informa/cancer-nas-glandulas-parotidas-o-que-voce-precisa-saber/#:~:text=Tumores%20geralmente%20s%C3%A3o%20indolores%2C%20ao,aumento%20de%20linfonodos%20do%20pesco%C3%A7o>. Acesso em: 24 nov. 2020.

Dantas, Afonso Nóbrega et al. Características clinicopatológicas e invasão perineural do carcinoma adenoide cístico. Scielo. Braz. j. otorhinolaryngol. vol.81 no.3 São Paulo May/June, 2015. Disponível em: Acesso em: 24 nov. 2020.

Fagan, Johan. ATLAS LIVRE DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO. Disponível em: <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Parotidectomia.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2020.

Francisco, Jairo S et al. Carcinoma apócrino na glândula parótida e na região submandibular. Scielo. Rev Bras Otorrinolaringol. V.71, n.2, 224-7, mar./abr., 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n2/a17v71n2.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

Herter, Nilton Tabajara; Sperb, Daniel. Neoplasia de glândulas salivares. Daniel Sperb. 2013. Disponível em: <https://tireoide.com/neoplasias-das-glandulas-salivares-parotida/>. Acesso em: 24 nov. 2020.

Lourenço, Rafael. Glândula Parótida. Kenhub GmbH. 2020. Disponível em: <https://www.kenhub.com/pt/library/anatomia/a-glandula-parotida>. Acesso em: 24 nov. 2020.

Maahs, Gerson Schulz et al. Tumores de glândula parótida: estudo retrospectivo de 154 pacientes. BJORL, 2015. Disponível em: <http://www.bjorl.org/pt-tumores-glandula-parotida-estudo-retrospectivo-articulo-X2530053915429187>. Acesso em: 24 nov. 2020.

Papadas, Theodoros et al. Pacientes miológicos com defeitos extensos: Opções de reconstrução. Relato de caso. Scielo. Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol.71 no.1 São Paulo Jan./Feb., 2005. Disponível em: Acesso em: 24 nov. 2020.

Rolim, Ana Emília Holanda; Da Costa, Lino João; Ramalho, Luciana Maria Pedreira. Repercussões da radioterapia na região orofacial e seu tratamento. Rev Odonto. Radiol Bras vol.44 no.6 São Paulo Nov./Dec., 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842011000600011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 nov. 2020.

Sarmiento, Dmitry José De Santana et al. Diagnóstico e conduta do cirurgião-dentista frente ao carcinoma adenóide cístico. Rev Odonto. RFO UPF vol.15 no.2 Passo Fundo Mai./Ago., 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122010000200019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2020.

HESPANHOL, Fernando Luiz. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia: Buccal manifestations in patients submitted to chemotherapy. Scielo. Minas Gerais. 10 p. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1085-1094/pt>. Acesso em: 24 nov. 2020.

Cardoso C. A quimioterapia no tratamento do cancro de cabeça e pescoço [Chemotherapy in treatment of cancer of the head and neck]. Stoma (Lisb). 1988;1(9):20, 23-4, 29-30. Portuguese. PMID: 3077213.

ROLIM, Ana Emília Holanda; COSTA, Lino João da; RAMALHO, Luciana Maria Pedreira. Repercussões da radioterapia na região orofacial e seu tratamento. Radiol Bras, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 388-395, Dec 2011. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010039842011000600011&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0100-39842011000600011>.

FRANCISCO, Jairo S. et al, Carcinoma apócrino na glândula parótida e na região submandibular. Rev. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo, v. 71, n. 2, p. 224-227, Apr. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992005000200017>

PORTO, Damião et al. Adenoma Pleomórfico de Parótida – Relato de Caso: Pleomorphic Adenoma of Parotid - Case Report. Scielo. Paraíba, 2014. 4 p. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/rctbmf/v14n2/a03v14n2.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020

Naidu MU, Ramana GV, Rani PU, Mohan IK, Suman A, Roy P. Chemotherapy-induced and/or radiation therapy-induced oral mucositis--complicating the treatment of cancer. Neoplasia. 2004 Sep-Oct;6(5):423-31. doi: 10.1593/neo.04169. PMID: 15548350; PMCID: PMC1531648.

MENEZES, Ana Carolina. Abordagem clínica e terapêutica da mucosite oral induzida por radioterapia e quimioterapia em pacientes com câncer: Clinical and therapeutic approach of radiotherapy and chemotherapy induced oral mucositis in cancer patient. Scielo. Rio de Janeiro, 2014. 4 p. Disponível em: <http://revodontobvsalud.org/pdf/rbo/v71n1/a07v71n1.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

Rautemaa R, Ramage G. Oral candidosis--clinical challenges of a biofilm disease. Crit Rev Microbiol. 2011 Nov;37(4):328-36. doi: 10.3109/1040841X.2011.585606. Epub 2011 Jul 21. PMID: 21777047.

Krasteva A. Vírus Epstein-Barr e Citomegalovírus - dois vírus herpes com manifestações orais. J do IMAB. 2013; 19 (4): 359-362. doi: 10.5272 / jimab.2013194.359.

Thorsteinn Astradsson, Göran Laurell, Alexander Ahlberg, Polymnia Nikolaidis, Hemming Johansson & Ylva Tiblom Ehrsson (2018) Trismus in patients with head and neck cancer and 5-year overall survival, Acta Oto-Laryngologica, 138:12, 1123-1127, DOI: 10.1080/00016489.2018.1511059

Jensen SB, Pedersen AM, Reibel J, Nauntofte B. Xerostomia and hypofunction of the salivary glands in cancer therapy. Support Care Cancer. 2003 Apr;11(4):207-25. doi: 10.1007/s00520-002-0407-7. Epub 2002 Nov 23. PMID: 12673459.

HERCHENHORN, Daniel; DIAS, Fernando Luiz. Avanços da radioquimioterapia no tratamento do câncer de cabeça e pescoço. Rev. Hosp. Clin., São Paulo, v. 59, n. 1, pág. 39-46, fevereiro de 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-87812004000100007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 24 de novembro de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0041-8781200400>