

---

# Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal

*Recommended practices and conduct effective treatment to the surgeon dentist in pre, trans and post of oral cancer*

Camila Correia dos Santos<sup>1</sup>, Gilberto Araújo Noro-Filho<sup>1</sup>, Bruno Vieira Caputo<sup>1</sup>, Rafael Celestino de Souza<sup>1</sup>, Daniela Miranda Richarte de Andrade<sup>1</sup>, Elcio Magdalena Giovani<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Curso de Odontologia da Universidade Paulista, São Paulo-SP, Brasil.

---

## Resumo

**Objetivo** – Orientar o cirurgião-dentista na conduta em um tratamento odontológico em pacientes que tiveram ou estão com câncer. Sabendo que no Brasil o câncer é considerado um problema de saúde pública. Ele está entre as causas mais frequentes de morte ao lado de doenças circulatórias e doenças infecciosas. **Métodos** – Levantamento de Literatura de artigos e periódicos. **Resultados** – O tratamento do câncer depende da localização, grau de malignidade do estágio do tumor e o estado de saúde do indivíduo. Quando se trata de câncer de boca, cirurgia para remoção do tumor é o tratamento de escolha, com ou sem radioterapia, dependendo do caso. Entre os efeitos colaterais da radioterapia são: xerostomia, cárie de radiação, mucosite, osteorradionecrose (ORN), disfagia, perda ou alteração do paladar, infecções oportunistas, periodontite, trismo, entre muitos outros. **Conclusão** – O cirurgião-dentista tem papel fundamental para a detecção precoce do câncer bucal, procurando possíveis sinais e sintomas que indicam o estágio inicial da doença, podendo identificá-los e estabelecer o tratamento imediato, buscando melhoria na qualidade de vida.

**Descritores:** Cancer oral; Oncológico; Radiação; Neoplasias bucais/diagnóstico

## Abstract

**Objective** – To guide the surgeon dentist in management of a dental treatment in patients who had or have cancer. Knowing that in Brazil the cancer is considered a public health problem. He is among the most frequent causes of death next to circulatory diseases and infectious diseases to. **Method** – Survey of Literature of articles and journals. **Results** – The treatment of cancer depends on the location, degree of malignancy of the tumor stage and health status of the individual. When it comes mouth cancer, surgery to remove the tumor is the treatment of choice, with or without radiation therapy, depending on the case. Among the side effects of radiotherapy include xerostomia, radiation caries, mucositis, osteoradionecrosis (ORN), dysphagia, loss or change in taste, opportunistic infections, periodontitis, trismus, among many others. **Conclusion** – The dentist is essential for early detection of oral cancer role, looking for possible signs and symptoms that indicate the early stage of the disease and can identify them and establish immediate treatment, seeking better quality of life.

**Descriptors:** Oral cancer; Oncology; Radiation; Mouth neoplasms/diagnosis

---

## Introdução

O câncer no Brasil é considerado como um problema de saúde pública. Está entre as causas mais frequentes de morte ao lado das doenças circulatórias e infecciosas<sup>1</sup>. A remoção de fatores de risco, diagnóstico e tratamento, é uma condição importante para a prevenção do câncer bucal. Os fatores de risco podem ser relacionados à idade, álcool, fumo, exposição solar, Infecções virais: HPV (16 e 18), genético, nutricionais, hábitos nocivos, medicações, entre outros<sup>2-4</sup>. Os métodos tradicionais de tratamento oncológico são: cirurgia, radioterapia e a quimioterapia. O tratamento a ser instituído estará na dependência da localização, do grau de malignidade, do estadiamento do tumor e da condição de saúde do indivíduo. Em se tratando de câncer de boca, a cirurgia para remoção do tumor é o tratamento de escolha, associada ou não à radioterapia, dependendo do caso.

Dentre os efeitos secundários da radioterapia estão: xerostomia, cárie de radiação, mucosite, osteorradionecrose (ORN), disfagia, perda ou alteração do paladar, infecções oportunistas, periodontite e trismo<sup>1,3-4</sup>.

O carcinoma espinocelular (CEC) tem como sinônimo os termos carcinoma epidermóide e carcinoma de células escamosas, e cerca de 90% a 95% dos cânceres de boca são CEC. Caracteriza-se pela agressividade e alta incidência de metástase. No início é indolor (podendo sangrar ou não), porém, no seu desenvolvimento a dor se apresenta tardiamente além de dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical (caroço no pescoço) são sinais de câncer de boca em estágio avançado. Durante o exame físico intra-oral a lesão apresenta-se exofítica, séssil, localizada na borda lateral esquerda da língua, apresentando contorno e superfície irregular, consistência dura, bordas irregulares e endurecidas, cerca de 2,5 cm de extensão, áreas leucoplásicas e sintomatologia dolorosa à palpação. Intensa atipia celular verificada pode ser observados nos cortes histológicos e uma intensa marcação das células neoplásicas confirmam desta forma o diagnóstico de um carcinoma espinocelular<sup>5</sup>. A região da língua é a mais comum seguida de assoalho bucal, talvez por ser a região que recebe a maioria dos agentes carcinógenos da boca, temperatura dos alimentos, álcool, tabaco, seguida respectivamente pelo lábio, gengiva e

assoalho de boca, palato e a região amigdaliana. O risco do aparecimento do CEC de boca é maior após a 5ª década de vida<sup>1-6</sup>.

## Tratamento Oncológico

### Cirurgia

Segundo Inca (2008), a cirurgia e/ou a radioterapia são, isolada ou associadamente, os métodos terapêuticos aplicáveis ao câncer de boca. Para lesões iniciais, tanto a cirurgia quanto a radioterapia tem bons resultados e sua indicação vai depender da localização do tumor e das alterações funcionais provocadas pelo tratamento (cura em 80% dos casos). As lesões iniciais são aquelas restritas ao seu local de origem e que não apresentam disseminação para gânglios linfáticos do pescoço ou para órgãos à distância. Mesmo lesões iniciais da cavidade oral, principalmente, aquelas localizadas na língua e/ou assoalho de boca, podem apresentar disseminação subclínica para os gânglios linfáticos cervicais em 10% a 20% dos casos. Portanto, nestes casos, pode ser indicado o tratamento cirúrgico ou radioterápico eletivo do pescoço. Nas demais lesões, se operáveis, a cirurgia está indicada, independentemente da radioterapia. Quando existe linfonodomegalia metastática, é indicado o esvaziamento cervical do lado comprometido. Nestes casos, o prognóstico é afetado negativamente<sup>7-10</sup>.

### Quimioterapia

A quimioterapia associada à radioterapia é empregada nos casos mais avançados, quando a cirurgia não é possível. O prognóstico, nestes casos, é extremamente grave, tendo em vista a impossibilidade de se controlar totalmente as lesões extensas<sup>11</sup>. Podendo ainda ocorrer a diminuição do fluxo salivar e aumento do número de *Streptococcus mutans* após a quimioterapia<sup>12</sup>.

### Radioterapia

A radioterapia pode ser indicada no pós-operatório, ou pré-operatório visando à diminuição do volume do tumor ou melhora dos sintomas do paciente. Com a radioterapia, ocorre a erradicação de células tumorais e preservação dos tecidos normais. São muitas as complicações orais que podem ser observadas em pacientes que receberam radioterapia no tratamento de câncer bucal. Os principais efeitos causados pela irradiação são: xerostomia, cáries de irradiação, mucosite, disfagia, perda ou alteração do paladar, infecções oportunistas, periodontite e trismo. Podendo apresentar fluxo salivar baixo e pH – 6,63 durante e após a radioterapia<sup>1,3,4,11-17</sup>.

Após 1.500 cGy pacientes queixam-se de ressecamento labial, mucosite (eritema, ardor ulceração placas brancas removíveis e alterações no fluxo salivar). As infecções oportunistas com diminuição das condições de defesa do organismo favorecem a instalação dessas doenças manifestam-se sob a forma de queilite angular e candidose<sup>11,17</sup>.

### Xerostomia

É uma manifestação decorrente da disfunção das glândulas salivares, também conhecida como boca seca. Os sintomas são relacionados sempre a falta de saliva, também pode levar à halitose, lábios rachados, dificuldade de se alimentar (deglutir), dificuldade no uso de próteses e aumento dramático de cáries dentárias, pela modificação dos patógenos da cavidade bucal. É observada em 50% dos pacientes pós-irradiação, e o seu tratamento está relacionado às formas disponíveis para estimular a secreção das glândulas salivares, entretanto esses métodos só são eficazes se houver função. Caso a glândula esteja completamente em estado de fibrose, nenhuma das opções abaixo apresentará sucesso. O tratamento sintomático baseia-se em substitutos de saliva (saliva artificial), tais como carbóximetilcelulose, sorbitol, xilitol, cristais de gengibre e entre outros. Porém muitos pacientes preferem a lubrificação a base de água, consumindo várias vezes ao dia<sup>10,16,18-20</sup>.

### Mucosite

É caracterizada pela inflamação dos tecidos moles da boca, e é visto em 40% dos pacientes administrados quimioterapia, e em 8-10% das pessoas submetidas a radioterapia, sendo uma das complicações imediatas. A mucosite é o fator dose-limitante para a radioterapia, devido à baixa radioresistência das células da mucosa da cavidade oral, onde há resposta precoce aos efeitos tóxicos da radiação a que estão expostas, observando os primeiros sintomas entre 7 a 10 dias de tratamento. Assim, como o epitélio fica mais delgado, o uso de próteses deve ser evitado, exceto em casos de próteses obturadoras. As lesões são transitórias, mas afetam o bem-estar do paciente, provocando dor, sensação de ardor, secura das membranas da mucosas oral, infecções e dificuldades para manter a higiene oral adequada ou comer. O tratamento da mucosite é baseado na prevenção e cuidados paliativos, visando o alívio da dor e prevenindo o aparecimento de infecções secundárias. Para isso, muitas substâncias têm sido estudadas para diminuir a severidade da mucosite, como: analgésicos, vitaminas A e D, zinco, enxaguatórios bucais, anestésicos locais, laserterapia, mas não há nenhum com eficácia absoluta<sup>10,16,19-21</sup>.

### Trismo

Trismo é um efeito tardio da radioterapia observado em 75,5% dos pacientes, limitação de abertura de boca, o que pode dificultar a ação do dentista na realização de procedimentos odontológicos. A exposição à radiação ionizante dos músculos masseter, temporal e pterigóides medial e lateral, além da cápsula da articulação temporomandibular, são a causa mais frequente do trismo pós-radioterapia, por levar o tecido à fibrose. Novamente, a prevenção é a grande arma do clínico, com orientação adequada e fisioterapia diária é possível minimizar o trismo causado pela radiação<sup>20,22-23</sup>.

## **Disfagia**

A dificuldade de deglutir é explicada nos pacientes irradiados na cabeça e no pescoço pela falta de lubrificação do bolo alimentar, presença de infecção oportunista e dor na mucosa bucal, frequentemente ulcerada<sup>18-19</sup>.

## **Disgeusia**

A alteração de paladar é referida por grande parte dos pacientes e é explicada pela atrofia gradativa das papilas gustativas por ação da radioterapia e aumento da viscosidade da saliva. Se a mucosa olfatória estiver no campo de irradiação ou receber irradiação secundária o paladar será ainda mais prejudicado.

Com o término do tratamento, o paladar pode se restabelecer em aproximadamente 4 meses, entretanto alguns pacientes referem não apresentar remissão do quadro<sup>16,18-19</sup>.

## **Cárie de Irradiação**

A cárie de radiação não é efeito direto da radiação e sim secundário a xerostomia. Trata-se, portanto, de uma cárie rampante, que destrói a coroa expondo a raiz do dente. Guardadas as devidas proporções, a cárie de radiação, nada mais é que o resultado da diminuição do fluxo salivar, com manutenção da oferta de carboidratos cariogênicos e deficiência de higienização bucal. Nos irradiados somam-se a este quadro as alterações de viscosidade e pH salivar, dentre outras. Cuidados especiais com a higiene bucal, avaliações odontológicas periódicas e aplicação de flúor diário são medidas que devem ser instituídas aos pacientes para prevenir a cárie de radiação<sup>16,18-19</sup>.

## **Osteorradionecrose**

A radiação do osso resulta em danos irreversíveis aos osteócitos e ao sistema microvascular, o osso afetado torna-se hipóxico, hipocelular e hipovascularizado. A osteorradionecrose é resultado do osso não cicatrizado que evolui para necrose, com ou sem a presença de infecções. O sítio de maior frequência é a mandíbula, mas o quadro de osteorradionecrose em maxila pode ser observado. O quadro clínico é caracterizado por dor intensa, formação de fístula, sequestros ósseos, ulceração da pele com exposição da cortical e, por fim, fraturas patológicas. Radiograficamente, ela mostra-se com áreas mal definidas de radiolucidez e as regiões que se afastam das áreas vitais do osso podem apresentar certa radiopacidade. São fatores de risco para osteorradionecrose: dentes em más condições, trauma ósseo, doença periodontal, quimioterapia combinada e exodontias<sup>18-19</sup>.

Cuidados devem ser tomados pelo cirurgião-dentista frente ao paciente irradiado, pelo risco de que ocorra a osteorradionecrose após procedimentos cirúrgicos de extração dentária, devido à hipocelularidade, hipovascularização e hipoxia do tecido ósseo, devendo paciente receber atenção especial na orientação de higiene, profilaxia dentária e fluoroterapia, afim de manter os dentes

íntegros no arco sem a necessidade de intervenção cirúrgica ou periodontal. Para o tratamento da doença periodontal a raspagem deve ser realizada de preferência manualmente. Adequação do meio bucal com curetagem de tecido cariado, remoção de restaurações infiltradas com aplicação posterior de ionômero de vidro<sup>13</sup>.

## **Protocolo de Atendimento Odontológico**

Conforme preconizado por vários autores<sup>10,13,16,18-20,24-29</sup>. Segue o protocolo de atendimento odontológico a ser seguido pelo Cirurgião Dentista:

### **Prévio ao tratamento oncológico**

- Exame clínico do paciente
- Avaliação radiográfica
- Exodontias: técnica cirúrgica menos traumática possível, com remoção de espículas ósseas, deve ser realizada 3 semanas e no mínimo 14 dias, para que ocorra a cicatrização e se evite a osteorradionecrose.
- Tratamento endodôntico (Apicectomia com restauração retrógrada).
- Selamento das lesões de cárie com ionômero de vidro.
- Troca das restaurações infiltradas.
- Correções de próteses mal adaptadas.
- Orientações por escrito para seguir durante a RXT, quanto à dieta, fumo, bebidas alcoólicas ou ácidas.
- Hiperplasias, fibromas, espículas ósseas e tórus, deverão ser removidas quando na interferência no uso de próteses.
- Realizar tratamento periodontal antes da radioterapia, para permitir suficiente cicatrização, a mesma deve ser realizada, três semanas antes da radioterapia.
- Orientação ao paciente quanto ao controle de placa, uso escovas macias, pastas fluoretadas uso de fio dental, escovas interproximais.

### **Durante o tratamento oncológico**

- Manter higiene bucal com dentifrícios fluoretados não irritantes e uso de fio dental
- Usar moldeira com gel fluoretado de sódio a 2%, neutro.
- Bochechos com solução fluoretada contendo 0,02% de fluoreto de sódio por um minuto, três vezes ao dia (antes de deitar, após o café da manhã e do almoço). Não comer. Beber ou lavar a boca por trinta minutos após o bochecho.
- Mucosite Oral: Soro Fisiológico a 0,9%, realizar bochechos 4 vezes ao dia; Hidróxido de alumínio e magnésio, suspensão oral, sabor não ácido. Realizar bochechos 4 vezes ao dia com 1 colher de sopa; tomar 1 colher de sobremesa 4 vezes ao dia.
- Mucosite e Dor: Cetoprofeno 150mg, comprimidos (ou 20mg, gotas); 1 comprimido 2 vezes ao dia (ou 50 gotas de 6/6 hs ou de 8/8 hs; Cloridrato de lidocaina 100mg, carboximetilcelulose sódica 125mg, solução viscosa para uso oral; Tomar 1 colher de sopa 3 vezes ao dia.



- Para evitar o trismo, ou diminuí-lo, o paciente deve fazer fisioterapia de abertura de boca três vezes ao dia, com o auxílio de espátulas ou abridores de boca.

- Os pacientes cujos músculos mastigatórios estão envolvidos na irradiação devem ser instruídos a exercitá-los, abrindo a boca tão alargada quanto possível, 20 vezes pelo menos, três vezes ao dia. O propósito é para evitar excessiva fibrose muscular e perda do espaço intersticial.

### Após o tratamento oncológico

- Avaliação bucal periódica para eliminação da placa e aplicação tópica de flúor gel (Xerostomia: fluoreto neutro; em presença de salivação: fluoreto fosfato acidulado).

- Manutenção da higiene bucal rigorosa, uso de dentífrico fluoretado e fio dental.

- Manter bochecho com flúor, três vezes ao dia, dependendo da xerostomia e higiene bucal.

- Eliminação química e mecânica da placa bacteriana

- Raspagem supra gengival e, quando necessário a raspagem subgengival, é necessária cobertura antibiótica.

- Bochechos com solução de clorexidina que podem ser indicados após a terapia periodontal.

- Avaliação radiográfica, dos dentes indicados.

- Tratamento conservador indicado: expectante, restaurador, endodôntico.

- Restaurações definitivas e das lesões cariosas que surgirem (Xerostomia: ionômero de vidro).

- Tratamento odontológico de acordo com a necessidades.

- Não realizar exodontias, em média, por cinco anos após RXT. Intervir apenas nos casos sem alternativa, porém com antibioticoterapia profilática.

- Xerostomia: Cloridrato de pilocarpina a 2% (colírio); Tomar, via oral, 2 a 5 gotas, 3 vezes ao dia; Gel umectante oral ou saliva artificial; Protetor labial (comum); Usar quando for necessário. Cristais de gengibre.

- Candidíase oral: Miconazol a 2%, gel oral; Aplicar na boca/e ou comissura labiais 4 vezes ao dia; Cetocozazol 200mg; Tomar 1 comprimido 2 vezes ao dia, por 21 dias.

- Digeusia; a xerostomia pode acentuar a alteração do paladar pelo espessamento do fluxo salivar. Recomenda-se, dentro do possível, escovar a língua com uma escova dental macia; isso pode auxiliar a remoção da camada de fluxo salivar espesso e, assim, favorecer o contato físico direto com os alimentos.

- Sonda nasogástrica; indicada nos casos de mucosite oral de moderada a severa e perda de peso superior a 5%; deve ser trocada nos casos em que haja candidíase orofaríngea.

- Laser de baixa potência.

### Conclusão

Os métodos tradicionais de tratamento oncológico são: cirurgia, radioterapia e a quimioterapia. Dentre os efeitos secundários da radioterapia estão: xerostomia, cárie de radiação, mucosite, osteorradionecrose (ORN),

disfagia, perda ou alteração do paladar, infecções oportunistas, periodontite e trismo.

O cirurgião-dentista apresenta enorme responsabilidade na eliminação dos fatores locais traumáticos, no reconhecimento de lesões cancerizáveis, na orientação para a redução à exposição de fatores carcinogênicos ambientais e no diagnóstico precoce das neoplasias da boca, no tratamento e na preservação do paciente, garantindo ao paciente uma melhor qualidade de vida.

### Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; c1996-2010 [acesso em 10 de jun de 2010]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/>

2. Petti S, Scully C. Oral cancer: The association between nation-based alcohol-drinking profiles and oral cancer mortality. *Oral Oncol.* 2005;41:828-34.

3. Rapidis AD, Gullane P, Langdon JD, Lefebvre JL, Scully C, Shah JP. Major advances in the knowledge and understanding of the epidemiology, aetiopathogenesis, diagnosis, management and prognosis of oral cancer. *Oral Oncol.* 2009;45:299-300.

4. Scully C. Oral squamous cell carcinoma; from an hypothesis about a virus, to concern about possible sexual transmission. *Oral Oncol.* 2002;38:227-34.

5. Lira AA, Godoy GP, Gomes DQC, et al. Carcinoma de células escamosas indiferenciado em paciente jovem: relato de caso. *Int J Dent.* 2009;8:172-6.

6. Specenier PM, Vermorken JB. Current concepts for the management of head and neck cancer: Chemotherapy. *Oral Oncol.* 2009;45:409-15.

7. Cutrim MC, Lopes FF. Complicações bucais da terapia do câncer. Parte II: efeitos da quimioterapia. *RBO* 2004;61(1).

8. Deditis RA, França CM, Mafrá ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínicoepidemiológicas no carcinoma epinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004;70(1):35-40.

9. Onizawa HY, Kiyoshi O, Masayuki N. Predictive factors for the histologic response to preoperative radiotherapy in advanced oral cancer. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64:81-6.

10. Ord RA, Kolokythas A, Reynolds MA. Surgical salvage for local and regional recurrence in oral cancer. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64:1409-14.

11. Hespanhol FL, Tinoco EMB, Teixeira HGC, Falabella MEV. [Bucal manifestations in patients submitted to chemotherapy]. *Cienc & Saúde Coletiva.* 2010;15(Supl1):1085-94.

12. Martins de Castro RF. Atenção odontológica aos pacientes oncológicos antes, durante e depois do tratamento antineoplásico. *Rev Odontol UNICID.* 2002;14(1):63-74.

13. Pereira JV, Souza FEC, Alves PM, Araújo CRF, Gomes DQC. Avaliação de *Streptococcus Mutans* e velocidade do fluxo salivar em pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à quimioterapia e radioterapia. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2008; 8(3):295-9.

14. Almeida FCS, Vaccarezza GF, Casal C, Benedethe, AP et al. Avaliação odontológica de pacientes com câncer de boca pré e pós tratamento oncológico – uma proposta de protocolo. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2004;4(1):25-31.

15. Cruz MCFN, Fagundes DM, Lopes FF, Oliveira AEF. Análise clínica das alterações na cavidade oral decorrentes da radioterapia. *RBO* 2005;62(1):1-2.
16. Mendonça EF, Carneiro LS, Silva JB, Silva CM, Palmeira GBLS. Complicações bucais da quimioterapia e radioterapia no tratamento do câncer. *Rev ABO Nac.* 2005;13(3):151-7.
17. Paiva MDEB, Moraes JJ, Biase RCCG, Batista OM, Honorato MC. Estudo retrospectivo das complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica em pacientes do Hospital Napoleão Laureano-PB. *Odontologia. Clin Científ.* 2007;6(1):51-5.
18. Lima ADS. Radioterapia de neoplasias malignas na região de cabeça e pescoço – o que o cirurgião-dentista precisa saber. *Rev Odonto Ciência.* 2003;16(33):131-5.
19. Vieira FV, Cherubini K, Figueiredo MAZ. Manejo da Osteoradionecrose em Pacientes Submetidos à Radioterapia de Cabeça. *Rev Odonto Ciência –* 2005;20(47).
20. Neville BW, Damm DD, Allen CM. *Patologia Oral e Maxilo-facial.* Rio de Janeiro: Guanabara Kogan; 2009.
21. Escoda-Francolí, J, Rodríguez-Rodríguez A, Pérez-García S, Gargallo-Albiol J, Gay-Escoda C. Dental implications in oral cancer patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010.
22. Satheesh Kumar PS, Balan A, Sankar A, Bose T. Radiation induced oral mucositis. *Indian J Palliat Care.* 2009;15(2):95-102.
23. Stubblefield MD, Manfield L, Riedel ER. A preliminary report on the efficacy of a dynamic jaw opening device (dynamaplast system) as part of the multimodal treatment of trismus in patients with head and neck cancer. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010; 91(8):1278-82.
24. Johnson J, van As-Brooks CJ, Fagerberg-Mohlin B, Finizia C. Trismus in head and neck cancer patients in Sweden: incidence and risk factors. *Med Sci Monit.* 2010;16(6):278-82.
25. Albuquerque RA, Morais LI, Sobral Ap. Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos. *Rev Odontol. UNESP.* 2007;36(3):275-80.
26. Jham BC, Silva AR, Complicações Buciais da Radioterapia em Cabeça e Pescoço. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(5):704-8.
27. Oliveira JAP, Dib LL, Soares AL. Atuação odontológica em pacientes oncológicos: suporte e reabilitação. *In: Dib LL, Saddy MS. Atualização clínica em odontologia: estomatologia, pacientes especiais, laser.* São Paulo: Artes Médicas; 2006. p.275-308.
28. Caccelli EM, Rapoport A. Para-efeitos das irradiações nas neoplasias de boca e orofaringe. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço;* 2008(37):198-201.
29. Sassi LM, Machado RA. Protocolo pré-radioterapia de cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2009. 38(3):2080-10.

**Endereço para correspondência:**

Camila Correia dos Santos  
Av. Itamarati, 1855 – Curuçá  
Santo André-SP, CEP 09280-250  
Brasil

E-mail: businesska@hotmail.com

Recebido em 13 de maio de 2013  
Aceito em 13 de junho de 2013