

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

VANESSA LISBOA CAVALCANTE

**A INCIDÊNCIA DA MUCOSITE ORAL EM PACIENTES PORTADORES DE
CÂNCER SUBMETIDOS A RADIOTERAPIA COMPARADOS AOS
PACIENTES SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA: REVISÃO INTEGRATIVA
DA LITERATURA**

MANAUS – AM

2022

VANESSA LISBOA CAVALCANTE

A INCIDÊNCIA DA MUCOSITE ORAL EM PACIENTES PORTADORES DE
CÂNCER SUBMETIDOS A RADIOTERAPIA COMPARADOS AOS
PACIENTES SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Graduação em Odontologia da
Universidade Federal do
Amazonas.

ORIENTADORA: PROF^a. DRA.
TATIANA NAYARA LIBÓRIO
KIMURA

MANAUS - AM

2022

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C376i Cavalcante, Vanessa Lisboa
A incidência da mucosite oral em pacientes portadores de câncer submetidos a radioterapia comparados aos pacientes submetidos a quimioterapia: revisão integrativa da literatura / Vanessa Lisboa Cavalcante . 2022
34 f.: 31 cm.

Orientadora: Tatiana Nayara Libório Kimura
TCC de Graduação (Odontologia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Câncer. 2. Radioterapia. 3. Quimioterapia. 4. Reação-adversa.
5. Mucosite-oral. I. Kimura, Tatiana Nayara Libório. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

VANESSA LISBOA CAVALCANTE

A INCIDÊNCIA DA MUCOSITE ORAL EM PACIENTES PORTADORES DE
CÂNCER SUBMETIDOS A RADIOTERAPIA COMPARADOS AOS
PACIENTES SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA
LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de
Graduação em Odontologia da
Universidade Federal do Amazonas.

Aprovado em: 17/11/2022

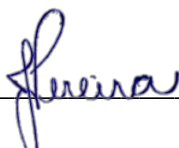
BANCA EXAMINADORA



PROF^a. DRA. TATIANA NAYARA LIBÓRIO KIMURA

Orientadora

UFAM



PROF^a. DRA. JULIANA VIANNA PEREIRA

Membro

UFAM

PROF^a. DRA. NIKEILA CHACON DE OLIVEIRA CONDE

Membro

UFAM

RESUMO

A radioterapia e quimioterapia são tratamentos indicados para pacientes com câncer. Tais tratamentos afetam as células epiteliais causando uma resposta inflamatória do epitélio oral denominada de mucosite oral. As manifestações clínicas orais começam com o surgimento de uma descamação esbranquiçada seguida por erosões e ulcerações que podem ser infectadas por bactérias e causar sepse e risco de vida para os pacientes. Apresenta sintomatologia dolorosa, ardência e desconforto ao se alimentar e/ou higienizar a boca. A mucosite oral traz muitas implicações ruins para o paciente oncológico, não só afeta a saúde bucal, mas tem implicação direta na saúde geral. A mucosite oral aumenta o risco de infecção local e sistêmica, pode interferir e/ou interromper o tratamento antineoplásico, implicando diretamente na qualidade de vida do paciente. Também pode aumentar o período de hospitalização e os custos financeiros do tratamento. Este estudo propõe uma revisão da literatura com o intuito de explorar a ocorrência da mucosite oral em pacientes oncológicos a fim de delimitar os meios de prevenção e tratamento conforme a terapia antineoplásica eleita e a doença oncológica de base, evitando a desnutrição e o uso de analgésicos pelo paciente o que poderia afetar no tratamento para o câncer. Foram utilizados, como guia, para realização deste trabalho, os itens contidos na recomendação PRISMA de revisões sistemáticas, baseados na estratégia PECO. Os artigos foram encontrados na base de dados PubMed, por dois colaboradores, de forma independente, com estratégia de busca definida previamente, foram encontrados 68 trabalhos, após leitura completa foram selecionados 12 trabalhos para esta revisão. Este trabalho mostrou que pacientes submetidos a quimioterapia apresentaram maior incidência de mucosite oral em relação a radioterapia. Apesar disto, a gravidade da mucosite oral foi maior na radioterapia (grau 2 e 3) em comparação com a quimioterapia. E reforçou a importância da participação do cirurgião-dentista na equipe oncológica.

Palavras-chave: Câncer; Radioterapia; Quimioterapia; Reação adversa; Mucosite oral.

ABSTRACT

Radiotherapy and chemotherapy are indicated treatments for cancer patients, such treatments affect epithelial cells causing an inflammatory response of the oral epithelium called oral mucositis. The oral clinical manifestations begin with the appearance of a whitish flaking followed by erosions and ulcerations that can be infected by bacteria and cause sepsis and life-threatening for patients. It has painful symptoms, burning and discomfort when feeding and/or hygiene of the mouth. The oral mucositis has many bad implications for cancer patients, not only affects oral health, but has a direct implication on general health. Oral mucositis increases the risk of local and systemic infection, may interfere with and/or discontinue antineoplastic treatment, directly implying the patient's quality of life. It can also increase the length of hospitalization and the financial costs of treatment. This study proposes a review of the literature in order to explore the occurrence of oral mucositis in cancer patients in order to delimit prevention and treatment means according to the elected antineoplastic therapy and the basic oncologic disease, avoiding malnutrition and the use of analgesics by the patient which could affect the treatment for cancer. To develop this study, it was used as a guided the items in PRISMA system and your systematic review based on PECO of strategies of review. The articles were found in the PubMed database, by two employees, independently, with a previously defined search strategy, during the research were found 68 papers, then was made a full reading of the papers and 12 studies were selected for this review. This study showed that the severity of oral mucositis is not only related to cytotoxic treatment or underlying disease, but also to prophylactic and therapeutic measures during the management of oral mucositis. And it reinforced the importance of the dentist's participation in the oncology team.

Keywords: Cancer; Radiotherapy; Chemotherapy; Adverse reaction; Oral mucositis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Estratégia de busca.....	25
Quadro 2 – Protocolo JBI para estudos de coortes	25
Quadro 3 – Artigos excluídos e razão para exclusão	26
Quadro 4 – Extração de dados.....	27
Figura 1 – Fluxograma PRISMA	34

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
	2.1 Objetivo Geral.....	9
	2.2 Objetivos Específicos	9
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
4	METODOLOGIA.....	12
	4.1 Revisão integrativa	12
	4.2 Critérios de elegibilidade	12
	4.2.1 Critérios de Inclusão.....	12
	4.2.2 Critérios de Exclusão.....	12
	4.3 Estratégia de busca	13
	4.4 Seleção dos estudos	13
	4.5 Coleta de dados	13
	4.6 Análise dos dados	14
	4.7 Análise da qualidade metodológica	14
5	RESULTADOS	15
	5.1 Características dos estudos	15
	5.2 Síntese dos resultados	15
6	DISCUSSÃO	18
7	CONCLUSÃO.....	21
8	REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de mortalidade no mundo. Vários protocolos de tratamento têm sido utilizados para combater o câncer, embora alguns deles tenham efeitos adversos debilitantes na boca (GUIMARÃES et al., 2021). A radioterapia e quimioterapia são tratamentos antineoplásicos que apresentam muitos efeitos colaterais, dentre eles a mucosite oral (KUIKEN et al., 2017).

A mucosite oral apresenta-se clinicamente como áreas dolorosas, ulceradas, eritematosas, que causam intenso desconforto, dor e disfagia (BEZINELLI et al., 2016). Pode se manifestar em vários graus de gravidade: leve, moderada e grave. Quanto maior o grau, maior o risco de ocorrer uma infecção sistêmica, reduzindo a sobrevida do paciente (GUIMARÃES et al., 2021). Mucosite oral pode ser resultado de tratamento tanto radioterápico quanto quimioterápico, em função da toxicidade do tratamento. Na radioterapia, geralmente ela é decorrente de tratamento de carcinomas de cabeça e pescoço (NISHII et al., 2020). E na quimioterapia, geralmente ela aparece em decorrência de tratamentos para leucemias (SAKELLARI et al., 2015).

A incidência de mucosite oral é alta, sendo relatada principalmente em pacientes com leucemia aguda, com limitações na qualidade de vida (MARTINEZ et al., 2014). Os antineoplásicos exercem seus efeitos citotóxicos por uma variedade de mecanismos que levam ao comprometimento da replicação e reparo do DNA, interrupção do ciclo celular, dano ao DNA e morte celular (HONG et al., 2019).

A mucosite oral pode interferir no tratamento do câncer, levar à perda de peso ou mesmo à interrupção imediata do tratamento (GUSSGARD et al., 2015). Pacientes submetidos à radioterapia estão sujeitos a deterioração da saúde bucal o que pode provocar aumento da suscetibilidade à cárie e doença periodontal. Essa terapia antineoplásica pode causar mudanças no tecido mole, fibrose, alterações salivares, dor, distúrbios sensoriais e infecções oportunistas da mucosa (SROUSSI et al., 2017). A citotoxicidade antineoplásica do tratamento quimioterápico constitui o gatilho primário para o surgimento da mucosite oral. A mucosite oral foi associada à um desequilíbrio bacteriano e estudos demonstraram que o potencial de mudanças disbióticas pode agravar a lesão epitelial induzida por antineoplásicos (HONG et al., 2019). Pacientes com câncer de cabeça e pescoço que foram submetidos a radioterapia e quimioterapia concomitante apresentaram aumento significativo da toxicidade da mucosa,

consequentemente pior quadro de mucosite oral (BOSSI et al., 2016). A profilaxia precoce com cuidados bucais básicos pode retardar a mucosite (MARTINEZ et al., 2014).

Tendo em vista a importância do conhecimento da mucosite oral para o melhor manejo do paciente oncológico, é essencial explorar as estratégias de prevenção e cuidados que podem estar relacionadas com o tratamento antineoplásico em função da doença de base. O objetivo deste trabalho é estudar e identificar a dinâmica da mucosite oral em diferentes contextos, verificando a incidência da mucosite oral por meio de uma revisão integrativa da literatura.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar a incidência da mucosite oral em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento com radioterapia comparados aos pacientes submetidos a quimioterapia por meio de uma revisão integrativa da literatura.

2.2 Objetivos Específicos

Direcionar e auxiliar na conduta clínica do profissional de odontologia frente a prevenção, manejo, tratamento e redução da gravidade da mucosite oral conforme a terapia antineoplásica eleita e a doença oncológica de base.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Câncer, tumores malignos ou neoplasias são termos usados para generalizar um conjunto de doenças de rápida proliferação celular anormal que pode afetar qualquer parte do corpo. Esse crescimento celular anormal pode se espalhar para outros órgãos, processo chamado de metástase, que é a principal causa de morte por câncer (INCA, 2019).

No tratamento para o câncer, a radiação e os medicamentos antineoplásicos são eficazes no combate às células tumorais, porém também causam efeitos colaterais indesejáveis nos tecidos bucais e peribucais (AGHAMOHAMMADI; HOSSEINIMEHR, 2016). A radioterapia e quimioterapia são tratamentos comumente utilizados para destruir ou impedir o aumento de uma neoplasia maligna. São tratamentos não cirúrgicos que possuem muitos efeitos colaterais tóxicos e um deles é a mucosite oral (KUSIAK et al., 2020).

A mucosite oral causa dor, disfagia, alterações no paladar, perda de peso (pela dificuldade de se alimentar), e infecções secundárias. Essas desordens podem interferir significativamente no tratamento para o câncer, estendendo a hospitalização e diminuindo a qualidade de vida do paciente (DAUGÉLAITÉ et al., 2019). A mucosite oral aguda dolorosa é um efeito adverso da radioterapia, mas várias alterações crônicas continuam a importunar os pacientes por longo tempo após o término do curso do tratamento o que leva a necessidade de desenvolver estratégias de manejo para reduzir seus efeitos deletérios. Dependendo do local acometido de radiação, da dose e da idade do paciente, o indivíduo pode desenvolver xerostomia, hipogeusia, osteorradionecrose, trismo, dermatite crônica e anormalidades do desenvolvimento (NEVILLE et al., 2009).

Pacientes submetidos à radioterapia estão sujeitos a deterioração da saúde bucal o que pode provocar aumento da suscetibilidade à cárie e doença periodontal. Essa terapia antineoplásica pode causar mudanças no tecido mole, fibrose, alterações salivares, dor, distúrbios sensoriais e infecções oportunistas da mucosa (SROUSSI et al., 2017). Pacientes com câncer bucal tratados com radioterapia foram submetidos a uma terapia profilática com laser de baixa potência o que reduziu a dor, comprometimento funcional e a gravidade da mucosite oral (ARORA et al., 2008).

O estresse oxidativo e a inflamação são fundamentais para o aparecimento da mucosite oral em pacientes oncológicos. Os efeitos dos quimioterápicos levam à geração de uma grande quantidade de espécies reativas de oxigênio. A mucosite oral

é um dos efeitos adversos mais comuns associados à quimioterapia. Ela pode desestimular o paciente a continuar com a terapia antineoplásica e conseqüentemente reduzir a possibilidade de cura da doença (CHAN et al., 2021).

Um desequilíbrio da microbiota do hospedeiro pode agravar a mucosite oral induzida pela quimioterapia, o que sugere que um controle mais efetivo da disbiose bacteriana pode ser uma medida preventiva para melhorar a manifestação clínica da mucosite oral (HONG et al., 2019). A mucosite oral é dolorosa o que dificulta a alimentação do paciente. O agravamento do quadro pode levar ao uso de tubos de alimentação (LALLA; SAUNDERS; PETERSON, 2014).

A manutenção da higiene oral é uma parte importante na prevenção da mucosite oral. O uso do enxaguante bucal de clorexidina é recomendado para prevenção da mucosite oral induzida por quimioterapia, mas não é recomendado para mucosite associada à radioterapia (MALLICK; BENSON; RATH, 2016). O cirurgião-dentista pode contribuir significativamente na melhora da qualidade de vida dos pacientes em tratamento para o câncer que apresentam como efeito colateral tóxico a mucosite oral, através da instrução de higiene oral e adequação do meio bucal (KUSIAK et al., 2020).

Os casos de mucosite oral associados à quimioterapia e radioterapia podem ser clinicamente semelhantes. Os quimioterápicos afetam comumente superfícies não ceratinizadas e os radioterápicos afetam as superfícies mucosas voltadas diretamente para o foco de radiação (NEVILLE et al., 2009).

Determinar a eficácia de cada tratamento (preventivo ou terapêutico) para mucosite oral com base no tipo de neoplasia a ser tratada e no tratamento eleito para o câncer (quimioterapia, radioterapia ou terapia combinada) é importante para direcionar a conduta dos profissionais de saúde. Estabelecer as diferenças na incidência da mucosite oral em pacientes fazendo uso da radioterapia comparados aos pacientes submetidos a quimioterapia pode sinalizar a necessidade de intervenção mais direcionada para a aplicação da laserterapia profilática assim como no melhor manejo em casos de laserterapia terapêutica.

4 METODOLOGIA

4.1 Revisão integrativa

O presente estudo representa uma revisão integrativa da literatura, voltada para fins de prevenção/tratamento de mucosite oral, tendo como guia os itens contidos na recomendação PRISMA de revisões sistemáticas (GALVÃO ET AL, 2015).

4.2 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos em pacientes oncológicos tratados com radioterapia e/ou quimioterapia que apresentavam a mucosite oral. Os critérios de inclusão e a questão da revisão foram baseados na estratégia PECO:

- P - População de estudo: Pacientes com câncer.
- E - Exposição: Radioterapia.
- C - Comparador: Quimioterapia.
- O - Outcome (Resultados) - Primário: Incidência de mucosite oral. Secundário: gravidade da mucosite oral.

Pergunta: Qual a incidência e a gravidade da mucosite oral de acordo com o tratamento antineoplásico de escolha e a doença oncológica de base?

4.2.1 Critérios de Inclusão:

- Artigos publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol.
- Estudos observacionais de coorte que abordem aspectos clínicos e tratamento da mucosite oral em pacientes em terapia antineoplásica.
- Estudos com período de abrangência dos últimos 10 anos (2012 a 2022).
- Artigos que se refiram a estudos realizados em seres humanos.
- Artigos que estejam disponibilizados na íntegra pela base de dados.
- Artigos que tenham os termos de busca presentes no título, resumo ou palavras-chave.
- Monografias, dissertações e teses de fontes relevantes, sobre a mucosite oral em pacientes em terapia antineoplásica.

4.2.2 Critérios de Exclusão:

- Artigos que não tinham relação com o tema de interesse.
- Artigos que possuam ausência de dados de maior interesse como mucosite oral e terapia antineoplásica eleita.
- Artigos que tratem de estudos em animais.
- Artigos em duplicidade.

- Artigos escritos em outros idiomas que não os relacionados no critério de inclusão.

4.3 Estratégia de busca

A base de dados usada para o rastreamento dos artigos foi a base eletrônica: PubMed. A busca de artigos foi realizada ainda na chamada literatura cinzenta: Google Scholar web Search. As buscas foram realizadas até o dia 30 julho de 2022. Para identificar os artigos para esta revisão, uma estratégia de pesquisa foi desenvolvida e é apresentada no Quadro 1. Para a identificação dos trabalhos foram usadas palavras-chave (MESH Termos) com apoio da estratégia de revisão sistemática, combinados com auxílio dos operadores booleanos AND e OR, juntamente com os critérios de inclusão e exclusão.

4.4 Seleção dos estudos

A pesquisa inicial foi realizada por dois colaboradores independentes (VLC; RVS), os quais localizaram e selecionaram os artigos a partir da estratégia de busca definida previamente. Os artigos encontrados foram inseridos no gerenciador de referências sistemáticas RAYYAN, onde primeiramente foram identificados e excluídos os artigos duplicados. A seleção dos trabalhos se deu de forma independente, com base no título e resumo dos artigos. Após a leitura do título e resumo do artigo, os pesquisadores o selecionaram ou não para a revisão integrativa, as decisões que ficaram em conflitos foram analisadas posteriormente por outro revisor (TNLK), em uma reunião de consenso para sanar dúvidas e discordâncias entre os pesquisadores. Os artigos selecionados foram recuperados para a leitura na íntegra. A busca e seleção dos estudos se deu ainda a partir da literatura cinzenta (Google Scholar web Search) e das referências dos artigos selecionados nas bases de dados.

4.5 Coleta de dados

Para extração de dados foram utilizados formulários padronizados em planilha do software Excel, sendo coletados dados relativos a: (1) autor, ano, local e identificação dos artigos; (2) período de acompanhamento do estudo; (3) sexo e idade; (4) número de casos e tipo de cancer; (5) tratamento antineoplásico eleito; (6) momento do surgimento da mucosite oral; (7) local (mucosite oral); (8) prevenção/tratamento para mucosite oral; (9) período de acompanhamento e grau da mucosite oral; e (10) resultados/conclusões do trabalho.

4.6 Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva dos dados obtidos, a fim de caracterizar a mucosite oral de acordo com o tratamento antineoplásico eleito e a doença oncológica de base.

4.7 Análise da qualidade metodológica

Para avaliação da qualidade metodológica de cada estudo foi utilizado o protocolo disponibilizado pela plataforma do Instituto Joanna Briggs. O protocolo baseia-se em perguntas com respostas binárias dando-se uma pontuação unitária para cada resposta “sim”. Cada pergunta avalia um aspecto específico e busca identificar, de forma sensível, algum viés de publicação. Ao final da avaliação, calcula-se o percentual de respostas “sim” de cada estudo. Os estudos são considerados de alto risco para vieses quando o percentual de respostas “sim” for menor ou igual a 49%, de moderado risco quando o percentual de respostas “sim” for entre 50 e 69% e de baixo risco quando o percentual de respostas “sim” for de 70% ou mais.

A avaliação do risco de viés foi realizada pelos dois revisores (VLC e RVS), de forma independente. Os resultados foram confrontados e as divergências solucionadas por meio de discussão com o terceiro revisor (TNLK). Foi utilizado o protocolo “JBI Critical Appraisal Checklist for cohort studies” para estudo de coorte Quadro 2.

5 RESULTADOS

A busca na base de dados após a eliminação das duplicatas resultou em 68 artigos, dos quais 50 foram excluídos, durante a fase de leitura de título e resumo, e 18 foram selecionados para leitura de texto completo, desses somente 12 foram incluídos na revisão. A busca na literatura cinzenta e nas referências dos estudos incluídos resultou em 5 artigos incluídos na revisão. Os artigos que foram excluídos estão representados no Quadro 3, com as razões para exclusão.

5.1 Características dos estudos

Os 12 artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade para extração de dados tratavam-se de estudos observacionais, que apresentaram juntos 767 casos de mucosite oral. Desses artigos, 359 pacientes foram tratados com radioterapia, 193 pacientes foram tratados com quimioterapia e 215 pacientes foram tratados com radioterapia e quimioterapia concomitante.

5.2 Síntese dos resultados

As principais características de cada estudo encontram-se no Quadro 4. Os trabalhos contemplavam a grande maioria das nossas variáveis eleitas. Do total de casos de mucosite oral 204 eram mulheres, 478 eram homens e dois trabalhos não traziam essa informação, a média de idade foi de 55 anos.

767 casos	Radioterapia	Quimioterapia	Radioquimioterapia
Homens	272 casos	92 casos NÃO RELATA = 30 casos	114 casos NÃO RELATA = 55 casos
Mulheres	87 casos	71 casos NÃO RELATA = 30 casos	46 casos NÃO RELATA = 55 casos
Idade	Média de 65 anos = 359 casos	Média de 70 anos = 9 Média de 63 anos = 20 Média de 55 anos = 30 Média de 52,6 anos = 45 Média de 19 anos = 19 Média de 49 anos = 39 Média de 18 anos = 13	Média de 8.8 anos = 56 casos Média de 60 anos = 104 casos NÃO RELATA = 55 casos
Total de casos	359	193	215

A localização mais frequente dos casos em cavidade oral foi a mucosa jugal, língua e lábio/mucosa labial.

Em relação aos tipos de câncer 518 casos eram câncer de cabeça e pescoço em que os pacientes estavam fazendo radioterapia ou radioquimioterapia. 192 casos eram câncer hematológico em que os pacientes estavam fazendo quimioterapia ou radioquimioterapia.

	Radioterapia	Quimioterapia	Radioquimioterapia
Locais	Cavidade oral = 182 Orofaringe=144 Cavidade oral e orofaringe = 33	Cavidade oral = 156 Ventre da língua, palato mole e mucosa bucal = 37	Lábio, mucosa labial, língua, palato e gengiva = 56 Cavidade oral ou orofaringe = 55 Cavidade oral = 104
Tipo de câncer	Câncer de boca = 182 Orofaringe=144 Câncer de cabeça e pescoço = 33	Câncer de mama = 6 Tumor neuroendócrino = 2 Carcinoma de células renais = 1 Mieloma múltiplo = 20 casos Leucemia aguda e linfoma não Hodgkin = 30 Câncer hematológico = 84 Leucemia aguda = 37 casos Linfoma não Hodgkin de células B = 13 casos	Hematológico = 41 Sólido = 15 câncer de cabeça e pescoço = 55 Carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço = 104
Momento do surgimento da Mucosite oral	NÃO RELATA = 326 Primeira semana = 33	NÃO RELATA = 22 Primeira semana = 134 Segunda semana = 37	Primeira semana = 215

A mucosite oral surgiu já na primeira semana em quase 100% dos casos, começando com pequenos eritemas e progredindo para ulcerações extensas.

As medidas de prevenção e tratamento para mucosite oral consistiam em adequação do meio bucal (exodontias e controle da cárie e doença periodontal); profilaxia profissional semanal; administração de medicamentos para xerostomia como a pilocarpina; uso de bochechos contendo anestésico para alívio da dor; uso de bochecho contendo solução salina fisiológica; alimentação via parenteral; crioterapia

com o consumo de lascas de gelo ou gelo picado a partir de 5 min antes da infusão de HDM; antifúngicos aplicados topicamente e uso de palifermina como terapia de suporte.

O acompanhamento médio dos pacientes que apresentaram mucosite oral foi em torno de 7 semanas a partir do início da terapia antineoplásica.

O grau da mucosite oral aumentava com o passar das semanas. A severidade das lesões variava consideravelmente entre os pacientes. E pacientes que não tinham tratamento profilático ou terapêutico tendiam a apresentar maior gravidade da mucosite oral.

	Radioterapia	Quimioterapia	Radioquimioterapia
Prevenção/tratamento	Profilaxia 1 a 2x na semana. Extração de dentes com doença periodontal e administração de pilocarpina para tratar a boca seca, e uso de bochechos = 326 NÃO RELATA = 33	Bochecho com dexametasona = 9 Bochecho com soro, analgésico, alimentação parenteral e crioterapia = 20 casos NÃO RELATA = 70 Enxaguatórios bucais = 45 Palifermina como terapia de suporte = 39	Avaliações 1X por semana = 56 casos Antifúngicos aplicados topicamente = 104 casos NÃO RELATA = 55
Acompanhamento	90 dias = 326 casos 7 semanas = 25 casos 6 semanas = 7 casos 4 semanas = 1 caso	8 semanas = 9 casos 2 semanas = 57 casos 5 semanas = 30 casos NÃO RELATA = 97	5 semanas = 56 casos 9 semanas = 55 casos 3 semanas = 104 casos
Grau da Mucosite	Grau 1 = 19 Grau 2 = 168 Grau 3 = 136 NÃO RELATA = 33	Grau 1 = 62 Grau 2 = 38 Grau 3 = 7 NÃO RELATA = 13	Grau 3 = 54 NÃO RELATA = 104

Dos 12 artigos eleitos para extração de dados, 11 trabalhos apresentaram um percentual de mais de 70% de respostas “sim” classificando assim um baixo risco de viés e apenas 1 trabalho apresentou 55% de respostas “sim” classificando um moderado risco de viés.

6 DISCUSSÃO

Sabemos que o câncer é uma das doenças mais prevalentes no mundo. A radioterapia e a quimioterapia são tratamentos antineoplásicos que causam muitos efeitos colaterais e um deles é a mucosite oral. Clinicamente ela consiste de inflamação que progride para ulceração da mucosa bucal gerando uma fonte potencial de infecções. A mucosite oral pode predispor indivíduos imunossuprimidos a uma bacteremia potencialmente fatal. Pode impossibilitar tratamentos posteriores ou elevar seu custo, colocar em risco a vida do paciente (NISHII et al., 2020).

Pacientes assistidos por uma equipe multidisciplinar incluindo um cirurgião-dentista, apresentaram mucosite oral mais branda (FERNÁNDEZ-SALA et al., 2020). O tratamento para mucosite oral é paliativo, envolve medidas para aliviar os sintomas e evitar complicações futuras.

Pacientes com câncer hematológico que tiveram um acompanhamento odontológico antes, durante e após o tratamento quimioterápico, tiveram menos focos de infecção, conseguiram uma boa condição nutricional e conseqüentemente melhora na qualidade de vida (LEE et al., 2020) reforçando que cirurgião-dentista tem um papel importante na equipe oncológica.

Observamos que os homens foram os mais afetados com mucosite oral em relação as mulheres (NISHII et al., 2020), o que pode ser explicado pelo fato de o sexo masculino ter maior valor amostral em relação ao feminino na maioria dos estudos. A mucosite oral surgiu na grande maioria dos casos entre a primeira semana e a segunda semana de terapia antineoplásica, tanto radioterápica quanto quimioterápica (SAKELLARI et al., 2015) reforçando a necessidade de medidas profiláticas e terapêuticas mais precoce. A mucosite oral grave surgiu na maioria das vezes em pacientes desassistidos de qualquer tratamento/prevenção para mucosite oral tanto em pacientes radioterápicos, quanto em pacientes quimioterápicos. Pesquisadores que acompanharam por menos de 14 dias a mucosite não conseguiram classificá-la em graus de gravidade (GUSSGARD et al., 2015).

As doenças hematológicas foram tratadas com quimioterapia ou radioquimioterapia, que são tratamentos não específicos que alteram o processo fisiológico e acarretam danos colaterais que se manifestam na cavidade oral.

Foi observado que pacientes que fizeram quimioterapia tiveram efeitos colaterais mais abrangentes, o que pode ser justificado pela ação da medicação em células que estão em mitose constante. Pacientes com tumores hematológicos apresentaram mais ocorrência de mucosite oral grave do que aqueles com tumores sólidos (GUIMARÃES et al., 2021). Pacientes com leucemia aguda apresentaram maior incidência de mucosite oral (MARTINEZ et al., 2014). A radioterapia foi utilizada na grande maioria em tratamento para câncer de cabeça e pescoço.

Foi observado que pacientes submetidos a radioterapia e quimioterapia concomitante apresentaram mucosite oral mais severa e prolongada.

A manutenção da higiene oral diminui os riscos de doenças bucais em pacientes oncológicos. A higiene bucal básica envolvendo limpeza não traumática, fio dental e uso de agentes profiláticos foi adotada na maioria dos casos o que reduziu a gravidade da mucosite. O uso de antissépticos bucais e analgésicos tópicos podem diminuir o desconforto e aliviar a dor. A crioterapia e a laserterapia de baixa intensidade também contribui significativamente para diminuição da inflamação e dor decorrente da mucosite oral. Pacientes com mieloma múltiplo que passaram por quimioterapia e usaram a crioterapia para tratar a mucosite tiveram diminuição da gravidade da mucosite oral (VAN LEEUWEN et al., 2018).

Muitos fatores influenciam para o avanço da mucosite oral, dentre eles podemos destacar uma condição dental insatisfatória, o desequilíbrio da microbiota oral, causada por acúmulo de biofilme aliada a uma higiene bucal deficiente ou problemas periodontais, o consumo de bebidas alcoólicas e o fumo, alimentos duros ou ácidos (SALA et al., 2020).

Pacientes acometidos por lesões mais graves relataram dor, queimação e desconforto acentuados ao se alimentar e ao realizar a higiene bucal (BOSSI et al., 2016).

As manifestações orais relacionadas com a terapia citotóxicas envolvem mucosite oral em diferentes graus, osteorradionecrose, xerostomia, dificuldade de abrir a boca, cáries, perda do paladar, sangramento gengival, doenças fúngicas, queilite angular e etc.

Pacientes com leucócitos inferiores ou contagens de linfócitos e aqueles com níveis mais baixos de hemoglobina demonstraram uma incidência significativamente maior de mucosite oral grave (NISHII et al., 2020).

O tratamento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço com radioterapia e quimioterapia concomitante induziu um aumento significativo nos níveis salivares de IL-1 β , IL-6 e fator de necrose tumoral- α , todos positivamente associados à gravidade da toxicidade da mucosa. Um aumento maior de IL-1 β e IL-6 3 semanas após o início do tratamento é preditivo de mucosite oral mais grave, representando uma ferramenta potencial para a identificação precoce de pacientes em grupos de maior risco (BOSSI et al., 2016).

A incidência e duração da mucosite oral e a gravidade da dor relacionada à mucosite oral parecem ser menores em pacientes que têm acesso a uma equipe multidisciplinar, em comparação com os relatados em estudos anteriores. O impacto da mucosite oral nas avaliações da qualidade de vida parece ser reversível com cuidados de suporte ideais, apesar das principais incapacidades transitórias atribuíveis à mucosite oral (SAKELLARI et al., 2015).

7 CONCLUSÃO

Esta revisão mostrou que pacientes submetidos a quimioterapia apresentaram maior incidência de mucosite oral em relação aos pacientes submetidos a radioterapia. Apesar disto, a gravidade da mucosite oral foi maior na radioterapia (grau 2 e 3) em comparação com a quimioterapia. E reforçou a importância do papel que o cirurgião-dentista desempenha tanto na prevenção quanto no tratamento da mucosite oral e que é necessário cada vez mais a integração desse profissional dentro do ambiente hospitalar.

8 REFERÊNCIAS

1. AGHAMOHAMMADI, A.; HOSSEINIMEHR, S. J. Natural products for management of oral mucositis induced by radiotherapy and chemotherapy. **Integrative Cancer Therapies**, v. 15, n. 1, p. 60–68, 2016.
2. ARORA, H. et al. Efficacy of He-Ne Laser in the prevention and treatment of radiotherapy-induced oral mucositis in oral cancer patients. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology**, v. 105, n. 2, p. 180–187, 2008.
3. BERGER, K. et al. Epidemiology, patient adherence, and costs of oral mucositis in routine care in stem cell transplantation. **Supportive Care in Cancer**, v. 28, n. 7, p. 3113–3123, 2020.
4. BEZINELLI, L. M. et al. Quality of life related to oral mucositis of patients undergoing haematopoietic stem cell transplantation and receiving specialised oral care with low-level laser therapy: a prospective observational study. **European journal of cancer care**, v. 25, n. 4, p. 668–674, 2016.
5. BOSSI, P. et al. Salivary Cytokine Levels and Oral Mucositis in Head and Neck Cancer Patients Treated With Chemotherapy and Radiation Therapy. **International Journal of Radiation Oncology Biology Physics**, v. 96, n. 5, p. 959–966, 2016.
6. CHAN, C. W. H. et al. Oral mucositis among Chinese cancer patients receiving chemotherapy: Effects and management strategies. **Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology**, v. 17, n. 2, p. e10–e17, 2021.
7. DAUGÉLAITÉ, G. et al. Prevention and treatment of chemotherapy and radiotherapy induced oral mucositis. **Medicina (Lithuania)**, v. 55, n. 2, p. 1–14, 2019.
8. FERNÁNDEZ-SALA, X. et al. Eficacia y seguridad de una nueva formulación de enjuague bucal de dexametasona para el manejo de la estomatitis en pacientes con cáncer. **Farmacia hospitalaria : organo oficial de expresion científica de la Sociedad Espanola de Farmacia Hospitalaria**, v. 45, n. 1, p. 41–44, 2020.
9. GALVÃO TF, PANSANI TSA, HARRAD D. **Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Metaanálises: A recomendação PRISMA.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2015; 24(2):335-342.

10. GUIMARÃES, J. R. et al. The incidence of severe oral mucositis and its occurrence sites in pediatric oncologic patients. **Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 26, n. 3, p. e299–e303, 2021.
11. GUSSGARD, A. M. et al. Radiation-induced mucositis in patients with head and neck cancer - Should the signs or the symptoms be measured? **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 81, n. C, 2015.
12. HONG, B. Y. et al. Chemotherapy-induced oral mucositis is associated with detrimental bacterial dysbiosis. **Microbiome**, v. 7, n. 1, p. 1–18, 2019.
13. HONÓRIO HM, SANTIAGO JF. **Fundamentos das Revisões Sistemáticas em Odontologia**. São Paulo: Quintessence Editora; 2018.
14. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tipos de câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>. Acesso em: 25 jun. 2022.
15. KUIKEN, N. S. S. et al. Feeding strategies in pediatric cancer patients with gastrointestinal mucositis: a multicenter prospective observational study and international survey. **Supportive Care in Cancer**, v. 25, n. 10, p. 3075–3083, 2017.
16. KUSIAK, A. et al. Oncological-therapy related oral mucositis as an interdisciplinary problem—literature review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 7, 2020.
17. LALLA, R. V.; SAUNDERS, D. P.; PETERSON, D. E. Chemotherapy or Radiation-Induced Oral Mucositis. **Dental Clinics of North America**, v. 58, n. 2, p. 341–349, 2014.
18. LEE, Y. H. et al. Prospective evaluation of clinical symptoms of chemotherapy-induced oral mucositis in adult patients with acute leukemia: A preliminary study. **Clinical and Experimental Dental Research**, v. 6, n. 1, p. 90–99, 2020.
19. MACKIEWICZ, J. et al. The comparison of acute toxicity in 2 treatment courses. **Medicine**, v. 96, n. 51, p. e9151, 2017.
20. MALLICK, S.; BENSON, R.; RATH, G. K. Radiation induced oral mucositis: a review of current literature on prevention and management. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 273, n. 9, p. 2285–2293, 2016.

21. MARTINEZ, J. M. et al. Mucositis care in acute leukemia and non-Hodgkin lymphoma patients undergoing high-dose chemotherapy. **Supportive Care in Cancer**, v. 22, n. 9, p. 2563–2569, 2014.
22. NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. [s.l.: s.n.].
23. NISHII, M. et al. Factors associated with severe oral mucositis and candidiasis in patients undergoing radiotherapy for oral and oropharyngeal carcinomas: a retrospective multicenter study of 326 patients. **Supportive Care in Cancer**, v. 28, n. 3, p. 1069–1075, 2020.
24. SAKELLARI, I. et al. A prospective study of incidence, clinical and quality of life consequences of oral mucositis post palifermin prophylaxis in patients undergoing high-dose chemotherapy and autologous hematopoietic cell transplantation. **Annals of Hematology**, v. 94, n. 10, p. 1733–1740, 2015.
25. SROUSSI, H. Y. et al. Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy: mucositis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions, dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis. **Cancer Medicine**, v. 6, n. 12, p. 2918–2931, 2017.
26. VAN LEEUWEN, S. J. M. et al. Early salivary changes in multiple myeloma patients undergoing autologous HSCT. **Oral Diseases**, v. 24, n. 6, p. 972–982, 2018.

Quadro 1. Estratégia de busca

Base de dados	Pergunta (30 de julho de 2022)	Nº de artigos encontrados
PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	((("Neoplasms"[Mesh]) AND ("Radiotherapy"[Mesh]) OR "Drug Therapy"[Mesh])) AND ("Mucositis"[Mesh]) OR "Stomatitis"[Mesh])	68

Quadro 2. Protocolo disponibilizado pela plataforma do Instituto Joanna Briggs para estudos de coorte.

Os dois grupos eram semelhantes antes e recrutados da mesma população?	As exposições foram medidas da mesma forma para atribuir pessoas a grupos expostos e não expostos?	A exposição foi medida de forma válida e confiável?	Foram identificados fatores de confusão?	Foram declaradas estratégias para lidar com fatores de confusão?	Os grupos/participantes estavam livres do desfecho no início do estudo (ou no momento da exposição)?	Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	O tempo de seguimento foi relatado e suficiente para ser tempo suficiente para que os resultados ocorram?	Foi o seguimento completo, e se não, foram as razões para a perda para o acompanhamento descrito e explorado?	Foram utilizadas estratégias para lidar com o acompanhamento incompleto?	A análise estatística apropriada foi usada?
--	--	---	--	--	--	--	---	---	--	---

Quadro 3. Artigos excluídos e razões para exclusão

Autor, ano, local	Razão da exclusão
HONG ET AL., 2019, USA	Estudo de caso-controle
EMINAGIĆ ET AL., 2019, BOSNIA	Ensaio clínico
GUSSGARD ET AL., 2015, CANADA	Artigo duplicado
BEZINELLI ET AL., 2016, BRASIL	População errada
PAULA EDUARDO ET AL., 2015, BRASIL	Estudo de caso-controle
COELHO ET AL., 2022, BRASIL	Estudo transversal

Quadro 4. Extração de dados

Autor, Ano, Local/ identificação do artigo	Período de acompanhamento do estudo	Sexo / Idade	Nº de caso/tipo de câncer	Tratamento antineoplásico	Momento do surgimento da mucosite oral	Local (mucosite oral)	Tratamento/prevenção para mucosite oral	Período de acompanhamento/grau da mucosite oral	Resultados/conclusão
NISHII et al., 2020, Japão/31 6219056.	2011 a 2017.	247 homens e 79 mulheres / idade média de 65 anos.	326/182 cânceres de boca e 144 orofaríngeos.	radioterapia (RT).	NÃO RELATA.	cavidade oral e/ou orofaringe.	Profilaxia profissional 1 a 2x na semana. Extração de dentes com doença periodontal e administração de pilocarpina para tratar a boca seca, e uso de bochechos.	90 dias a partir do início da RT / grau 1 em 19 (5,8%), grau 2 em 168 (51,5%), e grau 3 em 136 (41,7%) pacientes.	Os homens desenvolveram com maior frequência MO grave. A estomatite foi mais grave em pacientes que receberam RT para câncer de orofaringe do que aqueles.
GUIMARÃES et al., 2021, Brasil/31 6219059.	2013 a 2018.	31 mulheres e 25 homens / média de idade de 8,8 anos (± 4,8).	56/41 hematológicos e 15 sólidos.	quimioterapia e quimiorradiação.	Na 1ª semana de quimioterapia houve predomínio de alterações nos lábios (5,5%) e saliva (5,5%).	voz, deglutição, lábios, língua, saliva, mucosa labial/palato, mucosa labial e gengiva.	NÃO RELATA.	Avaliações 1X por semana por cinco semanas consecutivas/ SOM (mucosite oral grave) 12,5% na 1ª semana de TC a 35,7% na 5ª semana de TC (P = 0,05)	A MO grave se manifestou desde a 1ª semana de quimioterapia e teve sua incidência aumentada ao longo do tempo. A 5ª semana de trat. teve a maior ocorrência de MO grave. Pacientes com tumores hematológicos foram mais propensos a desenvolver MO grave do que aqueles com tumores sólidos.

GUSSGA RD et al., 2015, Canadá/3 1621906 4	2009	25 homens e 8 mulhere s/ Média de idade de 65 anos	33/ câncer de cabeç a e pesçoç o	radioterapia	primeira semana	cavidade oral e/ou orofaringe	NÃO RELATA	2X por semana durante o curso de radioterapia (curso de 7 semanas para 25 pacientes, curso de 6 semanas para 7 pacientes e curso de 4 semanas para 1 paciente) e, em seguida, mais uma vez 4 a 6 semanas após a conclusão do tratamento/NÃO RELATA	Todos os participantes deste estudo apresentaram mucosite oral durante o curso da radioterapia, que para alguns pacientes se manifestou como eritema após uma dose absorvida de cerca de 6 Gy, aumentando posteriormente em conjunto com o aumento da absorção da radiação terapêutica.
BOSSI et al., 2016, Itália/316 219066	4/2011 a 6/2012	NÃO RELAT A / NÃO RELAT A	55/ câncer de cabeç a e pesçoç o	quimiorradi oterapia (CTRT)	terceira semana (grave)	cavidade oral ou orofaringe	NÃO RELATA	Os parâmetros bioquímicos foram coletados a cada duas semanas durante o tratamento (no início da 3ª, 5ª, 7ª semana) e duas semanas após o tratamento / Trinta e quatro pacientes desenvolveram mucosite G3-4 durante o tratamento, 6 dos quais na semana 3, 16 na semana 5 e 12 na semana 7	CTRT concomitante induz aumento significativo nos níveis salivares de IL-1β, IL-6 e fator de necrose tumoral-α, todos positivamente associados à gravidade da toxicidade da mucosa. Um aumento maior de IL-1β e IL-6 3 semanas após o início do tratamento é preditivo de pior MO, representando uma ferramenta potencial / a identificação precoce de pac. em risco.

FERNÁNDEZ-SALA et al., 2020, Espanha/316219068	3/2017 a 11/2019	8 mulheres e 1 homem/ Média de 70 anos	9/6 câncer de mama, 2 tumor neuroendócrino e 1 carcinoma de células renais	quimioterapia	NÃO RELATA	cavidade oral	bochechos de dexametasona	8 SEMANAS / O desfecho primário de estomatite grau 2 ou pior ocorreu em um (11%) de nove pacientes.	A formulação de bochechos com dexametasona pode ser considerada uma alternativa adequada para o manejo da estomatite.
LEEUWEN et al., 2018, Holanda/316219072	2013 (parte A) e 2015 (parte B)	Estudo A (homens 58.3% e mulheres 41.7%) e Estudo B (homens 62.5% e mulheres	12 parte (A) e 8 parte (B)/ mielo ma múltiplo	quimioterapia	primeira semana	cavidade oral	Higiene bucal + bochecho com solução salina fisiológica. Analgésicos, alimentação parenteral e outros medicamentos foram administrados, Na parte B, utilizou-se a crioterapia com o consumo de lascas de gelo ou gelo picado a partir de 5	Duas semanas/NÃO RELATA	Alterações na composição da saliva refletindo inflamação foram encontradas nos primeiros dias após o TCTH, e o uso de crioterapia na segunda parte foi associado à diminuição da gravidade da MO.

s
37.5%)/
63 anos
(median
a)

min antes da
infusão de HDM
(dia -2) até 30 min
após a
infusão. Gelo
derretido foi
engolido ou cuspido
antes do uso de
novos pedaços de
gelo.

primeira semana

O tempo médio de
acompanhamento foi 23
dias (intervalo de 5 a 35
dias)/

MARTIN
EZ et al.,
2014,
Portugal/
3162190
81

fevereir
o a
agosto
de 2012

NÃO
RELAT
A/
55 anos
(median
a)

30/
leuce
mia
aguda
e
linfom
a não
Hodgki
n

quimioterap
ia

Cavidade oral

NÃO RELATA

A MO de graus 3-4 foi
relatada em 4,1% do total
episódios em pacientes
com leucemia
promielocítica aguda e
Burkitt NHL. Apenas
pacientes Burkitt LNH
desenvolveram MO, 50%
de MO graus 1-2 e 8,3%
de MO graus 3-4

A incidência de mucosite é alta,
sendo relatada principalmente em
pacientes com AL, com limitações
na qualidade de vida.

(MACKIE WICZ et al., 2017)/ Polonia/316219082	setembro de 2013 e setembro de 2014	89 homens e 15 mulheres/60 anos (média)	104/carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço	radioterapia e quimioterapia	primeira semana	cavidade oral	antifúngicos aplicados topicamente	3 semanas/ maior incidência de mucosite grau 3 a 4 em pacientes que receberam 100 mg/m ² 3 vezes por semana do que 35/40 mg/m ² 2 semanal de cisplatina (70% vs 50%; <i>P</i> = .037).	O esquema de cisplatina mais apropriado administrado concomitantemente à radioterapia em pacientes com CEC de cabeça e pescoço tratados no cenário adjuvante ou definitivo requer maiores esclarecimentos em estudos randomizados e controlados.
(BERGER et al., 2020)/ Alemanha/316219084	08/2016 a 02/2017	30 homens e 15 mulheres/52,6 anos (média)	45/câncer hematológico	quimioterapia	primeira semana	cavidade oral	enxaguatórios bucais	A mucosite oral foi avaliada três vezes por semana durante o tratamento antineoplásico/ Vinte e seis (58%) pacientes desenvolveram OM (54% grau I/II, 46% grau III/IV)	Quase 60% dos pacientes transplantados sofriam de OM, quase metade sofria de OM grave. A avaliação padronizada de MO realizada rotineiramente e a medição da adesão dos pacientes forneceriam informações para avaliações de qualidade intra e inter-hospitalares.
LEE et al., 2020, Coréia/316219101	07/2016 a 05/2017	19 mulheres e 18 homens/	37/leucemia aguda	quimioterapia	segunda semana	ventre da língua, palato mole e mucosa bucal	NÃO RELATA	Investigações orais e clínicas foram realizadas no início e no dia 14 após o início da quimioterapia/ 3 pacientes como grau 1, e cinco como grau 2 com	Os principais fatores que afetaram a gravidade dos sintomas do OCIO foram o tratamento com TCTH e a localização das lesões orais. A incidência dos escores do CIOM e da MO não foi

idade
≥19
anos

úlceras. Nenhum estava
em Grau 3 ou Grau 4.

significativamente diferente entre
os subgrupos da doença.

20
homens
e 19
mulheres
s/
mediana
de 49
anos

PRIMEIRA
SEMANA

39/
doença
hematológica

quimioterapia

CAVIDADE
ORAL

Todos os pacientes
receberam
palifermina como
terapia de suporte.

Não relata/
OM ocorreu em 22 dos
39 pacientes (56,4%); 11
(28,2%) tinham
moderado ou grave (grau
OMS≥2) e apenas 5
(12,8%) OM grave (grau
OMS ≥3).

A incidência e duração da OM e a
gravidade da dor relacionada à
OM parecem ser menores em
comparação com os relatados em
estudos anteriores. O impacto da
OM nas avaliações da qualidade
de vida parecia ser reversível com
cuidados de suporte ideais,
apesar das principais
incapacidades transitórias
atribuíveis à OM.

11
homens
e 2
mulheres
s/
Idades
entre 0-
18 anos

NÃO RELATA

13/
linfoma
não
Hodgkin
de
células
B (B-
NHL)

quimioterapia

Cavidade oral

NÃO RELATA

NÃO RELATA/O escore
mediano mais alto de
mucosite após os cursos
de quimioterapia foi 3 (1-
4).

Embora a NPT possa ser eficaz
para manter um bom estado
nutricional, sugerimos ter cuidado
ao introduzir a NPT como 1ª
opção como estratégia de
alimentação, pois possivelmente
aumenta o risco de infecção. No
entanto, mais pesquisas são
necessárias.

SAKELLARI et al.,
2015,
Grécia/
316219103

06/2009
a
11/2010

KUIKEN et al.,
2017,
Holanda/
316219105

04/2015
a
09/2016

Figura 1. Fluxograma PRISMA

