

Leucemia no paciente pediátrico: atuação odontológica

Pediatric patients with leukaemia: dental care

Verônica Ishikawa dos SANTOS

Cirurgiã-dentista

Ana Lia ANBINDER

Doutoranda – Programa de Pós-Graduação em Biopatologia Bucal- FOSJC/UNESP – São José dos Campos - SP;
Professora Assistente -Departamento de Odontologia da Faculdade de Odontologia – UNITAU/Taubaté - SP

Ana Sueli Rodrigues CAVALCANTE

Professora Adjunta - Departamento de Biociências e Diagnóstico Bucal - Coordenadora no Centro Multidisciplinar de Doenças da Boca (CEMDOB) – FOSJC/UNESP – São José dos Campos - SP

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi verificar as principais manifestações clínicas gerais e bucais da leucemia em crianças e adolescentes, antes do diagnóstico da doença e durante a terapêutica adotada, além de enfatizar a participação do Cirurgião-Dentista no diagnóstico e no acompanhamento da saúde bucal desses pacientes. Foram entrevistados e examinados 33 pacientes com diagnóstico de leucemia que estavam em tratamento ou acompanhamento de manutenção no Grupo de Pediatria Oncológica de São José dos Campos. Utilizou-se uma ficha criada especialmente para este trabalho, com o objetivo de facilitar o levantamento de dados como idade, sexo, tipo de leucemia e sintomatologia. Antes do diagnóstico de leucemia, as manifestações gerais mais relatadas foram febre, fraqueza, cansaço e palidez e as manifestações bucais foram palidez de mucosa, sangramento gengival, candidíase, ulcerações e hiperplasia gengival. Durante a terapêutica adotada, náuseas e vômitos foram as manifestações gerais mais relatadas e ulcerações, candidíase, sangramento gengival e xerostomia, as manifestações bucais. A leucemia pode ter suas primeiras manifestações na boca, o que reafirma a participação do Cirurgião-Dentista no diagnóstico precoce da doença e na equipe multidisciplinar de atendimento a esse tipo de paciente. Após o diagnóstico, a presença desse profissional na equipe de tratamento oncológico pode diminuir a morbidade e a mortalidade relacionadas às complicações bucais, assim como aumentar o conforto e a qualidade de vida dos pacientes durante a terapia.

UNITERMOS

Leucemia; manifestações bucais; odontologia.

INTRODUÇÃO

Cerca de 50% das crianças que vão a óbito por câncer são portadoras de leucemia²⁰. Leucemias são doenças hematológicas neoplásicas malignas que resultam da proliferação desregulada de um clone de células hematopoiéticas da medula óssea com alterações na maturação e apoptose celular¹⁵. O clone alterado multiplica-se mais que as células normais, substituindo-as em todas as áreas da medula e em locais extramedulares como fígado, baço e linfonodos. Além disso, as células leucêmicas podem invadir e proliferar dentro de órgãos e tecidos não hematopoiéticos como o sistema nervoso central, testículos, trato gastrointestinal e pele¹⁹.

Qualquer classe de leucócitos, das linhagens granulocítica, monocítica ou linfóide, tem a possibilidade de sofrer transformação maligna. A doença pode ser aguda ou crônica, de acordo com seu curso clínico. Leucemias agudas afetam linhagens celulares imaturas ou células blásticas e, quando não diagnosticadas e tratadas, resultam em rápida debilidade no estado geral do indivíduo. Em crianças, 80% das leucemias agudas são linfocíticas (LLA) e em adultos, 85% são mieloblásticas (LMA). Leucemias crônicas afetam células maduras, e estão associadas a um curso clínico mais longo⁶. A LLA é a neoplasia mais comum da infância^{16, 19}. No Brasil, de dez a quinze casos de câncer, considerando-se a faixa etária abaixo de 15 anos, quatro são de LLA³.

A boca comumente é comprometida pelas complicações da leucemia¹. As manifestações estomatológicas podem estar presentes no estágio inicial da doença, aumentar a sua intensidade quando instituída a terapia antileucêmica, como consequência da imunossupressão, e tendem a desaparecer com a remissão da leucemia, refletindo a convalescença da medula óssea²⁰.

As complicações bucais decorrentes da leucemia, de acordo com Segelman & Doku²³ (1977) podem ser classificadas em primárias, secundárias e terciárias. As lesões primárias são resultantes da infiltração dos tecidos bucais por células leucêmicas, destacando-se principalmente a hiperplasia gengival e gengivite; as secundárias estão associadas à trombocitopenia e à granulocitopenia, que levam a uma maior tendência ao sangramento gengival e ao aumento da susceptibilidade às infecções, como candidíase e herpes simples; as terciárias são consequências da terapêutica adotada e são caracterizadas pela descamação da mucosa bucal e ulcerações dolorosas, que podem se apresentar generalizadas, e xerostomia. Infecções e exacerbação de doenças bucais preexistentes podem ainda ser verificadas⁴. Embora infecções sistêmicas, que colocam a vida do paciente em risco, possam desenvolver-se de complicações bucais, estas causam frequentemente desconforto grave que termina por interferir com a nutrição apropriada e podem adiar o término da terapia do câncer⁴.

Felizmente, desde 1970, vem-se observando um aumento linear das taxas de cura das neoplasias da infância, estando estas, atualmente, variando entre 70% e 90% dos casos, nos Estados Unidos. No Brasil, as crianças e jovens com LLA curam-se em 70% a 80% dos casos³. O prognóstico da doença depende, além do tipo de leucemia, da idade do paciente no momento do diagnóstico¹⁶.

O Cirurgião-Dentista tem papel fundamental no diagnóstico das leucemias, em especial quando existem manifestações na boca, e também no acompanhamento do tratamento dos pacientes e profilaxia das suas condições de saúde bucal¹⁰. A participação do Cirurgião-Dentista em relação às crianças em tratamento para leucemia envolve cuidados com focos de infecção, prevenção de sangramentos e de complicações bucais agudas e alívio do desconforto para uma melhor condição nutricional, assim diminuindo os efeitos do tratamento²⁸. O objetivo deste trabalho foi verificar as principais manifes-

tações clínicas gerais e bucais que comprometeram pacientes com leucemia antes do diagnóstico da doença e durante a terapêutica adotada, além de enfatizar a responsabilidade do Cirurgião-Dentista no diagnóstico e profilaxia da saúde bucal do paciente em tratamento.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada num período de 11 meses entre os anos de 1999 e 2000, quando foram examinados 33 pacientes com diagnóstico de leucemia e que se encontravam em tratamento ou acompanhamento de manutenção no Grupo de Pediatria Oncológica (GRUPO), apoiado pelo Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC) de São José dos Campos. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos (080/2002 PH/CEP).

A abordagem dos pacientes foi feita durante uma de suas consultas para tratamento quimioterápico ou controle, na clínica do GRUPO. Utilizou-se uma ficha clínica (Figura 1), especialmente elaborada para este estudo, para anotação de dados relacionados à idade, sexo, tipo de leucemia, sinais e sintomas de ordem geral relatados antes e durante a terapêutica adotada e manifestações bucais notadas antes do diagnóstico e durante o tratamento. Os dados foram coletados, através de perguntas objetivas e subjetivas, em entrevista com o paciente e seu responsável. Questionou-se também se houve orientação odontológica durante e/ ou após o tratamento da doença. Todas as informações foram complementadas por um médico do GRUPO e através do prontuário de cada paciente. Após o preenchimento da ficha clínica, realizou-se exame físico intrabucal, com auxílio de gaze, espátula de madeira e lanterna, no consultório médico, para a complementação dos dados relativos à saúde bucal no momento da pesquisa. Após anamnese e exame clínico, os responsáveis pelos pacientes assinaram termo de consentimento para utilização e publicação dos dados coletados para fins acadêmicos.

Após o término do trabalho, os pacientes em acompanhamento no GRUPO passaram a ter atendimento odontológico junto ao Núcleo de Estudo e Atendimento a Pacientes Especiais (NEAPE) vinculado à Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos-UNESP.

MANIFESTAÇÕES DE INTERESSE ODONTOLÓGICO DAS LEUCEMIAS AGUDAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

FICHA CLÍNICA

I-Identificação

Nome: _____ nº de registro: _____
 Filiação: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Raça: _____
 Endereço: _____

II-Anamnese

1. História pregressa da leucemia

2. Tipo de leucemia: _____

3. Antes do diagnóstico de leucemia, quais os sinais e sintomas clínicos gerais apresentados? (Explicar cada um dos itens aos pacientes/responsáveis)

<input type="checkbox"/> Anestesia/ parestesia	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Injúria/vômitos
<input type="checkbox"/> Aftas	<input type="checkbox"/> Icterícia
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Perda de peso
<input type="checkbox"/> Dores no corpo	<input type="checkbox"/> Sangramento genital em mulheres
Qual parte do corpo? _____	<input type="checkbox"/> Sangramento nasal
<input type="checkbox"/> Injúria	<input type="checkbox"/> Suores noturnos
<input type="checkbox"/> Falta de ar	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Infecção	Quais? _____
<input type="checkbox"/> Hepatoesplenomegalia	

4. Antes do diagnóstico de leucemia, quais as manifestações clínicas notadas na mucosa bucal? (Explicar cada um dos itens aos pacientes/responsáveis)

<input type="checkbox"/> Candidíase	<input type="checkbox"/> Sangramento gengival
<input type="checkbox"/> Dentalgia	<input type="checkbox"/> Ulcerações
<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Hiperplasia gengival	Quais? _____
<input type="checkbox"/> Ictericia da mucosa	
<input type="checkbox"/> Ictericia	

5. Durante a terapêutica oncológica, quais os sinais e sintomas clínicos gerais apresentados? (Explicar cada um dos itens aos pacientes/responsáveis)

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Perda de peso
<input type="checkbox"/> Injúria	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Injúria/vômitos	Quais? _____

6. Durante a terapêutica oncológica, quais as manifestações clínicas notadas na mucosa bucal? (Explicar cada um dos itens aos pacientes/responsáveis)

<input type="checkbox"/> Candidíase	<input type="checkbox"/> Ulcerações
<input type="checkbox"/> Descamação	<input type="checkbox"/> Interostomia
<input type="checkbox"/> Hiperplasia gengival	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Ictericia da mucosa	Quais? _____
<input type="checkbox"/> Sangramento gengival	

7. Recebeu alguma orientação odontológica durante e/ou após a terapêutica oncológica? Qual? _____

8. A equipe multidisciplinar de tratamento possui cirurgião-dentista?
 Sim Não

III-Exame loco-regional

Anotar desvios da normalidade observados na mucosa bucal, na ocasião da pesquisa.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, portador do RG _____, fui esclarecido sobre a finalidade da pesquisa "Manifestações de interesse odontológico das leucemias agudas em crianças e adolescentes" e quanto aos procedimentos a serem realizados, através de descrição breve e acessível a minha compreensão. Estou ciente de que será mantido sigilo sobre os dados individuais coletados, concordo em participar da pesquisa e autorizo a publicação de todo material referente a este levantamento, para fins acadêmicos.

São José dos Campos, ____/____/____

Assinatura: _____
 (no caso de paciente menor de idade, assinatura do responsável)

FIGURA 1-Ficha clínica utilizada para a coleta de dados durante a entrevista e exame clínico dos pacientes com leucemia.

RESULTADOS

A amostra constituiu-se de 14 (42,42%) pacientes do sexo feminino e 19 (57,58%) do sexo masculino, com idade variando de um a 19 anos (média de 8,7 anos). Vinte e três pacientes (68,57%) tinham até dez anos de idade. LLA foi o diagnóstico de 29 (87,88%) pacientes, e LMA, de 4 (12,12%). A distribuição da amostra de acordo com as variáveis sexo e tipo de leucemia está representada na Figura 2.

Os sinais e sintomas clínicos gerais mais relatados pelos pacientes antes do diagnóstico da doença e durante a terapêutica antileucêmica estão representados nas Tabela 1 e 2, respectivamente.

As mais frequentes manifestações bucais relatadas pelos pacientes antes do diagnóstico da doença, e aquelas relatadas durante a anamnese ou

observadas ao exame clínico, durante o tratamento, estão representadas na Figura 3.

Antes do diagnóstico de leucemia, dez pacientes (30,30%) apresentaram envolvimento bucal devido à doença e, durante a terapêutica, 27 pacientes (81,82%) tiveram a mucosa bucal comprometida principalmente por ulcerações, sangramento gengival e candidíase. Em dois pacientes, o processo diagnóstico foi iniciado por Cirurgiões-Dentistas. Um destes pacientes teve hemorragia após exodontia e foi encaminhado para a realização de exames hematológicos. Dez pacientes (30,30%) receberam orientação relacionada à saúde bucal, sendo que nove deles foram orientados com relação à higienização. Um paciente foi orientado a não realizar tratamento dentário na vigência da quimioterapia. Todos os pacientes relataram não haver, naquela ocasião, cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de tratamento oncológico.

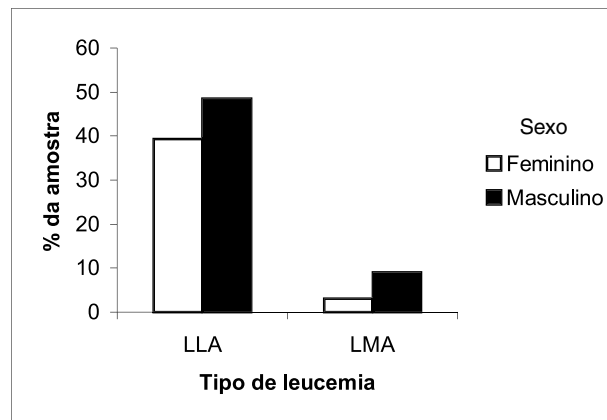


FIGURA 2- Distribuição da amostra, de acordo com sexo e tipo de leucemia.

Tabela 1 - Prevalência dos sinais e sintomas clínicos gerais mais relatados pelos pacientes antes do diagnóstico de leucemia

Sinais e sintomas	% da amostra
Febre	66,67
Fraqueza	63,64
Cansaço	63,64
Palidez	60,61
Equimoses	39,39
Perda de peso	36,36
Dores nas pernas	36,36
Linfadenopatia	27,27
Cefaléia	24,24
Dores nos ossos/ articulações	21,21
Náusea/ vômitos	9,09
Sangramento nasal	9,09
Dores de barriga	9,09
Diarréia	6,06
Hepatoesplenomegalia	6,06
Dores no corpo	6,06

Tabela 2 - Prevalência dos sinais e sintomas clínicos gerais mais relatados pelos pacientes durante a terapêutica antileucêmica

Sinais e sintomas	% da amostra
Náusea/Vômitos	45,45
Febre	18,18
Perda de peso	18,18
Cansaço	15,15
Ganho de peso	9,09
Inchaço	9,09
Palidez	6,06

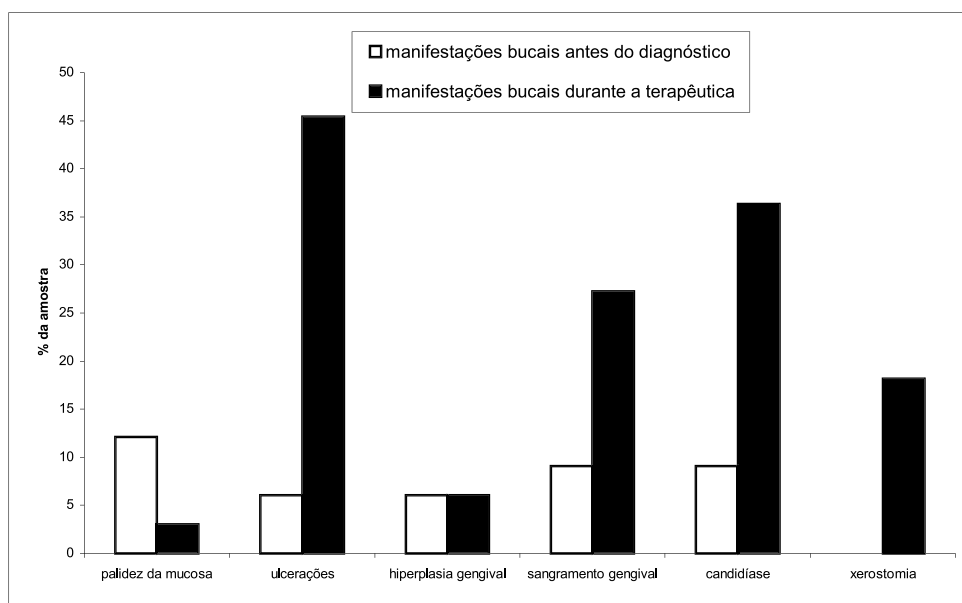


FIGURA 3- Prevalência das manifestações bucais mais notadas antes do diagnóstico de leucemia e durante a terapêutica adotada.

DISCUSSÃO

Na amostra analisada nesta pesquisa, verificou-se um maior acometimento de pacientes do sexo masculino, o que foi também encontrado nas amostras estudadas por Hou et al.¹¹ (1997) e Seppet et al.²⁴ (1998). Foram encontrados mais casos de LLA (87,88% da amostra) que LMA (12,12%), confirmando a grande frequência da LLA, a neoplasia mais comum da infância^{16,19}. De acordo com Cousin⁶ (1997), em crianças, 80% das leucemias agudas são LLA. Orbak & Orbak¹⁷ (1997) estudaram os casos de 65 crianças com

leucemia aguda e encontraram uma prevalência de LLA de 72,3%.

Os dados deste trabalho foram obtidos através de entrevista com os pacientes e responsáveis, sendo adicionadas as informações dos prontuários médicos. Os dados relacionados às alterações na mucosa bucal, colhidos durante o único exame clínico realizado, foram utilizados para a complementação das informações fornecidas pelos pacientes em relação às manifestações bucais durante a terapêutica. O maior enfoque aos dados obtidos durante a anamnese enfatiza as alterações perceptíveis pelos pacientes e causadoras de queixas.

As manifestações notadas antes do diagnóstico de leucemia e durante a terapêutica serão discutidas separadamente.

1 Manifestações notadas antes do diagnóstico da leucemia

Nesta pesquisa, os sinais e sintomas gerais mais relatados antes do diagnóstico da doença foram febre, fraqueza, cansaço e palidez. Barret¹ (1986) também encontrou a predominância destas alterações em pacientes com leucemia aguda, além de outras manifestações freqüentes, entre elas maior tendência a sangramento, suores noturnos, tontura, hepatoesplenomegalia e linfadenopatia. De acordo com Shubich²⁵ (1990), quase todos os pacientes com leucemia aguda queixam-se de cansaço, sendo este o sintoma inicial, bem como de febre com ou sem evidência de infecção, manifestações hemorrágicas, dores nos ossos, linfadenopatia e hepatoesplenomegalia. Hou et al.¹¹ (1997) verificaram que febre e linfadenopatia foram os mais freqüentes achados físicos em todos os tipos de leucemia.

A principal anormalidade responsável pelos sinais e sintomas da leucemia aguda é a proliferação ou acúmulo de leucócitos alterados na medula, prejudicando ou impedindo a produção de glóbulos vermelhos (causando anemia e conseqüentemente fraqueza, cansaço e palidez das mucosas e/ou pele), glóbulos brancos (causando leucopenia, o que propicia infecções e, conseqüentemente, febre) e plaquetas (causando trombocitopenia e, como conseqüência, maior tendência a sangramentos)^{10,25}.

Analisando-se as manifestações clínicas bucais mais relatadas nesta pesquisa, constatou-se que propedeuticamente, o Cirurgião-Dentista pode suspeitar de leucemia se o paciente estiver sob tratamento odontológico. Palidez da mucosa foi a manifestação bucal mais comum antes do diagnóstico da doença, seguida por sangramento gengival, candidíase, ulcerações e hiperplasia gengival. Orbak & Orbak¹⁷ (1997) analisaram as condições bucais em crianças com leucemia e linfoma e verificaram também que os pacientes com leucemia aguda apresentaram a palidez da mucosa como a manifestação bucal mais comum. De modo geral, a palidez pode ser resultante de um quadro anêmico, decorrente de desnutrição, toxicidade farmacológica ou câncer¹². Com relação ao sangramento gengival, a segunda manifestação bucal mais encontrada nesta pesquisa, o Cirurgião-Dentista deve estar atento ao diagnóstico diferencial, já que medicamentos

como os salicilatos podem alterar a hemostasia. No paciente com leucemia, equimoses, petéquias e sangramento gengival espontâneo são sinais da trombocitopenia resultante da infiltração leucêmica na medula óssea⁶. A manifestação clínica da candidíase, a principal infecção fúngica oportunista em indivíduos com leucemia¹⁰, está associada à virulência do microorganismo e ao estado clínico do indivíduo⁹, e sendo que a leucopenia decorrente da leucemia tende a facilitar o desenvolvimento da doença oportunista. Além de neoplasias malignas, fatores dietéticos, alterações endócrinas e imunológicas podem predispor o paciente ao desenvolvimento de candidíase⁹. O transtorno no ecossistema bucal na leucemia pode ainda resultar em gengivite, necrose tecidual, e aparecimento de úlceras isoladas ou múltiplas. Em pacientes com disfunção neutrofílica ou neutropênica, a resposta inflamatória pode ser limitada ou ausente, levando à falta de cicatrização das lesões de tecido mole e resposta inexpressiva aos procedimentos odontológicos⁷. A hiperplasia gengival é o resultado da infiltração por células leucêmicas na gengiva^{7,27}, encontrada mais comumente em pacientes com leucemia monocítica e mielomonocítica⁷. Neste trabalho a hiperplasia gengival foi a quinta afecção bucal mais freqüente numa amostra de pacientes comprometidos predominantemente pela leucemia linfocítica.

Manifestações bucais da leucemia foram relatadas por 30,30% e manifestações gerais, por 100% dos pacientes participantes deste estudo. A maioria dos pacientes examinados procurou um profissional médico motivada pela aparição de sinais e sintomas clínicos gerais, concordando com o verificado por Barret¹ (1986). No estudo presente, dois (6,06%) pacientes foram encaminhados por Cirurgiões-Dentistas para exame hematológico, devido à suspeita de leucemia, e não apenas estes pacientes apresentaram alterações bucais antes de pouca contribuição diagnóstica para o Cirurgião-Dentista, em razão do paciente apresentar a mucosa de aspecto relativamente normal e pelo aparecimento da doença numa idade anterior àquela em que os pais procuram atendimento odontológico para seus filhos. Dessa forma, é muito importante que o Cirurgião-Dentista, principalmente aquele que trabalha com crianças e adolescentes, tenha conhecimento dos possíveis sinais e sintomas gerais e bucais da leucemia para que possa suspeitar da doença de forma responsável e cautelosa, realizando assim o diagnóstico precoce.

2 Manifestações notadas durante a terapêutica antileucêmica

Existem numerosos fatores que tornam as complicações bucais da quimioterapia e radioterapia complexas. No entanto, existe uma diferença significativa entre estas duas modalidades terapêuticas quanto à toxicidade, que pode ser transitória, no caso da quimioterapia, ou progressiva e permanente, na radioterapia. Além disso, a quimioterapia do câncer é predominantemente administrada por via sistêmica, aumentando o risco de exercer efeitos agressivos à saúde bucal no curso do tratamento²¹.

Como manifestações gerais da terapêutica antileucêmica, foram relatadas com maior frequência, em nossa pesquisa, sintomatologias como náuseas e vômitos. Muitos dos agentes quimioterápicos provocam estes distúrbios por algumas horas depois de serem administrados¹⁹.

A elevada taxa de renovação dos tecidos da mucosa bucal torna esta região extremamente sujeita aos efeitos citotóxicos dos agentes antineoplásicos. Os efeitos tóxicos do tratamento na mucosa bucal podem ser acentuados por diversos fatores, tais como: disfunção das glândulas salivares, comprometendo a função de barreira, lubrificação e ação antimicrobiana da saliva; traumatismo/ irritação da mucosa (durante, por exemplo, a mastigação, uso de medicações e respiração pela boca); e infecção causada pela microbiota bucal nativa (particularmente, microorganismos bucais oportunistas), patógenos adquiridos e reativação de outras infecções¹⁸.

Pela história relatada pelos pais, bem como pelos próprios pacientes leucêmicos, após o início da terapêutica houve aumento na prevalência de várias alterações bucais, em especial, ulcerações, candidíase, sangramento gengival e xerostomia. Scully & MacFarlane²² (1983) também verificaram um aumento na prevalência de candidíase e úlceras, além de infecções herpéticas nos pacientes com leucemia, após o início do tratamento.

A mucosite apresenta-se como uma alteração na textura e coloração da mucosa, devido à atrofia do epitélio, que pode apresentar-se com sintoma de dor leve a grave, dependendo do grau de perda tecidual e agressão por patógenos. Esta alteração pode progredir com descamação celular, resultando em úlceras sintomáticas¹³. Independentemente das alterações no sistema de defesa do indivíduo,

decorrentes de uma doença maligna, a candidíase também pode ser resultante dos efeitos agressivos da quimioterapia e radioterapia. De acordo com Simon & Roberts²⁶ (1991), a candidíase é comum em crianças em tratamento contra o câncer, particularmente em períodos de imunossupressão e neutropenia, decorrente do uso de antibióticos de amplo espectro, antineoplásicos, higiene bucal inadequada, má nutrição e condição física debilitada. Se não tratada, a candidíase pode progredir para uma infecção sistêmica. Sangramento gengival e do restante da mucosa bucal estão mais comumente associados à quimioterapia, sendo a severidade dependente do grau de trombocitopenia e imunossupressão. O quadro de sangramento pode exacerbar-se quando a higiene bucal é inadequada²⁶. Um dos fatores que afetam a função das glândulas salivares é a irradiação, que pode levar a atrofia progressiva e alteração fibrosa da glândula, podendo culminar em um quadro de xerostomia grave⁸.

3 O Cirurgião-Dentista e a terapêutica antileucêmica

O Cirurgião-Dentista deve estar preparado para diagnosticar e tratar os efeitos adversos e colaterais resultantes da citotoxicidade do tratamento da leucemia. Iniciar o tratamento odontológico antes do tratamento do câncer seria o ideal para minimizar a morbidade e melhorar a saúde geral dos pacientes durante a terapêutica²⁶. A prevenção de doenças bucais em crianças e adolescentes sob tratamento oncológico é importante, visto que lesões bucais decorrentes desse tratamento agravam consideravelmente a condição clínica e o risco de infecção², e ainda dificultam o tratamento odontológico quando é necessário realizá-lo⁵.

Nenhum dos pacientes da amostra analisada relatou haver cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de tratamento oncológico, na ocasião da pesquisa. Apenas 30,30% dos pacientes receberam orientação relacionada à saúde bucal e não foi utilizado, nessa ocasião, em nenhum caso, um protocolo de tratamento bucal.

De acordo com Levi-Polack et al.¹⁴ (1998), um protocolo de cuidados odontológicos, sistematicamente aplicados, antes e durante o tratamento de câncer, pode levar a uma redução das complicações bucais, melhoria da saúde bucal e redução da severidade da mucosite, diminuição da incidência da candidíase e sangramento gengival. A

participação do Cirurgião-Dentista na equipe de pediatria oncológica melhora a qualidade de vida dos pacientes, reduzindo as complicações bucais, que podem levar a transtornos sistêmicos severos. Collard & Hunter⁵ (2001) entrevistaram pais de setenta crianças com LLA e verificaram que a maioria deles preferia que seus filhos recebessem cuidados odontológicos rotineiros e de emergência na Unidade de Pediatria Oncológica pela conveniência e confiança na equipe de tratamento oncológico. Ainda segundo Collard & Hunter⁵ (2001), alguns pais relutam em levar seus filhos ao clínico geral, por se sentirem inseguros na condução do tratamento, somando-se a isso o fato de alguns Cirurgiões-Dentistas se recusarem a tratar de crianças com diagnóstico de leucemia. Essa

situação pode ser melhorada se os Cirurgiões-Dentistas receberem formação para participar de equipe multidisciplinar no tratamento do paciente com leucemia.

CONCLUSÃO

A leucemia pode ter suas primeiras manifestações na mucosa bucal, o que reafirma a importância do Cirurgião-Dentista no diagnóstico precoce da doença. Após o diagnóstico, a presença deste profissional na equipe oncológica pode diminuir a morbidade e a mortalidade relacionadas a complicações bucais, assim como aumentar o conforto e a qualidade de vida dos pacientes durante a terapia.

ABSTRACT

The purpose of this work was to identify the main clinic manifestations, systemic and oral, of leukaemia in children and teenagers, before the disease diagnosis and during the adopted therapy and, also, to emphasize the Dentist's role in the diagnosis and follow-up of those patients' oral health. Thirty-three patients with leukaemia diagnosis, being treated or in maintenance follow-up at the Pediatric Oncology Group of São José dos Campos (GRUPO), were interviewed and examined. A special data sheet was created for this work, with the objective of facilitating the collection and recording of data such as age, sex, type of leukaemia and symptomatology. Before diagnosis, the most frequently reported systemic manifestations were fever, weakness, fatigue and pallor and the oral manifestations were pallor, gingival bleeding, candidiasis, ulcerations and gingival hyperplasia. During the adopted therapy, nausea and vomit were the most reported systemic manifestations and ulcerations, candidiasis, gingival bleeding and xerostomy were the most reported systemic manifestations. Leukaemias might have its first manifestations in the mouth, what reinforces the Dentist's importance in the early diagnosis of this disease and in the multi-disciplinary team which will treat this kind of patient. After diagnosis, the presence of this professional in the oncologic treatment team may reduce morbidity and mortality related to oral complications and, at the same time, increase the patients' comfort and quality of life during therapy.

UNITERMS

Leukaemia; oral manifestations, dentistry.

REFERÊNCIAS

1. Barret AP. Oral changes as initial diagnostic indicators in acute leukemia. *J Oral Med* 1986 Oct./Dec.; 41(4): 234-8.
2. Bonnaure-Mallet M, Bunetel L, Tricot-Doleux S, Guerin J, Bergeron C, LeGall E. Oral complications during treatment of malignant diseases in childhood: effects of tooth brushing. *Eur J Cancer* 1998 Sept.; 34(10): 1588-91. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Epidemiologia dos tumores da criança e do adolescente. Disponível em: <http://www.inca.org.br/cancer/tipos/infantil.html>. Acesso em: 13 fev 2002.
3. Childers NK, Stinnet EA, Wheeler P, Wright JT, Castleberry RP, Dasanayake AP. Oral complications in children with cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993 Jan; 75(1): 41-7.
4. Collard MM, Hunter ML. Dental care in acute lymphoblastic leukaemia: experiences of children and attitudes of parents. *Int J Paediatr Dent* 2001 July; 11(4): 274-80.
5. Cousin GCS. Oral manifestations of leukaemia. *Dent Update* 1997 Mar; 24(2): 67-70.
6. Epstein JB, Stevenson-Moore P. Periodontal disease and periodontal management in patients with cancer. *Oral Oncol* 2001 Jan; 37(8): 613-9.
7. Ettinger RL. Review: xerostomia: a symptom which acts like a disease. *Age Ageing* 1996 Sept.; 25(5): 409-12.
8. Farah CS, Ashman RB, Challacombe SJ. Oral candidosis. *Clin Dermatol* 2000 Sept./Oct.; 18(5): 553-62.

9. Freitas TC, Consolaro A. Manifestações bucais das leucemias agudas. *Rev Odontol USP* 1990 jul/set; 4(3): 261-4.
10. Hou G-L, Huang J-S, Tasi C-C. Analysis of oral manifestations of leukemias: a retrospective study. *Oral Dis* 1997 Mar; 3(1): 31-8.
11. Johnson BS, Mardirossian G. Drogas antianêmicas. In: Yagiela JA, Neidle EA, Dowd FJ. *Farmacologia e terapêutica para dentistas*. Trad. PJ Voeux. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.381-96.
12. Krywulak ML. Dental considerations for the pediatric oncology patient. *J Can Dent Assoc* 1992 Feb; 58(2): 125-30.
13. Levy-Polack MP, Sebelli P, Polack NL. Incidence of oral complications and application of a preventive protocol in children with acute leukemia. *Special Care Dent* 1998 Sept./Oct.; 18(5): 189-93.
14. McKenna SJ. Leukemia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000 Feb; 89(2):137-9.
15. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Hematologic disorders. In: __. *Oral & maxillofacial pathology*. Philadelphia: Saunders; 1995. p.416-42.
16. Orbak R, Orbak Z. Oral condition of patients with leukemia and lymphoma. *J Nihon Sch Dent* 1997 June; 39(2): 67-70.
17. Peterson DE, D'Ambrosio JA. Nonsurgical management of head and neck cancer patients. *Dent Clin North Am* 1994 July; 38(3): 425-45.
18. Rapaport SI. Neoplasias hematológicas: conceitos gerais. In: __. *Hematologia: Introdução*. Trad. RM Leite. 2ed. São Paulo: Roca; 1990. p.175-190.
19. Ribas MO, Costa NP. Estudo das observações clínicas sistêmicas, estomatológicas e radiográficas das alterações dentárias e ósseas nos pacientes com leucemia na infância. *Rev Odontol Cienc* 1995 dez; 10(20): 151-84.
20. Schubert MM, Epstein JB, Peterson DE. Complicações orais do tratamento do câncer. In: Yagiela JA, Neidle EA, Dowd FJ. *Farmacologia e terapêutica para dentistas*. Trad. PJ Voeux. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 607-18.
21. Scully C, MacFarlane TW. Orofacial manifestations of childhood malignancy: clinical and microbiological findings during remission. *ASDC J Dent Child* 1983 Mar/Apr; 50(2): 121-5.
22. Segelman AE, Doku HC. Treatment of the oral complications of leukemia. *J Oral Surg* 1977 June; 35: 469-77.
23. Sepet E, Aytepe Z, Ozerkan AG, Yalman N, Guven Y, Anak S et al. Acute lymphoblastic leukemia: dental health of children in maintenance therapy. *J Clin Pediatr Dent* 1998 Spring; 22(3): 257-60.
24. Shubich I. Leucemia aguda: manifestaciones orales y tratamiento. *Pract Odontol* 1990 Sept; 11(9): 21-2.
25. Simon AR, Roberts MW. Management of oral complications associated with cancer therapy in pediatric patients. *ASDC J Dent Child* 1991 Sept./Oct.; 58(5): 384-9.
26. Weckx LLM, Hidal LBT, Marcucci G. Oral manifestations of leukemia. *Ear Nose Throat J* 1990 May; 69:341-2; 345-6.
27. Williams MC, Lee GTR. Childhood leukemia and dental considerations. *J Clin Pediatr Dent* 1991 Spring; 15(3): 160-4.

Entrada: 18/02/03

Aprovado: 13/05/03

Ana Sueli Rodrigues Cavalcante
FOSJC/-UNESP
Av. Engenheiro Francisco José Longo, 777
Jardim São Dimas- CEP: 12245-000
São José dos Campos-SP
e-mail: anasueli@fosjc.unesp.br