



**Universidade Federal do Amazonas**  
**Faculdade de Medicina**  
**Departamento de Patologia e Medicina Legal**  
**PIBIC 2011/2012**



**Avaliação clínica da mucosite oral pós-quimioterapia em pacientes  
com doenças onco-hematológicas atendidos em um Centro de  
Hematologia do Amazonas**

**Rebeka Thiara Nascimento dos Santos**

**Manaus – 2012**



**Universidade Federal do Amazonas**  
**Faculdade de Medicina**  
**Departamento de Patologia e Medicina Legal**



**PIBIC 2011/2012**

**Avaliação clínica da mucosite oral pós-quimioterapia em pacientes  
com doenças onco-hematológicas atendidos em um Centro de  
Hematologia do Amazonas**

**RELATÓRIO FINAL PIBS/0020/2011**

**Orientadora: Dra. Tatiana Nayara Libório dos Santos**

**Co-orientadora: Célia Bolognese**

**Aluna: Rebeka Thiara Nascimento dos Santos**

**Colaboradora: Mariana Mena Barreto Bastos**

**Manaus – 2012**

## RESUMO

A Mucosite Oral, caracterizada pela inflamação e ulceração da mucosa oral, é uma reação tóxica inflamatória que age diminuindo ou inibindo a divisão celular das células epiteliais da cavidade oral., sendo frequentemente associada a doenças malignas do sangue, como a leucemia e o linfoma. Este projeto tem por objetivo avaliar clinicamente a mucosite oral pós-quimioterapia em pacientes portadores de doenças onco-hematológicas, atendidos na Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (HEMOAM), relacionando-a com a doença de base, tipo de agente quimioterápico utilizado, além da fase do tratamento. Foram avaliados 73 pacientes, sendo 04 excluídos por não possuírem em seus prontuários um número de informações suficientes de interesse para a pesquisa, e foram submetidos a diversos quimioterápicos, sendo o mais prevalente MADIT+Associações, com 30% (n=21). Foram encontrados 17% (n=12) de pacientes com lesão de mucosite. Dos pacientes com mucosite 58% (n=7) eram do sexo masculino e 42% (n=5) do sexo feminino. Com relação a graduação da OMS, 33% (n=4) apresentaram grau 3, 25% (n=3) grau 1 e 42% (n=5) grau 4. Metade dos pacientes com mucosite, 50% (n=6), era do grupo de I até 18 anos) e metade, 50% (n=6), do grupo II (maiores de 18 anos). Quanto à doença de base, 83% (n=10) apresentaram Leucemia Linfóide Aguda, e 17% (n=2) Leucemia Mielóide Aguda. Sobre a fase quimioterápica, 84% (n=10) estavam em fase de indução, 8% (n=1) em fase de consolidação e 8% (n=1) não foram identificados. Quanto aos agentes quimioterápicos utilizados nos pacientes com mucosite, houve uma grande variação dos mesmos e suas associações, onde o mais frequente foi o MTX, com 33% (n=4). Logo, a mucosite oral é um efeito colateral comum do tratamento quimioterápico, atinge em sua maioria de casos pacientes do sexo masculino e sem predileção por idade, e em pacientes na fase de indução do tratamento e quando os quimioterápicos têm suas dosagens equilibradas, sua prevalência diminui.

**Palavras-Chave:** mucosite oral; quimioterapia; doenças onco-hematológicas.

## 1. Introdução

A mucosite oral é resultante de toxicidade e um dos efeitos colaterais mais comuns da radioterapia e da quimioterapia, no tratamento oncológico e para o transplante de células tronco hematopoiéticas (SANTOS, 2009).

Durante o tratamento quimioterápico, frequentemente ocorrem alterações no processo fisiológico e complicações agudas e crônicas dos tecidos orais (Volpato, 2009).

A mucosite oral é um dos efeitos colaterais mais comuns da radioterapia e da quimioterapia (Santos, 2009).

Como a quimioterapia não é específica, acarreta muitos efeitos colaterais, que se manifestam na cavidade oral. Durante o tratamento quimioterápico, freqüentemente ocorrem alterações no processo fisiológico e complicações agudas e crônicas dos tecidos orais. Geralmente, quanto mais jovem for o paciente, maior a probabilidade de a quimioterapia afetar a boca, em forma de mucosites, caracterizadas por atrofia epitelial, edema e eritema seguido de ulcerações múltiplas e extensas, além de xerostomia e infecções oportunistas (CARL, 1995; CASADO et al.,2006; COSTA et al., 2007; VOLPATO et al,2007; SONIS,2009).

O estabelecimento da situação clínica na qual o paciente se encontra, em relação à mucosite, é o que direcionará seu tratamento (SANTOS et al,2009). Por essa razão é de extrema importância o conhecimento, o acompanhamento do cirurgião-dentista e o manejo correto da mucosite (CASADO et al,2003; LALLA et al,2008 SONIS,2009; VOLPATO et al,2007.)

Nesse sentido, o paciente portador de doenças onco-hematológicas deverá ter um acompanhamento odontológico antes, durante e após o tratamento quimioterápico, respeitando sempre os cuidados de higiene oral, a fim de minimizar focos de contaminação e melhorar a sua qualidade de vida e condição nutricional. Na primeira consulta, antes do tratamento quimioterápico, procurar-se-á diagnosticar as condições orais do paciente, englobando a mucosa, dentes, periodonto e periápice. (SANTOS, 2003; CARVALHO, 2008).

A mucosite pode predispor indivíduos mielossuprimidos a uma bacteremia potencialmente fatal. Todas essas condições podem impossibilitar tratamentos posteriores ou elevar seu custo, colocar em risco a sobrevivência do paciente ou irremediavelmente alterar a sua qualidade de vida e a de suas famílias (SONIS, 2009; VOLPATO et al, 2007).

Diante do exposto, o presente trabalho tem por objetivo avaliar clinicamente a mucosite oral pós-quimioterapia em pacientes com doenças onco-hematológicas atendidos na Fundação de Hematologia e Hematoterapia do Amazonas (HEMOAM), relacionando-a com a doença de base, tipo de agente quimioterápico utilizado bem como fase do tratamento em que o paciente se encontra (indução, consolidação e manutenção).

## **1. Justificativa**

A leucemia, o linfoma e mieloma são doenças malignas do sangue que utilizam tratamentos mielossupressivos tais como radioterapia e quimioterapia cujo potencial de desenvolver problemas orais é de duas a três vezes maior do que os pacientes em tratamento de tumores sólidos. Essas complicações orais afetam não só o progresso do tratamento, mas também a qualidade de vida do paciente (CASADO, 2006; SONIS, 2009; VOLPATO, 2007).

As manifestações orais associadas com a terapia do câncer são: mucosite, xerostomia, trismo muscular, cáries, perda do paladar, osteorradiocrose, sangramento gengival, candidose, herpes labial e queilite angular (COSTA, 2007).

A incidência desses problemas orais é maior em jovens e no sexo feminino (CASTAÑO et al., 2005). Enquanto cerca de 40% de todos os pacientes submetidos à quimioterapia apresentam efeitos colaterais na boca, este número eleva-se para mais de 90% em crianças com menos de 12 anos de idade (VOLPATO et al., 2007).

A Mucosite Oral (MO) é uma reação tóxica inflamatória que age na cavidade oral diminuindo ou inibindo a divisão celular das células epiteliais da camada basal resultando em depleção dessa camada e exposição do tecido conjuntivo subjacente. (Sonis, 2009)

Clinicamente ela consiste de inflamação com conseqüente ulceração da mucosa bucal e representa uma fonte potencial de infecções com risco de morte, principalmente no paciente imunodebilitado (VOLPATO, 2010). A MO é tipicamente diagnosticada baseada na aparência clínica, localização, tempo das lesões orais, e uso de certos tipos de terapias conhecidas por serem associadas com a mucosite (SILVERMAN, 2007). Caracteriza-se pela inflamação e ulceração da mucosa oral, que se torna edemaciada, eritematosa e friável, resultando em dor, desconforto, disfagia e debilidade sistêmica (COSTA, 2007).

O processo patobiológico da mucosite ocorre em cinco fases: iniciação, sinalização, amplificação, ulceração e cicatrização. A iniciação é a fase assintomática que ocorre lesão direta no DNA das células basais do epitélio e o aparecimento de radicais oxidativos. Na sinalização, enzimas podem ser ativadas pela radio e quimioterapia ou indiretamente pelos radicais oxidativos formados na fase anterior, induzindo a apoptose. Na fase de amplificação ocorre uma série de ciclos retroalimentados, aumentando ainda mais a injúria celular, em virtude da produção exacerbada de citocinas inflamatórias. A fase ulcerativa caracteriza-se pela perda da integridade da mucosa, promovendo porta de entrada para bactérias, fungos e vírus, acompanhada de sintomatologia dolorosa. Na fase de cicatrização, observa-se a proliferação, diferenciação e migração das células epiteliais, e restauração da integridade da mucosa (SANTOS et al., 2007; SONIS, 2009; VOLPATO et al., 2007).

A Organização Mundial de Saúde em 1979 estabeleceu os graus da mucosite de acordo com a severidade das lesões: 0 – normalidade, 1- eritema generalizado: mucosa rosada dolorosa com abundante saliva e voz normal, 2- eritema envolvendo pequenas ulcerações e capacidade de deglutir alimentos sólidos, 3- úlceras extensas, com gengiva edemaciada, saliva espessa, capacidade de deglutir líquidos, dor, dificuldade de falar, 4- úlceras muito extensas, gengivas com sangramento, infecções, sem saliva, impossibilidade de deglutir e dor muito intensa (CASADO et al., 2003; LALLA et al., 2005; SONIS et al., 2004).

É importante a participação do cirurgião-dentista na equipe oncológica para que possam ser prevenidas e controladas as conseqüências bucais adversas do tratamento do câncer, melhorando a qualidade de vida dos pacientes (HESPANHOL, 2007). O

tratamento para mucosite é principalmente paliativo e envolve a utilização de antiinflamatórios, analgésicos e anestésicos (COSTA, 2007).

Diante do exposto, este trabalho representa uma continuidade ao trabalho de avaliação clínica da mucosite oral pós-quimioterapia em pacientes portadores de doenças onco-hematológicas atendidos na Fundação de Hematologia e Hematoterapia do Amazonas (HEMOAM), que foi realizado de agosto de 2010 a maio de 2011.

Desta maneira, procurou-se encontrar melhor evidência científica acerca da relação entre a mucosite oral e tratamento quimioterápico utilizado para esses pacientes. Foi dada ênfase no papel do cirurgião-dentista, tanto no auxílio do diagnóstico precoce, quanto na equipe multidisciplinar de atendimento, a fim de minimizar a morbimortalidade relacionada às complicações orais, assim como aumentar o conforto e a qualidade de vida dos pacientes durante a terapia. Medidas educativas de higiene oral, cuidados com focos de infecção e adequação do meio bucal são de extrema importância nesse contexto.

## **2. Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Avaliar clinicamente a mucosite oral pós-quimioterapia em pacientes com doenças onco-hematológicas atendidos na Fundação de Hematologia e Hematoterapia do Amazonas (HEMOAM)

### **Objetivos específicos**

- a) Classificar e graduar clinicamente a mucosite oral
- b) Relacionar a mucosite oral com a doença de base
- c) Relacionar a mucosite oral com o tipo de quimioterápico utilizado
- d) Relacionar a mucosite oral com a fase do protocolo quimioterápico utilizado (indução, consolidação ou manutenção).
- e) Verificar como o manejo da mucosite oral é realizado

### **3. Metodologia**

#### **Comitê de Ética em Pesquisa**

O projeto 2011-2012 foi submetido e aprovado pelo **Comitê Científico e Comitê de Ética em Pesquisa** da Fundação de Hematologia e Hematoterapia do Amazonas (HEMOAM) como adendo ao projeto iniciado em 2010 (protocolo CAAE nº. 0014.0.112.115-10).

#### **Dados da Pesquisa**

Este estudo tem caráter prospectivo e foi realizado por meio de avaliações ambulatoriais de pacientes com o diagnóstico de doenças onco-hematológicas, tais como leucemias linfóides ou mielóides agudas e linfomas Hodgkin ou não Hodgkin, provenientes do HEMOAM e atendidos no período de agosto de 2011 a maio de 2012, bem como avaliação de seus prontuários médicos.

A todos os pacientes que participam da pesquisa foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) pela Cirurgiã-dentista do HEMOAM, Célia Bolognese e/ou pela orientanda de Iniciação Científica Rebecka Thiara Nascimento dos Santos. Após a assinatura desse termo pelos representantes legais, os pacientes foram avaliados através do Exame Clínico Odontológico para identificação e descrição da mucosite oral, onde foram analisadas as mucosas, os lábios, língua, assoalho, gengiva, palato mole e palato duro. Para avaliação da mucosite oral foi considerada a presença e extensão de edema, eritema, placa descamativa, úlcera e pseudomembrana. A mucosite também foi graduada de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos seguintes graus: 0- normal; 1- eritema generalizado: mucosa rosada dolorosa com abundante saliva e voz normal; 2- eritema envolvendo pequenas ulcerações e capacidade de deglutir alimentos sólidos; 3- úlceras extensas, com gengiva edemaciada, saliva espessa, capacidade de deglutir líquidos, dor, dificuldade de falar e 4- úlceras muito extensas, gengivas com sangramento, infecções, sem saliva, impossibilidade de deglutir e dor muito intensa.

No exame clínico, os pesquisadores seguiram todas as normas de biossegurança, utilizando os equipamentos de proteção individuais necessários, como jaleco, gorro, máscara e luvas. Sempre que possível essas lesões foram fotografadas com finalidade ilustrativa.

Foram também coletados dados referentes a cada paciente, obtidos dos prontuários arquivados no SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) do HEMOAM. Os dados referentes a cada paciente incluíram idade, sexo, raça, diagnóstico da lesão, tempo de evolução da lesão, história familiar oncológica, dose, duração e tipo de tratamento quimioterápico utilizado. Segue em anexo a ficha utilizada para preenchimento das informações clínicas (anexo B).

## **CRITÉRIOS UTILIZADOS**

### **Critérios de Inclusão**

1. Grupo 1: até 18 anos e Grupo 2: acima de 18 anos;
2. Pacientes com diagnóstico de Leucemias agudas (linfóides ou mielóides) ou linfomas (Hodgkin ou não Hodgkin);
3. Pacientes em tratamento quimioterápico ou que tenham finalizado a quimioterapia.

### **Critérios de Exclusão**

1. Pacientes cujos prontuários demonstrem ausência de maior parte dos dados de interesse;

## **TIPO DE ANÁLISE**

O estudo referiu-se a um censo com todos os pacientes que satisfizeram os critérios de inclusão atendidos no HEMOAM no período de agosto de 2011 a maio de 2012. Foram considerados pacientes em tratamento quimioterápico aqueles cujos prontuários médicos mostraram informações referentes ao tipo de agente quimioterápico utilizado e/ou a fase do tratamento em que o paciente se encontrava.

Os dados coletados, provenientes dos prontuários, juntamente com a identificação das lesões de mucosite, foram classificados, tabulados e submetidos à análise descritiva observando frequências percentuais das alterações observadas, bem como condensados em uma tabela para facilitar o entendimento das informações (anexo C).

#### **4. Resultados**

Foram avaliados 73 pacientes, dos quais 04 foram excluídos por não possuírem em seus prontuários informações suficientes, tais como as fases do tratamento e os agentes quimioterápicos, portanto, sem enquadramento suficiente para garantir que estavam em tratamento quimioterápico ou que já o haviam finalizado em algum momento. Dos 69 pacientes avaliados, 66 possuem diagnóstico de Leucemia, 02 de Linfoma Hodgkin e 01 paciente linfoma não - Hodgkin.

Os dados gerais revelaram que 58% (n=40) dos pacientes eram do sexo masculino, 42% (n=29) do sexo feminino (gráfico 1). Quanto ao grupo de idade 61% (n=42) são do grupo I, 39% (n=27) são do grupo II (gráfico 2). Em relação ao diagnóstico, 72% (n=50) dos pacientes foram diagnosticados com leucemia linfóide aguda, 23% (n=16) com leucemia mielóide aguda, 3% (n=2) com Linfoma Hodgkin e 2% (n=1) com linfoma não Hodgkin (gráfico 3). Em relação à fase do tratamento quimioterápico, 75% (n=52) estavam em fase de indução, 11% (n=7) em fase de consolidação, 7% (n=5) em fase de manutenção e 7% (n=5) não foram identificadas as fases (gráfico 4). Quanto ao agente quimioterápico utilizado, dentre uma grande variedade dos mesmos, como por exemplo, MTX, MADIT, entre outros, o mais prevalente foi MADIT+Associações, com 30% (n=21) (gráfico 5).

Com relação às lesões de mucosite, dos 69 pacientes avaliados, 17% (n=12) apresentaram lesões, com os 83% (n=57) restantes dos pacientes apresentando mucosa hígida (gráfico 6). Dos 12 pacientes com lesão de mucosite, 58% (n=7) eram do sexo masculino, e 42% (n=5) do sexo feminino (gráfico 7), onde 33% (n=4) apresentaram grau 1, 25% (n=3) apresentaram grau 3 e 42% (n=5) apresentaram grau 4 (gráfico 8).

Dos pacientes com mucosite, em relação a idade, 50% (n=6) eram do grupo de I e 50% (n=6) eram do grupo II (Gráfico 9). Em relação à doença de base, dos pacientes

que apresentaram mucosite, 83% (n=10) apresentam Leucemia Linfóide Aguda, e 17% (n=2) possuem Leucemia Mielóide Aguda (gráfico 10).

Em relação à fase da quimioterapia dos pacientes com mucosite, 84% (n=10) estavam em fase de indução, 8% (n=1) em fase de consolidação e 8% (n=1) não foram identificadas as fases (gráfico 11).

Quanto aos agentes quimioterápicos utilizados nos pacientes com mucosite, houve uma variedade de agentes, onde foram encontrados MADIT com 16% (n=2), MADIT+Associações com 25% (n=3), MTX com 33% (n=4), Ara-C com 16% (n=2) e 10% (n=1) não foi identificado o tipo de agente quimioterápico (gráfico 12).

As características clínicas das lesões de mucosite observadas foram: Lesões de grau 1 (figura 1): lesões eritematosas difusas em lábio inferior; Lesões de grau 3 (figura 2): lesão ulcerada de tamanho médio, na porção direita do lábio inferior; Lesões de grau 4 (figura 3) : lesões ulceradas múltiplas, profundas, dolorosas, sangrantes, localizadas em lábio inferior, causando disgeusia, disfagia e trismo acentuado (figura 4).

Com base nos dados obtidos nos prontuários e no exame clínico da cavidade oral dos pacientes com mucosite foi possível verificar que o sexo mais prevalente foi o masculino 55% (n=6), a doença mais diagnosticada foi a leucemia linfóide aguda 82% (n=9). Ocorreu uma variedade de agentes quimioterápicos utilizados nesses pacientes. Em relação ao grupo de idade, houve distribuição percentual equilibrada entre os grupos, sendo o grupo I igual ao grupo II. A fase da quimioterapia mais prevalente foi a Indução, com 84% (n=10) e a lesão de grau 4, 42% (n=5) foi a mais encontrada.

Observou-se também que devido ao manejo das lesões de mucosite e todos os cuidados da cavidade oral serem acompanhados e orientados por cirurgiões-dentistas da instituição, centro de referência na área, as lesões encontradas representaram a minoria dos casos e os pacientes relatam melhor qualidade de vida.

O tratamento das lesões eram realizados de acordo com a severidade do caso, mas sempre era indicada e incentivada a melhoria da higienização oral, uso da clorexidina 0,12% diluída e sem álcool, em alguns casos era prescrito Oncilon Orabase, e nos mais severos, geralmente Admuc, o que pode ser visto na tabela, no anexo D, como o tratamento das lesões foi realizado.

**Gráficos:**

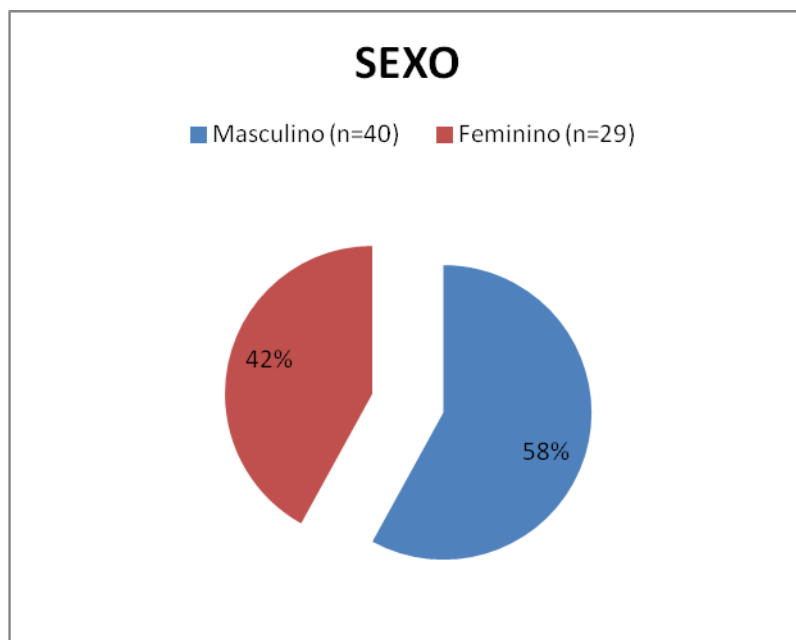


Gráfico 1

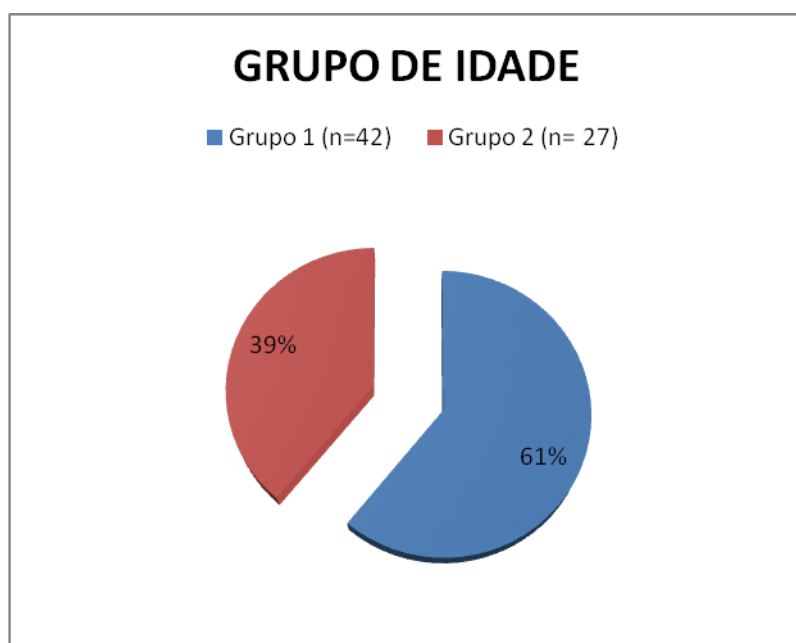


Gráfico 2

## DIAGNÓSTICO

- LLA (Leucemia Mielóide Aguda) (n=50)
- LMA (Leucemia Mielóide Aguda) (n=16)
- Linfoma Hodgkin (n=2)
- Linfoma não Hodgkin (n=1)

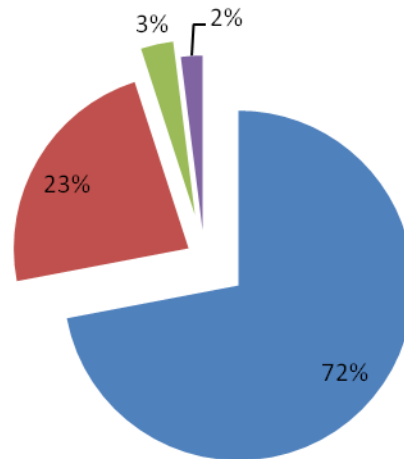


Gráfico 3

## FASE DA QUIMIOTERAPIA

- Indução (n= 52)
- Consolidação (n=7)
- Manutenção (n=5)
- Não Identificado (n=5)

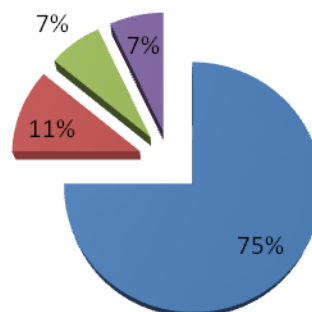


Gráfico 4.



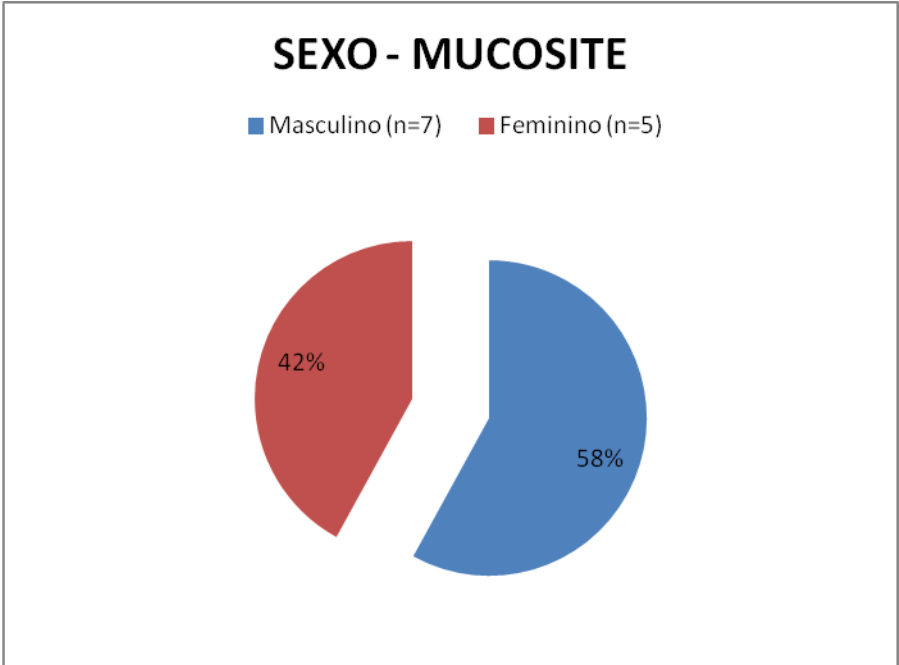


Gráfico 7

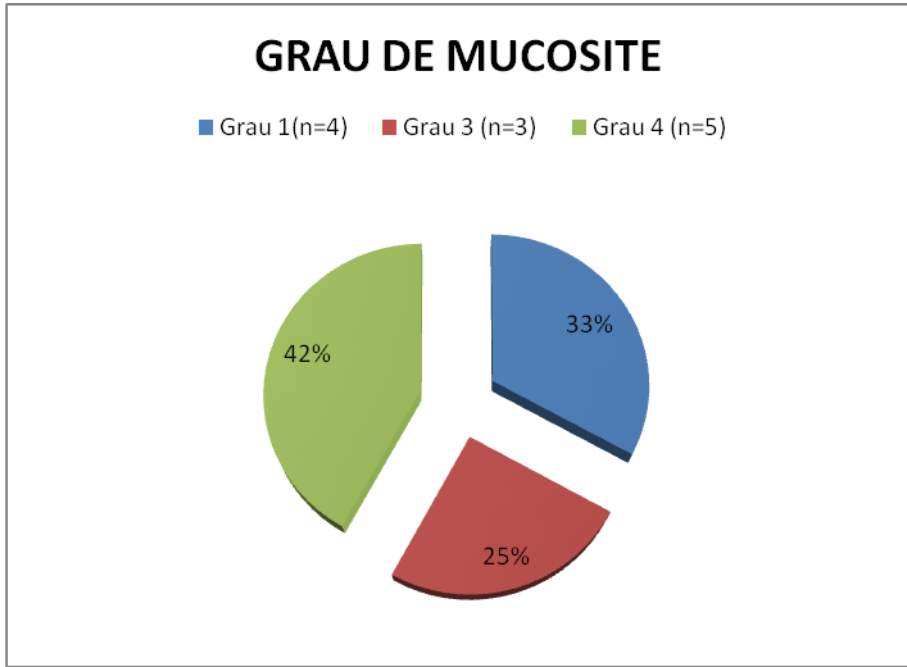


Gráfico 8

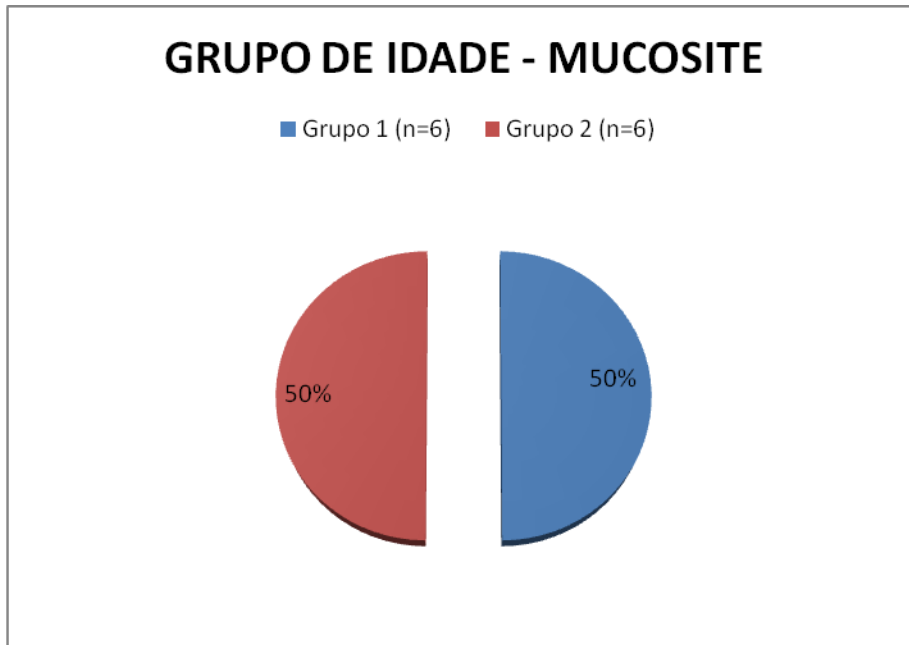


Gráfico 9

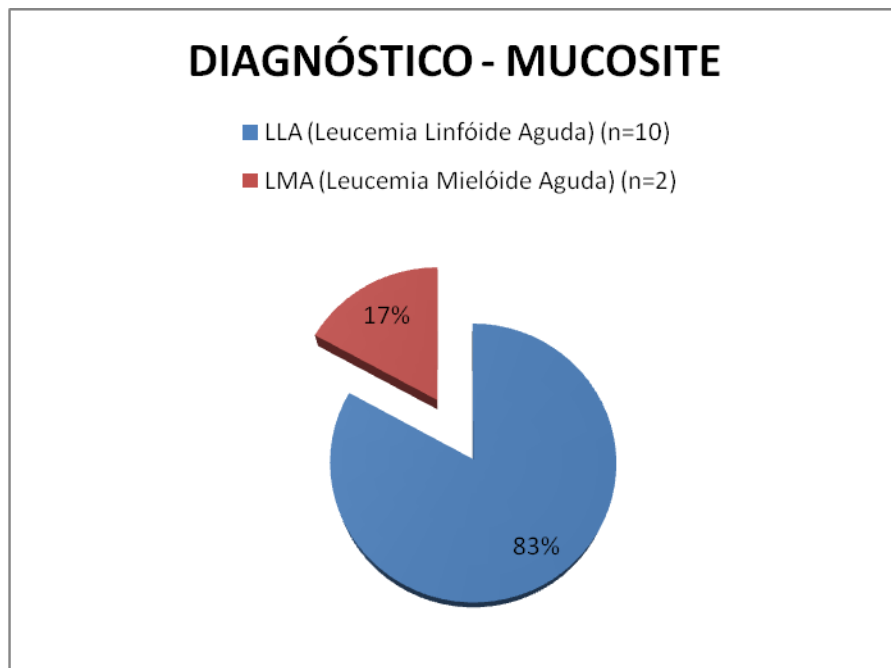


Gráfico 10

## FASE DA QUIMIOTERAPIA - MUCOSITE

■ Indução (n=10) ■ Consolidação (n=1) ■ Não Identificado (n=1)

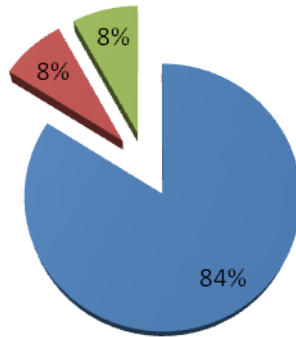


Gráfico 11

## AGENTE QUIMIOTERÁPICO - MUCOSITE

■ MTX (n=4) ■ MADIT (n=2) ■ MADIT+Associações (n=3) ■ ARA-C (n=2) ■ Não Identificado (n=1)

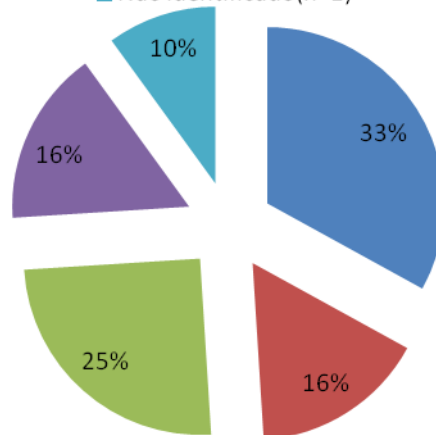


Gráfico 12

**Figuras:**



**Figura 1.A**



**Figura 1.B**

**Figura 1A e B: Paciente K.N.S., apresentando lesão de mucosite grau 1, com presença de eritema na região de lábio inferior, mucosa rosada e dolorida, mas com saliva normal e ausência de dificuldade de fala e alimentação, e seu posterior estado após tratamento.**



**Figura 2: Paciente V.C.A.G. com lesão de mucosite grau 3 em lábio inferior, mucosa sangrante e dolorosa, com capacidade de deglutir líquidos, dor, dificuldade de falar, onde não há imagem pós tratamento em função de óbito do mesmo. O tratamento realizado nesse paciente foi o uso de Oncilon Ora Base, estímulo a melhora de higiene bucal, além de tratamento paliativo com a crioterapia.**



**Figura 3.A**



**Figura 3.B**

**Figura 3.A:** Paciente S.M.B.A. com lesão de mucosite grau 4 em lábio inferior, apresentando úlceras muito extensas, gengivas com sangramento, infecções, sem saliva, impossibilidade de deglutir e dor muito intensa. **Figura 3B:** Mesmo paciente com posterior estado da mucosa após tratamento, o qual consistiu em uso de Oncilon Ora Base, incentivo a higiene bucal além de tratamento paliativo com crioterapia. O paciente mostrou melhora das lesões 7 dias após desse tratamento.



**Figura 4:** Paciente com LLA apresentando mucosite grau 4 em lábio inferior, com grande dificuldade de abertura bucal, fala e deglutição. O tratamento realizado foi uso de bochecho de Clorexidina 0,2% diluído e sem álcool, Oncilon Ora base, além de incentivo a higiene bucal e tratamento paliativo com crioterapia.

## 5. Discussão

Segundo Neville et. al (2004) a mucosite oral associada à quimioterapia envolve comumente as superfícies não ceratinizadas, isto é, a mucosa jugal, a superfície ventro-lateral da língua, o palato mole, o assoalho da boca e lábio, confirmando as regiões da mucosa bucal mais acometidas pela mucosite nos pacientes da pesquisa em questão.

De acordo com Ingraci de Lucia et al. (2004) dor, queimação e desconforto são significativos e podem ficar mais acentuados durante a alimentação e pelos procedimentos de higiene oral nos casos mais severos de mucosite, o que foi verificado nos pacientes acometidos pelas lesões, principalmente aqueles com lesões de grau 4.

Segundo CARDOSO, et al. (2005) a terapêutica no tratamento da mucosite tem se mostrado com características de suporte e paliativa, aliviando sintomas e evitando complicações outras, como desidratação, caquexia e infecções. São preconizadas dietas não irritativas e produtos de higiene oral, anti-sépticos bucais, anestésicos tópicos e analgésicos opióides, confirmando novamente a abordagem terapêutica utilizada nos pacientes da pesquisa em questão, onde prevaleceu o tratamento paliativo para alívio do desconforto e dor.

Volpato, et. al (2007) afirma que a mucosite é um efeito debilitante de tratamentos do câncer e afeta mais de 40% dos pacientes. Em contrapartida, a pesquisa realizada mostra uma incidência de apenas 17% dos pacientes analisados, provavelmente pelo fato desses pacientes estarem sendo atendidos em um centro de referência para doenças onco-hematológicas com interação multidisciplinar incluindo uma equipe odontológica que também intensifica o cuidado com a higiene bucal, que quando realizada adequadamente, pode também contribuir na diminuição dos índices de mucosite nos pacientes em tratamento quimioterápico.

De acordo com Childers et al. (2008?) e Sonis et al. (2008), quanto mais jovem o paciente, maior a possibilidade de a quimioterapia acometer a cavidade bucal, acometendo em média mais de 90% de crianças com menos de 12 anos de idade. Porém, a pesquisa realizada mostrou equilíbrio entre pacientes do grupo 1 (menores de

18 anos) e do grupo 2 (maiores de 18 anos). Nesse sentido, é importante aprofundar e continuar o estudo para aumento da casuística e maior consolidação dos dados.

Em um estudo realizado por Gonçalves, 2001, observou-se, como fatores de risco para MO severa, estado geral debilitado, gênero feminino, além de traumas mecânicos, candidíase oral bem como uso associado de fumo e álcool. É adicionado a esses fatores o tipo de agente quimioterápico utilizado, dose da medicação, além da idade. Na pesquisa realizada, ao contrário da literatura, o número de pacientes com mucosite foi maior no sexo masculino.

Segundo Santos (2009), quando causada pela quimioterapia, a mucosite oral se manifesta mais frequentemente associada a agentes farmacológicos específicos, tais como o Metotrexato, 5-fluoruracil, Bleomicina, Doxorrubicina, Cisplatina, Vinblastina e Vincristina, sendo estes os também encontrados na pesquisa, sejam eles isolados ou através de associações, onde o Metotrexato e Madit foi bastante frequente.

Santos (2009) também afirma que a condição dental, o desequilíbrio da microbiota oral, causada por acúmulo de biofilme ou problemas periodontais, o consumo de bebidas alcoólicas e o fumo, são fatores que interferem na progressão da mucosite. Em nossa pesquisa não foi feita uma avaliação propriamente dita da condição oral dos pacientes, no entanto, a intervenção dos profissionais na orientação e acompanhamento de uma adequada higiene bucal pareceu interferir satisfatoriamente no não acometimento de mucosite, mostrando além de tudo, a importância do cirurgião - dentista na equipe oncológica para prevenção dessas lesões.

## **6. Referências Bibliográficas**

1. ALBUQUERQUE, I.L.S.; Camargo T.C. Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2007; 53(2): 195-209.
2. CASADO, M.P.; MARTÍNEZ, C.J.; KÜSTNER,E.C.; LÓPEZ, J.L.; JULIÁ, A. Protocolo de estudio y tratamiento de la Mucositis bucal en los pacientes con hemopatías malignas. Med Oral 2003;8:10-18.

3. COSTA, R.C.L.; COSTA, E.L.; COSTA, J.F.; NEVES, M.I.R.; SILVA, N.B.: Manifestações bucais em pacientes infante – juvenis submetidos a tratamento antineoplásico: Revisão de Literatura. NewsLa\$b - edição 84 - 2007
4. EPSTEIN, J.B. Mucositis in the Cancer Patient and Immunosuppressed Host. *Infections of the Head and Neck* 2007;21(2):503-522.
5. GOMES, D.Q.C.; ARAÚJO, A.M.M ; PAIVA,M.D.E.B ; COSTA, L.J. Mucosite oral radioinduzida: etiologia, características clínico-histopatológicas, complicações e tratamento. *Odontologia. Clín. -Científi c., , jul/ set., 2009 Recife, 8 (3): 203-207*
6. HANRIOT, R.M.; MELLO, A.L.S.: Atualização da prevenção e manejo da mucosite radioinduzida em câncer de cabeça e pescoço. *Prática Hospitalar, Ano X, nº 60, Nov-Dez 2008.*
7. HESPANHOL, F.L.: Levantamento epidemiológico de manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Duque de Caxias, 2007.*
8. KROETZ, F.M.; CZLUSNIAK, G.D.: Alterações Bucais e condutas terapêuticas em pacientes infante-juvenis submetidos a tratamentos anti neoplásicos. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, 9 (2): 41-48, jun. 2003.*
9. KUMAR, S.; BALAN, A.; SANKAR, A.; BOSE, T. Radiation induced oral mucositis. *Indian Journal of Palliative Care, Jul-Dec 2009, Vol. 15, Issue 12.*
10. LALLA, R.V.; SONIS, S.T.; PETERSON, D.E. Management of Oral Mucositis in Patients with Cancer. *Dent Clin North Am. 2008; 52(1): 61i.*
11. MIYAMOTO, C.T. Reducing the Incidence and Severity of Oral Mucositis—Can It Be Done? *US Oncological Disease 2007.*
12. NEVILLE, B.W.;DOUGLAS D.D.; ALLEN, C.M.; et al. *Patologia Oral & Maxilofacial. 2.ed. Rio de Janeiro:Editora Guanabara Koogan,2004.*
13. NISCOLA, P.; ROMANI, C.; CUPELLI, L.; SCARAMUCCI, L.; TENDAS, A.; DENTAMARO, T.; AMADORI, S.; SABRITIIS, P. Mucositis in patients with hematologic malignancies: an overview. *The hematology journal, 2007; 92(02)*
14. PEREIRA, J.C.R. *Análise de Dados Qualitativos. São Paulo: EDUSP; 1999.*
15. PETERSON, D.E. New Strategies for Management of Oral Mucositis in Cancer Patients. *J Support Oncol 2006;4(suppl 1):009–013.*

16. RECOLONS, M.D.M.S; LÓPEZ, J.L.; CAMPILLO, M.E.R.R.; KÜSTNER, E.C.; VIDAL, J.M.C. Buccodental health and oral mucositis. Clinical study in patients with hematological diseases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11:E497-502.
17. ROBBINS, S. *Patologia estrutural e funcional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1996.
18. SANTOS, P.S.S.; *Avaliação da mucosite oral em pacientes que receberam adequação bucal prévia ao transplante de medula óssea*. São Paulo, 2005.
19. SANTOS, P.S.S.; MESSAGGI,A.C.; MANTESSO, A.; MAGALHÃES , M.H.C.G. Mucosite oral: perspectivas atuais na prevenção e tratamento. *RGO, Porto Alegre*, jul./set. 2009, v. 57, n.3, p. 339-344
20. SILVERMAN, S. Diagnosis and Management of Oral Mucositis. *J Support Oncol* 2007;5(suppl 1):013–021
21. SONIS,S.T. Mucositis: The impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. *Oral Oncology*, December 2009, Volume 45, Issue 12, Pages 1015-1020
22. SONIS, S.T.; Elting, L.S.; Keefe, D.; Peterson, D.E.; Schubert, M.; Hauer-Jensen, M.; Bekele, B.N.; Raber-Durlacher, J.; Donnelly, J.P.; Rubenstein, E.B. Perspectives on Cancer Therapy-Induced Mucosal Injury. *CANCER Supplement*, 2004 , Volume 100 , Number 9
23. STOKMAN, M.A.; SPIJKERVET, F.K.L. ; BOEZEN, H.M.; SCHOUTEN, J.P. ; ROODENBURG, J.L.N; VRIES, E.G.E. Preventive Intervention Possibilities in Radiotherapyand Chemotherapy-induced Oral Mucositis: Results of Meta-analyses. *J Dent Res* 2006, 85(8):690-700.
24. VOLPATO, L.E.R.; BORGES, A.H.; PEDRO, F.L.M.; SEGUNDO, A.S.; MACHADO, M.A.A.M. : Fototerapia com LED – Uma opção para o manejo da mucosite bucal; *UNICiências*, v.14, n.2, 2010.
25. VOLPATO, L.E.R.; SILVA, T.C.; OLIVEIRA, T.M. et al. Mucosite bucal radio e quimioinduzida. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia* vol.73 nº4 São Paulo Julho/Agosto, 2007.
26. WOLFGANG J. Köstler; Michael Hejna; Catharina Wenzel; Christoph C. Zielinski. Oral Mucositis Complicating Chemotherapy and/or Radiotherapy: Options for Prevention and Treatment. *CA Cancer J Clin* 2001; 51:290-315.



## **ANEXO A**

# **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**Título: Avaliação clínica da mucosite oral pós-quimioterapia em pacientes com doenças onco-hematológicas atendidos em um Centro de Hematologia do Amazonas**

**Pesquisador (es) responsável(is):** Rebeka Thiara Nascimento dos Santos (Acadêmica orientanda), Mariana Mena Barreto Bastos (acadêmica colaboradora), Dra Tatiana Nayara Libório dos Santos (Orientadora), Dra Célia Bolognese(Co-orientadora).

**Telefone para contato:** 3624-2257 **email:** [rebeka.thiara@hotmail.com](mailto:rebeka.thiara@hotmail.com), [tliborio@usp.br](mailto:tliborio@usp.br)

**Local da coleta de dados:** Ambulatório de Odontologia do HEMOAM

**Nº Ficha:** \_\_\_\_\_

Prezado (a):

As informações abaixo têm por finalidade esclarecer e pedir a sua participação voluntária nesta pesquisa que será realizada Ambulatório de Odontologia da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (HEMOAM) em parceria com o Laboratório de Patologia Cirúrgica do Departamento de Patologia e Medicina Legal (DPML) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

É importante sua ciência de que esta pesquisa está sujeita a resolução 347 de 13 de janeiro de 2005 e a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

**Objetivo do estudo:** Essa pesquisa tem como objetivo avaliar as feridas presentes na sua boca resultantes do seu tratamento com medicamentos para a doença do sangue que você apresenta (ex: leucemia, linfoma e etc). Esse conhecimento poderá nos ajudar na melhora da condição de saúde da sua boca, na redução das conseqüências do tratamento e na melhoria na sua qualidade de vida.

**Procedimentos.** Para isso, faremos uma análise da sua boca para identificação e descrição das feridas, que chamamos de mucosite oral. Para isso, analisaremos as mucosas, os lábios, a língua, a gengiva, a bochecha e o céu da boca.

**Fotografias.** Caso haja necessidade, tiraremos fotos dessas feridas para ilustração sempre com o seu consentimento. Essas fotos poderão ser publicadas, circuladas ou apresentadas em meios específicos, como congressos com a finalidade científica. Não se preocupe que sua identidade é sigilosa e será sempre preservada.

### **Autorização**

Recebi e entendi todos os esclarecimentos e concordo em participar desta pesquisa.

### **Riscos Associados ao estudo**

Não existem riscos, pois a pesquisa envolve somente avaliação clínica da sua boca.

### **Benefícios**

Participando neste estudo, não obterei qualquer benefício adicional, além do diagnóstico das feridas presentes na boca.

### **Confiabilidade e avaliação dos registros**

A autorização das instituições neste estudo será confidencial. Os registros serão exclusivos dos participantes do projeto. Minha identidade permanecerá sempre em

confidencialidade de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional e internacional.

### **Direito a retirada do estudo**

Eu tenho o direito de fazer qualquer pergunta referente aos riscos potenciais ou conhecidos para mim durante a participação neste estudo.

Eu tenho o direito de retirar a minha participação neste estudo a qualquer momento.

### **Participação voluntária**

A minha participação neste estudo é voluntária. Se eu recusar a participação neste estudo, não haverá qualquer tipo de problema com o meu atendimento e tratamento aqui no hospital.

### **Consentimento pós-informação**

É, por estar devidamente informado sobre o conteúdo deste termo, livremente, expresse meu consentimento para a minha inclusão, como sujeito, nesta pesquisa.

**Após ler as informações aqui citadas e ter minhas dúvidas esclarecidas pelo pesquisador.**

( ) **ACEITO** participar dessa pesquisa

( ) **NÃO ACEITO** participar dessa pesquisa

Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

-----  
Assinatura do representante legal

-----  
Rebeka Thiara Nascimento dos Santos

---

Mariana Mena Barreto Bastos

---

Dra. Célia Bolognese

---

Dra. Tatiana Nayara L. dos Santos



Impressão Dactiloscópica



## ANEXO B

### Avaliação clínica da mucosite oral pós-quimioterapia em pacientes com doenças onco-hematológicas atendidos em um Centro de Hematologia do Amazonas

#### Identificação

Número do registro do HEMOAM: \_\_\_\_\_

Número do registro no estudo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_ Data de entrada: \_\_\_\_\_

Data e local de Nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Grupo: 1 ( ) 2 ( )

Endereço: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

História oncológica familiar: \_\_\_\_\_

Tipo de tratamento: \_\_\_\_\_

Protocolo de tratamento: \_\_\_\_\_

Está em tratamento Quimioterápico: Sim ( ) Não ( )

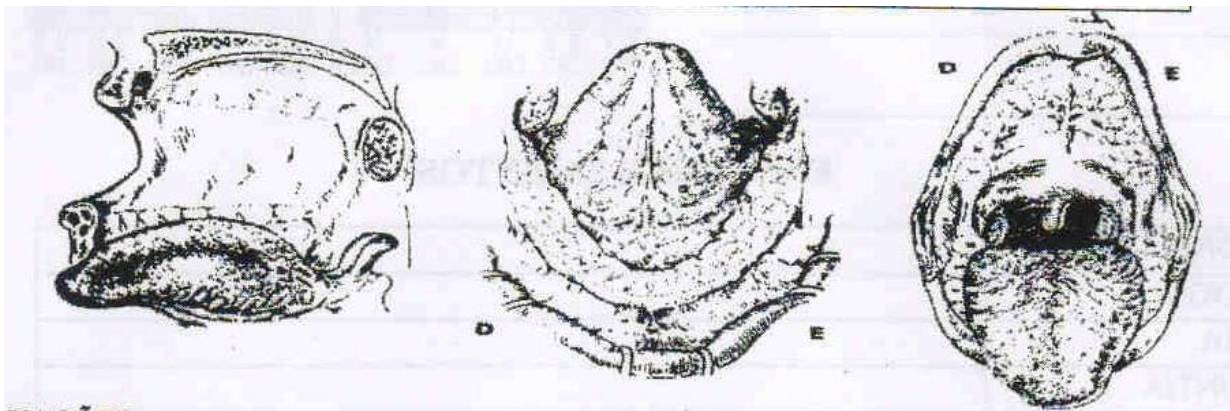
Fase do tratamento:

Indução ( ) \_\_\_\_\_

Consolidação ( ) \_\_\_\_\_

Manutenção ( ) \_\_\_\_\_

Dados Clínicos:



Descrição do aspecto intra-oral da mucosite e outras lesões orais



## ANEXO C

Nome	Idade	Sexo	Diagnóstico	QT	Dose	Fase	Mucosite	Grau	Internação
J.S.M.	28	Masculino	LLA	MTX+Elspar	Mtx: 2835mg EV 24/24h Elspar: 18900U EV 1/1h	Indução	Sim	3	22/07/11
N.C.A.	43	Feminino	LLA	MADIT	Madit: Mtx 15mg IT Ara-C 40mg IT Dexa 4mg SF Ni VT Ni	Indução	Sim	1	22/07/11
E.M.P.	31	Masculino	LLA	MTX	2,77mg EV 24/24h	Consolidação	Sim	3	18/07/11
M.V.B. S.	3	Masculino	LLA	MADIT+Vincristina+Daunoblastina	Vincristina: 1mg EV Daunoblastina 17,5mg EV Madit: MTX 12mg IT Ara-C 24mg Dexa 1,4mg SF Ni VT 8ml	Indução (Fasel)	Não	0	19/09/11
R.S.N.	10	Feminino	LLA	MADIT	Madit: Mtx 50mg IT Ara-C 100mg Dexa 4ml SF Ni VT 5,3ml	Ni	Não	0	24/09/11
J.M.O.S	3	Masculino	LLA	MADIT+Vincristina+Daunoblastina	Vincristina: 0,95mg EV 1dose/dia Daunoblastina 15,5mg EV 1dose/dia Madit: Mtx 12mg IT Ara-C 24mg Dexa 1,2mg SF 8ml VT 8ml	Indução (Fasel)	Não	0	21/09/11
J.S.O.	3	Masculino	LLA	MADIT+Vincristina+Daunoblastina	Vincristina 0,8mg EV 1dose/dia Daunoblastina 13,5mg EV 1dose/dia Madit: Mtx: 12mg IT 1dose/dia Ara-C 24mg Dexa 1mg SF - VT 8ml	Indução (Fasel)	Não	0	Ni
A.B.D.	9	Masculino	LLA	MADIT+Vincristina+Daunoblastina	Vincristina: 1,43mg EV 1dose/dia Daunoblastina 23,8mg EV 1dose/dia Madit: Mtx: 15mg IT Ara-C: 30mg Dexa: 1,9mg SF: Ni VT: 10ml	Indução (Fasel)	Não	0	19/09/11
L.B.F.	3	Masculino	LLA	MADIT	Madit: Mtx: Ni Ara-C: 12mg Dexa: 24mg SF: Ni VT: 8ml	Indução	Não	0	Ni

L.P.C.	7	Feminino	LLA	MADIT+Vincristina+Daunoblastina	Vincristina 19,5mg EV 1dose/dia Daunoblastina 12mg EV 1dose/dia Madt: Mtx 24mg IT 1dose/dia Ara-C 1,56mg Dexa: Ni SF: Ni VT: 8ml	Indução (Fasel)	Não	0	23/09/11
T.S.B.	5	Masculino	LLA	MADIT	Madt: Mtx: 12mg Ara-C: 24mg Dexa: 1,78mg SF: Ni VT: 8ml	Ni	Não	0	Ni
M.S.B.	5	Masculino	LLA	MADIT	Madt: Mtx 12mg IT Ara-C 2mg Dexa 1,56mg SF: Ni VT: 8ml	Manutenção	Não	0	10/08/11
R.S.N.	10	Feminino	Linfoma NH	MADIT+Vincristina	Vincristina: 1,1mg EV 1x/dia Madt: Mtx: 0,48ml Ara-C: 3,5ml Dexa: 0,5ml SF: Ni VT: Ni	Indução	Não	0	02/08/11
F.C.S.	55	Feminino	LMA	ARA-C	Ara-C: 230mg IC 24/24h	Ni	Sim	1	16/08/11
D.V.C.P	3	Masculino	LLA	Madt+Vincristina+Daunoblastina	Vincristina 0,96mg EV Daunoblastina 16mg EV	Indução	Não	0	24/09/11
D.N.P.	17	Masculino	LLA	ARA-C	Ara-C: 122mg IC	Indução	Não	0	17/07/11
A.S.S.	4	Masculino	LLA	MADIT+Vincristina+Daunoblastina	Vincristina: 1,08mg EV Daunoblastina 200mg EV Madt: Ni	Indução	Não	0	15/09/11
R.C.P.V	6	Masculino	LLA	MADIT+Vincristina	Vincristina 1,5mg EV Madt: Mtx: 12mg IT Ara-C 30mg Dexa 2mg SF: 8ml VT: Ni	Indução	Sim	4	13/09/11
I.E.F.A.	5a	Feminino	LLA	MADIT+Vincristina	Vincristina: 1,5mg EV Madt: Mtx 12mg Ara-C 2mg Dexa 1,3mg SF: Ni VT: 10ml	Indução	Sim	4	17/10/11
J.A.R.	29	Masculino	LLA	ARA-C+MADIT	Ara-C: 500mg EV 1x/dia Madt: Mtx: 15mg Ara-C 40mg Dexa 4mg SF: Ni VT: Ni	Ni	Não	0	28/09/11
A.J.G.R.	12	Masculino	LLA	ARA-C+MADIT	Ara-C: 2300mg EV Madt: Mtx: 15mg Ara-C 30mg Dexa 2mg	Indução	Não	0	27/09/11

					SF: 0,9% VT: 10ml				
D.F.C.C	5a	Masculino	LLA	Vincristina+MTX	Vincristina: 1,1mg EV Mtx: 375mg EV 30/30min	Indução	Não	0	28/11/11
J.L.P.	2	Feminino	LLA	Ni	Ni	Indução	Não	0	29/09/11
D.S.L.	28a	Masculino	LLA	MTX+ARA-C	Ara-C: 865mg EV Mtx: 15mg IT	Indução	Não	0	13/10/11
P.D.R.	5a	Masculino	LLA-B	MTX+ARA-C	Não Identificado	Indução	Não	0	14/10/11
S.M.B. A.	59a	Feminino	LMA	ARA-C	Ara-C: 150mg/m2	Indução	Sim	4	07/10/11
B.S.S	18a	Masculino	LLA	Madit+Ara-C	Ara-C: 3400mg EV Madit: Mtx 12mg IT 3/3h Ara-C 30mg Dexa 2mg SF 10ml VT Ni	Ni	Não	0	24/11/11
B.C.M. A	2a	Feminino	LLA	Madit+Vincristina+Daunoblastina	Vincristina 0,9mg EV 1dose/dia Daunoblastina 15mg EV 1dose/dia Madit: Mtx 10mg IT 1dose/dia Ara-C 20mg Dexa 1,2mg SF Ni VT 6,7ml	Indução	Não	0	10/11/11
V.C.A. G	18a	Masculino	LLA	Ni	Ni	Indução	Sim	3	28/11/11
E.S.F	42a	Feminino	LLA	Madit+Vincristina	Vincristina 2mg EV 1x/dia Madit: Mtx 15mg EV 1x/dia Ara-C 30mg Dexa 2mg SF Ni VT Ni	Indução	Não	0	26/11/11
Y.G.S	70a	Feminino	LMA	Ara-C	Ara-C: 140mg EV 24/24h	Indução	Não	0	28/11/11
N.T.P	26a	Feminino	LNH	Ni	Ni	Manutenção	Não	0	28/02/12
A.O.S	10a	Masculino	LLA	Ni	Ni	Consolidação	Não	0	29/11/11
E.G.S	6a	Feminino	LLA	Ni	Ni	Consolidação	Não	0	28/11/11
G.S.M	5a	Feminino	LLA	Ni	Ni	Consolid.	Não	0	Ni
L.M.D	28a	Masculino	LMA	Ara-C	Ara-C: 290mg EV 24/24h	Indução	Não	0	29/11/11
N.M.J.S	18a	Masculino	LLA	MTX+Ara-C	Mtx: 200mg EV 2/2h Ara-C: 3g EV 3/3h	Indução	Não	0	29/11/11
N.B.S	10m	Masculino	LLA	MTX	Mtx: 155mg	Indução	Não	0	19/12/11
A.R.A	53a	Masculino	LMA	Ara-C	Ara-C: 270mg EV 1x/dia	Indução	Não	0	06/12/11
J.T.A	67a	Masculino	LMA	Ara-C+Daunoblastina	Ara-C: 177mg EV 1x/dia Daunoblastina 53mg EV 1x/dia	Indução	Não	0	07/12/11
E.R.C	49a	Feminino	LMA	Ni	Ni	Consolidação	Não	0	17/12/11

G.P.V	23a	Masculino	LLA	Vincristina+MT X	Mtx: 15mg IT Vincristina 2mg EV	Indução	Não	0	12/12/11
C.A.V	41a	Feminino	LLA	Ni	Ni	Consolida ção	Não	0	27/11/11
I.A.M	7a	Feminino	LMA	Madit	Madit: Mtx 12mg IT Ara-C 24mg Dexa 1,8mg SF Ni VT 8ml	Indução	Não	0	22/12/11
K.O.R	11a	Feminino	LH	Ni	Ni	Consolida ção	Não	0	09/01/12
F.P.A	15a	Masculino	LLA	Ni	Ni	Manutenç ão	Não	0	24/12/11
D.C.L	19a	Feminino	LLA	Madit+Vincristi na+Elspar	Vincristina 2mg EV 1x/dia Elspar 9100U EV 1x/dia Madit: Mtx 15mg Ara-C 30mg Dexa 2mg SF Ni VT Ni	Indução	Não	0	29/11/11
A.L.O	22a	Feminino	LMA	Ara-C	Ara-C 3800mg EV 2/2h	Indução	Não	0	14/12/11
R.V.O	46a	Feminino	LMA	Ara-C	Ara-C 276mg EV 1x/dia	Indução	Não	0	Ni
S.M.S	17a	Masculino	LLA	Vincristina+MT X+Ara-C	Vincristina 2mg EV Mtx 720mg EV Ara-C 2880mg EV	Indução	Sim	4	10/01/12
M.A.S. S	3a 2m	Feminino	LMA	Ni	Ni	Indução	Não	0	14/02/12
M.F.O	64a	Feminino	LMA	Ara-C	Ara-C 17mg SC	Indução	Não	0	07/02/12
K.N.S	13a	Masculino	LLA	Madit+Vincristi na+Daunoblasti na+Elspar	Vincristina 2mg Daunoblastina 43,75mg Elspar 8750U Madit Mtx 96ml Ara-C 0,6ml Dexa 0,87ml SF 7,93ml VT 10ml	Indução	Sim	1	27/02/12
T.W.S. M	3a	Masculino	LLA	Vincristina+Ma dit+Daunoblasti na	Vincristina 0,8mg Daunoblastina 14mg Madit: Mtx 12mg Ara-C 24mg Dexa 1mg SF 8ml VT Ni	Indução	Não	0	13/02/12
M.M.R. O	38a	Feminino	LLA	Ni	Ni	Indução	Não	0	01/03/12
J.G.C.S	2a	Masculino	LLA	Madit	Madit: Mtx 10mg IT 1x/dia Ara-C 20mg Dexa 1,2mg SF 6,7mg VT Ni	Indução	Não	0	27/02/12
J.F.O	2a	Masculino	LLA	Madit+Vincristi na	Vincristina 0,8mg Madit: Mtx 10mg IT Ara-C 20mg Dexa 1,08mg SF Ni VT Ni	Manutenç ão	Não	0	06/03/12

I.S.M	7a2m	Feminino	LMA	Ni	Ni	Indução	Não	0	23/02/12
Y.C.L.P	4a	Masculino	LLA	Madit+Vincristina+Daunoblastina	Vincristina: 1,12mg EV 1dose/dia Daunoblastina 18,7mg EV 1dose/dia Madit MTX 12mg IT 1dose/dia Ara-C 2mg Dexa 1,5mg SF 0,9% VT 8ml	Indução (Fase I)	Não	0	Ni
F.P.A	16a	Masculino	LLA	Mtx+Vincristina+Madit	Mtx: 36mg IM 1x/dia Vincristina 2mg IV 1x/dia Madit: Mtx 15mg IT 1x/dia Ara-C 30mg Dexa 2mg SF Ni VT 10ml	Indução	Não	0	05/03/12
L.M.D	28a	Masculino	LMA	Ara-C	5,790mg EV 3/3h	Indução	Não	0	08/03/12
A.P.P	4a	Masculino	LLA	Vincristina+Daunoblastina+Madit+Elspar	Vincristina: 1,16mg EV 1dose/dia Daunoblastina 15,3mg EV 1dose/dia Elspar: 3850UI IM 1dose/dia Madit: Mtx 12 mg IT Ara-C 2mg Dexa 1,54mg SF Ni VT 8ml	Indução	Não	0	20/02/12
M.M.A.C	71a	Feminino	LMA	Ni	Ni	Manutenção	Não	0	Ni
R.A.S.M.	27a	Masculino	LLA	Madit+Vincristina+Daunoblastina	Vincristina 2mg EV Daunoblastina 70mg EV 30/30 min	Indução	Não	0	15/03/12
M.M.R.O.	38a	Feminino	LLA	Ni	Ni	Indução	Não	0	23/04/12
<b>K.A.S.</b>	<b>18a</b>	<b>Masculino</b>	<b>LLA</b>	<b>Madit</b>	<b>Ni</b>	<b>Indução</b>	<b>Sim</b>	<b>1</b>	<b>03/04012</b>
M.J.M	72a	Masculino	LMA	Ara-C	Ara-C: 165mg EV 24/24h	Indução	Não	0	Ni
S.E.M.F	8	Feminino	LLA	Vincristina Daunoblastina Madit Elspar	Vincristina 1,2mg EV 1dose/dia Daunoblastina 20mg EV 1dose/dia Madit: MTX 12mg IT 1dose/dia Ara-C 24mg Dexa 1,6mg SF 0,9% VT 8ml Elspar 4000 Ui IM 1dose/dia	Indução	Não	0	Ni
<b>C.S.</b>	<b>45a</b>	<b>Feminino</b>	<b>LLA</b>	<b>MTX</b>	<b>MTX 12mg IT</b>	<b>Indução</b>	<b>Sim</b>	<b>4</b>	<b>Ni</b>

Legenda: LLA: Leucemia Linfóide Aguda; LMA: Leucemia Mielóide Aguda; LH: Linfoma Hodgkin; LNH: Linfoma Non Hodgkin; QT: Quimioterápico; MTX: Metotrexate; Dexa: Dexametasona; SF: Soro Fisiológico; VT: Volume Total; Ni: Não Identificado  
Em destaque (vermelho): Pacientes com mucosite

**ANEXO D**  
**Manejo Odontológico realizado nos pacientes com mucosite**

Paciente	Idade	Sexo	Diagnóstico	Manejo odontológico
J.S.M.	28	Masculino	LLA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crioterapia com gaze embebida em água gelada, sem realizar raspagem da mucosa para não ocasionar irritação do tecido;</li> <li>- Oncilon A em Orabase (Pomada): Aplicado na lesão até ser formada uma camada fina da pomada, 3 vezes ao dia, durante 07 dias;</li> <li>- Periogard (Solução para bochecho): 15ml da solução diluída em ½ copo de água filtrada para bochecho 3 vezes ao dia, durante 07 dias.</li> </ul>
N.C.A.	43	Feminino	LLA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crioterapia com gaze embebida em água gelada, sem realizar raspagem da mucosa para não ocasionar irritação do tecido do palato;</li> <li>- Periogard (Solução para bochecho): 15ml da solução diluída em ½ copo de água filtrada para bochecho 3 vezes ao dia, durante 07 dias.</li> <li>- Nistatina (Suspensão Oral): Bochecho de 5ml seguido de deglutição, 3 vezes ao dia.</li> </ul>
E.M.P.	31	Masculino	LLA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crioterapia com gaze embebida em água gelada, sem realizar raspagem da mucosa para não ocasionar irritação do tecido;</li> <li>- Oncilon A em Orabase (Pomada): Aplicado na lesão até ser formada uma camada fina da pomada, 3 vezes ao dia, durante 07 dias;</li> <li>- Periogard (Solução para bochecho): 15ml da solução diluída em ½ copo de água filtrada para bochecho 3 vezes ao dia, durante 07 dias.</li> <li>- Estado atual: Paciente encontra-se estabilizado em relação à doença de base.</li> </ul>
F.C.S.	55	Feminino	LMA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crioterapia com gaze embebida em água gelada, sem realizar raspagem da mucosa para não ocasionar irritação do tecido do palato;</li> <li>- Periogard (Solução para bochecho): 15ml da solução diluída em ½ copo de água filtrada para bochecho 3 vezes ao dia, durante 07 dias.</li> <li>- Nistatina (Suspensão Oral): Bochecho de 5ml seguido de deglutição, 3 vezes ao dia.</li> </ul>
R.C.P.V	6	Masculino	LLA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crioterapia com gaze embebida em água gelada, sem realizar raspagem da mucosa para não ocasionar irritação do tecido;</li> <li>- Oncilon A em Orabase (Pomada): Aplicado na lesão até ser formada uma camada fina da pomada, 3 vezes ao dia, durante 07 dias;</li> </ul>

				- Periogard (Solução para bochecho): 15ml da solução diluída em ½ copo de água filtrada para bochecho 3 vezes ao dia, durante 07 dias.
<b>I.E.F.A.</b>	<b>5a</b>	<b>Feminino</b>	<b>LLA</b>	- Crioterapia com gaze embebida em água gelada, sem realizar raspagem da mucosa para não ocasionar irritação do tecido; - Oncilon A em Orabase (Pomada): Aplicado na lesão até ser formada uma camada fina da pomada, 3 vezes ao dia, durante 07 dias; - Periogard (Solução para bochecho): 15ml da solução diluída em ½ copo de água filtrada para bochecho 3 vezes ao dia, durante 07 dias.
<b>S.M.B.A.</b>	<b>59a</b>	<b>Feminino</b>	<b>LMA</b>	- Crioterapia com gaze embebida em água gelada, sem realizar raspagem da mucosa para não ocasionar irritação do tecido; - Ad-muc: Aplicada na região de lábio inferior 2 vezes ao dia; - Periogard (Solução para bochecho): 15ml da solução diluída em ½ copo de água filtrada para bochecho 3 vezes ao dia, durante 07 dias.
<b>V.C.A.G</b>	<b>18a</b>	<b>Masculino</b>	<b>LLA</b>	- Crioterapia com gaze embebida em água gelada, sem realizar raspagem da mucosa para não ocasionar irritação do tecido; - Oncilon A em Orabase (Pomada): Aplicado na lesão até ser formada uma camada fina da pomada, 3 vezes ao dia, durante 07 dias; - Periogard (Solução para bochecho): 15ml da solução diluída em ½ copo de água filtrada para bochecho 3 vezes ao dia, durante 07 dias.
<b>S.M.S</b>	<b>17a</b>	<b>Masculino</b>	<b>LLA</b>	- Crioterapia com gaze embebida em água gelada, sem realizar raspagem da mucosa para não ocasionar irritação do tecido; - Oncilon A em Orabase (Pomada): Aplicado na lesão até ser formada uma camada fina da pomada, 3 vezes ao dia, durante 07 dias; - Periogard (Solução para bochecho): 15ml da solução diluída em ½ copo de água filtrada para bochecho 3 vezes ao dia, durante 07 dias.
<b>K.N.S</b>	<b>13a</b>	<b>Masculino</b>	<b>LLA</b>	- Crioterapia com gaze embebida em água gelada, sem realizar raspagem da mucosa para não ocasionar irritação do tecido; - Oncilon A em Orabase (Pomada): Aplicado na lesão até ser formada uma camada fina da pomada, 3 vezes ao dia, durante 07 dias; - Periogard (Solução para bochecho): 15ml da solução diluída em ½ copo de água filtrada para bochecho 3 vezes ao dia, durante 07 dias.
<b>K.A.S.</b>	<b>18a</b>	<b>Masculino</b>	<b>LLA</b>	- Crioterapia com gaze embebida em água gelada, sem realizar raspagem da mucosa para não ocasionar irritação do tecido; - Oncilon A em Orabase (Pomada): Aplicado na lesão até ser formada uma camada fina da pomada, 3 vezes ao dia, durante 07 dias;
<b>C.S.</b>	<b>45a</b>	<b>Feminino</b>	<b>LLA</b>	- Crioterapia com gaze embebida em água gelada, sem realizar raspagem da mucosa para não ocasionar irritação do tecido; - Oncilon A em Orabase (Pomada): Aplicado na lesão até ser formada uma

				camada fina da pomada, 3 vezes ao dia, durante 07 dias; - Periogard (Solução para bochecho): 15ml da solução diluída em ½ copo de água filtrada para bochecho 3 vezes ao dia, durante 07 dias.
--	--	--	--	---

## EQUIPE CIENTÍFICA

NOME	FORMAÇÃO	TÍTULO	ÓRGÃO	ATIVIDADE
Rebeka Thiara Nascimento dos Santos	Acadêmica de Odontologia	--	UFAM	Orientanda
Mariana Mena Barreto Bastos	Acadêmica de Odontologia	--	UFAM	Colaboradora
Tatiana Nayara Libório dos Santos	Cirurgiã-Dentista	Doutora em Patologia Bucal	UFAM	Orientadora
Célia Bolognese	Cirurgiã-Dentista	Especialista em Pacientes Especiais	HEMOAM	Co-orientadora

## CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Nº	Descrição	Ago 2011	Set	Out	Nov	Dez	Jan 2012	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
1	Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
2	Coleta de dados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
3	Apresentação de Relatório Parcial				X								
4	Avaliação dos Resultados										X	X	
5	Análise Estatística											X	
6	Elaboração do Resumo e do Relatório Final										X	X	
7	Preparação do resumo para Congresso da SOBEP*										X		
8	Preparação da Apresentação Final para Congresso											X	X

\*SOBEP: Sociedade Brasileira de Estomatologia e Patologia Oral, realizado sempre em Julho de cada ano.

Resumo apresentado em: “16th International Congress on Oral Pathology and Medicine” and “20th Brazilian Congress of Oral Medicine and Pathology”- São Pedro-SP (30/07 a 03/08/2012)

**ORAL MUCOSITIS IN PATIENTS WITH ONCO-HEMATOLOGICAL DISEASES  
TREATED WITH CHEMOTHERAPY IN THE HEMATOLOGY AND HEMOTHERAPY  
FOUNDATION OF AMAZONAS**

**SANTOS, RTN; BASTOS, MMB; FERREIRA, CB; CÂMARA, J; LIBORIO, TN**

<sup>1,2</sup> SCHOOL OF DENTISTRY, FEDERAL UNIVERSITY OF AMAZONAS

<sup>3</sup> HEMATOLOGY AND HEMATOTHERAPY FOUNDATION OF AMAZONAS (HEMOAM)

<sup>4,5</sup> PATHOLOGY AND LEGAL MEDICINE, FEDERAL UNIVERSITY OF AMAZONAS

**Objective:** The purpose of this study was to clinically evaluate oral mucositis (OM) after chemotherapy in patients with onco-hematological diseases treated in the Hematology and Hematotherapy Foundation of Amazonas from August 2011 to March 2012. **Study Design:** Patients were submitted to intra-oral examination for identification and description of OM according to WHO classification and then related to clinical and treatment data collected from medical records. **Results:** Sixty seven patients were examined and 15% of them presented OM, in which 100% had leukemia (80% acute lymphoblastic and 20%, acute myeloid), 40% had grade 4, 30% grade 1 and 30% grade 3 according to WHO classification. There were a variety of chemotherapeutics agents used in the OM presented patients (especially MTX and MADIT), but most of them (80%) were in the induction phase of treatment. **Conclusion:** OM seems to be a common consequence especially in leukemia patients using chemotherapy agents.