

**RELAÇÃO ENTRE TRISMO E CONDIÇÃO DE SAÚDE
BUCAL EM PACIENTES PORTADORES DE
NEOPLASIAS MALIGNAS DA CAVIDADE ORAL**

CINTHIA AZEVEDO MARTINS

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para obtenção do título de Mestre
em Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

Orientador: Dr. Dov Charles Goldenberg

São Paulo

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Martins, Cinthia Azevedo

Relação entre trismo e condição de saúde bucal em pacientes portadores de neoplasias malignas da cavidade oral / Cinthia Azevedo Martins - São Paulo, 2016.

36p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Dov Charles Goldenberg

Descritores: 1. TRISMO. 2. NEOPLASIAS BUCAIS. 3. NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO/Cirurgia. 4. RADIOTERAPIA.

“A mente que se abre a uma nova idéia
jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu querido avô José Antônio de Azevedo
(*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do A.C.Camargo Cancer Center, em nome do Prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski, que atenciosamente disponibilizou a infraestrutura para a realização desta pesquisa.

Ao Departamento de Estomatologia do A.C.Camargo Cancer Center, por sua colaboração imprescindível na realização da pesquisa, em nome do Dr. Fábio de Abreu.

Ao Vinicius Calsavara, do Departamento de Bioestatística, sempre muito dedicado em seu trabalho.

À comissão de pós-graduação por todo o suporte dispensado.

À biblioteca, em nome da Suely Francisco, por toda contribuição na pesquisa, levantamento de dados e finalização desta dissertação.

Ao meu orientador, Dr. Dov Charles Goldenberg, pela oportunidade de desenvolvimento e realização deste trabalho, pelos conhecimentos partilhados, por todos os ensinamentos e pelo convívio fraterno.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro.

À minha família pelo apoio e incentivo incondicional.

RESUMO

Martins CA. **Relação entre trismo e condição de saúde bucal em pacientes portadores de neoplasias malignas da cavidade oral.** São Paulo; 2016. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Trismo pode ser induzido pela presença de malignidade ou causado por tratamento cirúrgico e radioterapia. Embora a maioria dos estudos sobre trismo seja realizada após a radioterapia, a restrição de abertura de boca pode se estabelecer antes mesmo do tratamento oncológico. Dificuldade de abertura bucal pode provocar danos à saúde geral e bucal. Microorganismos da flora bucal são fontes comuns de processos infecciosos locais e bacteremia em pacientes em tratamento de câncer. O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência do trismo e sua interferência na condição de saúde bucal em pacientes admitidos para tratamento no ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do A.C.Camargo Cancer Center. Esta avaliação foi realizada por meio de entrevista, inspeção clínica visual e medida objetiva de abertura boca em 35 pacientes consecutivos. Medidas de abertura de boca inferiores a 35mm foram consideradas trismo. Trismo foi observado em 15 pacientes, totalizando uma incidência de 42% nesta população. Alto índice de perdas dentárias foi contabilizado e a associação de trismo com edentulismo foi estatisticamente verificada. Pacientes edêntulos detêm oito vezes mais chances de apresentar trismo em comparação aos pacientes parcialmente e totalmente dentados. Trismo demonstrou estar associado às perdas dentárias, porém, quanto às outras condições de saúde bucal, não demonstrou ser um fator modificador.

SUMMARY

Martins CA. **[Relationship between trismus and condition of oral health in patients with malignant neoplasms of oral cavity]**. São Paulo; 2016. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Trismus can be induced by the presence of malignancy or caused by radiotherapy and surgical treatments. Although most studies of trismus are performed after radiotherapy, mouth opening restriction can be established even before the cancer treatment. Mouth opening of difficulty can cause damage to the general and oral health. Microorganisms of the oral flora are common sources of local infectious processes and bacteremia in patients undergoing cancer treatment. The objective of this study was to evaluate the incidence of trismus and its interference in the oral health status in patients admitted for treatment at the Head and Neck Surgery Ward of the A.C.Camargo Cancer Center. This review was carried out through interviews, visual clinical inspection and objective measurement of mouth opening in 35 consecutive patients. Mouth opening measures less than 35 mm were considered trismus. Trismus was observed in 15 patients, with a total incidence of 42% in this population. High rate of tooth loss was recorded and trismus association with tooth loss was statistically verified. Edentulous patients are eight times more likely to have trismus compared to patients partially and fully dentate. Trismus demonstrated to be associated with tooth loss, as the other oral health conditions not shown to be a modifying factor.

LISTA DE FIGURAS QUADROS E TABELAS

Figura 1	Sítios anatômicos acometidos pela neoplasia maligna.....	15
Figura 2	Estadiamento de acordo com a classificação TNM.....	16
Figura 3	Hábitos de higiene bucal.....	16
Quadro 1	Aspectos clínicos da gengiva saudável, com gengivite e com periodontite.....	12
Quadro 2	Classificação gradual da abertura de boca segundo os critérios de Thomas et al. (1988).....	18
Tabela 1	Média de abertura de boca em pacientes com trismo e sem trismo.....	19
Tabela 2	Distribuição conjunta das características epidemiológicas, de hábitos e comorbidades segundo a presença de trismo.....	20
Tabela 3	Média de dentes perdidos em pacientes com trismo e sem trismo.....	21
Tabela 4	Dentes afetados em pacientes com trismo e sem trismo.....	21
Tabela 5	Distribuição conjunta quanto ao edêntulismo e o trismo.....	22
Tabela 6	Distribuição conjunta dos achados relativos à saúde bucal em pacientes com trismo e sem trismo.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS

CEC	Carcinoma Espinocelular
CPO-D	Dentes Cariados Perdidos e Obturados
IC	Intervalo de Confiança
INCA	Instituto Nacional do Câncer
Mm	milímetros
OR	Odds Ratio
P	Nível de significância estatística

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVO	7
3	PACIENTES E MÉTODOS.....	8
3.1	Casuística.....	8
3.2	CrITÉRIOS de Inclusão	8
3.3	CrITÉRIOS de Exclusão.....	9
3.4	Coleta de Dados	9
3.4.1	Entrevista.....	10
3.4.2	Exame Físico Intrabucal	11
3.4.3	Avaliação de Abertura de Boca	12
3.5	Análise de Dados	13
4	RESULTADOS.....	14
4.1	Aspectos Epidemiológicos.....	14
4.2	Exame Físico Intrabucal	17
4.3	Abertura de Boca.....	18
4.4	Trismo e Aspectos Epidemiológicos.....	19
4.5	Trismo e Condição de Saúde Bucal	20
5	DISCUSSÃO	24
5.1	Aspectos Epidemiológicos.....	24
5.2	Incidência e CrITÉRIOS Para o Diagnóstico de Trismo	25
5.3	Condição de Saúde Bucal e Trismo	27
5.4	Trismo e Perdas Dentárias	29
6	CONCLUSÃO	31

7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
----------	---	-----------

ANEXOS

Anexo 1 Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP

Anexo 2 Ficha para coleta de dados.

1 INTRODUÇÃO

Câncer de cabeça e pescoço é um termo coletivo para descrever os tumores malignos do trato aerodigestivo superior. Esta região anatômica inclui a face, a cavidade oral, faringe, hipofaringe, laringe, glândulas salivares e seios da face. Um importante sub-grupo dos carcinomas de cabeça e pescoço é o câncer da cavidade oral, que afeta as mucosas da boca, lábio, língua e corpo da língua, gengiva, assoalho da boca e palato (DOBROSSY 2005).

O câncer de cabeça e pescoço é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo. O carcinoma espinocelular (CEC), que responde por mais de 90% dos cânceres de cabeça e pescoço, é responsável por aproximadamente 4% de todos os cânceres em adultos, com incidência anual global de mais de 650.000 e uma mortalidade anual de mais de 68.000 só na Europa (VERMORKEN e SPECENIER 2001; MARUR e FORASTIERE 2008).

O carcinoma epidermóide é a principal neoplasia dentre os tumores malignos da cavidade oral e apresenta variáveis graus de diferenciação e agressividade clínica. Outros tumores que também podem ocorrer na cavidade oral são os sarcomas (os de origem vascular, os musculares e os ósseos), linfomas, o melanoma de mucosa e os tumores das glândulas salivares e as metástases (Ministério da Saúde 2011).

A incidência do câncer oral no Brasil representa 2% de todas as neoplasias malignas, sendo uma das mais altas do mundo e de importante expressividade na América Latina. Foram estimados cerca de 300 mil casos novos no mundo, em 2012, sendo que, desses, aproximadamente dois terços são no sexo masculino. Para a mortalidade, foram estimados 145 mil óbitos por câncer no mundo, em 2012, com cerca de 80% ocorrendo em regiões menos favorecidas (Ministério da Saúde 2016).

Grande parte destas neoplasias tem seu surgimento influenciado por fatores ambientais, especialmente os relacionados ao estilo de vida. As neoplasias malignas podem ser induzidas por uma combinação de fatores entre os quais se destacam: saúde bucal, hábitos pessoais, atividade profissional, nutrição, predisposição e suscetibilidade genética. (ALVARENGA et al. 2008; CHOI e MYERS 2008; SANTOS et al. 2012). O etilismo, o tabagismo e as infecções pelo HPV, principalmente pelos tipos 16 e 18, são os principais fatores de risco para esse grupo de tumores. O risco de desenvolver câncer de cavidade oral atribuído ao tabagismo e etilismo é de aproximadamente 65%. Quando esses dois fatores estão juntos, é observada a existência de um sinergismo entre eles, fazendo com que esse risco aumente ainda mais (Ministério da Saúde 2016).

Embora a cavidade oral seja passível de exame clínico para prevenção e detecção precoce do câncer, a proporção de pacientes diagnosticados em estágio avançado da doença é preocupante (SANTOS et al. 2010). De acordo com dados do Ministério da Saúde (1996), dentre as lesões bucais malignas, observa-se que é predominante o estadiamento

desconhecido ou tardio (III ou IV), o que aumenta a sequela do tratamento e diminui a possibilidade de cura e sobrevida dos pacientes. O tratamento da doença em estadio avançado muitas vezes requer a associação de estratégias multimodais e frequentemente acarreta elevada morbidade e resultados não adequados para o paciente (KADEMANI 2007).

O diagnóstico precoce das neoplasias malignas bucais não deveria apresentar grandes dificuldades, uma vez que os grupos de maior risco são bem conhecidos e a região é de fácil acesso ao exame clínico, dispensando qualquer tipo de equipamento especial (SANTOS et al. 2010). No entanto, observa-se que a maior parte dos pacientes não é esclarecida e negligencia os sintomas; quanto aos profissionais de saúde, muitos não examinam rotineiramente a mucosa bucal (KOWALSKI e NISHIMOTO 2000).

A cirurgia deve permanecer como terapia de escolha para o câncer de cavidade oral, sendo que a modalidade varia de acordo com a extensão clínica ou estágio da doença, a radioterapia deve ser a modalidade terapêutica de escolha quando o paciente não apresentar condições clínicas para ser submetido à cirurgia ou não aceitar os possíveis defeitos que esta pode deixar. A quimioterapia adjuvante ou paliativa para lesões primárias quando estas se apresentam muito grandes ou irressecáveis (VIKRAM 1998; SCIUBBA 2001).

Pacientes que possuem lesões malignas em estadio avançado sentem dor e quando há acometimento da região retromolar e suas imediações pode haver concomitantemente acometimento da musculatura mastigatória, levando ao desenvolvimento de limitação de abertura bucal -

trismo - fenômeno frequentemente observado em pacientes com câncer de cabeça e pescoço (DIJKSTRA et al. 2004).

A palavra trismo é originária do termo “trismós”, de origem grega, que significa “ranger”. Atualmente, trismo é utilizado para descrever qualquer tipo de restrição na abertura da boca, incluindo aquelas decorrentes dos efeitos da radiação, condições pós-traumáticas e cirúrgicas (TEGUH et al. 2008).

Trismo no câncer de cabeça e pescoço pode ocorrer devido à multiplicidade de fatores: crescimento do tumor ocasionando invasão tumoral direta da musculatura mastigatória ou da articulação temporomandibular, inflamação da mucosa, ação de agentes quimioterápicos, fibrose induzida por radioterapia, infecções da cavidade oral, edema após intervenção cirúrgica e disfunção da articulação temporomandibular (MELCHERS et al. 2009; BENSADOUN et al. 2010).

Embora trismo tenha sido considerado como complicação tardia do tratamento oncológico, JOHNSON et al. (2010), ressaltaram que a manifestação pode ocorrer em uma fase prévia ao tratamento, sendo ocasionado pela própria invasão tumoral nos músculos da mastigação ou pelo espasmo muscular induzido pela presença do tumor.

A incidência de trismo em pacientes portadores de câncer de cabeça pescoço é variável na literatura, com índices entre 5% e 38%. Esta discrepância ocorre devido à falta de critérios uniformes para a sua identificação (MELCHERS et al. 2009).

Alguns valores para a definição de abertura bucal normal e critérios de diagnóstico de trismo foram propostos. SAKAI et al. (1978), consideraram

como trismo abertura de boca inferiores a 30mm. THOMAS et al. (1988) consideraram aberturas superiores a 30mm trismo na sua forma leve. De acordo com estudos mais recentes, como os de DIJKSTRA et al. (2006), e SCOTT et al. (2008), pode-se considerar como critério de diagnóstico de trismo aberturas bucais inferiores a 35mm.

Limitação para abertura bucal pode influenciar negativamente a qualidade de vida dos pacientes interferindo na execução de atividades cotidianas, como mastigação, fonação, respiração e principalmente higiene oral. A limitação funcional pode também levar a dificuldades para o tratamento odontológico e, em última análise, até mesmo para o tratamento oncológico (ABDEL-GALIL et al. 2007; BENSADOUN et al. 2010; LYONS et al. 2013).

Saúde oral é fundamental na manutenção da saúde sistêmica do paciente. Tem-se demonstrado que microorganismos da cavidade oral são origem frequente de processos infecciosos locais e fontes comuns de bacteremia em pacientes submetidos ao tratamento de neoplasias (OSTERNE et al. 2008).

Pacientes com abertura de boca restrita apresentam dificuldade em manter adequada higiene oral, predispondo ao aparecimento de lesões como cáries, periodontites e infecções dentais mais graves (CRUZ et al. 2014).

Além dos cuidados prévios ao diagnóstico, os efeitos deletérios da doença e tratamento são de importância clínica e necessitam de avaliação contínua. De acordo com COOPERSTEIN et al. (2012), um efeito final crítico

que tem sido frequentemente negligenciado e subnotificado são as complicações de saúde bucal.

Recentes avanços no tratamento do câncer têm levado a mudanças na incidência, natureza e gravidade das complicações orais. Como o número de sobreviventes é crescente, está se tornando cada vez mais reconhecida a necessidade de manejo agressivo para garantir ótima saúde bucal a longo prazo (EPSTEIN et al. 2012).

Na atualidade, poucos estudos prospectivos abordaram o efeito do trismo sobre a saúde bucal, bem como a real incidência destas alterações antes do início do tratamento. Trismo não tem sido estudado de forma muito eficaz para compreender o papel desempenhado pelos processos em terapia e doença (SATHEESHKUMAR e MOHAN 2013).

Considerando-se o momento do diagnóstico inicial da neoplasia maligna, este estudo prospectivo analisou a relação entre trismo e condições de saúde bucal.

2 OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre trismo e condição de saúde bucal em pacientes portadores de neoplasias malignas da cavidade oral antes do início do tratamento oncológico.

3 PACIENTES E MÉTODOS

3.1 CASUÍSTICA

A amostra deste estudo foi composta por 35 pacientes consecutivos com diagnóstico de neoplasia maligna da cavidade oral e glândula parótida, admitidos no ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do A.C.Camargo Cancer Center para tratamento oncológico.

O diagnóstico foi baseado na classificação internacional de doenças (CID-10), considerando-se os códigos C00 a C08 e C14.

Todos os pacientes que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram admitidos pacientes independente do gênero, sem distinção de faixa etária, com diagnóstico de neoplasia maligna da cavidade oral e não submetidos a tratamento prévio específico da neoplasia maligna no momento da primeira avaliação.

3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram adotados como critérios de exclusão:

- pacientes com histórico de tratamento prévio para neoplasias malignas da cavidade oral;
- pacientes com histórico prévio de trismo não relacionado ao tumor;
- pacientes que já tenham realizado tratamento prévio para o trismo;
- pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos na cavidade oral há menos de seis meses, excetuando-se biópsia incisional para diagnóstico.

3.4 COLETA DE DADOS

O período de coleta iniciou-se em outubro de 2014, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número 1875/14, e foi encerrado em outubro de 2015 (Anexo 1). Os pacientes candidatos para inclusão no estudo foram voluntariamente convidados a participar e selecionados a partir da agenda diária de consultas ambulatoriais. Foram considerados aptos 46 pacientes, destes, 7 se recusaram a participar e 4 foram descartados por diagnóstico incompatível. Foram incluídos, portanto, 35 pacientes. O prontuário eletrônico foi consultado para identificação dos possíveis diagnósticos e eventuais tratamentos previamente realizados pelo paciente.

As avaliações clínicas bucais foram realizadas pela autora deste estudo após a consulta do paciente no ambulatório de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, e constaram de:

- Entrevista;
- Exame físico intrabucal;
- Mensuração de abertura de boca.

3.4.1 Entrevista

A primeira etapa constou de entrevista, com questionário sobre:

- Saúde geral;
- Antecedentes familiares;
- Hábitos nocivos:
 - tabagismo
 - etilismo
 - consumo de substância ilícitas;
- Hábitos de higiene bucal:
 - escovação e frequência;
 - uso e frequência do fio dental;
 - uso e frequência de enxaguatórios bucais;
 - periodicidade na consulta ao cirurgião-dentista.

3.4.2 Exame Físico Intrabucal

O exame clínico foi realizado por meio de inspeção intrabucal objetiva para avaliação de saúde bucal e, de acordo com ALMEIDA et al. (2014), foram avaliados:

- a. Elementos dentários: presença e número de dentes nas arcadas dentárias superiores e inferiores;
- b. Cavidades dentárias (cáries): quantificação e localização dos elementos comprometidos e indicação de tratamento endodôntico na presença de exposição pulpar;
- c. Gengivite e periodontite: presença ou ausência de sinais e sintomas como placa bacteriana amolecida clinicamente visível no contorno gengival, alteração da coloração gengival ocasionada pela hiperemia local, alteração dos contornos gengivais ocasionados pelo edema gengival para a gengivite; presença de placa bacteriana calcificada (tártaro), recessão gengival, perda das papilas interdentais e mobilidade dentária para a periodontite (CARRANZA et al. 2007). O Quadro 1 sumariza os sinais e sintomas pesquisados.
- d. Presença/ausência de saburra lingual de acordo com o índice de saburra lingual: 1/3 anterior da língua 1/3 médio da língua e 1/3 posterior da língua;
- e. Halitose: diagnosticada de acordo com a autopercepção do participante e relato de seus acompanhantes no momento da entrevista; e do examinador no caso de percepção de mau hálito

quanto à necrose oriunda da lesão, degradação de tecidos em virtude doenças gengivais ou por má higiene oral.

Quadro 1 - Aspectos clínicos que caracterizam gengiva saudável, gengivite e periodontite.

Gengiva Saudável	Gengivite	Periodontite
Rosa coral	Vermelho Vivo	Vermelho/Azulado
Contorno Preservado	Alterações do contorno da gengiva	Recessão gengival e perda de inserção
Ausência de sangramento	Sangramento ao estímulo	Sangramento espontâneo
Ausência de Placa Bacteriana Visível	Placa Bacteriana Visível	Placa Bacteriana Calcificada (Tártaro)
Papilas Interdentais Preservadas	Papilas Interdentais com Edema	Papilas Interdentais Invertidas
Ausência de Mobilidade Dentária	Ausência de Mobilidade Dentária	Presença de Mobilidade Dentária

3.4.3 Avaliação da abertura de boca

A classificação objetiva da amplitude de abertura de boca foi realizada de acordo com os critérios estabelecidos por DIJKSTRA et al. (2006) e SCOTT et al. (2008), em que medidas de abertura de boca inferiores a 35mm são consideradas trismo. A classificação gradual de acordo com a gravidade foi realizada de acordo com a classificação proposta por THOMAS et al. (1988). A mensuração da abertura de boca foi realizada com compasso de Wills, com a medição da distância interincisal entre os dentes anteriores.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Foi realizada análise descritiva para as características epidemiológicas e clínicas, na qual foram apresentadas as distribuições de frequências absolutas e relativas (para as variáveis qualitativas), ou as principais medidas resumo para as variáveis quantitativas (média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e valor máximo).

Os testes do qui-quadrado e exato de Fisher foram utilizados para avaliar as variáveis qualitativas das características de interesse com a ocorrência de trismo. Já as associações das variáveis quantitativas com a ocorrência de trismo foram verificadas por meio do teste *t-student* ou o teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

O nível de significância adotado foi de 5% e o software estatístico utilizado na pesquisa foi o SPSS Statistics.

4 RESULTADOS

4.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Com relação aos aspectos gerais da amostra, dos 35 pacientes estudados 19 eram do gênero masculino e 16 do gênero feminino, com idades variando entre 31 e 82 anos. A média de idade foi de 57,46 anos. Destes, 71,42% informaram hábito de tabagismo e 65,71% de consumo de bebidas alcoólicas em algum momento da vida, sendo que 15 pacientes fumavam até o momento do diagnóstico e 20 pacientes declararam consumir algum tipo de bebida alcoólica, com quatro deles etilistas crônicos. Nove pacientes declararam ser fumantes e consumidores de bebida alcoólica simultaneamente.

Quanto à condição de saúde geral, 51% dos pacientes apresentaram algum tipo de comorbidade, sendo 11 pacientes com hipertensão arterial, 4 com diabetes mellitus 1 com artrite 1 portador do vírus HIV e 1 com osteoporose, todos eles usuários de alguma medicação de uso contínuo.

Dos pacientes estudados, 60% declararam ter algum histórico prévio de câncer na família, de primeiro ou segundo grau. Os sítios tumorais mais frequentemente declarados foram mama, próstata e estômago. Apenas um paciente declarou histórico prévio de câncer de cavidade oral na família.

Com relação ao sítio anatômico do tumor, o local mais acometido na população estudada 11 casos foram identificados na língua, seguida pela

gengiva e o trígono retromolar (5 casos cada) e, em seguida, duas ou mais localizações conjuntas (4 casos), após o palato (três casos), lábio, assoalho da boca e mandíbula (2 casos cada) e a glândula parótida (1 caso) (Figura 1).

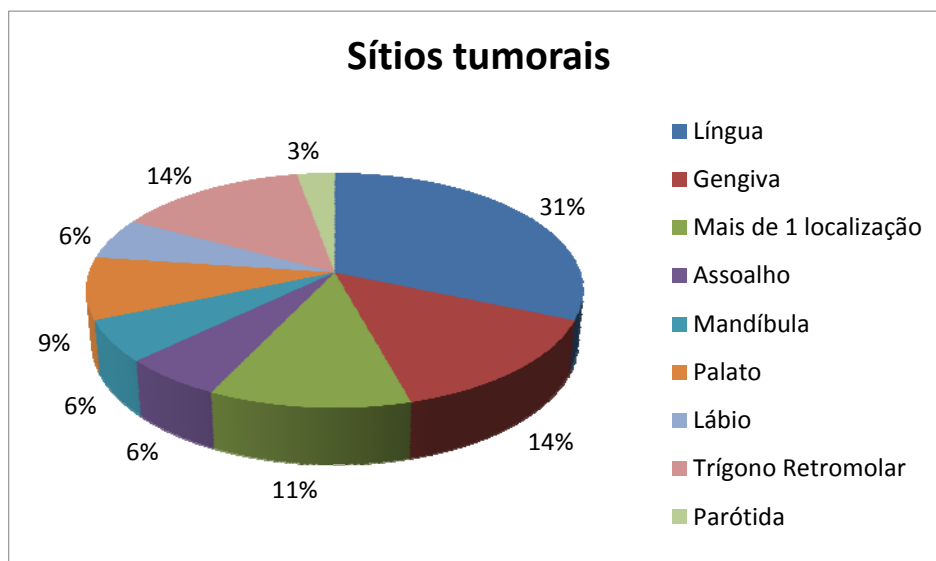


Figura 1 - Sítios anatômicos acometidos pela neoplasia maligna.

Quanto ao estadiamento clínico, 51,42% dos pacientes apresentavam lesões correspondentes ao estadiamento IV, 8,57% apresentavam lesões correspondentes ao estadiamento III e ao estadiamento II, 5,71 apresentavam lesões correspondentes ao estadiamento I, e 2,85% ao estadiamento 0. Não informados corresponderam a 22,85%.

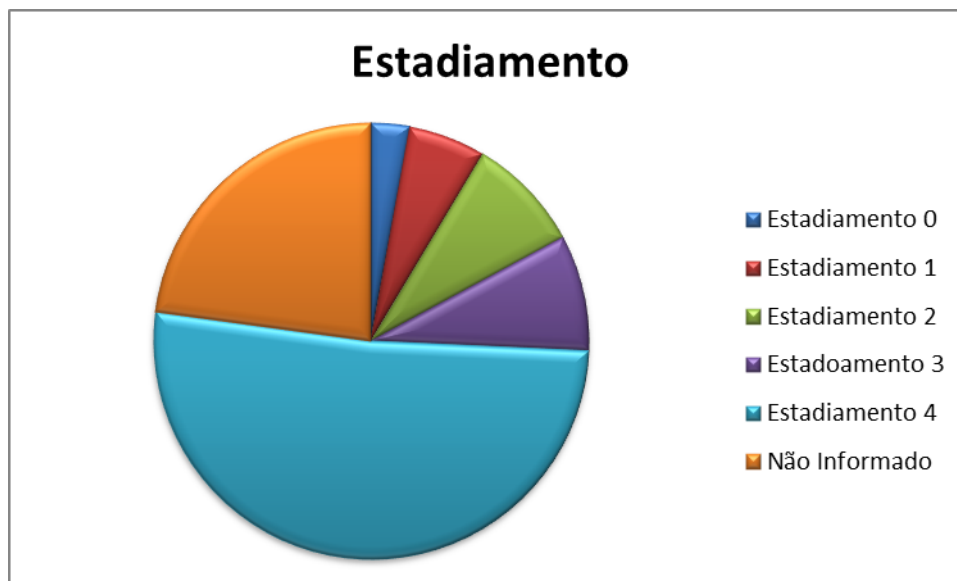


Figura 2 - Estadiamento quanto a classificação TNM.

Quanto aos hábitos de higiene bucal (Figura 2), 31 pacientes referiram escovação dental regularmente 15 pacientes referiram uso do fio dental, 9 pacientes utilizam algum tipo de enxaguante bucal e 24 pacientes declararam visitar o cirurgião-dentista regularmente.

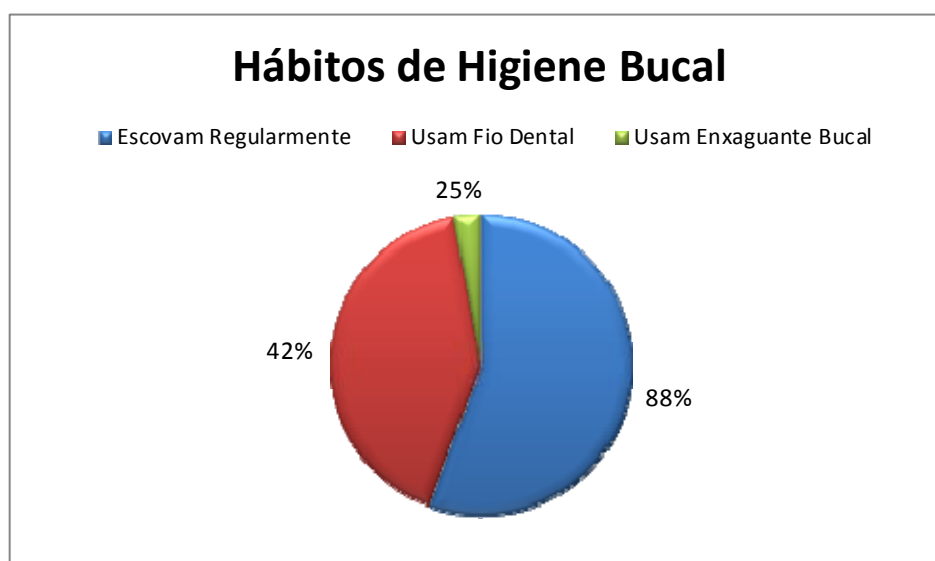


Figura 3 - Hábitos de higiene bucal.

4.2 EXAME FÍSICO INTRABUCAL

Por meio do exame clínico constatou-se elevado número de perdas dentárias, com 9 pacientes totalmente edêntulos 23 parcialmente dentados, e apenas três pacientes totalmente dentados. A contagem de dentes perdidos foi 518. A média de perdas dentárias no total da população estudada foi de 13,60 dentes perdidos por paciente, com um índice de perda de 48,6% em relação ao número total de dentes.

Quanto à presença de cavidades dentárias (cáries), quatro pacientes (11,42%) necessitavam de tratamento restaurador em virtude da presença de lesões cariosas em 5 dentes (4,46%). A indicação para tratamento endodôntico em razão da exposição pulpar foi verificada em dois pacientes (5,71%).

Sinais e sintomas clínicos de gengivite/periodontite foram observados em 11 pacientes (5,71%).

Halitose foi constatada em 10 pacientes (28,57%) de acordo com a autopercepção do participante e a avaliação do examinador.

Presença de saburra lingual foi contabilizada em 13 pacientes (37,14%).

4.3 ABERTURA DE BOCA

No momento do diagnóstico 15 pacientes apresentaram limitação da abertura bucal, ou seja, abertura inferior a 35mm, o que corresponde a incidência de trismo de 42%. O Quadro 2 mostra a distribuição dos pacientes em relação à classificação de Thomas para trismo (Quadro 2).

Quadro 2 - Classificação gradual da abertura de boca segundo os critérios de THOMAS et al. (1988).

Abertura de Boca	Pacientes	Classificação
<15mm	1	Grave
15 < 30mm	8	Moderado
30 < 35mm	6	Leve

A média geral de abertura bucal nos pacientes estudados foi de 38mm. Para os pacientes com trismo, a média de abertura de boca foi de 27mm, enquanto a média de abertura de boca em pacientes sem trismo foi de 46mm, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0.001$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Média de abertura de boca em pacientes com trismo e sem trismo.

Abertura de Boca	Pacientes com Trismo	Pacientes sem Trismo	Total	Valor p
N	15	20	35	
Mínima	7,5	35	7,5	
Média	27,167	46,45	38,186	<0,001
Mediana	30	46,5	38	
Máxima	34	56	56	
Desvio Padrão	7,5868	7,0073	12,0368	

4.4 TRISMO E ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Fatores de risco para o câncer oral, como tabagismo e etilismo, não mostraram associação no desenvolvimento desta condição. Como apenas um paciente declarou o uso de substâncias ilícitas, estas não tiveram correlação significativamente estatística para o desenvolvimento de trismo. A presença de comorbidades, assim como o uso de medicamentos contínuos utilizados no tratamento destas não demonstrou estarem associados ao trismo (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição conjunta das características epidemiológicas, de hábitos e comorbidades segundo a presença de trismo.

Variáveis	Trismo		Valor de p
	Sim	Não	
Gênero			
Feminino	8	8	0,433
Masculino	7	12	
Total	15	20	
Tabagismo			
Sim	8	7	1
Não	7	13	
Total	15	20	
Etilismo			
Sim	8	13	1
Não	7	7	
Total	15	20	
Substâncias Ilícitas			
Sim	1	0	0,429
Não	14	20	
Total	15	20	
Comorbidades			
Sim	7	7	0,486
Não	8	13	
Total	15	20	
Medicamentos Contínuos			
Sim	9	9	0,38
Não	6	11	
Total	15	20	

4.5 TRISMO E CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL

A média de dentes perdidos em pacientes com trismo foi de 16,8 dentes e no grupo sem trismo foi de 13,3 dentes (Tabela 3). Quando o índice de dentes perdidos, ou seja, o número de dentes perdidos/número total de dentes em um indivíduo adulto (n=28) foi analisado, pacientes com trismo

também apresentaram uma proporção média superior aos pacientes que não possuíam dificuldade de abertura bucal, ou seja, 59,86% para pacientes com trismo *versus* 40,50% de dentes perdidos para pacientes sem trismo, porém não estatisticamente significativo ($p=0,179$).

Tabela 3 - Média de dentes perdidos em pacientes com trismo e sem trismo.

Dentes Perdidos	Pacientes com Trismo	Pacientes Sem Trismo	Total	Valor p
N	15	20	35	
Mínimo	0	0	0	
Média	16,6	11,35	13,6	0,170
Mediana	24	9	9	
Máximo	28	25	28	
Desvio Padrão	12,304	8,054	10,273	

Dentre os pacientes com trismo, 7 deles (46,66%) eram totalmente edêntulos, ao passo que, em pacientes sem trismo, a incidência de edentulismo total foi de 10% (Tabela 4).

Tabela 4 - Dentes afetados em pacientes com trismo e sem trismo.

	Dentes Afetados em Pacientes Com Trismo no Momento do Diagnóstico	Dentes Afetados em Pacientes Sem Trismo no Momento do Diagnóstico
Dentes Perdidos	252	266
Edêntulos Totais	7	2
Cáries	2	3
Endodontia	0	2
Exodontias	2	6

Esta diferença se mostrou estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Desta forma, o edêntulismo demonstrou ser uma condição que está associada à presença de trismo previamente ao tratamento oncológico (Tabela 5). Segundo análise realizada por meio do Teste Exato de Fisher seguida do cálculo de Odds Ratio, pacientes edêntulos detêm quase oito vezes mais chances de apresentar trismo antes do tratamento oncológico do que pacientes dentados totais e parciais nesta mesma condição **OR=7,9** IC (95%)= [1,33;46,63].

Tabela 5 - Distribuição conjunta quanto ao edêntulismo e o trismo.

	Trismo		Valor p
	Sim	Não	
Edêntulos			
Sim	7	2	0,022
Não	8	18	

Já em relação aos diagnósticos de cárie, endodontia, exodontias, gengivite e periodontite (analisados em conjunto), saburra e halitose, não foram observadas associações com trismo (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição conjunta dos achados relativos à saúde bucal em pacientes com trismo e sem trismo.

Variáveis	Trismo		Valor de p
	Sim	Não	
Cáries			
Sim	1	3	0,501
Não	13	17	
Total	14	20	
Endodontias			
Sim	0	2	0,501
Não	14	18	
Total	14	20	
Exodontias			
Sim	0	2	0,501
Não	14	18	
Total	14	20	
Gengivite/Periodontite			
Sim	2	9	0,063
Não	12	11	
Total	14	20	
Saburra			
Sim	4	8	0,489
Não	11	12	
Total	15	20	
Halitose			
Sim	10	16	0,451
Não	5	4	
Total	15	20	

5 DISCUSSÃO

5.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A população acometida por câncer da cavidade oral é muito bem reconhecida. Geralmente são pacientes do sexo masculino, entre as 5^a e 6^a décadas de vida, consumidores de álcool e tabaco (DOBROSSY 2005; ALVARENGA et al. 2008; SANTOS et al. 2012). Corroborando com os dados dispostos na literatura, a amostra reflete a realidade epidemiológica, apresentando predominância de acometimento de neoplasia maligna da cavidade oral no gênero masculino, correspondendo a 54% dos pacientes, com faixa etária média de 57,46 anos.

O consumo de álcool e tabaco é bem documentado na literatura como fator de risco para o surgimento de neoplasias orais (LLEWELLYN et al. 2004; ALVARENGA et al. 2008; SANTOS et al. 2012). Foi observado que 71,42% dos pacientes declararam uso de tabaco e 65,71% declararam consumo de álcool em algum momento da vida, sendo que 25,71% consumiam, no momento da entrevista, ambas substâncias.

Mudanças nos hábitos e estilo de vida têm demonstrado que o consumo destas substâncias na população feminina tem crescido com o passar dos anos, refletindo no aumento do acometimento de neoplasias orais nesta população, reduzindo a diferença na incidência entre os gêneros (BRADLEY e RAGHAVAN 2004).

Em pacientes mais jovens, o papel desses fatores é incerto devido ao curto tempo de exposição. Alguns estudos relataram que o papilomavírus humano (HR-HPV) pode exercer um papel importante na carcinogénese neste grupo. A infecção por HPV ocorre mais frequentemente em indivíduos jovens e está correlacionada ao comportamento sexual (KAMINAGAKURA et al. 2012).

5.2 INCIDÊNCIA E CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE TRISMO

A incidência de trismo antes do tratamento oncológico é bem menos explorada em comparação as avaliações pós terapia oncológica. Este foi um dos principais motivos para a realização do presente estudo. Estudos sobre trismo no pós tratamento, como os de STEINER et al. (2015), mostraram que após seis meses do tratamento curativo para neoplasia, a média de incidência de trismo foi de 28,3%. Em contrapartida, LEE et al. (2011), encontraram a média de 79% de incidência de trismo após o mesmo período.

Esta grande discrepância na incidência do trismo pode ser atribuída à falta de medidas exatas para a definição de abertura normal e abertura restrita. THOMAS et al. (1988), utilizaram uma classificação mais gradual para trismo, em que uma abertura de boca maior do que 30mm indica trismo na sua forma leve, abertura de boca entre 15 e 30 mm indica trismo moderado e uma abertura menor do que 15 mm indica trismo severo.

Segundo SAKAI et al. (1978), uma abertura maior do que 30mm é normal, abertura entre 30 e 20mm indica trismo moderado e abertura inferior a 10 mm, trismo severo. Na definição de SAKAI et al. (1978), abertura de boca entre 20-30 mm indica trismo moderado e menor do que 10mm trismo severo, porém os autores não classificaram abertura entre 10-20mm (DIJKSTRA et al. 2006).

Neste estudo, o critério de trismo adotado foi o definido por DIJKSTRA et al. (2006) e SCOTT et al. (2008), que consideram o critério de diagnóstico para trismo medidas de abertura de boca inferiores a 35mm. E, portanto, limitações mais discretas de abertura de boca foram consideradas para o diagnóstico.

A preocupação com o desenvolvimento de trismo geralmente é um fator levado em consideração após o tratamento do câncer. Poucos estudos analisam a abertura de boca nas primeiras avaliações pré-operatórias (VISSINK et al. 2003). JOHNSON et al. (2010) citam que trismo está presente no momento do diagnóstico em cerca de apenas 2% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Em contrapartida, KAMSTRA et al. (2015), obtiveram índice de 35% de trismo precedente ao tratamento radioterápico. Os autores apresentaram duas explicações procedentes para este índice. A primeira aponta que os pacientes poderiam ter uma abertura de boca pequena prévia ao início do tratamento radioterápico; a segunda explica a limitação de abertura devido à restrição mecânica ocasionada por dor ou em função do crescimento tumoral. Uma terceira especulação

atribuía este índice ao pós-operatório, quando a radioterapia atuaria de forma principal no tratamento da neoplasia.

É possível que o diagnóstico de trismo se encontre subestimado do ponto de vista epidemiológico, e este fato vem ao encontro aos achados de 42% de incidência de trismo no pré-operatório desta amostra. De acordo com VISSINK et al. (2003), poucos estudos se referem a medida interincisal ao diagnóstico da neoplasia. Os autores afirmam que esta medida deve ser feita antes do início do tratamento oncológico para que possa ser acompanhada durante, nas etapas cirúrgica, quimioterápica e radioterápica, e ao final, para ter assegurada sua manutenção.

A dificuldade para o desenvolvimento de critérios uniformes para a medição de abertura bucal pode influenciar de maneira significativa os resultados da pesquisa, sendo um fator limitante para a determinação da incidência desta patologia.

5.3 CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E TRISMO

Limitação de abertura bucal, somada a presença de dor e uma debilitada mucosa oral acometida pela neoplasia, faz com que o paciente deixe de realizar medidas de higiene oral. Além disso, a utilização de bebidas ricas em carboidratos, comum entre estes pacientes, no intuito de suplementar deficiências nutricionais, aumenta a incidência de problemas dentários (ELIYAS et al. 2013).

A condição insatisfatória de saúde bucal nos pacientes oncológicos

em nosso meio é indubitavelmente multifatorial. Nesse sentido, o efeito isolado da limitação de abertura de boca pode ser menos impactante no período pré-operatório, quando o grau de limitação é menor. Desta forma, torna-se compreensível que a presença de trismo no pré-operatório não tenha sido um fator estatisticamente modificador de algumas condições de saúde bucal dos pacientes examinados. A presença de morbididades como gengivite, cáries agudas e grandes destruições dentárias ocasionadas pelo acúmulo de placa bacteriana foram encontradas de maneira semelhante entre pacientes com e sem trismo. Estas alterações podem ser frutos de negligência quanto aos cuidados de higiene oral, pobre acesso a tratamentos ou ambos fatores associados cultivados ao longo da vida. A presença de periodontite, perda de inserção dentária visível, perdas dentárias em alto número demonstram que esses pacientes apresentam um processo de doença crônico, previamente instalado e permanente ao longo do tempo.

A metodologia utilizada neste estudo para a avaliação da condição de saúde bucal dos pacientes está de acordo com a metodologia adotada por ALMEIDA et al. (2014), em seu estudo “Avaliação Odontológica de Pacientes com Câncer de Boca”, em que as avaliações bucais foram feitas e analisadas independente da aplicação de índices de CPO-D e índices periodontais, enfatizando que a pesquisa não se caracteriza como de avaliação epidemiológica.

5.4 TRISMO E PERDAS DENTÁRIAS

Em ambos grupos estudados constatou-se um número considerável de perdas dentárias no momento da primeira avaliação pré-tratamento oncológico. Embora seja adotado o protocolo que indica a remoção de elementos dentários passíveis de se tornarem futuros focos de infecção ou osteorradionecrose (BONAN et al. 2006), as perdas dentárias observadas foram atribuídas ao histórico odontológico prévio do paciente.

DIJKSTRA et al. (2006), descreveram a perda dentária como um fator limitante para a definição do critério de corte para trismo. Em seu estudo com 89 pacientes, 54 eram desdentados na maxila, 49 eram desdentados na mandíbula e 46 (52%) eram desdentados em ambos os maxilares. Os autores não correlacionaram as perdas dentárias com o desenvolvimento de trismo, porém sugeriram que definições futuras sobre medidas de limitação de abertura bucal estabeleçam critérios de corte individuais para populações totalmente dentadas, parcialmente dentadas e totalmente desdentadas.

Ainda não há uma causa exata que explique a razão de pacientes totalmente desdentados apresentarem maior risco de desenvolver trismo sobre pacientes parcialmente e totalmente dentados, porém algumas hipóteses podem ser levantadas: a) pacientes totalmente edêntulos podem remeter a um histórico de menor cuidado com relação a saúde bucal, portanto, percebendo alterações na boca tardiamente, assim atrasando o diagnóstico; b) a demora em detectar a doença faz com que o diagnóstico seja estabelecido em uma fase avançada, com lesões extensas na cavidade

oral; c) pacientes desprovidos de dentição tendem a ter uma redução da dimensão vertical, que pode ser restabelecida pelo uso de próteses dentárias, mas nem sempre recuperada por completo. Ao propor critérios diferentes para classificar o trismo em pacientes desdentados parcialmente e totalmente, DIJKSTRA et al. (2006) pode ter levado em consideração a redução desta dimensão.

Embora seja difícil prever o desenvolvimento de algum tipo de restrição de abertura de boca, ainda assim a prevenção do trismo deve ser objetivada ao invés do seu tratamento (GOLDSTEIN 1999), uma vez que estabelecida esta condição o seu gerenciamento é muito complexo e dependente de uma soma de ações entre médicos, fisioterapeutas, dentistas e pacientes.

6 CONCLUSÃO

Na avaliação da interferência do trismo na condição de saúde bucal, esta condição isolada não demonstrou ser um fator impactante no período prévio ao tratamento oncológico. Porém, o alto índice de dentes perdidos contabilizados remete ao número de edêntulos totais na amostra, sendo que 77% destes possuíam trismo, demonstrando que trismo pode estar associado a perda completa da dentição.

No momento do diagnóstico, 15 pacientes apresentaram trismo, caracterizando uma incidência de 42% nesta população.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdel-Galil K, Anand R, Pratt C, Oeppen B, Brennan P. Trismus: an unconventional approach to treatment. **Br J Oral Maxillofac Surg** 2007; 45:339-40.

Almeida FCS, Vacarezza FG, Cazal C, et al. Avaliação odontológica de pacientes com câncer de boca pré e pós tratamento oncológico: uma proposta de protocolo. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr** 2004; 4:25-31.

Alvarenga Lde M, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, et al. Epidemiologic evaluation of head and neck patients in a university hospital of Northwestern São Paulo State. **Braz J Otorhinolaryngol** 2008; 74:68-73.

Bensadoun RJ, Riesenbeck D, Lockhart PB, et al. A systematic review of trismus induced by cancer therapies in head and neck cancer patients. **Support Care Cancer** 2010; 18:1033-8.

Bonan PRF, Lopes MA, Pires FR, et al. Dental management of low socioeconomic level patients before radiotherapy of the head and neck with special emphasis on the prevention of osteoradionecrosis. **J Dent Braz** 2006; 17:336-42.

Bradley PJ, Raghavan U. Cancers presenting in the head and neck during pregnancy. **Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg** 2004; 12:76-81.

Carranza A Fermin, Michael G Newman, Henry Takey, R Klokkevold. **Periodontia clínica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. Diagnóstico clínico; p.540-57.

Choi S, Myers JN. Molecular pathogenesis of oral squamous cell carcinoma: implications for therapy. **J Dent Res** 2008; 87:14-32.

Cooperstein E, Gilbert J, Epstein JB, et al. Vanderbilt head and neck symptom survey version 20: report of the development and initial testing of a subscale for assessment of oral health. **Head Neck** 2012; 34:797-804.

Cruz MK, Morais TM, Trevisani DM. Avaliação clínica da cavidade bucal de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital de emergência. **Rev Bras Ter Intensiva** 2014; 26:379-83.

Dijkstra PU, Kalk WW, Roodenburg JL. Trismus in head and neck oncology: a systematic review. **Oral Oncol** 2004; 40:879-89.

Dijkstra PU, Huisman PM, Roodenburg JL. Criteria for trismus in head and neck oncology. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2006; 35:337-42.

Döbrossy L. Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem. **Cancer Metastasis Rev** 2005; 24:9-17.

Eliyas S, Al-Khayatt A, Porter RWJ, Briggs P. Dental extractions prior to radiotherapy to the jaws for reducing post-radiotherapy dental complications. **Cochrane Database Syst Rev** 2013; 2:CD008857.

Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ, et al. Oral complications of cancer and cancer therapy: from cancer treatment to survivorship. **CA Cancer J Clin** 2012; 62:400-22.

Goldstein M, Maxymiw WG, Cummings BJ, Wood RE. The effects of antitumor irradiation on mandibular opening and mobility: a prospective study of 58 patients. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** 1999; 3:365-73.

Johnson J, van As-Brooks CJ, Fagerberg-Mohlin B, Finizia C. Trismus in head and neck cancer patients in Sweden: incidence and risk factors. **Med Sci Monit** 2010; 16:CR278-82.

Kademani D. Oral cancer. **Mayo Clin Proc** 2007; 82:878-87.

Kaminagakura E, Villa LL, Andreoli MA, Sobrinho JS, Vartanian JG, et al. High-risk human papillomavirus in oral squamous cell carcinoma of young patients. **Int J Cancer** 2012; 8:1726-32.

Kamstra JI, Dijkstra PU, van Leeuwen M, Roodenburg JL, Langendijk JA. Mouth opening in patients irradiated for head and neck cancer: a prospective repeated measures study. **Oral Oncol** 2015; 5:548-55.

Kowalski LP, Nishimoto IN. Epidemiologia do câncer de boca. In: Parise Júnior O, editor. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier; 2000. p.3-11.

Lee R, Slevin N, Musgrove B, Swindell R, Molassiotis A. Prediction of post-treatment trismus in head and neck cancer patients. **Br J Oral Maxillofac Surg** 2012; 4:328-32.

Llewellyn CD, Linklater K, Bell J, Johnson NW, Warnakulasuriya S. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: a case-control study. **Oral Oncol** 2004; 40:304-13.

Lyons AJ, Crichton S, Pezier T. Trismus following radiotherapy to the head and neck is likely to have distinct genotype dependent cause. **Oral Oncol** 2013; 49:932-6.

Marur S, Forastiere AA. Head and neck cancer: changing epidemiology, diagnosis, and treatment. **Mayo Clinic Proc** 2008; 83:489-501.

Melchers LJ, Van Weert E, Beurskens CH, et al. Exercise adherence in patients with trismus due to head and neck oncology: a qualitative study into the use of the Therabite. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2009; 38:947-54.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de boca: manual de detecção de lesões suspeitas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 1996.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa/2012 Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

Osterne RLV, Brito RGM, Nogueira LM, et al. Saúde bucal em pacientes portadores de neoplasias malignas: estudo clínico-epidemiológico e análise de necessidades odontológicas de 421 pacientes. **Rev Bras Cancerol** 2008; 3:221-6.

Sakai S, Kubo T, Mori N, et al. A study of the late effects of radiotherapy and operation on patients with maxillary cancer a survey more than 10 years after initial treatment. **Cancer** 1988; 62:2114-7.

Santos LC, Batista Ode M, Cangussu MC. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. **Braz J Otorhinolaryngol** 2010; 76:416-22.

Santos RA, Portugal FB, Feliz JD, Santos PM, Siqueira MM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. **Rev Bras Cancerol** 2012; 58:21-29.

Satheeshkumar PS, Mohan MP. Reflectory trismus in head and neck cancer. **Oral Oncol** 2013; 49:e23-4.

Scott B, Butterworth C, Lowe D, Rogers SN. Factors associated with restricted mouth opening and its relationship to health-related quality of life in patients attending a maxillofacial oncology clinic. **Oral Oncol** 2008; 44:430-8.

Sciubba JJ. Oral cancer and its detection History-taking and the diagnostic phase of management. **J Am Dent Assoc** 2001 Suppl:12S-8S.

Steiner F, Evans J, Marsh R, et al. Mouth opening and trismus in patients undergoing curative treatment for head and neck cancer. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2015; 3:292-6.

Teguh DN, Levendag PC, Voet P, et al. Trismus in patients with oropharyngeal cancer: relationship with dose in structures of mastication apparatus. **Head Neck** 2008; 30:622-30.

Thomas F, Ozanne F, Mamelle G, Wibault P, Eschwege F. Radiotherapy alone for oropharyngeal carcinomas: the role of fraction size (2 Gy vs 25 Gy) on local control and early and late complications. **Int J Radiat Oncol Biol Phys** 1988; 15:1097-102.

Vermorken JB, Specenier P. Optimal treatment for recurrent/metastatic head and neck cancer. **Ann Oncol** 2001; 21:252-61.

Vissink A, Burlage FR, Spijkervet FK, Jansma J, Coppes RP. Prevention and treatment of the consequences of head and neck radiotherapy. **Crit Rev Oral Biol Med** 2003; 14:213-25.

Vikram B. Adjuvant therapy in head and neck cancer. **CA Cancer J Clin** 1998; 48:199-209.

Anexo 1 - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP



**A.C. Camargo
Cancer Center**

**Comitê de Ética em
Pesquisa - CEP**

São Paulo, 17 de julho de 2014.

Ao

Dr. Dov Charles Goldenberg.

Aluna: Cinthia Azevedo Martins (Mestrado).

Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 1875/14

“Relação entre trismo e condições de saúde bucal em pacientes portadores de neoplasias da cavidade oral”.

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente – Hospital do Câncer - A.C. Camargo/SP, em sua última reunião de 15/07/2014, após analisarem as respostas aos questionamentos realizados em reunião de 29/04/2014, aprovaram a realização do projeto (datado de abril de 2014), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Versão 3) e tomaram conhecimento dos seguintes documentos:

- Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- Termo de Compromisso do Pesquisador com Resoluções do Conselho Nacional de Saúde;
- Declaração Sobre o Plano de Recrutamento dos Sujeitos de Pesquisa, Circunstâncias e Responsáveis Pela Obtenção do TCLE;
- Declaração Sobre os Dados Coletados, Publicação dos Dados e Propriedade das Informações Geradas;
- Declaração Sobre o Uso e Destino do Material Biológico, publicação dos Dados e Propriedade das Informações Geradas;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Estomatologia;
- Declaração de Infraestrutura e Instalações do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia;
- Cronograma do estudo;
- Orçamento Financeiro Detalhado.

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas ao CEP dentro de 06 meses em relatório (modelo CEP).

Atenciosamente,

Prof. Dr. Luiz Paulo Kowalski
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 2 - Ficha para coleta de dados.

Dados Gerais

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

End: _____

Nº: _____ CEP: _____ - _____

Complemento: _____

Tel:() _____ Cel:() _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Histórico Prévio:

Há histórico prévio de câncer na família? ()S ()N

Se sim: qual grau de parentesco e tipo do tumor?

Fumante? ()S ()N

Quantos maços por dia? _____

Usa drogas? ()S ()N

Qual? Com que frequência? _____

Ingere bebidas alcoólicas? ()S ()N

Qual? Com que frequência? _____

Possui alguma doença como diabetes, hipertensão, artrite? ()S ()N

Qual _____

Faz uso de algum medicamento contínuo?

Qual? _____

Hábitos de Higiene Bucal:

Escova os dentes? ()S ()N Com que frequência? _____

Usa fio dental? ()S ()N Com que frequência? _____

Faz uso de algum enxaguante bucal? ()S ()N Qual? _____

Com que frequência? _____

Costuma ir ao dentista? ()S ()N Com que frequência? _____

Qual foi a última vez que foi ao dentista? _____

Avaliação

Data: ____/____/____	Sim	Não
Trismo	mm	mm
Saburra		
Percebe Halitose?		
Gengivite/Periodontite		
Dentes Perdidos	dentes	dentes
Cáries	dentes	dentes
Necessidade Endodontia	dentes	dentes

OBS: _____

