REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

ABORDAGEM ODONTOLÓGICA APÓS RADIOTERAPIA PARA CARCINOMA DE NASOFARINGE: RELATO DE CASO

DENTAL MANAGEMENT FOLLOWING RADIOTHERAPY FOR NASOPHARYNGEAL CARCINOMA: A CASE REPORT

Ciências da Saúde • 25/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795533965

Priscila Puppo Barbosa[1]

Heytor Bitencourt Savioli[2]

Halbert Villalba[3]

Gabriele Emiliano Verità[4]

Cristina Verità[5]

Ruth Ydania Andia Merlin[6]

Elcio Magdalena Giovani[7]

RESUMO

O carcinoma de nasofaringe pode exigir tratamento com radioterapia e quimioterapia, modalidades que, apesar de sua importância no controle da doença, podem provocar alterações bucais que permanecem mesmo após o término do tratamento oncológico. Este relato apresenta a abordagem odontológica de um paciente de 73 anos com histórico de carcinoma espinocelular de nasofaringe, tratado com radioterapia e quimioterapia em 2017, sem sinais de recidiva relatados durante o acompanhamento. Entre as alterações observadas estavam xerostomia, destruição coronária compatível com cárie relacionada à radiação e limitação da abertura bucal. O exame clínico também revelou acúmulo de biofilme sobre dentes e implantes, sangramento à sondagem e mobilidade dentária. Diante do histórico de irradiação da região de cabeça e pescoço e da preocupação com o risco de osteorradionecrose associado a procedimentos invasivos, optou-se por uma abordagem conservadora, priorizando o tratamento endodôntico, a remoção do tecido cariado e o sepultamento coronário, além do planejamento reabilitador. Como medidas complementares, foram utilizados pilocarpina para o manejo da xerostomia, digluconato de clorexidina para auxiliar no controle do biofilme e dipirona para o controle da dor associada ao trismo. O caso ressalta a importância de avaliar cada paciente de acordo com suas condições clínicas e seu histórico oncológico, buscando preservar os elementos dentários sempre que possível e reduzir a necessidade de intervenções invasivas.

Palavras-chave: Neoplasias Nasofaríngeas; Radioterapia; Xerostomia; Assistência Odontológica; Osteorradionecrose.

ABSTRACT

Nasopharyngeal carcinoma may require radiotherapy and chemotherapy, treatments that, despite their importance in disease

control, can cause oral complications that persist even after the end of cancer therapy. This case report describes the dental management of a 73-year-old patient with a history of squamous cell carcinoma of the nasopharynx, treated with radiotherapy and chemotherapy in 2017, with no reported signs of recurrence during follow-up. The main oral findings included xerostomia, extensive coronal destruction consistent with radiation-related caries, and limited mouth opening. Clinical examination also revealed biofilm accumulation on teeth and implants, bleeding on probing, and tooth mobility. Considering the history of head and neck irradiation and the potential risk of osteoradionecrosis associated with invasive procedures, a conservative approach was adopted, prioritizing endodontic treatment, carious tissue removal, and coronal submergence, together with prosthetic rehabilitation planning. Adjunctive management included pilocarpine for xerostomia, chlorhexidine digluconate to assist with biofilm control, and dipyrone for pain associated with trismus. This case highlights the importance of assessing each patient according to their clinical conditions and oncological history, preserving teeth whenever possible and reducing the need for invasive procedures.
Keywords: Nasopharyngeal Neoplasms; Radiotherapy; Xerostomia; Dental Care; Osteoradionecrosis.

1. INTRODUÇÃO

O carcinoma de nasofaringe é uma neoplasia maligna que se desenvolve na mucosa da nasofaringe e apresenta características próprias quanto à sua origem, ao comportamento biológico e à resposta ao tratamento. Seu desenvolvimento está relacionado a diferentes fatores, incluindo aspectos genéticos, ambientais e virais, com destaque para a infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV),

principalmente nos carcinomas não queratinizantes. As manifestações clínicas podem envolver obstrução nasal, alterações auditivas e aumento de volume cervical. O diagnóstico é estabelecido a partir da associação entre avaliação clínica, exames de imagem e confirmação histopatológica (Wen *et al.*, 2026).

O tratamento depende principalmente do estágio da doença e das condições clínicas do paciente, podendo envolver radioterapia e quimioterapia, de forma isolada ou associada. Embora essas modalidades sejam fundamentais para o controle tumoral, também podem provocar efeitos adversos que comprometem a saúde bucal, como mucosite, xerostomia, cárie relacionada à radiação e osteorradionecrose. Nesse cenário, o cirurgião-dentista desempenha um papel importante na equipe multidisciplinar, tanto na prevenção dessas complicações quanto no acompanhamento das alterações que surgem durante e após o tratamento oncológico (Carvalho *et al.*, 2023).

Outro aspecto que merece atenção é a possibilidade de essas alterações permanecerem por vários anos após o término da radioterapia. A literatura descreve complicações tardias que podem envolver alterações salivares, comprometimento periodontal, alterações na estrutura dentária e limitação da abertura bucal. Essas condições podem interferir diretamente na alimentação, na higiene oral e na realização de procedimentos odontológicos, tornando necessário um acompanhamento contínuo e adequado às necessidades de cada paciente (Gerlach *et al.*, 2026).

Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo apresentar as principais características do carcinoma de nasofaringe e discutir as complicações bucais associadas ao tratamento

oncológico, com ênfase na abordagem odontológica de um paciente com sequelas tardias da radioterapia. Busca-se, ainda, destacar a importância do planejamento individualizado, da preservação dentária e dos cuidados necessários para reduzir o risco de complicações, especialmente a osteorradionecrose.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Carcinoma de Nasofaringe: Características, Diagnóstico e Tratamento

O carcinoma de nasofaringe é uma neoplasia maligna que apresenta diferentes subtipos histológicos, entre eles o carcinoma espinocelular queratinizante, o carcinoma não queratinizante diferenciado e o carcinoma não queratinizante indiferenciado. Este último apresenta relevância clínica devido à sua associação com o vírus Epstein-Barr (EBV). Sua origem é considerada multifatorial, envolvendo fatores genéticos, ambientais e virais que podem contribuir para a transformação maligna das células da mucosa nasofaríngea e para a progressão da doença (Rueda Domínguez *et al.*, 2026).

As manifestações clínicas podem variar de acordo com a localização e a extensão do tumor. Entre os sinais e sintomas mais frequentes estão obstrução nasal, epistaxe, alterações auditivas, otalgia e aumento de volume cervical relacionado ao comprometimento dos linfonodos. A investigação diagnóstica envolve exame clínico, endoscopia nasal e exames de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, que permitem avaliar a extensão da lesão e auxiliar no estadiamento. Entretanto, a

confirmação do diagnóstico depende da análise histopatológica do tecido obtido por biópsia (Rueda Domínguez *et al.*, 2026).

A escolha do tratamento depende do estágio da doença e das condições gerais do paciente. A radioterapia representa uma das principais modalidades terapêuticas, sendo frequentemente associada à quimioterapia nos casos localmente avançados. Entre as técnicas utilizadas, a radioterapia de intensidade modulada permite uma distribuição mais precisa da dose de radiação, buscando atingir o tecido tumoral e preservar, dentro do possível, as estruturas saudáveis adjacentes. A cisplatina também se destaca entre os agentes quimioterápicos utilizados nos esquemas de quimiorradioterapia, conforme a indicação clínica (Rueda Domínguez *et al.*, 2026).

2.2. Complicações da Radioterapia e Manejo Odontológico

A radioterapia realizada na região de cabeça e pescoço pode provocar alterações bucais tanto durante o tratamento quanto nos anos seguintes. A intensidade e a ocorrência dessas complicações dependem de fatores como a dose de radiação recebida, a região irradiada e as condições clínicas de cada paciente. Entre as manifestações mais conhecidas estão mucosite, xerostomia, cárie relacionada à radiação, trismo e osteorradionecrose. A redução do fluxo salivar merece atenção especial, pois compromete os mecanismos naturais de proteção da cavidade oral, favorecendo o desenvolvimento de lesões cariosas, infecções oportunistas e dificuldades relacionadas à mastigação, à deglutição e à fala. Além disso, a fibrose dos músculos da mastigação pode limitar a abertura bucal e dificultar a realização da higiene oral (Brook, 2020).

Nesse contexto, a participação do cirurgião-dentista desde o início do tratamento oncológico pode contribuir significativamente para a prevenção dessas complicações. Antes da radioterapia, recomenda-se uma avaliação completa das condições dentárias, periodontais e dos tecidos moles, com o objetivo de identificar focos infecciosos e elementos dentários com prognóstico desfavorável. Quando necessárias, restaurações, intervenções periodontais e exodontias devem ser planejadas preferencialmente antes do início da irradiação, respeitando o período de cicatrização e evitando atrasos no tratamento oncológico (Carvalho *et al.*, 2023).

Durante a radioterapia, o acompanhamento odontológico permite identificar alterações precocemente e estabelecer medidas para controlar os sintomas e preservar as condições bucais. Orientações de higiene oral, utilização de dentifrícios fluoretados, aplicação tópica de flúor e hidratação frequente são medidas importantes nesse período. Além disso, procedimentos invasivos devem ser avaliados com cautela, considerando as condições hematológicas, o risco de infecção e a capacidade de cicatrização do paciente. A comunicação entre o cirurgião-dentista e a equipe médica também é fundamental para que as condutas sejam estabelecidas de maneira segura (Carvalho *et al.*, 2023).

Em uma revisão de escopo, Gerlach *et al.* (2026) observaram que as complicações bucais decorrentes da radioterapia apresentam origem multifatorial e podem permanecer por longos períodos após o tratamento. Os autores destacaram a relação entre a redução do fluxo salivar, o desenvolvimento de cáries e as alterações periodontais, além da influência da dose de radiação sobre os tecidos envolvidos nos movimentos mastigatórios. Esses achados reforçam que os cuidados odontológicos não devem ser

interrompidos após o término da terapia oncológica, sendo necessário manter medidas preventivas e acompanhamento individualizado.

Mesmo após o encerramento do tratamento, algumas complicações ainda podem surgir ou permanecer ao longo dos anos. Entre elas, a osteorradionecrose representa uma das condições que exigem maior atenção do cirurgião-dentista. Caracterizada pela presença de osso desvitalizado em uma região previamente irradiada, associada à dificuldade de cicatrização e sem evidências de neoplasia persistente ou recorrente que expliquem o quadro, essa condição apresenta relação importante com a capacidade de reparação dos tecidos ósseos. A mandíbula é frequentemente acometida, e procedimentos invasivos, principalmente exodontias, podem aumentar o risco de seu desenvolvimento em áreas que receberam doses relevantes de radiação (Brook, 2020).

Por esse motivo, o planejamento odontológico após a radioterapia deve considerar não apenas a condição dos dentes, mas também a dose e a localização da região irradiada. Sempre que houver possibilidade clínica, alternativas conservadoras devem ser consideradas para evitar intervenções cirúrgicas desnecessárias. Quando a exodontia for indispensável, sua indicação deve ser cuidadosamente avaliada, considerando o risco individual e a necessidade de acompanhamento especializado. O controle do biofilme, o manejo da xerostomia, a aplicação de fluoretos e a manutenção da saúde periodontal também são medidas importantes para reduzir a ocorrência de novas complicações e preservar os elementos dentários (Brook, 2020).

Ward *et al.* (2024), em um estudo de coorte, avaliaram pacientes submetidos a exodontias após a radioterapia e observaram uma incidência acumulada de exposição óssea de 40% entre os indivíduos incluídos no estudo. Esse resultado demonstra que procedimentos cirúrgicos realizados em pacientes previamente irradiados podem apresentar riscos relevantes, mesmo quando realizados após o término do tratamento oncológico. Dessa maneira, os autores reforçam a necessidade de avaliar cuidadosamente a indicação de extrações dentárias, considerando as condições ósseas e o histórico de irradiação de cada paciente (Ward *et al.*, 2024).

2.3. Adesão dos Materiais Restauradores nas Estruturas Dentárias Pós-Radioterapia

As alterações provocadas pela radioterapia podem comprometer a saúde dos tecidos dentários de maneira direta e indireta. A redução do fluxo salivar, associada às mudanças na composição da saliva, favorece o desenvolvimento de cáries relacionadas à radiação. Essas lesões podem apresentar evolução rápida, acometendo principalmente a região cervical dos dentes e avançando até provocar extensa destruição coronária. Quando há comprometimento pulpar e necessidade de extração, a preocupação com a osteorradionecrose torna-se ainda mais relevante, especialmente em pacientes que receberam doses elevadas de radiação na região dos maxilares (Wood; Maxymiw; McComb, 1993).

A escolha do material restaurador nesses pacientes deve considerar as condições da estrutura dentária remanescente, o risco de novas lesões cariosas e as alterações salivares decorrentes do tratamento oncológico. Entre os materiais utilizados estão o amálgama de prata,

as resinas compostas e os cimentos de ionômero de vidro. Wood, Maxymiw e McComb (1993) discutiram as limitações relacionadas ao uso de resinas compostas em pacientes com elevado risco de cárie, considerando aspectos como a contração de polimerização, a ausência de propriedades anticariogênicas e as dificuldades de obter uma união adequada em determinadas superfícies dentárias.

Os autores também observaram que a intensidade da xerostomia pode influenciar diretamente a longevidade das restaurações, com maior ocorrência de falhas nos pacientes que apresentavam comprometimento salivar mais acentuado. Em relação ao amálgama, foram observados melhores resultados clínicos entre os indivíduos que utilizavam regularmente gel fluoretado. Esses achados mostram que a escolha do material restaurador não deve ser baseada apenas em suas propriedades isoladas, mas também nas condições bucais do paciente e na possibilidade de manutenção dos cuidados preventivos ao longo do tempo (Wood; Maxymiw; McComb, 1993).

Mais recentemente, Maret *et al.* (2024) também destacaram a relação entre a hipossalivação decorrente do tratamento oncológico e o aumento da suscetibilidade às cáries relacionadas à radiação. Por meio de relatos clínicos, os autores demonstraram a importância de reconhecer essas alterações precocemente e estabelecer medidas preventivas e restauradoras adequadas. Além disso, ressaltaram que a progressão das lesões pode levar à necessidade de procedimentos mais invasivos, o que exige atenção especial em pacientes previamente irradiados, devido à possibilidade de desenvolvimento de osteorradionecrose.

2.4. Tratamento Endodôntico Após Radioterapia

A osteorradionecrose (ORN) é uma complicação associada à radioterapia de cabeça e pescoço, caracterizada pela necrose do tecido ósseo e pelo comprometimento de sua capacidade de cicatrização. Sua ocorrência pode estar relacionada a procedimentos odontológicos invasivos, especialmente às exodontias, uma vez que a irradiação pode reduzir a capacidade de reparação dos tecidos. Por esse motivo, a adoção de medidas preventivas e a escolha criteriosa das intervenções odontológicas são fundamentais para preservar as estruturas ósseas e os tecidos adjacentes (de Mattos; Marchionni, 2021).

Diante desse cenário, o tratamento endodôntico associado ao sepultamento radicular pode ser considerado uma alternativa conservadora à exodontia em situações clínicas selecionadas. Essa abordagem busca controlar a condição pulpar e periapical, preservar as raízes dentárias e evitar o trauma cirúrgico relacionado à remoção do elemento dentário. Para alcançar esses objetivos, é necessário realizar o tratamento endodôntico com atenção à instrumentação, à obturação e à prevenção de possíveis danos aos tecidos periapicais. Posteriormente, a remoção da porção coronária e o adequado selamento do remanescente radicular permitem considerar a possibilidade de reabilitação protética, conforme as condições clínicas do paciente (de Mattos; Marchionni, 2021).

O tratamento endodôntico não cirúrgico também representa uma alternativa importante para a manutenção dos elementos dentários em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço. A possibilidade de preservar dentes comprometidos pode reduzir a necessidade de exodontias, principalmente em regiões que receberam doses elevadas de radiação. Entretanto, o planejamento deve considerar as possíveis alterações estruturais da dentina, os

cuidados necessários durante a instrumentação dos canais radiculares e a obtenção de um selamento coronário adequado (Ma; Tay, 2026).

2.5. Xerostomia e Trismo

A saliva participa de diversas funções essenciais para a manutenção da saúde bucal. Além de contribuir para a lubrificação da mucosa, auxilia na limpeza mecânica da cavidade oral, na diluição de resíduos alimentares e bactérias e na proteção dos tecidos dentários. Também apresenta propriedades antimicrobianas e participa de funções como mastigação, formação do bolo alimentar, deglutição, fala e percepção do paladar. Entretanto, pacientes submetidos ao tratamento de câncer de cabeça e pescoço podem apresentar comprometimento das glândulas salivares, principalmente em decorrência da radioterapia. Essa condição pode provocar hipofunção glandular e xerostomia, caracterizada pela sensação de boca seca. Em alguns pacientes, essas alterações são intensas e persistem mesmo após o término do tratamento, interferindo diretamente no conforto, na alimentação e na qualidade de vida (Mercadante *et al.*, 2021).

A redução da quantidade de saliva compromete seus mecanismos naturais de proteção e lubrificação, favorecendo o aparecimento de diferentes alterações bucais. Por esse motivo, o manejo da xerostomia deve envolver medidas destinadas tanto ao alívio dos sintomas quanto à prevenção de complicações. Embora existam diferentes alternativas terapêuticas, nem todas apresentam resultados duradouros, o que torna necessário manter o acompanhamento odontológico e adaptar as condutas às condições de cada paciente (Mercadante *et al.*, 2021).

Entre as medidas utilizadas estão os substitutos salivares, géis lubrificantes e agentes hidratantes tópicos, que ajudam a umedecer a mucosa e proporcionam alívio temporário da sensação de boca seca. A ingestão frequente de água, em pequenos volumes ao longo do dia, também pode contribuir para melhorar o conforto oral. Outra possibilidade é estimular a produção de saliva residual por meio de recursos gustativos e mastigatórios, como gomas de mascar, balas e pastilhas sem açúcar. Entretanto, os resultados dessas medidas dependem da quantidade de função salivar que permanece após a irradiação (Mercadante *et al.*, 2021).

Em um ensaio clínico randomizado, foi avaliada a utilização de goma de mascar como alternativa para aliviar a xerostomia induzida pela radioterapia. Os resultados demonstraram uma redução mais expressiva dos sintomas de boca seca entre os participantes que utilizaram a goma, embora não tenha sido observada diferença significativa na taxa de fluxo salivar entre os grupos. Esse resultado indica que a estimulação mecânica pode melhorar a percepção de conforto do paciente, mesmo sem promover uma recuperação efetiva da função das glândulas salivares comprometidas pela radiação (Kaae *et al.*, 2020).

Além das medidas tópicas e dos estímulos salivares, medicamentos sialogogos sistêmicos, como a pilocarpina e a cevimelina, também podem ser utilizados quando houver indicação clínica. Esses fármacos atuam estimulando a secreção salivar residual, podendo contribuir para a redução dos sintomas. Entretanto, sua eficácia depende do grau de comprometimento das glândulas salivares, e a prescrição deve considerar as condições sistêmicas do paciente, as possíveis contraindicações e os efeitos adversos (Mercadante *et al.*, 2021).

Em uma revisão abrangente da literatura, Craig *et al.* (2026) identificaram a xerostomia, a disfagia, o trismo, as cáries dentárias e a mucosite entre as principais complicações bucais observadas em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Os autores também destacaram que, apesar da existência de diferentes estratégias preventivas e terapêuticas, parte das intervenções ainda apresenta limitações quanto à qualidade das evidências científicas disponíveis. Esse cenário reforça a necessidade de acompanhamento odontológico contínuo e de decisões terapêuticas individualizadas, considerando as condições clínicas e as necessidades funcionais de cada paciente.

Dessa forma, o manejo odontológico de pacientes com carcinoma de nasofaringe deve considerar não apenas as alterações presentes durante o tratamento oncológico, mas também aquelas que podem surgir ou permanecer ao longo dos anos. A atuação conjunta entre o cirurgião-dentista e a equipe médica permite estabelecer medidas preventivas, controlar os efeitos adversos das terapias antineoplásicas e preservar, sempre que possível, a função oral e a qualidade de vida do paciente.

3. RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 73 anos, identificado pelas iniciais C.Z., com histórico de carcinoma espinocelular de nasofaringe, compareceu à clínica do Centro de Estudos e Atendimento ao Paciente Especial da Universidade Paulista (UNIP), encaminhado para avaliação e possível realização de exodontias. Durante a anamnese, relatou ter sido submetido a tratamento oncológico com radioterapia, totalizando 33 sessões, associada à quimioterapia. O tratamento foi concluído em 4 de maio de 2017, e o

paciente permanecia em acompanhamento clínico, sem sinais de recidiva da doença relatados.

Entre as condições observadas após o tratamento oncológico, destacavam-se xerostomia, destruição coronária extensa compatível com cárie relacionada à radiação e dificuldade de abertura bucal. O paciente também relatou histórico de depressão e hipertensão arterial controlada, fazendo uso de losartana, paroxetina, tadalafila, tansulosina e quetiapina.

O tratamento radioterápico foi realizado por meio da técnica de arcoterapia volumétrica modulada (VMAT), utilizando acelerador linear, no período de 1º de março a 4 de maio de 2017. Foram realizadas sessões diárias, cinco vezes por semana, com dose total de 5.600 cGy nas drenagens linfáticas e 6.996 cGy na lesão primária. Considerando a localização do tumor e o histórico de irradiação da região de cabeça e pescoço, o paciente necessitava de acompanhamento odontológico específico, principalmente devido às possíveis complicações tardias e ao risco de osteorradionecrose.

Na avaliação sistêmica, apresentava hipertensão arterial controlada com losartana, sendo classificado como ASA II, conforme os dados clínicos disponíveis. Relatou uso contínuo de paroxetina 20 mg, quetiapina 25 mg, tadalafila 5 mg e tansulosina 0,4 mg, medicamentos relacionados ao manejo de suas condições sistêmicas e psiquiátricas, disfunção erétil e hiperplasia prostática benigna. Também apresentava histórico de tabagismo, com interrupção do hábito em 1980.

Durante o exame clínico e periodontal, foi observado acúmulo de biofilme sobre os implantes e em diferentes elementos dentários,

associado a sangramento à sondagem em múltiplos sítios. Também foi identificada mobilidade dentária no elemento 24. Esses achados demonstraram a necessidade de estabelecer medidas de controle do biofilme, avaliar as condições periodontais e definir um planejamento odontológico compatível com o histórico oncológico do paciente.

Inicialmente, considerando o encaminhamento para exodontias e o histórico de radioterapia na região de cabeça e pescoço, foi necessário avaliar cuidadosamente os riscos envolvidos nos procedimentos cirúrgicos. Diante da possibilidade de osteorradionecrose, optou-se por uma abordagem conservadora, priorizando a preservação dos elementos dentários e evitando exodontias sempre que houvesse possibilidade de manutenção clínica.

Em razão da destruição coronária observada e do comprometimento das estruturas dentárias, foi realizado tratamento endodôntico, com o objetivo de tratar a condição pulpar e possibilitar a preservação do remanescente radicular. Após essa etapa, realizou-se a remoção do tecido cariado e o sepultamento coronário, buscando manter as estruturas dentárias e reduzir a necessidade de intervenção cirúrgica.

Para o selamento do remanescente dentário, foi utilizado amálgama, considerando os estudos analisados sobre o comportamento dos materiais restauradores em pacientes submetidos à radioterapia. Entretanto, essa escolha deve ser interpretada dentro das condições específicas do caso, uma vez que não é possível estabelecer uma superioridade adesiva geral do

amálgama em relação às resinas compostas, pois esse material não apresenta adesão química intrínseca à estrutura dentária.

O sepultamento coronário também teve como objetivo possibilitar uma reabilitação protética posterior, buscando recuperar a função mastigatória e a estética sem a necessidade de extração do elemento dentário. Para essa etapa, foi planejada uma prótese total superior e uma prótese parcial removível inferior, com apoio nos implantes previamente instalados pelo paciente.

No manejo complementar da xerostomia, foi prescrita pilocarpina, com a finalidade de estimular a secreção salivar residual e proporcionar maior conforto oral. Para auxiliar no controle do biofilme e na manutenção da higiene bucal durante o período de adaptação à reabilitação protética, foi indicado bochecho com digluconato de clorexidina. Além disso, devido à dificuldade de abertura bucal e ao desconforto associado ao trismo, foi prescrita dipirona para o controle da dor.

Assim, a abordagem adotada considerou as particularidades clínicas e o histórico oncológico do paciente, priorizando a preservação das estruturas dentárias, o controle das alterações bucais e o planejamento de uma reabilitação protética compatível com suas necessidades.

Figura 1. Fotografia registrada antes do tratamento odontológico.



Figura 2. Radiografia Panorâmica antes da intervenção.



Figura 3. Aspecto após adequação do meio.



Figura 4. Aspecto do sepultamento dos elementos.



Figura 5. Aspecto geral intraoral.



Figura 6. PPR em oclusão.



4. DISCUSSÃO

A radioterapia realizada na região de cabeça e pescoço pode provocar alterações importantes na cavidade bucal e nas estruturas adjacentes. Entre as principais consequências estão a redução do fluxo salivar, o aumento da suscetibilidade à cárie dentária, a mucosite durante o tratamento e a fibrose dos músculos responsáveis pela mastigação (Brook, 2020). No presente caso, a dificuldade de abertura bucal apresentada pelo paciente pode estar relacionada aos efeitos tardios da radioterapia, especialmente às alterações fibróticas dos tecidos. Embora essa relação não possa ser estabelecida apenas com os dados clínicos disponíveis, é importante considerar que a limitação da abertura bucal interfere diretamente na higiene oral e pode dificultar a realização de procedimentos odontológicos.

Goh *et al.* (2023) destacaram que o acompanhamento odontológico de pacientes submetidos à radioterapia deve contemplar medidas preventivas, restauradoras e reabilitadoras, levando em consideração as alterações que podem permanecer mesmo após o término do tratamento oncológico. Os autores também ressaltam a importância do planejamento odontológico individualizado, com o objetivo de reduzir a necessidade de procedimentos invasivos e controlar complicações como xerostomia, cárie relacionada à radiação e osteorradionecrose. Nesse sentido, o caso reforça a importância da participação do cirurgião-dentista no acompanhamento desses pacientes, em conjunto com os demais profissionais envolvidos no cuidado oncológico.

Entre as complicações que merecem maior atenção está a osteorradionecrose, caracterizada pela presença de osso desvitalizado em uma região previamente irradiada, com comprometimento da cicatrização e sem evidências de neoplasia persistente ou recorrente que justifiquem o quadro. Essa condição representa uma preocupação importante durante o planejamento odontológico, principalmente quando existe a possibilidade de realizar exodontias. Isso ocorre porque a radiação pode comprometer a vascularização e a capacidade de reparação dos tecidos ósseos. Entretanto, o risco não deve ser considerado igual para todos os pacientes, sendo necessário avaliar a dose de radiação recebida pelos maxilares, a localização da área irradiada, a condição óssea e a necessidade real de intervenção cirúrgica (Peterson *et al.*, 2024).

No caso apresentado, a presença de biofilme sobre os implantes e os elementos dentários, associada ao sangramento à sondagem em diferentes sítios, demonstrou a necessidade de atenção especial ao

controle periodontal. Esses achados reforçam a importância de orientar o paciente quanto à higiene bucal, realizar procedimentos de controle do biofilme e estabelecer um acompanhamento periódico. Além disso, a mobilidade observada no elemento 24 deve ser considerada durante a avaliação do prognóstico dentário, permitindo definir a melhor conduta de acordo com as condições clínicas apresentadas. O controle dessas alterações é particularmente importante em pacientes irradiados, pois a manutenção da saúde periodontal pode contribuir para evitar a progressão de doenças bucais e diminuir a possibilidade de futuras intervenções invasivas.

Diante das condições clínicas observadas e do histórico de tratamento oncológico, a preservação dos elementos dentários foi considerada uma alternativa importante no planejamento odontológico. A opção por uma abordagem conservadora, com tratamento endodôntico, remoção do tecido cariado e sepultamento coronário, buscou controlar as alterações presentes e evitar, quando possível, procedimentos cirúrgicos que pudessem representar maior risco ao paciente. Essa conduta também permitiu considerar a possibilidade de reabilitação protética posterior, levando em conta a necessidade de recuperar a função mastigatória e proporcionar melhores condições de saúde bucal.

Portanto, o caso demonstra que o atendimento odontológico de pacientes com histórico de carcinoma de nasofaringe não deve se limitar à resolução das alterações bucais já instaladas. É necessário considerar também as possíveis consequências tardias da radioterapia e da quimioterapia, mesmo anos após o término do tratamento e na ausência de sinais de recidiva oncológica. O controle periodontal, a preservação dentária, o manejo da

xerostomia e a avaliação criteriosa de procedimentos invasivos devem fazer parte do acompanhamento. Dessa forma, o planejamento individualizado e a integração entre o cirurgião-dentista e a equipe médica são fundamentais para oferecer um atendimento mais seguro e contribuir para a manutenção da saúde bucal e da qualidade de vida do paciente.

5. CONCLUSÃO

O presente relato de caso evidencia a importância de um planejamento odontológico individualizado para pacientes com histórico de carcinoma de nasofaringe submetidos à radioterapia e à quimioterapia. Mesmo após anos do término do tratamento oncológico e sem sinais de recidiva relatados, o paciente ainda apresentava alterações bucais que exigiam atenção, como xerostomia, dificuldade de abertura bucal, destruição coronária e comprometimento periodontal.

A condução do caso reforça a importância de avaliar cuidadosamente as condições clínicas e o histórico de irradiação antes de definir a abordagem odontológica. Nesse contexto, a preservação dos elementos dentários, por meio de alternativas conservadoras quando viáveis, pode representar uma possibilidade importante para evitar procedimentos invasivos e reduzir a exposição do paciente a complicações como a osteorradionecrose. Da mesma forma, o controle do biofilme, a orientação de higiene oral e o acompanhamento periódico são fundamentais para a manutenção das condições bucais.

Por fim, destaca-se que o atendimento desses pacientes exige uma visão ampla, que considere não apenas as necessidades

odontológicas imediatas, mas também os efeitos tardios do tratamento oncológico. A comunicação com a equipe médica e o planejamento baseado nas particularidades de cada paciente contribuem para a escolha de condutas mais seguras, favorecendo a preservação das estruturas bucais e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BROOK, Itzhak. Late side effects of radiation treatment for head and neck cancer. **Radiation Oncology Journal,** v. 38, n. 2, p. 84–92, 25 jun. 2020.

CARVALHO, Isabela Cristina Santos *et al.* MANEJO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR,** v. 27, n. 1, 9 fev. 2023.

CRAIG, Reanna *et al.* Oral and dental complications and management in head and neck cancer patients: An umbrella review. **Journal of Dentistry,** v. 171, p. 106731, 1 ago. 2026.

DE MATTOS, Fabiane Pereira Santos; MARCHIONNI, Antônio Márcio Teixeira. Endodontia e sepultamento radicular como tratamento conservador em paciente submetido à radioterapia: Relato de caso / Endodontics and burial root as a conservative treatment in undergone radiotherapy patient: Case report. **Brazilian Journal of Development,** v. 7, n. 12, p. 114300–114314, 29 dez. 2021.

GERLACH, Till *et al.* Radiation-induced oral side effects in head and neck cancer: a scoping review and interdisciplinary recommendations. **BMC Oral Health,** v. 26, n. 1, 21 mar. 2026.

GOH, Elizabeth Z. *et al.* The dental management of patients irradiated for head and neck cancer. **British Dental Journal,** v. 234, n. 11, p. 800–804, 1 jun. 2023.

KAAE, Julie Killerup *et al.* A randomized phase III trial for alleviating radiation-induced xerostomia with chewing gum. **Radiotherapy and Oncology,** v. 142, p. 72–78, 1 jan. 2020.

MA, Jing-Zhi; TAY, Franklin. Endodontic Management Before, During and After Head and Neck Radiotherapy: Biological, Diagnostic and Clinical Considerations in Head and Neck Cancer Patients. **International endodontic journal,** p. 10.1111/iej.70193, maio 2026.

MARET, Delphine *et al.* Consequences of hyposalivation in relation to cancer treatment and early management of radiation-induced caries: case reports. **BDJ,** v. 237, n. 9, p. 705–709, 8 nov. 2024.

MERCADANTE, Valeria *et al.* Salivary Gland Hypofunction and/or Xerostomia Induced by Nonsurgical Cancer Therapies: ISOO/MASCC/ASCO Guideline. **Journal of Clinical Oncology,** v. 39, n. 25, p. 2825–2843, 1 set. 2021.

PETERSON, Douglas E. *et al.* Prevention and Management of Osteoradionecrosis in Patients With Head and Neck Cancer Treated With Radiation Therapy: ISOO-MASCC-ASCO Guideline. **Journal of Clinical Oncology,** v. 42, n. 16, p. 1975–1996, 1 jun. 2024.

RUEDA DOMÍNGUEZ, Antonio *et al.* SEOM-TTCC clinical guideline for nasopharyngeal carcinoma (update 2025). **Clinical & translational oncology: official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico,** v. 28, n. 4, p. 1151–1164, abr. 2026.

WARD, Matthew C. *et al.* Planned Dental Extractions After Radiation Therapy. **JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery,** v. 150, n. 10, p. 851, 1 out. 2024.

WEN, Yangbingyu *et al.* Nasopharyngeal carcinoma: epidemiology, risk factors, signaling pathways, clinical features, diagnosis, and management. **Molecular biomedicine,** v. 7, n. 1, p. 175, 17 set. 2026.

WOOD, R. E.; MAXYMIW, W. G.; MCCOMB, D. A clinical comparison of glass ionomer (polyalkenoate) and silver amalgam restorations in the treatment of Class 5 caries in xerostomic head and neck cancer patients. **Operative dentistry,** v. 18, n. 3, p. 94–102, 1993.

---

[1] Discente de Graduação em Odontologia na Universidade Paulista – UNIP.

[2] Discente de Graduação em Odontologia na Universidade Paulista – UNIP.

[3] Professor Titular da Disciplina de Anatomia Cabeça e Pescoço na Universidade Paulista – UNIP.

[4] Especialista em Odontopediatria e Hipnose Clínica.

[5] Especialista em Odontopediatria e Hipnose Clínica.

[6] Docente da Clínica Integrada e Centro de Estudos e Atendimento Especializado a Pacientes, UNIP

[7] Diretor Adjunto do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Paulista (UNIP) – SP.