

Revista OMNIA Saúde
ISSN 1806-6763 | e-ISSN: 2236-188X
<https://doi.org/10.69719/ros.v9.899>

Daniel Altoé Zandoná^{1*}
Livia Maluf Menegazzo Bueno¹
João Pedro da Silva Moreira¹

¹Centro Universitário de Adamantina - Fai

***Autor correspondente:**
daniel_zanaltoe@outlook.com

Recebido em: 14/11/2025
Aceito em: 11/02/2026

Resumo: Pacientes oncológicos candidatos a transplante de órgãos apresentam elevado risco de complicações bucais capazes de interromper ou inviabilizar o tratamento antineoplásico. O problema clínico deste relato envolve uma paciente com carcinoma hepatocelular em fila para transplante hepático, na qual foi identificada infecção odontogênica ativa, condição que contraindicou temporariamente a manutenção do cronograma oncológico e do transplante. Diante do risco de complicações ósseas associadas às terapias antineoplásicas e ao uso de medicações sistêmicas, optou-se como decisão terapêutica por um planejamento odontológico conservador, com sepultamento radicular, visando eliminar o foco infeccioso, preservar o rebordo alveolar e evitar procedimentos exodontários em momento crítico. A condução do caso ocorreu de forma integrada à equipe multiprofissional. Conclui-se que o planejamento odontológico individualizado contribui para a prevenção de complicações orais, evita atrasos no tratamento oncológico e viabiliza procedimentos médicos de alta complexidade, reforçando o papel estratégico do cirurgião-dentista na equipe de saúde.

Palavras-chave: Odontologia Oncológica; Sepultamento Radicular; Transplante Hepático; Complicações Bucais da Terapia Antineoplásica.

Abstract: Oncology patients eligible for organ transplantation present a high risk of oral complications capable of interrupting or compromising antineoplastic treatment. This case report describes a patient with hepatocellular carcinoma on the liver transplant waiting list, in whom an active odontogenic infection was identified, temporarily contraindicating maintenance of the oncological and transplant schedule. Given the risk of bone complications associated with antineoplastic therapies and systemic medications, a conservative dental approach was chosen, consisting of root submergence, aiming to eliminate the infectious focus, preserve the alveolar ridge, and avoid tooth extraction at a critical moment. Case management was conducted in close collaboration with a multidisciplinary team. It is concluded that individualized dental planning helps prevent oral complications, avoids delays in cancer treatment, and enables high-complexity medical procedures,

reinforcing the strategic role of the dentist within the healthcare team.

Keywords: Oncologic Dentistry; Root Submergence; Liver Transplantation; Oral Complications of Antineoplastic Therapy.

INTRODUÇÃO

A odontologia é fundamental para identificar e prevenir problemas bucais, inclusive os relacionados ao câncer. A relação entre odontologia e oncologia é complexa, já que o tratamento do câncer pode gerar danos à saúde bucal, e as condições bucais podem influenciar diretamente a evolução da doença oncológica [1,2]. Estudos mostram que as intervenções odontológicas realizadas antes, durante e após o tratamento oncológico contribuem positivamente para a prevenção de anomalias orais, promovendo a continuidade sistêmica, terapêutica e a qualidade de vida do paciente.

O tratamento oncológico pode gerar diversas repercussões na cavidade bucal que interferem diretamente no atendimento odontológico, exigindo planejamento e acompanhamento especializado. A quimioterapia e a radioterapia de cabeça e pescoço podem causar mucosite, xerostomia, alteração do paladar, maior suscetibilidade a infecções oportunistas, além de comprometer a integridade dos tecidos dentários e periodontais. A radioterapia, em especial, pode levar à osteorradionecrose, tornando procedimentos invasivos, como extrações, de alto risco. Dessa forma, a atuação do cirurgião-dentista é fundamental antes, durante e após o tratamento oncológico, visando prevenção, controle de sintomas, reabilitação funcional e melhoria da qualidade de vida do paciente [3].

Além disso, a colaboração entre odontologia e oncologia é essencial para prevenir, diagnosticar e manejar os efeitos adversos bucais decorrentes do tratamento oncológico. Cuidados dentários tanto preventivos quanto terapêuticos podem ajudar a diminuir problemas como dor e infecções, que podem prejudicar a continuidade do tratamento e a recuperação do paciente. A avaliação dentária e as orientações sobre higiene bucal antes e durante o tratamento do câncer são cruciais para evitar complicações, infecções que surgem em momentos inadequados e para aumentar a adesão ao tratamento, enfatizando a relevância do trabalho conjunto com a equipe diversificada [4].

A presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar é indispensável para desenvolver estratégias eficazes no manejo de efeitos colaterais como mucosite, xerostomia e infecções oportunistas. Manejo odontológico perioperatório demonstrou reduzir complicações como infecções dentárias e mucosite, o que favorece a manutenção do cronograma oncológico. Essa integração entre oncologia e odontologia proporciona uma abordagem holística que visa a melhoria da qualidade de vida do paciente e a otimização dos resultados terapêuticos [6].

O tratamento oncológico impacta significativamente a saúde bucal, sendo necessária atenção específica à mucosite oral, incluindo sua detecção e manejo, como destacado por Raber-Durlacher et al. [7]. A mucosite oral é uma complicação frequente e debilitante do tratamento antineoplásico, que prejudica a qualidade de vida e pode limitar a continuidade terapêutica [8]. A presença do cirurgião-dentista na equipe oncológica contribui diretamente para a redução do abandono terapêutico e das interrupções do tratamento antineoplásico, uma vez que o controle e a prevenção das complicações orais diminuem a necessidade de suspensão de sessões de quimioterapia e

radioterapia. Condições como mucosite severa, infecções odontogênicas e dor oral não controlada são causas frequentes de adiamento ou interrupção do tratamento oncológico, reforçando a importância da atuação odontológica integrada para a manutenção do cronograma terapêutico e a segurança sistêmica do paciente.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de manejo odontológico em paciente oncológica candidata a transplante hepático, destacando o sepultamento radicular como estratégia terapêutica para evitar exodontia, reduzir o risco de osteorradionecrose e preservar o cronograma oncológico. Busca-se ainda discutir, à luz da literatura, a justificativa clínica e interdisciplinar da escolha dessa técnica, bem como a importância da atuação do cirurgião-dentista na prevenção de complicações bucais que possam interferir na continuidade do tratamento oncológico.

Relato de Caso

Este estudo caracteriza-se como relato de caso, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 89796325.9.0000.0438), realizado a partir da análise de prontuário clínico, com consentimento da paciente. Paciente do sexo feminino, diagnosticada com carcinoma hepatocelular e doença hepática crônica de base, encontrava-se em acompanhamento oncológico e inserida em fila para transplante hepático. Durante o preparo pré-transplante, foi identificada infecção odontogênica ativa, que inviabilizou temporariamente a realização do procedimento cirúrgico. A paciente havia sido submetida a tratamento oncológico sistêmico, incluindo quimioterapia, não tendo realizado radioterapia em região de cabeça e pescoço.

A exodontia foi contraindicada naquele momento em razão do elevado risco de complicações ósseas associado ao estado sistêmico debilitado, à condição hepática avançada e ao uso de medicações sistêmicas. Na avaliação clínica e radiográfica, constatou-se perda extensa da estrutura coronária do elemento dental acometido, impossibilitando a realização imediata de tratamento endodôntico. Após discussão com a equipe oncológica, optou-se pelo sepultamento radicular como alternativa terapêutica conservadora, permitindo a eliminação do foco infeccioso e a reinserção da paciente na fila de transplante.

As imagens utilizadas para ilustração do procedimento correspondem a ilustrações esquemáticas desenvolvidas por inteligência artificial, com finalidade didática, não representando imagens clínicas reais.



Figura 1. Imagem radiográfica inicial. Fonte: Arquivo do prontuário do paciente

Inicialmente, foi feita antisepsia com solução antisséptica (clorexidina 0,12%) e em seguida, anestesia troncular do nervo alveolar inferior, complementada por anestesia infiltrativa na região do dente 46. Utilizou-se mepivacaína 2% (1:100.000) associada a vasoconstritor, com o objetivo de proporcionar analgesia eficaz e hemostasia adequada durante todo o procedimento cirúrgico. Foi utilizado a seringa carpule com agulha longa.

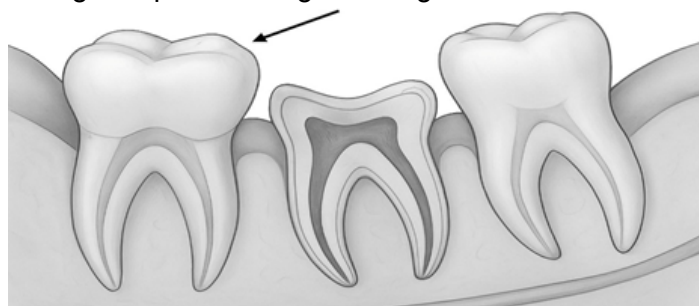


Figura 2. Dente com a coroa. *Ilustração esquemática desenvolvida por inteligência artificial, com finalidade didática, não correspondendo a imagem clínica real do procedimento.*

Com a anestesia efetiva, procedeu-se à remoção da coroa clínica do dente 46, utilizando uma broca cirúrgica nº 703 acoplada a um motor de alta rotação, com irrigação contínua. O corte foi realizado com bisturi de lâmina 15C no sentido mesial-distal, tendo como referência a margem gengival, até atingir o nível cervical do dente. A remoção da coroa possibilitou ampla visualização das raízes mesial e distal do elemento dentário, favorecendo a execução das etapas subsequentes.



Figura 3. Corte da coroa e remoção da coroa *Ilustração esquemática desenvolvida por inteligência artificial, com finalidade didática, não correspondendo a imagem clínica real do procedimento.*

Em seguida, foi realizada a separação das raízes com o auxílio de uma broca cirúrgica nº 702, por meio de um corte vertical entre as porções mesial e distal. Esta manobra teve como finalidade facilitar o manejo intraósseo das raízes, bem como seu posicionamento adequado dentro do alvéolo. A coroa do dente foi removida e a superfície radicular foi regularizada, mantendo-se aproximadamente 2 mm da raiz abaixo da crista óssea, conforme preconizado na técnica de sepultamento radicular.

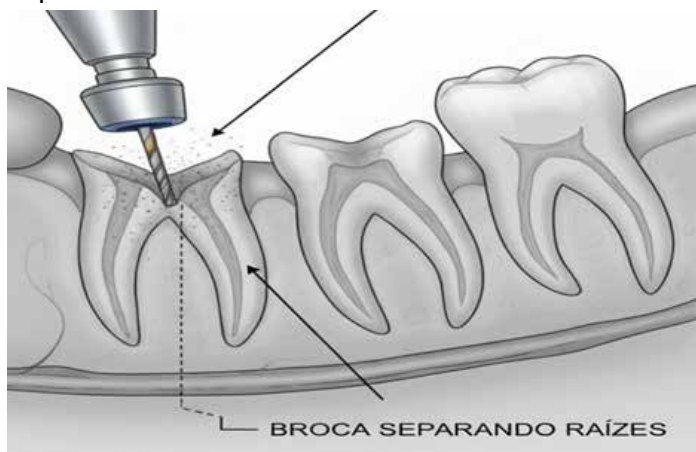


Figura 4. SEPARAÇÃO DAS RAÍZES. *Ilustração esquemática desenvolvida por inteligência artificial, com finalidade didática, não correspondendo a imagem clínica real do procedimento.*

Posteriormente, realizou-se o desgaste cervical das raízes e da crista óssea alveolar adjacente, em uma profundidade aproximada de 2 mm. Esse desgaste permitiu que as raízes fossem posicionadas abaixo do nível da margem gengival, possibilitando seu sepultamento completo. Essa abordagem visa preservar o rebordo alveolar, favorecendo a manutenção da arquitetura tecidual e prevenindo a exposição futura das raízes à cavidade oral. Por fim, o retalho gengival foi reposicionado cuidadosamente sobre as raízes sepultadas e a

ferida cirúrgica foi suturada com fio absorvível (Vicryl). A sutura teve como objetivo garantir o selamento adequado da mucosa e promover a cicatrização primária do local operado.



Figura 5. Raízes sepultadas. Fonte: Arquivo do prontuário do paciente

A paciente encontrava-se em estado debilitado, por estar em preparação para uma cirurgia de transplante hepático. Considerando seu conforto e o tempo clínico disponível, optou-se por não realizar uma documentação fotográfica extensa durante o procedimento. Além disso, devido à sua condição, decidiu-se não realizar intervalos para registros fotográficos ao longo do ato operatório. Ressalta-se que a indicação do procedimento foi realizada pelo oncologista responsável pela paciente.

Pós-operatório

Foram dadas instruções pós-operatórias ao paciente, incluindo o uso de analgésicos e antisséptico bucal, além do acompanhamento clínico em consultas subsequentes para monitoramento da cicatrização tecidual e integridade óssea da região. Após a realização do transplante hepático, procede-se à endodontia das raízes dentárias previamente sepultadas, com o objetivo de eliminar possíveis focos infecciosos e preservar a integridade dos tecidos circundantes. Esse procedimento visa minimizar riscos sistêmicos, considerando a condição imunossuprimida do paciente pós-transplante. Posteriormente, após a conclusão do tratamento oncológico e respeitando o período de estabilização

clínica, indica-se a exodontia dessas raízes, de acordo com a avaliação multidisciplinar e a resposta do paciente às terapias instituídas.

Discussão

A odontologia tem um papel fundamental na identificação, prevenção e manejo das complicações bucais em pacientes oncológicos, considerando a complexidade da relação entre o tratamento oncológico e a saúde bucal. Conforme destacado por Yong, Robinson e Hong [4], a avaliação odontológica realizada durante e após o tratamento do câncer contribui para a prevenção de anomalias orais, garantindo a continuidade do tratamento e promovendo a qualidade de vida dos pacientes. Esse acompanhamento integrado assegura uma abordagem multidisciplinar eficaz, que minimiza riscos e melhora a adesão ao tratamento.

Tradicionalmente, a técnica de sepultamento radicular ou coroectomia é descrita na literatura associada à realização prévia ou imediata de tratamento endodôntico, com o objetivo de eliminar potenciais focos infecciosos e aumentar a previsibilidade do procedimento, conforme descrito por O'Neal et al. [5]. No entanto, no presente caso, a decisão de postergar o tratamento endodôntico foi fundamentada em fatores sistêmicos e interdisciplinares, incluindo o estado clínico debilitado da paciente, a urgência em restabelecer sua elegibilidade para o transplante hepático e a necessidade de minimizar o tempo cirúrgico e o estresse biológico pré-transplante. A conduta foi definida em conjunto com a equipe oncológica, priorizando a eliminação do foco infeccioso ativo e a estabilização óssea imediata, com planejamento de endodontia em momento posterior, após o transplante e sob acompanhamento rigoroso, considerando o risco-benefício individualizado. Embora a literatura enfatize a endodontia prévia como padrão, há descrições de variações técnicas em situações clínicas específicas, nas quais a preservação do rebordo alveolar e a urgência sistêmica se sobrepõem à execução imediata do tratamento endodôntico, desde que haja acompanhamento rigoroso e planejamento subsequente. Assim, a conduta adotada, ainda que divergente da técnica clássica, mostrou-se adequada ao contexto sistêmico da paciente.

No presente caso, o sepultamento radicular mostrou-se a alternativa terapêutica mais adequada por permitir a eliminação do foco infeccioso sem a necessidade de exodontia, procedimento associado a maior risco de complicações ósseas e atraso do tratamento oncológico. A preservação do rebordo alveolar, a redução do trauma cirúrgico e a possibilidade de

reinserção imediata da paciente na fila de transplante hepático justificam a escolha dessa técnica, reforçando seu valor em pacientes oncológicos com condições sistêmicas complexas.

A conduta do cirurgião-dentista inserido na equipe interdisciplinar consolida-se justamente no controle de efeitos adversos frequentes à terapêutica antineoplásica: mucosite oral, xerostomia e infecções oportunistas. Kivilahti et al. [6], em revisão sistemática, apontaram que o acompanhamento odontológico perioperatório reduz substancialmente a ocorrência de complicações no pós-operatório, diretamente contribuindo para a manutenção do plano terapêutico e para a redução do risco de agravos bucais. Assim, tais medidas consolidam as diretrizes que indicam a necessidade de protocolos odontológicos específicos para pacientes com câncer, tendo o objetivo principal de amenizar os efeitos negativos na cavidade bucal. Além disso, as complicações orais devido à quimioterapia e radioterapia são abundantemente documentadas na literatura e frequentemente debilitantes, resultando em diminuição na qualidade de vida e suspensão do tratamento, conforme relatado por Raber-Durlacher et al. [7] e Sonis [8]. A mucosite oral manifesta-se por um processo inflamatório e úlceras mucosas, dor intensa e capacidade de adquirir infecção secundária e, como consequência, requer manejo clínico especializado e controle.

Estudos como o de Hong et al. [9] mostram que o suporte odontológico especializado é indispensável para prevenir, diagnosticar e tratar tais complicações, possibilitando evitar que ocorra alguma intercorrência negativa como a interrupção do tratamento oncológico. A junção entre a odontologia e a oncologia é essencial para assegurar cuidados preventivos e terapêuticos, que diminuam o aparecimento de afecções bucais adversas e promovam a recuperação do paciente.

Por fim, a literatura mostra grande importância no momento da triagem odontológica e as orientações de higiene oral durante grande parte ou todo tratamento oncológico, como explícito no jornal digital News Estomatologia [10], ressaltando que essas ações são cruciais para a redução de complicações e para o sucesso terapêutico. Da Cunha e Almeida Junior [11] ainda reforçam que a atuação odontológica contribui diretamente para a saúde geral do paciente, promovendo um cuidado integral que contempla os aspectos físicos, emocionais e sociais.

Assim, a junção da odontologia integrada no tratamento oncológico é uma estratégia imprescindível para minimizar os resultados clínicos, garantindo uma melhor qualidade de vida para os pacientes, garantindo uma abordagem humana e compreensiva [12,13].

CONCLUSÃO

A odontologia exerce papel decisivo no cuidado ao paciente oncológico, atuando não apenas na prevenção e no diagnóstico precoce das alterações bucais, mas também no manejo de complicações decorrentes da própria doença ou de seu tratamento. A inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar garante uma abordagem integrada, capaz de reduzir riscos, minimizar efeitos adversos e favorecer a continuidade do tratamento antineoplásico. O caso clínico apresentado reforça a importância da tomada de decisão conjunta entre oncologia e odontologia, demonstrando que condutas individualizadas podem viabilizar procedimentos médicos de alta complexidade, como o transplante hepático. Tal integração evidencia que a saúde bucal não deve ser tratada como aspecto secundário, mas como componente essencial da saúde sistêmica e do sucesso terapêutico. Nesse contexto, torna-se imprescindível o estabelecimento de protocolos específicos, a educação continuada de profissionais da área da saúde e o incentivo a políticas públicas que reconheçam a relevância da odontologia no cenário oncológico. O cirurgião-dentista, portanto, deixa de ser um agente acessório e consolida-se como elemento estratégico na condução do tratamento oncológico, contribuindo para a qualidade de vida, para a adesão ao tratamento e para a humanização do cuidado prestado ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Pinna R, Campus G, Cumbo E, Mura I, Milia E. Oral health status in patients with oral and pharyngeal cancer. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):15.
2. Craveiro DM, de Toledo HJB, Lins SA. Odontologia e o paciente oncológico. *Anais do Fórum de Iniciação Científica do UNIFUNEUC*. 2012;3(3).
3. Utilização de serviços odontológicos por pacientes em tratamento oncológico. *Rev Odontol UNESP*. 2022. Artigo original.
4. Yong SA, Robinson SD, Hong CHL. Dental evaluation prior to cancer therapy: A narrative review. *Support Care Cancer*. 2022;30:3235–43.
5. O'Neal SJ, Gound TG, Levin L, et al. Root submergence technique: a systematic review and critical appraisal. *J Prosthet Dent*. 2020;123(5):745–753.
6. Kivilahti RM, Neva MH, Holappa H, Salaspuro V, Joronen K. Effect of perioperative oral care on postoperative infections in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Jpn J Nurs Sci*. 2024;21(1):e12977.
7. Raber-Durlacher JE, Elad S, Barasch A. Oral complications and management considerations in patients treated with chemotherapy and radiotherapy: an update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010;110(6):698–706.
8. Sonis ST. The pathobiology of mucositis. *Nat Rev Cancer*. 2004;4(4):277–84.

9. Hong CHL, Napeñas JJ, Hodgson BD, Stokman MA, Mathers-Stauffer V, Elting LS, et al. A systematic review of dental disease management in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2010;18(8):1007–21.
10. News Estomatologia. Jornal digital da disciplina de Estomatologia, UFES, Turma 115 (2019-1). Vitória: UFES; 2013.
11. Da Cunha BP, de Almeida Junior PA. A importância do profissional de odontologia no cuidado ao paciente oncológico. *Ciênc Atual*. 2023;19(1).
12. De Lima Dantas JB, dos Santos Silva DR, Santos AKV, de Castro MAC, de Almeida Júnior JG, de Almeida LR. Manejo odontológico de paciente com distúrbios hepáticos. *Epitaya E-books*. 2022;1(3):113–24.
13. Branco NTT, Alves CMC, Torres NGC, Dias MMR, Ferreira MAM. Necessidade de tratamento endodôntico e exodontia em pacientes pré e pós-transplante hepático: estudo longitudinal de pacientes de projeto de extensão. *Sabios Rev Saúde Biol*. 2020.