

XEROSTOMIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

MADALENA FEIO, PAULA SAPETA

Hospital do Espírito Santo. Évora. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Castelo Branco.

RESUMO

A xerostomia é a sensação subjectiva de boca seca, conseqüente ou não da diminuição da função das glândulas salivares, com alterações quer na quantidade, quer na qualidade da saliva. É um sintoma frequente em doentes em cuidados paliativos e a sua prevalência é referida como de 60 a 88% na doença oncológica progressiva e avançada. A xerostomia tem conseqüências físicas mas, também, psicológicas e sociais. A saliva desempenha um papel importante na manutenção das condições fisiológicas normais dos tecidos da boca. Para além de humidificar os tecidos da cavidade oral, a propriedade lubrificante da saliva auxilia a formação e deglutição do bolo alimentar, facilita a fonética e previne danos dos tecidos causados quer por agentes mecânicos quer por microorganismos nocivos. A xerostomia resulta de três causas básicas: factores que afectam o centro salivar, factores que alteram a estimulação autonómica e alterações da função das próprias glândulas. O diagnóstico é fundamentalmente clínico. Deve-se avaliar pormenorizadamente o estado da boca e a situação funcional real podendo empregar-se métodos quantitativos para determinar a secreção salivar em repouso ou por estimulação quando a situação o justificar. O tratamento deve orientar-se pelo conhecimento da etiologia e repercussões que a secura da boca têm na perda de conforto e qualidade de vida do doente. Assim, devemos controlar o uso de medicamentos xerogénicos, tratar a doença de base, se tal for possível, e se contribuir para a xerostomia, promover a hidratação e tomar medidas para o controlo sintomático. O tratamento sintomático divide-se em três áreas de actuação: aumentar a produção de saliva por estimulação mecânica, gustativa ou farmacológica; usar substitutos da saliva - quando não for possível a sua estimulação - e acções de promoção da saúde oral. A estimulação mecânica da secreção de saliva é feita com recurso a gomas de mascar. A estimulação gustativa é feita, por exemplo, ao chupar pastilhas de Vitamina C. A pilocarpina é o medicamento de que dispomos para estimular a secreção de saliva. Deve também aconselhar-se uma dieta mole, devendo evitar-se alimentos muito duros ou secos e o uso de tabaco e bebidas alcoólicas. É importante que os técnicos de saúde ensinem aos doentes com xerostomia a melhor maneira de obter alívio, as medidas a tomar para prevenirem as complicações que poderão vir a comprometer seriamente a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: xerostomia, cuidados paliativos, cuidados terminais, saliva

SUMMARY

XEROSTOMIA IN PALLIATIVE CARE

Xerostomia is the subjective feeling of mouth dryness, caused or not by function lowering of salivary glands, with decrease of saliva quality or quantity. It's a frequent symptom in palliative care patients and its prevalence is referred to be 60% to 88% in advanced and progressive oncological disease patients.

Xerostomia has physical, social and psychological consequences. Saliva plays an important role in maintaining the best physiological conditions of mouth. Besides humidifying the oral cavity tissues, its lubricating properties help swallowing, talking

and prevents other damages caused by mechanical and noxious microbiological agents. Xerostomia is caused by three basic mechanisms: factors that compromise the salivary centre, factors related to the autonomic stimulation or factors related to salivary glands themselves. The diagnosis is mainly clinical. Mouth condition must be thoroughly evaluated. If justified, a quantitative evaluation of saliva secretion, in rest and under stimulation, might be done. The treatment must be oriented by aetiology and directed towards the disease effects in patient comfort and quality of life. During treatment, the use of xerogenic drugs should be controlled, hydration should be promoted and other symptom control measures improved. The symptomatic treatment has three pathways: the increasing of saliva production by mechanical, gustatory or pharmacological stimulation; the using of saliva substitutes and the improving of active mouth care. Mechanical stimulation is obtained by chewing gum and gustatory stimulation may be reached by sucking Vitamin C tablets. Pilocarpine is the available drug to improve salivation. A soft diet must be advised, hard and dry food, tobacco and alcoholic beverages should be avoided.

It's important that health workers teach patients with xerostomia the best way to get relief and the measures to prevent its complications that could, even more, compromise their quality of life.

Keywords: xerostomia, palliative care, terminal care, saliva.

CONCEITO

A xerostomia é a sensação subjectiva de boca seca, consequente ou não da diminuição/ interrupção da função das glândulas salivares, com alterações quer na quantidade, quer na qualidade da saliva. Pode dever-se a causas muito diversas¹. É um sintoma muito frequente e pouco valorizado pelos médicos. A xerostomia tem implicações não só físicas como, também, psicológicas e sociais².

Os doentes referem desconforto pela sensação de secura da boca mas, também, pela glossodinia; têm perda de funções por maior dificuldade na deglutição e articulação de palavras assim como maior número de infecções da mucosa bucal e cáries dentárias³.

RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

A redução do fluxo salivar apresenta um aumento de incidência no idoso, chegando a ser três vezes superior à do adulto mais jovem, não relacionado directamente com o processo normal de envelhecimento, mas com algumas doenças sistémicas ou tratamentos que estejam a efectuar. A xerostomia ocorre com alta frequência em mulheres na menopausa, podendo as queixas de desconforto bucal resultar de alterações hormonais que ocorrem nesse período³.

De acordo com a experiência registada pela Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos, cerca de 60-70% dos doentes com doença oncológica avançada e progressiva apresentavam inúmeros problemas na boca, incluindo a secura⁴.

Num estudo que envolveu 99 doentes com cancro avançado foi encontrada uma prevalência de 88%. A importância, que os doentes atribuíam a este sintoma, foi moderada em comparação com outros problemas, que apresentavam na altura⁵.

Noutro estudo, com 197 doentes, mais de 3/4 destes, queixavam-se de boca seca².

Num estudo com 70 doentes que referiam xerostomia, 66% tinham dificuldade em falar, 51% em deglutir e 31% tinham glossodinia⁶. Afecta ainda o paladar. Pode contribuir para a má-nutrição por todos estes sintomas ou complicações que se lhe associam².

A xerostomia foi, ainda, associada a alterações da micro-flora bucal⁶.

A diminuição da quantidade e qualidade de saliva predispõe à ocorrência de lesões de variável gravidade na boca. Os doentes, dada a sua dificuldade em falar, a halitose e a dor decorrentes da secura das mucosas têm tendência a evitar os contactos sociais e a isolar-se, influenciando negativamente o seu bem-estar e conforto e, naturalmente, a sua qualidade de vida, características que devem ser

avaliadas e atendidas na estratégia terapêutica.

FISIOLOGIA

A saliva desempenha um papel importante na manutenção das condições fisiológicas normais dos tecidos da boca, contém componentes antimicrobianos, imunoglobulinas, proteínas e electrólitos com propriedades de tamponamento.

É um dos mais complexos, versáteis e importantes fluidos do corpo, que supre um largo espectro de necessidades fisiológicas. As suas propriedades são essenciais para a protecção da cavidade bucal e do epitélio gastrointestinal. Além de humidificar os tecidos da cavidade oral, a propriedade lubrificante da saliva auxilia a formação e deglutição do bolo alimentar, facilita a fonética, é essencial na retenção das próteses totais e previne danos dos tecidos causados quer por agentes mecânicos quer por microorganismos nocivos⁷⁻⁹.

Noventa por cento da saliva é produzida pelas glândulas salivares major, sendo a restante produzida pelas glândulas salivares da mucosa da boca e faringe. As parótidas, glândulas serosas, produzem cerca de 50% da saliva da boca. A sua secreção é muito mais rica em água do que a das outras glândulas. As sub-maxilares produzem uma saliva mista, serosa mas também mucinosa. As glândulas sub-linguais são também mistas mas, com uma secreção principalmente mucinosa, contribuindo, com uma pequena percentagem, para a totalidade da secreção de saliva. Lesões da parótida resultam, assim, numa saliva muito mais espessa e viscosa.

O volume diário de saliva produzido situa-se entre 0,5 a 1,5 litros²⁻¹⁰. A secreção de saliva é reflexamente controlada por centros situados no tronco cerebral mas, também é influenciada por estruturas superiores, veja-se as respostas que damos aos cheiros e à vista dos alimentos. Estímulos gustatórios, mas também a mastigação, aumentam a secreção de saliva por acção reflexa.

A inervação é feita pelo sistema nervoso autónomo. A estimulação salivar é mediada pelo parassimpático, através de receptores muscarínicos M3^{2,10,11}.

A saliva contém água, electrólitos (Na⁺, K⁺, Cl⁻, Cálcio, bicarbonato, fosfato) e proteínas, das quais destacamos: mucinas, amilases, lisozimas, s-IgA, lactoferrina e histatinas.

As mucinas são proteínas hidrofílicas que retêm a água tendo uma função de lubrificação. Também agregam os microorganismos orais protegendo contra infecções.

As histatinas têm acção antifúngica. A s-IgA inibe a adesão microbiana e a lactoferrina e lisozima têm também acção antimicrobiana. Muitas das glicoproteínas interagem

com a superfície dentária contribuindo para a sua protecção e fixação do cálcio¹⁰.

O pH da saliva oscila entre os 6,5-7,4. Os sistemas tampão - bicarbonato, fosfatos e algumas proteínas - existentes na saliva, contribuem para a manutenção do pH fisiológico.

As funções da saliva são:

a) relacionadas com a fase líquida - limpeza da cavidade oral, limpeza dos restos alimentares e bactérias, solubilização de substâncias alimentares contribuindo para a percepção do paladar, lubrificação da mucosa oral, facilitação da mastigação, da deglutição e da fonação;

b) relacionadas com os solutos - protecção dos dentes, neutralização dos ácidos, participação na formação do esmalte, protecção da mucosa oral e sua cobertura, defesa contra micro-organismos e acção digestiva de glúcidos¹⁰.

Foi ainda sugerido que os sistemas tampão da saliva auxiliariam a controlar os efeitos do refluxo do conteúdo gástrico para o esófago².

ETIOLOGIA

A xerostomia pode resultar de três causas básicas⁷:

a) Factores que afectam o centro salivar: emoções, jejum frequente, Doença de Parkinson, menopausa;

b) Factores que alteram a secreção autonómica da saliva como as encefalites, tumores cerebrais, tabagismo e a desidratação do doente, bem como muitos fármacos (cerca de 400). Destes destacamos os opióides, os anti-histamínicos, os antidepressivos, os anti-epilépticos, os ansiolíticos e os anti-colinérgicos, fármacos frequentemente empregues em cuidados paliativos. Esta é a causa mais frequente de xerostomia em cuidados paliativos^{2,11,12}.

c) Alterações na função da própria glândula, tais como: obstrução, infecções, tumores, excisão das glândulas, cálculos, doenças auto-imunes e radioterapia. A extensão da lesão induzida pela radioterapia depende do volume das glândulas irradiado, em especial das parótidas, da dose total e da técnica utilizada. Habitualmente assiste-se a uma fase aguda de xerostomia causada pela radioterapia que surge logo à primeira semana mas também pode haver um efeito mais tardio e permanente de compromisso da função. Ou seja, após alguma recuperação da secreção salivar esta pode regredir mais tardiamente e de modo irreversível. As alterações iniciais caracterizam-se por infiltrados inflamatórios, degenerescência e necrose celular, especialmente das células serosas. As alterações tardias caracterizam-se por infiltração linfocitária, dilatação dos ductos, atrofia e fibrose¹⁰.

As glândulas serosas são muito mais radiosensíveis do que as mucinosas, donde resulta uma saliva mais es-

pressa e aderente nos doentes submetidos a radioterapia desta região.

Recentes progressos na técnica de radioterapia, com melhor conformação dos campos, uso de doses hiper-fractionadas e a estimulação concomitante pela pilocarpina são importantes na prevenção da xerostomia^{10,13}.

Em estudos de fase III foi comprovado que o emprego da amifostina pode prevenir a xerostomia em doentes com carcinomas da cabeça e pescoço tratados com radioterapia, podendo ser considerado o seu uso¹³⁻¹⁶.

Doenças como o alcoolismo, a *Diabetes Mellitus* (tipo 1), a má nutrição, a anorexia nervosa, a bulimia, as infecções virais ou bacterianas e as medicações usadas no tratamento dos doentes portadores do VIH podem causar hipertrofia parotídea e consequente alteração da função.

Em doentes que se encontram em fase avançada de doença oncológica a xerostomia é frequentemente multicausal. As causas possíveis discriminam-se no quadro seguinte.

DOENÇAS PRINCIPAIS	FARMACOS	DOENÇAS	Debilidade
Cancro com invasão das glândulas salivares	Anticolinérgicos	CONCORRENTES	Respiração empregando a cavidade oral
Erosão da mucosa oral	- anti-histamínicos - anti-parkinsonianos - alcalóides de beladona - anti-depressivos tricíclicos	<i>Diabetes mellitus</i> <i>Diabetes insípida</i>	
Hipercalcémia		Hipotiroidismo	Ansiedade
Tratamento anti-neoplásico	Opióides	Doenças autoimunes	Depressão
Irradiação local	Diuréticos	Amiloidose	Desidratação
Quimioterapia	Oxigénio (sem humidificação)	Sarcoidose	
Cirurgia radical local		Tabagismo	
Estomatite/granulocitopenia		Fibromialgia/	
Candidíase		Fadiga crónica	
		Parotidite	

AValiação DIAGNÓSTICA

O diagnóstico é feito, antes de mais, por perguntar ao doente se sente a boca seca. Pode quantificar-se a percepção de xerostomia através da aplicação, por exemplo, de uma escala numérica simples. Outras perguntas, que podem contribuir para a avaliação clínica, são saber se o doente tem necessidade de molhar a boca, especialmente de noite, se consegue comer uma bolacha sem beber água, se a língua se cola ao céu-da-boca, se ao mastigar a comida esta adere aos dentes. Outros sintomas associados são a disgeusia e a glossodinia^{2,11}.

A observação da mucosa bucal, o seu estado de hidratação, a existência de uma colecção de saliva debaixo da língua e o seu aspecto macroscópico, a pesquisa de lesões eritematosas da mucosa, de cáries, de queilite, contribuem

para se ter uma ideia mais precisa do diagnóstico. Ainda, nos casos de S. Sjögren e de sarcoidose a hipertrofia parotídea é um sinal a pesquisar². Outros sinais curiosos são a adesão de uma espátula bucal ao dorso da língua e a presença de *bâton* nos dentes da frente, em quem o usar¹¹.

A sialometria é um procedimento que permite avaliar a produção de saliva quer em repouso, quer por estimulação química e gustativa (ácido cítrico) ou mecânica (mastigação de parafina). Permite também a análise da sua composição química, o seu pH, a presença de anticorpos, por exemplo.

A quantificação da produção de saliva estará raramente indicado nos doentes com doença avançada e progressiva, no entanto é plenamente justificada noutras situações.

A secreção salivar não estimulada é de 0,3 ml/min e a estimulada é 1,5 ml/min. Considera-se hipossalivação se os valores forem respectivamente $\leq 0,1$ ml/min e $\leq 0,7$ ml/min¹⁰.

Alguns testes podem ser feitos, como medir-se a produção de saliva, sem estímulos, enquanto é cuspidada, ou deixada cair, para um pequeno contentor de plástico durante cinco minutos. Este teste deve ser feito após 1,5 a 2h em que o doente não fumou, não bebeu, não lavou de alguma maneira a boca ou comeu^{2,13}.

No teste por estimulação química aplica-se ácido cítrico a 4% na língua, bilateralmente, cada 20 segundos, sendo a saliva colectada durante pelo menos dois minutos¹³.

No teste por estimulação mecânica o doente mastiga um bocado de parafina, sem sabor, durante cinco minutos, fazendo-se, do modo descrito acima, a colecção de saliva. Existem outros meios de colectar a saliva, através de materiais absorventes ou de cânulas aplicadas junto ao *ostium* do canal de Stenon que aspiram as secreções salivares para uma câmara (cânula de Laschley)². Podemos empregar uma escala, usada internacionalmente, para reportar os efeitos adversos da quimioterapia e radioterapia, para quantificar o grau de xerostomia¹⁸ (Quadro II).

Quadro II – Quantificação da xerostomia como efeito adverso¹⁷

	Sintomático (saliva espessa ou escassa), sem alterações dietéticas significativas, produção de saliva não estimulada $>0,2$ ml/min;
Grau 1	
	Sintomático com alterações significativas da ingestão oral (toma copiosa de água ou uso de outros lubrificantes, dieta limitada a purés e/ou alimentos moles e húmidos); produção de saliva não estimulada entre 0.1 a 0.2 ml/min;
Grau 2	
	Síntomas que levam a incapacidade de se alimentar oralmente; necessidade de administração de fluidos endo-venosos, alimentação enteral ou parentérica; produção de saliva não estimulada $<0,1$ ml/min.
Grau 3	

Quadro III – Manifestações Clínicas da Xerostomia¹

Orais de carácter funcional	Dificuldade em mastigar, deglutir, falar ou alterações do gosto;
Orais de carácter orgânico	Cáries, acúmulo de placa bacteriana, doenças periondontais;
Problemas Mucosos	Atrofia, fissuras e úlceras dos tecidos moles; a mucosa aparece seca, eritematosa e dolorosa, com sensação de ardor na língua;
Predisposição a infecções	A diminuição das funções antimicrobianas produz uma alteração do pH, diminuição das imunoglobulinas, lisozima e outras enzimas que favorecem a infecções, especialmente por <i>Candida albicans</i>
Halitose	A diminuição da saliva e das suas funções lubrificantes e solventes determinam a retenção dos alimentos. A acção de alguns medicamentos e a destruição das mucosas provocam o mau hálito;
Outras	Em caso de doenças sistémicas, a xerostomia faz-se acompanhar da secura de outras mucosas, como a xeroftalmia, secura das fossas nasais, garganta, genitais, pele, faringe e aparelho respiratório.

Podem ainda usar-se técnicas de imagem, para o estudo diagnóstico, desde a radiografia simples, até técnicas invasivas como a sialografia, que por meio de uma injeção de produto de contraste radiopaco permitirá confirmar uma obstrução, por litíase ou outra¹.

No caso de suspeita de xerostomia relacionada com doenças sistémicas é habitualmente feita uma cintigrafia das glândulas salivares que permite a sua avaliação funcional e uma biópsia da mucosa interna do lábio inferior, para avaliar a presença de alterações histológicas^{2,11}.

Em síntese, o diagnóstico é fundamentado na história clínica que deve ser exaustiva para identificar os factores etiológicos possíveis. Há que valorizar a percepção do doente, avaliar pormenorizadamente o estado da boca e a situação funcional real. (Quadro IV)

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Todas as medidas a adoptar devem dirigir-se em primeiro lugar ao conhecimento da etiologia, se a situação patológica é irreversível ou não; por outro lado, avaliar o grau de xerostomia e suas repercussões na perda de conforto e qualidade de vida do doente, *avaliar antes de tratar*. A partir daí devemos objectivar a acção em: medidas profiláticas, corrigir o corrigível e tomar medidas de alívio sintomático (farmacológicas e não farmacológicas), sempre centrando-nos nas prioridades e necessidades de cada caso. Claramente, a primeira meta é aumentar a secreção salivar por via fisiológica, para melhorar a qualidade de

Quadro IV – Avaliação do Estado da Boca

	ESTADO NORMAL	DETECTAR ALTERAÇÕES
Saliva	Aquosa, clara, algo viscosa	Quantidade, cor, cheiro
Lábios	Distendidos, suaves, lisos, hidratados e rosados	Secos, inflamados, gretados, descamação, mobilidade e cor
Gengivas	Rosadas, distendidas	Eritema, inflamação, hemorragia, manchas
Língua	Vermelho-rosado, húmida, ligeiramente rugosa, papilas alinhadas, delgadas e rosadas	Secura, rugosidade excessiva, fissuras, úlceras, manchas
Dentes	Alinhados, lisos, isentos de depósitos, brancos, bem sujeitos	Ausência de dentes, cáries, cor, restaurações, próteses com mal adaptação, cúspides cortantes, manchas
Mucosas	Rosadas, húmidas, lisas	Inflamação, úlceras, nódulos, cor, irritação, manchas

Fonte: GÓMEZ SANCHO, M. Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Vol I. Canárias. Ed.ICEPSS

vida do doente, se não por via artificial.

Muitas vezes as medidas possíveis de tomar são de carácter puramente paliativo e assentam nos seguintes pilares fundamentais:

1) Controlar o uso de medicamentos xerogénicos: eliminar medicamentos com este efeito colateral, desde que possível ou encontrar alternativas, fazendo rotação com outros fármacos com idênticos efeitos terapêuticos mas sem essa acção;

2) Controlar a doença de base, o que nem sempre é linear e simples, pois muitas das doenças que causam xerostomia não são curáveis. Assim, as terapêuticas poderão intervir sobretudo no controlo sintomático, não devendo este sintoma ser esquecido; os factores psicogénicos devem ser também considerados.

3) Hidratação oral, parte imprescindível do tratamento, quer a nível local e tópico quer através da ingestão de grandes quantidades de água e de outros líquidos, por via oral;

4) Tratamento sintomático o qual se divide em três áreas:

- Tentar aumentar a produção de saliva

Se as glândulas salivares puderem ser estimuladas deve usar-se esta opção dada a saliva ser o melhor protector dos tecidos orais. Isto pode ser conseguido através de pastilhas de mascar que não contenham açúcares, que actuam por estimulação mecânica e gustativa. Nos doentes mais idosos poderá haver mais problemas com esta opção, por não ser socialmente aceite e por problemas nas articulações temporo-mandibulares^{2,13}. Em doentes com cancro avançado, num estudo comparativo entre o uso de pastilha de mascar e saliva artificial, a primeira foi preferi-

da pelos doentes²⁰.

A estimulação da saliva pode ainda ser conseguida ao chupar-se comprimidos de Vitamina C. Esta também actua reduzindo a viscosidade da saliva, por romper ligações entre as mucinas. No entanto, a sua acção ácida tem também um carácter erosivo sobre os dentes e o seu uso permanente não é recomendado^{2,13,21}. Pode também ser usada para limpeza da língua saburrosa²¹.

A estimulação das glândulas salivares também pode ser conseguida através de fármacos.

A pilocarpina é um parassimpaticomimético, agonista muscarínico não selectivo. Existe em comprimidos (Salagen® 5 mg). A terapêutica deve iniciar-se com 5 mg três vezes ao dia, sendo dados com as refeições. O efeito dura 2 a 3 horas. Se, ao fim de algum tempo, não surtir o efeito desejado aumenta-se para o dobro da dose – dois dias após para a xerostomia provocada por fármacos, uma semana para secundária a radioterapia²². O efeito máximo na xerostomia provocada por radioterapia pode ser alcançado só ao fim de 2 ou 3 meses^{13,23}. Os efeitos secundários mais frequentes são: hipersudorese, náuseas, rinite, tonturas, cólicas intestinais e polaquíúria.

As contra-indicações ao seu uso são a obstrução intestinal, a asma ou a DPOC não controladas, e o glaucoma. Também se pode usar um colírio a 4%, duas a três gotas 3x ao dia por via oral, o que é menos dispendioso²³.

Num estudo em que a pilocarpina em comprimidos foi comparada com uma saliva artificial, no contexto de doença oncológica avançada, a primeira foi mais eficaz na melhoria da xerostomia, se bem que mais associada a efeitos secundários²².

Outros fármacos parassimpaticomiméticos têm sido usados: betanecol, carbacol e a cevimelina. Este último é um agonista muscarínico selectivo para os receptores M1 e M3 actuando assim nos órgãos que os possuem, como as glândulas salivares e lacrimais, e não nos pulmões e coração, cujos receptores são M2 e M4. O efeito é mais duradouro que o da pilocarpina, persistindo durante 6 h²³.

Outros fármacos são também citados como a ioimbina, antagonista $\alpha 2$ e o anetole-tritione de que se desconhece o seu modo de acção^{2,13}.

A acupunctura tem sido também usada e com melhoria na secreção de saliva. Num estudo em doentes submetidos a radioterapia 70% referiram melhoria²⁴.

- Usar substitutos da saliva

Quando a função salivar fôr nula não poderá ser estimulada. Nestes casos devem ser usados substitutos da saliva para humedecer a boca.

Líquidos simples como soluções de bicarbonato, soro fisiológico ou contendo peróxido de hidrogénio podem

ser usados como colutórios. Água com umas gotas de limão também é descrita, no entanto o seu grau de acidez pode contribuir, a longo prazo, para lesões nos dentes por acção erosiva. Colutórios com clorhexidina têm uma acção anti-microbiana e podem ser associados para controlo da placa dentária ou se houver infecções da boca. No entanto, por ser uma solução alcoólica pode causar dor numa mucosa lesada.

Foram desenvolvidos substitutos da saliva com acções lubrificantes e de humedecimento da boca, de modo a que estas acções fossem mais duradouras. As salivas existentes baseiam-se nos seguintes constituintes: carboximetilcelulose, mucinas naturais de porco ou bovino, biopolímero *goma de xantam*^{13,23}. Existem sob várias formulações, spray, drageias, gel²². No nosso país existe apenas uma formulação baseada na carboximetilcelulose (Glandosane®-spray). Devem ser usados frequentemente, antes e depois das refeições, devendo ser humedecida toda a mucosa e, também, formando-se uma colecção líquida sob a língua. Habitualmente são necessárias administrações frequentes, por vezes de hora a hora. A saliva artificial contendo mucina parece ter efeito mais longo. No entanto num estudo em que foi usada esta contra placebo, ambos em spray, não foi encontrada diferença entre ambos²⁵. Num estudo em que foram usados sucessivamente vários tipos de saliva artificial e de pastilhas de mascar, embora a todos fosse reconhecida uma melhoria da sintomatologia os doentes preferiram as últimas²⁶.

- Controlar/evitar as cáries dentárias.

Deve promover-se uma boa higiene oral, escovar os dentes e bochechar com água após refeições, antes de dormir, no mínimo a cada 4h, usar elixires fluoretados, com clorhexidina, iodopovidona ou bicarbonato de sódio a 1,4% frequentemente; em caso de dor adicionar xilocaína viscosa a 2%; podendo mesmo considerar-se a possibilidade de administrar analgésicos em calendário. Deve manter-se uma vigilância atenta para qualquer anomalia que surja.

Em doentes com sobrevidas mais curtas uma limpeza simples da boca, com soro, água ou clorhexidina podem bastar^{2,11,13}.

As próteses dentárias devem escovar-se após as refeições e retirarem-se durante a noite, deixando-as imersas numa solução desinfectante.

A dieta deve ser predominantemente líquida ou liquefeita, com preferência por alimentos cremosos e frios: iogurte, leite-creme, pudim, gelados, manteiga, mel, sopas, purés, molhos, queijo fresco, fruta cozida, fruta ácida como cubos de ananás, limão ou laranja. No entanto, o consumo de alimentos com açúcar deve ser sempre moderado, especialmente nos doentes com sobrevida maior, pelo

maior risco de cáries dentárias. Devem evitar-se: alimentos muito duros ou secos, modificando a sua confecção; o uso de tabaco, café, bebidas alcoólicas ou carbonatadas. Devem fazer-se refeições ligeiras e frequentes.

Deve humedecer-se o ambiente, o oxigénio deve ser sempre humidificado. Em caso de necessidade pode recorrer-se a nebulizações.

A vigilância pelo estomatologista com consultas periódicas só se justifica em doentes com sobrevida longa: tratar cáries, corrigir cúspides cortantes, ajustar próteses removíveis ou mal adaptadas.

Assim, é importante que os técnicos de saúde ensinam aos doentes com xerostomia a melhor maneira de obter alívio, as medidas a tomar para prevenir as complicações que poderão vir a comprometer seriamente a sua qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- LÓPEZ JORNET P, BERMEJO FENOLL A: Desórdenes del flujo salival: hiposecreción e hipersecreción salival. *Med Oral* 1996;1:96-106.
- COOKE C, AHMEDZAI S, MAYBERRY J: Xerostomia - a review. *Palliat Med* 1996; 10:284-92.
- RYDHOLM M, STRANG P: Physical and psychosocial impact of xerostomia in palliative cancer care: interview study. *Int J Palliat Nurs* 2002; 8:318-23.
- SECPAL: Guia de Cuidados Paliativos. In: www.secpal.com (acedido em 28/06/2004)
- ONESCHUK D, HANSON J, BRUERA E: A survey of mouth pain and dryness in patients with advanced cancer 2000; 8:347-8.
- SWEENEY MP, BAGG J, BAXTER WP, AITCHINSON TC: Oral disease in terminally ill cancer patients with xerostomia. *Oral Oncol* 1998; 34:123-6.
- PUPO D, BUSSOLOTTI IF, LIQUIDATO BM, KORN GP: Proposta de um método prático de sialometria. *Rev Bras de Otorrinolaringol* 2002; 68(2): 219-222.
- PINTO MR: Xerostomia: evaluación y diagnóstico. In <http://patoral.umayor.cl/~benjamin.martinez/infgs/xerostomia.html> (acedido em 28/06/2004)
- PINTO-COELHO CM, SOUSA TCS, DARE AMZ, PEREIRA CCY, CARDOSO CM: Implicações Clínicas da Xerostomia. *Rev APCD* 2002; 56(4): 84-86.
- JENSEN SB, PEDERSEN AM, REIBEL J, NAUNTOFTE B: Xerostomia and hypofunction of the salivary glands in cancer therapy. *Support Care Cancer* 2003; 11:207-25
- BARTELS CL: Xerostomia information for dentists Helping patients with dry mouth. In <http://www.oralcancerfoundation.org/dental/xerostomia.htm> (acedido em 15/7/2004)
- DE CONNO F, SBANOTTO A, RIPAMONTI C, VENTA-FRIDDA V: Mouth Care. In Doyle D, Hanks GWC, Cherny N, Calman K ed. *Oxford Textbook of Palliative Care*, 3ª edição, Oxford: Oxford University Press 2004;673-676
- NIEW AMERONGEN AV, VEERMAN ECI: Current therapies for xerostomia and salivary gland hypofunction associated with cancer therapies. *Support Care Cancer* 2003; 11:226-31.
- BRIZEL DM, WASSERMAN TH, HENKE M, et al: Phase III Randomized Trial of amifostine as a Radioprotector in Head and Neck Cancer. *J Clin Oncol* 2000; 18:3339-45.
- ANTANODOU D, PEPELASSI M, SYNODIOU M, et al: Prophylactic use of amifostine to prevent radiochemotherapy-induced mucositis and xerostomia in head-and-neck cancer. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 2002; 52:739-747
- SCHUCHTER LM, HENSLEY ML, MEROPOL NJ, WINER EP: 2002 update of the recommendations for the use of chemotherapy and radiotherapy protectants: clinical practice guidelines of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 2002; 20:2895-903
- TWYXCROSS RG, LACK SA: Terapêutica em câncer terminal. Porto Alegre. Ed. Artes Médicas 1991; 45-6.
- Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTAE) v3.0 In <http://ctep.info.nih.gov/reporting/ctc/html> (acedido em 15/7/2005)
- SILVESTRE DONAT FJ, PLAZA COSTA A, SERRANO MARTÍNEZ C: Prevención y tratamiento de las complicaciones derivadas de la radioterapia en pacientes con tumores de cabeza y cuello. *Med Oral* 1998; 3:136-47.
- DAVIES AN: A comparison of artificial saliva and chewing gum in the management of xerostomia in patients with advanced cancer. *Palliat Med* 2000; 14:197-203.
- TWYXCROSS R, WILCOCK A: Symptom Management in Advanced Cancer. 3ª edição, Abingdon: Radcliff Medical Press Ltd, 2001; 70-73
- DAVIES AN, DANIELS C, PUGH R, SHARMA K: A comparison of artificial saliva and pilocarpine in the management of xerostomia in patients with advanced cancer. *Palliat Med* 1998; 12:105-11.
- TWYXCROSS R, WILCOCK A, CHARLESWORTH S, DICKMAN A: Palliative Care Formulary. 2ª edição, Abingdon: Radcliff Medical Press Ltd, 2002; 271-273
- JOHNSTONE PA, NIEMTZOW RC, RIFFENBURGH RH: Acupuncture for xerostomia: clinical update. *Cancer* 2002; 94:1151-6.
- SWEENEY MP, BAGG J, BAXTER WP, AITCHINSON TC: Clinical trial of mucin-containing oral spray for treatment of xerostomia in hospice patients. *Palliat Med* 1997; 11:225-32.
- BJORNSTROM M, AXELL T, BIRKHED D: Comparison between saliva stimulants and saliva substitutes patients with symptoms related to dry mouth. A multicentre study. *Swed Dent J* 1990; 14:153-61

