

CUIDADOS BUCAIS EM PACIENTE COM FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA SOB CUIDADOS PALIATIVOS. RELATO DE CASO

ORAL CARE IN IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS PATIENT IN PALLIATIVE CARE. CASE REPORT

Mariana Sarmet Smiderle Mendes¹
Sumatra Melo da Costa
Pereira Jales^{1,2}
Ricardo Tavares de Carvalho¹
Bruna Mezan Algranti¹
Sergio Seiki Anagusko¹
Ana Carolina Porrio de Andrade^{1,2}

1. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) Núcleo Técnico e Científico de Cuidados Paliativos. São Paulo, SP, Brasil.
2. Instituto Central do HCFMUSP. Divisão de Odontologia. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência: Mariana Sarmet Smiderle Mendes. Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Núcleo Técnico Científico em Cuidados Paliativos. Prédio da Administração – 6º andar - Rua Doutor Ovídio Pires de Campos, 255 – Cerqueira César - CEP 05403-010 São Paulo, Brasil.
marianasarmet@hotmail.com

Recebido em 28/03/2019,
Aceito em 21/08/2019

RESUMO

Relato de caso: A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) é uma doença crônica do interstício pulmonar que se manifesta por fibrose progressiva com alta prevalência de insuficiência respiratória. Como toda doença crônica e progressiva, a FPI necessita de acompanhamento por uma equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos (CP) a fim de proporcionar um cuidado integral, considerando todas as queixas e necessidades do paciente. Em uma enfermaria de CP de um hospital terciário, um paciente do sexo masculino, 77 anos, foi admitido por FPI avançada para controle de sintomas e cuidados de fim de vida. Durante a oroscopia realizada pela equipe, recebeu diagnóstico de candidíase oral, onde foi solicitada avaliação do cirurgião-dentista. Na avaliação odontológica, queixou-se de língua ressecada e perda do paladar. Paciente acamado, dispneico em repouso, em uso contínuo de máscara de venturi e lábios ressecados, com presença de placas brancas ressecadas (resíduos alimentares) em palato duro e mole, mucosa jugal e gengival, língua ressecada com saburra e hipossalivação. Foi realizada a higiene oral, prescrição de substituto salivar e hidratante labial. O procedimento foi longo e intermitente devido à dificuldade do paciente de se manter sem o suporte de oxigênio. Após o procedimento, o paciente relatou melhora de 90% dos sintomas bucais. Conclusão: O caso apresentou as alterações bucais e os cuidados odontológicos em um paciente com FPI e também evidenciou a importância da avaliação especializada realizada pelo cirurgião-dentista inserido em uma equipe multiprofissional em CP, que, além do diagnóstico diferencial, proporcionou alívio dos sintomas bucais e conforto ao paciente em sua fase final de vida.

Descritores: Cuidados Paliativos; Fibrose Pulmonar; Manifestações Bucais.

ABSTRACT

Case report: Idiopathic Pulmonary Fibrosis (IPF) is a chronic interstitial lung disease manifested by progressive fibrosis with a high prevalence of respiratory failure. As all chronic and progressive diseases, IPF needs follow-up by a multidisciplinary Palliative Care (PC) team in order to provide comprehensive care considering all patient's complaints and needs. In a PC inpatient unit of a tertiary hospital, a 77-year-old male patient was admitted because of advanced IPF for symptom control and end-of-life care. During the oroscopy done by the team, he was diagnosed with oral candidiasis, where evaluation by the dentist was requested. In the dental evaluation, he complained of dry tongue and taste loss. Bedridden patient, dyspnea at rest, in continuous use of venturi mask and dry lips, dry white plaques (food residues) in hard and soft palate, jugal and gingival mucosa, dry tongue with oral coating and hyposalivation. Oral hygiene was performed, salivary substitute and lip moisturizer were prescribed. The procedure was long and intermittent due to the difficulty of the patient with staying without oxygen support. After the procedure, the patient reported 90% improvement in oral symptoms. Conclusion: The case showed the oral disorders and dental care in a patient with IPF and highlighted the importance of specialized evaluation performed by the dentist inserted in a multidisciplinary PC team which, besides the differential diagnosis, provided symptom relief of the mouth and comfort to the patient in his end of life.

Keywords: Palliative Care; Pulmonary Fibrosis; Oral Manifestations.

INTRODUÇÃO

A Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) é uma doença crônica do interstício pulmonar que se manifesta por fibrose progressiva com alta prevalência de insuficiência respiratória. Entre as pneumopatias intersticiais, a FPI é a mais comum e apresenta o pior prognóstico,¹ com uma sobrevivência de aproximadamente três anos a partir do diagnóstico.² Os critérios utilizados para diagnosticar um caso de FPI foram estabelecidos em 2011 por diretrizes internacionais,³ até então os casos eram subnotificados e por essa razão, a epidemiologia da FPI não é bem estabelecida. No entanto, existe um consenso que a doença afeta mais homens do que mulheres, que é mais comum após a quinta década de vida, e que sua incidência tem aumentado ao longo dos anos, assim como a mortalidade associada.^{4,5}

Neste caso, o cuidado paliativo torna-se uma necessidade. Dentre os princípios desta abordagem, estão o controle de sintomas através do atendimento multiprofissional para o paciente e seus familiares, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, sem acelerar ou adiar a morte.⁶ Como toda doença crônica, a FPI apresenta repercussões bucais que também podem decorrer do seu tratamento e por isso faz-se necessária a avaliação orofacial por um cirurgião dentista em todos os momentos da história natural da doença a fim de proporcionar o alívio do sintoma bucal e qualidade de vida.⁷ Não há descrição na literatura sobre quais sintomas bucais esses pacientes apresentam, tampouco sobre a importância do cuidado bucal no cuidado integral dessa doença.

Todavia, pacientes com falências orgânicas avançadas, apesar de diferirem em relação a evolução da curva da doença, compartilham um padrão semelhante de mudança em relação a saúde bucal no final da vida.^{8,9} Como resultado de perda funcional, sobrecarga do cuidador e negligência na saúde bucal, esses indivíduos experimentam declínios da saúde bucal complexos antes da óbito, que inclui higiene bucal deficiente, aumento da dor e infecção dentária, perda de dentes e alteração nos tecidos moles,^{9,10} que, por sua vez, pode acelerar o declínio terminal e causar sérias complicações sistêmicas.⁹

Posto que o cirurgião dentista pode realizar tratamento preventivo, curativo e paliativo em qualquer momento da história natural da doença,¹¹ o objetivo deste artigo é relatar a abordagem odontológica no alívio de sintomas bucais em um paciente com fibrose pulmonar idiopática realizado por uma equipe de odontologia inserida em um serviço de cuidados paliativos de um hospital terciário de alta complexidade.

RELATO DE CASO

Paciente de 77 anos do sexo masculino, casado, pai de três filhas, ex-comerciante e aposentado, foi admitido em uma enfermaria de cuidados paliativos de um hospital público para controle da dispneia e insônia (Escala de avaliação de Sintomas de *Edmonton* (ESAS):¹² 9 e 10 respectivamente) e cuidados de fim de vida devido a uma FPI avançada. Além da doença principal, apresentava comorbidades cardíacas e pulmonares. (Tabela 1)

Por não haver mais indicação para tratamento modificador da doença de base, foi estabelecido a Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) através de uma decisão compartilhada com equipe/paciente/família, ou seja, a partir dessa internação

não havia mais indicação para cuidados invasivos como droga vasoativa, intubação orotraqueal ou ressuscitação cardiopulmonar.¹³

A prescrição medicamentosa do paciente era de uso contínuo para o controle dos sintomas que traziam desconforto neste momento. (Tabela 2)

Na admissão do paciente, durante a avaliação da equipe, o paciente recebeu diagnóstico de candidíase bucal. Foi solicitada a avaliação odontológica para confirmação do diagnóstico antes da prescrição de antifúngico local.

Na avaliação odontológica, a queixa principal do paciente era língua ressecada e perda do paladar. No exame físico extraoral, observou-se paciente dispneico em repouso, dependente de oxigênio em uso contínuo de máscara venturi com Fração Inspirada de Oxigênio (FiO₂) de 50% ocluída 15L/min, abertura mandibular preservada e lábios ressecados. (Figura 1).

Tabela 1. Diagnósticos principais sistêmicos do paciente.

Diagnósticos sistêmicos do paciente	
Diagnóstico principal	Fibrose Pulmonar Idiopática
Comorbidades	Doença Arterial Coronariana
	Infarto Agudo do Miocárdio
	Hipertensão Pulmonar
	Síndrome da Fragilidade

Tabela 2. Medicamentos em uso.

Medicamentos em uso contínuo no dia da primeira avaliação odontológica	
Classe do medicamento	Nome do medicamento
Corticosteroide	Prednisona 20mg
Antiagregante plaquetário	Ácido Acetilsalicílico 100mg
	Clopidogrel 75mg
Anticoagulante	Enoxaparina 40mg
Opióide	Morfina 10mg
Anti-hipertensivo	Furosemida 20mg
	Carvedilol 6,25mg
Inibidor de bomba de prótons	Omeprazol 20mg
Antidopaminérgico	Domperidona 10mg



Figura 1. Uso de máscara de venturi 50% ocluída com 15l/min.

No exame físico intraoral, observou-se dentição parcial com presença de placas brancas ressecadas compatível com resíduos alimentares em palato duro e mole, mucosa jugal e gengival; língua ressecada com saburra; mucosas severamente ressecadas; higiene bucal insatisfatória; fluxo salivar reduzido e ausência de sinais infecciosos. (Figuras 2 e 3) Após a avaliação odontológica, os diagnósticos bucais estabelecidos e está descrito no Tabela 3.

A conduta adotada para alívio dos sintomas bucais foi a realização de higiene bucal com swab e digluconato de clorexidina 0,12% sem álcool com a remoção total dos resíduos alimentares. (Figuras 4 e 5)

Aplicação e prescrição de substituto salivar e hidratante labial, saliva artificial HC e vaselina 50% + lanolina 50% respectivamente. Orientação ao paciente e à equipe de enfermagem quanto a forma de higienização bucal no leito. A avaliação e o procedimento odontológico foram realizados em beira leito.

O procedimento foi longo e intermitente devido à dificuldade do paciente se manter sem o suporte de oxigênio; monitorando a saturação periférica de oxigênio (SpO2) entre 92 a 94% com oximetria de pulso. Após o procedimento, o paciente relatou melhora de 90% dos sintomas bucais, segundo a escala ESAS para xerostomia.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste caso evidenciam o benefício da avaliação especializada realizada pelo

Tabela 3. Diagnósticos odontológicos.

Diagnósticos odontológicos	
Sintomas	Sinais
Xerostomia	Hipofunção da glândula salivar
	Lábios ressecados
Ageusia	Língua saburrosa
	Higiene bucal insatisfatória com presença da débris alimentares



Figura 4. Após a higiene oral pode-se observar a mucosa jugal e língua íntegras e hidratadas.



Figura 2. Presença de placas brancas (resíduos alimentares) em mucosa jugal direita e palato mole, língua saburrosa e fluxo salivar diminuído.



Figura 3. Presença de placas brancas (resíduos alimentares) em mucosa jugal direita e palato mole, língua saburrosa e fluxo salivar diminuído.



Figura 5. Palato duro e mole com presença de petéquias causadas por ressecamento, língua íntegra e cavidade oral hidratada.

cirurgião-dentista inserido em uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos, uma vez que, neste caso específico evitou-se uma prescrição de antifúngico e obteve-se alívio de 90% dos sintomas bucais.

A hipossalivação é a diminuição do fluxo salivar e a xerostomia é a sensação subjetiva de boca seca. A hipossalivação foi diagnosticada através dos aspectos clínicos observados no exame físico intraoral, segundo a escala de classificação clínica da mucosa lingual. Esta escala categoriza a secura bucal em quatro graus, sendo 0=sem secura e 3= língua seca sem viscosidade, pouca ou nenhuma saliva.¹⁴ Este diagnóstico é explicado neste caso pela polifarmácia utilizada, uma vez que antihipertensivos e o opióide utilizados pelo paciente tem como efeito colateral a diminuição do fluxo salivar.

O uso contínuo de oxigênio através do uso de máscara de venturi, também pode resultar em ressecamento oral,¹⁵ ressecamento labial e dificuldade de higienização bucal pela

impossibilidade do paciente permanecer muito tempo sem a máscara, aumentando o risco de acúmulo e aderência de resíduos às mucosas bucais. Neste caso, houve a necessidade de lubrificação oral e hidratação labial, os quais estão disponíveis com diversas formulações no mercado farmacêutico. Embora tenha descrito na literatura sobre um possível risco de queimadura nos pacientes ao utilizar a vaselina com o uso contínuo de oxigênio,¹⁶ o serviço odontológico de cuidados paliativos do HCFMUSP tem experiência há quatro anos com o uso de vaselina 50% + lanolina 50% para hidratação labial com um estudo em andamento para comprovar sua eficácia e acredita que pode ser uma alternativa segura.

A higienização insatisfatória além de causar desconforto ao paciente contribui para o desenvolvimento da doença periodontal que por sua vez é um fator de risco para várias doenças sistêmicas incluindo as doenças pulmonares, pois a placa bacteriana pode servir como um reservatório para patógenos respiratórios.¹⁷ A higiene oral reduz significativamente a taxa de infecção do trato respiratório inferior.¹⁸

A candidíase é uma infecção oportunista causada pelo fungo do gênero *Candida*, especialmente a *Candida albicans*. Pode estar relacionado com fatores locais como uso de corticosteroides orais, hipossalivação e uso de próteses dentárias; e sistêmicas como imunossupressão e/ou antibioticoterapia.¹⁹ Segundo Neville, a candidíase oral pode se manifestar como: pseudomembranosa, eritematosa, atrofia papilar central, multifocal crônica, quelite angular, estomatite protética, hiperplásica, mucocutânea e também relacionado a síndromes endócrina-candidíase.²⁰ Além disso, segundo Eggimann et al., 5% a 30% dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que são colonizados por *Candida* desenvolvem uma infecção invasiva, geralmente na fase mais tardia da internação.²¹

A língua saburrosa por sua vez é caracterizada por um revestimento de matéria orgânica estagnada com aspecto de placa esbranquiçada, podendo ainda ter coloração amarelada ou amarronzada ocasionada pela diminuição do fluxo salivar, descamação epitelial da mucosa bucal e higienização insatisfatória no dorso da língua, o que favorece a produção de componentes voláteis de enxofre que causam odor desagradável e colonização bacteriana.²² Essa placa mantém-se aderida às papilas filiformes o que justifica a dificuldade frequente de sua remoção e a possibilidade de causar alteração do paladar.²³ O diagnóstico é clínico e muitas vezes confundido com candidíase em sua forma pseudomembranosa, pois ambas se caracterizam por placas brancas destacáveis.

Porém no diagnóstico clínico da candidíase, é possível observar que após a remoção das placas brancas, há uma

superfície eritematosa, erodada ou ulcerada. Além disso, o paciente pode queixar-se de ardência ou prurido durante a anamnese e em caso de dúvidas pode-se realizar culturas para fungos.¹⁹ O tratamento indicado baseia-se na prescrição de antifúngico local e eventualmente sistêmico.

Quanto ao diagnóstico da língua saburrosa, após a remoção das placas brancas não se observa áreas eritematosas e o paciente pode se queixar eventualmente de boca seca, gosto e cheiro ruim na boca. Pires et al., relatou que os pacientes internados em UTI apresentam alto risco de colonização por leveduras do gênero *Candida* na saburra lingual, o que pode, inclusive, favorecer o desenvolvimento de pneumonia nosocomial.²⁴ Contudo, a higienização da língua com escova dentária, limpador de língua e ou solução bucal com sistema enzimático diariamente até a remoção completa da saburra²⁵ são os procedimentos para a prevenção da proliferação dos patógenos oportunistas.

No caso relatado, o paciente estava em fase final de vida então, por critérios de fim de vida no qual se evita submeter o paciente a procedimentos que possa incomodá-lo ou que possa não haver tempo hábil para o resultado do exame, após discussão com a equipe multiprofissional foi optado por não realizar a confirmação do diagnóstico através da coleta de material para investigação clínica da *Candida* nos tecidos moles, uma vez que foi possível realizar este diagnóstico clinicamente. Dessa forma o diagnóstico clínico foi língua saburrosa e o tratamento foi higienização oral com swab e digluconato de clorexidina 0,12% sem álcool.

CONCLUSÃO

O caso apresentou as alterações bucais e os cuidados odontológicos encontrados em um paciente com FPI avançada que apesar de ter em comum algumas alterações orofaciais em relação a outras falências orgânicas, mostra também que a FPI deve ser mais estudada e relatada pelos cirurgiões dentistas. Este caso também evidenciou a importância da avaliação especializada realizada pelo cirurgião-dentista e válida a necessidade de cirurgiões dentistas inserido em uma equipe multiprofissional em CP, afinal neste caso clínico, além do diagnóstico diferencial, proporcionou alívio dos sintomas bucais e conforto ao paciente em sua fase final de vida.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse na realização deste trabalho.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Cada autor contribuiu individual e significativamente para o desenvolvimento do manuscrito. MSSM Redação do trabalho e revisão crítica do seu conteúdo intelectual. SMCPJ Revisão crítica do seu conteúdo intelectual e aprovação final da versão do manuscrito a ser publicado. RTC Redação do trabalho e revisão crítica do seu conteúdo intelectual. BMA, SSA Aprovação final da versão do manuscrito a ser publicado. ACPA Revisão crítica do seu conteúdo intelectual e aprovação final da versão do manuscrito a ser publicado.

REFERÊNCIAS

1. Martinez FJ, Collard HR, Pardo A, Raghu G, Richeldi L, Selman M, et al. Idiopathic pulmonary fibrosis. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17074.
2. American Thoracic Society, European Respiratory Society.

American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Consensus Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. This joint statement of the American Thoracic Society (ATS), and the European Respiratory Society (ERS) was adopted by the ATS board of directors, June 2001

- and by the ERS Executive Committee, June 2001. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;165(2):277-304.
3. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, Martinez FJ, Behr J, Brown KK, et al. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;183(6):788-824.
 4. Baldi BG, Pereira CA, Rubin AS, Santana AN, Costa AN, Carvalho CR, et al. Highlights of the Brazilian Thoracic Association guidelines for interstitial lung diseases. *J Bras Pneumol.* 2012;38(3):282-91.
 5. **Baddini-Martinez J, Pereira CA. How many patients with idiopathic pulmonary fibrosis are there in Brazil? J Bras Pneumol. 2015;41(6):560-1.**
 6. Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008;177(8):912-27.
 7. **Jales SMdCP, Vilas Boas PD. Avaliação orofacial e tratamento odontológico. Manual da Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem multidisciplinar. Barueri, SP: Manole. 2018. p. 887 - 94.**
 8. Chen X, Chen H, Douglas C, Preisser JS, Shuman SK. Dental treatment intensity in frail older adults in the last year of life. *J Am Dent Assoc.* 2013;144(11):1234-42.
 9. **Chen X, Kistler CE. Oral health care for older adults with serious illness: when and how? J Am Geriatr Soc. 2015;63(2):375-8.**
 10. Chen X, Clark JJ, Preisser JS, Naorungroj S, Shuman SK. Dental caries in older adults in the last year of life. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(8):1345-50.
 11. Jales SM. Avaliação da efetividade de um protocolo de cuidados odontológicos no alívio da dor, sintomas bucais e melhoria da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em cuidados paliativos: ensaio clínico não controlado. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
 12. Monteiro DR, Kruse MHL, Almeida MA. Avaliação do instrumento *Edmonton Symptom Assessment System* em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(4):785-93.
 13. **Carvalho RT. Legislação sobre a terminalidade da vida no Brasil. Manual da residência de Cuidados Paliativos: Abordagem multidisciplinar. Barueri: Manole. 2018.**
 14. Kakinoki Y, Nishihara T, Arita M, Shibuya K, Ishikawa M. Usefulness of new wetness tester for diagnosis of dry mouth in disabled patients. *Gerodontology.* 2004;21(4):229-31.
 15. **Silva FSL, Barreto PH, Vasconcelos RS, Sales RP, Nogueira ANC, Holanda MA. Oxigenoterapia de alto fluxo nasal em paciente com fibrose pulmonar idiopática sob cuidados paliativos: relato de um caso. Rev Med UFC. 2017;57(1):4.**
 16. Santos PS, Tinôco-Araujo JE, Souza LM, Ferreira R, Ikoma MR, Razera AP, et al. Efficacy of HPA Lanolin(R) in treatment of lip alterations related to chemotherapy. *J Appl Oral Sci.* 2013;21(2):163-6.
 17. Scannapieco FA, Mylotte JM. Relationships between periodontal disease and bacterial pneumonia. *J Periodontol.* 1996;67(10 Suppl):1114-22.
 18. Sharma N, Shamsuddin H. Association between respiratory disease in hospitalized patients and periodontal disease: a cross-sectional study. *J Periodontol.* 2011;82(8):1155-60.
 19. **Meira HC, De Oliveira BM, Pereira IF, Naves MD, Mesquita RA, Santos VR. Oral candidiasis: A retrospective study of 276 Brazilian patients. J Oral Maxillofac Pathol. 2017;21(3):351-5.**
 20. Neville BWea. Infecções Fúngicas e Protozoárias. *Patologia Oral & Maxilofacial.* 3. ed. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009. 213 - 39.
 21. Eggimann P, Bille J, Marchetti O. Diagnosis of invasive candidiasis in the ICU. *Ann Intensive Care.* 2011;1:37.
 22. Santos PS, Mello WR, Wakim RC, Paschoal M. Use of oral rinse with enzymatic system in patients totally dependent in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008;20(2):154-9.
 23. **Seerangaiyan K, Jüch F, Winkel EG. Tongue coating: its characteristics and role in intra-oral halitosis and general health-a review. J Breath Res. 2018;12(3):034001.**
 24. Pires JR, Matareli S, Ferreira RG, Toledo BECd, Zuza EP. Espécies de candida e a condição bucal de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2011; 65(5):332-7.
 25. Marocchio LS, Conceição D, Duarte M, Tárzia O. Remoção da saburra lingual: comparação da eficiência de três técnicas. *RGO: Revista Gaúcha de Odontologia.* 2009;57(4):443-8.