

Manejo de pacientes con necesidades especiales en los cuidados de salud bucal

23 Capítulo

*Luiz Cândido Pinto da Silva
Denise Siqueira Lobão
Roberval de Almeida Cruz*

Introducción

Los avances científicos y tecnológicos del diagnóstico y tratamiento de los niños con necesidades especiales posibilitarán el aumento de su expectativa de vida, una vez que sea viable la realización de tratamientos más completos en todas las especialidades médicas, incluida la Odontología. Sin embargo, para un manejo correcto de los problemas de estos pacientes, se debe tener en consideración la diversidad de discapacidades, que a su vez exigen procedimientos adecuados para realizar cualquier tipo de tratamiento, diferentes a la atención rutinaria¹.

Son considerados pacientes con necesidades especiales todos aquellos que poseen deficiencias (físicas, mentales, sensoriales, de desarrollo, de comportamiento, emocionales y con déficit de cognición) y condiciones limitadas que requieren atención médica (problemas sistémicos de salud que necesiten de programas o servicios especializados en el tratamiento, tales como, por ejemplo, los pacientes oncológicos). Una condición patológica puede ser desarrollable o adquirida, pudiendo causar limitaciones o discapacidad en las actividades de la vida diaria. El cuidado de

la salud de estos pacientes está más allá de la rutina y requieren conocimientos especializados y avanzados².

En cuanto a los problemas bucales, independientemente de cual sea el tipo de necesidad especial, la atención dental es imprescindible para estos pacientes. Es importante resaltar que la calidad de vida y la salud general de los niños con necesidades especiales están estrechamente relacionados con la buena salud de la cavidad bucal, muchas veces, permitiendo el empeoramiento de su enfermedad. En este sentido, un cuidado dental desde el nacimiento hasta la edad adulta es crucial, con el objetivo de mantener la salud bucal y el control de los factores de riesgo para la enfermedad periodontal y caries¹.

También es importante tener en cuenta que los procedimientos considerados simples para los niños sanos pueden llegar a ser complejos en pacientes comprometidos con una discapacidad, enfermedad o síndrome. Además de eso, las necesidades dentales no siempre son identificadas o valoradas correctamente, debido a la negligencia o la ignorancia de las personas, ya sean familiares o profesionales de la salud, incluso los odontólogos. En cuan-

to a la familia, esto se debe principalmente a la mayor y natural preocupación por la propia condición médica, relegando a segundo plan la salud bucal¹.

Otra pregunta para reflexionar, se refiere a algunos conocimientos básicos sobre la salud bucal por parte de los médicos y otros profesionales de la salud, así como la falta de conocimiento sobre la salud sistémica de parte de los odontólogos, lo que dificulta el manejo integral a los pacientes. Tal vez, este tipo de manejo es el que más exija conocimiento por el profesional odontológico, ya que requiere una profundización en las áreas de fisiología, farmacología y terapéutica, además del conocimiento de las enfermedades más complejas que afectan al paciente. Como, la mayoría de las veces, los profesionales no están preparados para el cuidado de estos pacientes, es necesario adoptar una filosofía de trabajo basada en la búsqueda de profundización del conocimiento médico y dental, absolutamente necesario para un tratamiento eficaz, permitiendo alcanzar el objetivo establecido de mantener la salud general de estos pacientes³⁻⁵.

Objetivo

La Asociación Brasileira de Odontología Pediátrica (abo-odontopediátrica) reconoce que las actividades odontológicas para promover la salud bucal de los pacientes con necesidades especiales es una parte integral de la odontología pediátrica.

Las directrices básicas descritas a seguir tienen por objetivo orientar al odontopediatra, para la adopción de

normas apropiadas para el manejo odontológico de pacientes con necesidades especiales, a partir de los conocimientos básicos esenciales de algunos aspectos relacionados con algunas enfermedades y síndromes y, motivar a todos los que atienden a este tipo de pacientes para que se lo puedan llevar a cabo de manera segura y objetiva, contribuyendo a que los pacientes tengan altos niveles de salud bucal, dignidad y mejor calidad de vida.

Métodos

La preparación de este capítulo se basa en el modelo publicado anualmente por la Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), tratando de adaptarse a la realidad de Brasil.

También se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos MEDLINE utilizando los siguientes términos: “special needs”, “disabled patients”, “handicapped patients”, “dentistry”, “oral health”, “pediatric cancer”, “pediatric oncology” “mucositis”, “chemotherapy/adverse effect”, “radiation therapy”, “acute effects”, “dental care”, “care for children/trends”.

Es importante resaltar que en este capítulo, los grados de recomendación de los procedimientos clínicos no fueron señalados, como se indica en el capítulo de introducción de este manual, porque existen relativamente pocos estudios en la literatura que cumplan con los criterios para la clasificación adoptada. Esto es debido a las diferentes complejidades y especificidades de diagnóstico y, principalmente de tratamiento de cada enfermedad, lo que hace que la evolución

clínica de cada enfermedad sea absolutamente difícil y poco certera.

Consideraciones generales para el manejo odontológico de pacientes con necesidades especiales

La salud bucal es inseparable de la salud general y del bienestar de las personas. Los pacientes con necesidades especiales tienen un riesgo aumentado para desarrollar enfermedades orales, significando en un impacto directo y negativo en su salud general⁶. La caries y la enfermedad periodontal, además de otras condiciones bucales, si no se tratan, pueden progresar a dolor, infección y pérdida de función⁷⁻¹⁰. Estos efectos adversos indeseables afectan la nutrición, la comunicación, el aprendizaje y otras actividades necesarias para el crecimiento y desenvolvimiento normal de las personas¹¹⁻¹⁴.

Muchas alteraciones sistémicas, incluyendo las enfermedades hematológicas y oncológicas, repercuten en la cavidad bucal. Pacientes con compromiso inmune (por ejemplo, leucemia u otras neoplasias; pacientes serológico-positivo para VIH) u otras condiciones cardíacas asociadas con riesgo de endocarditis, pueden ser especialmente vulnerables a los efectos de las enfermedades bucales⁶.

En los pacientes con necesidades especiales se incluyen, también, a los individuos con alteraciones o condiciones que se manifiesten solamente en el complejo bucofacial (por ejemplo, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, fi-

sura labio-palatina)⁶. Las anomalías bucofaciales congénitas que resulten en una malformación o pérdida de dientes, como la displasia ectodérmica y defectos en el paladar (más no sólo estas), pueden dar lugar a efectos nocivos sobre la función, estética y el estado psicológico de los individuos afectados y sus familias¹⁵. A pesar de que estos pacientes no tienen las mismas limitaciones físicas y sistémicas, sus deficiencias son específicas y tienen un impacto en su salud general, necesitando, por tanto, un manejo odontológico especializado⁶. Estos pacientes requieren un cuidado bucal como resultado directo de sus condiciones y esta atención es una parte integral del proceso de rehabilitación a lo largo de su vida¹⁵⁻¹⁶.

La correcta evaluación de los cuidados necesarios para el tratamiento de pacientes con hendidura labio-palatina y con deformidades buco- y craneofaciales fue establecida como la mejor manera de solucionar los problemas. Los pacientes con displasia ectodérmica, epidermólisis bullosa, fisura labio-palatina y cáncer bucal, a menudo requieren un manejo interdisciplinario del equipo que le proporciona la atención¹⁷.

Los cuidados de la salud bucal de los pacientes con alteraciones en el desarrollo o adquiridas presentan algunas consideraciones especiales¹⁵.

Desde el primer contacto con el niño y sus responsables, debe hacerse todo lo posible para ayudarlos en la comprensión de la anomalía y del tratamiento dental necesario. El odontólogo debe estar consciente en relacionar el bienestar psicoso-

cial del paciente, así como los efectos en términos de crecimiento, función y estética¹⁷.

Anteriormente, muchos de estos pacientes recibían cuidados de enfermeras, médicos y odontólogos en casa o en instituciones especializadas. En la actualidad, lo ideal sería que estas personas tuvieran acceso a consultorios odontológicos privados. Por tanto, la limitación para dar cabida a pacientes con necesidades especiales puede ser considerada como discriminación. Así mismo, la ubicación del lugar de atención odontológica debe ser de fácil acceso (por ejemplo, rampas para sillas de ruedas y lugares para coche en el estacionamiento), con las adaptaciones necesarias en la arquitectura del consultorio¹⁸.

Otra dificultad a la que se enfrentan la mayoría de los pacientes con necesidades especiales está relacionada con la poca disponibilidad financiera para los diversos gastos, ya que muchos de ellos también necesitan hacer un seguimiento con fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutriólogo y diversas especialidades médicas¹⁹. Por eso, muy a menudo, recurren a los servicios de atención pública²⁰⁻²¹. La falta de cuidados preventivos y terapéuticos, en relación con el tratamiento odontológico, en los tiempos apropiados puede aumentar la complejidad de la atención dental posterior, lo que lo hace aún más oneroso²².

Actitudes que dan prioridad a otras necesidades dificultan la aplicación de medidas dirigidas a la atención de la salud bucal. La necesidad médica primaria y la falta de conciencia y conocimiento limitan la demanda de los pacientes a la atención

dental, especialmente en relación con el cuidado preventivo. Otros requisitos médicos pueden parecer más importantes que el mantenimiento de la salud bucal, especialmente cuando la relación entre la salud bucal y la salud general no se entiende bien. Además, los pacientes pueden presentar niveles más altos de ansiedad que aquellos sin ninguna condición debilitante, cuando son sometidos a atención odontológica. Esto puede tener un impacto negativo en la frecuencia de las visitas al odontólogo y, posteriormente, interferir con la salud bucal²³.

Las limitaciones relacionadas con el transporte también tienen un impacto negativo en el acceso a la atención odontológica. Numerosas situaciones de compromiso físico dificultan o impiden el desplazamiento de estos pacientes, tornando las visitas muy complicadas para ellos y sus padres²⁴.

Otra preocupación está relacionada con la dificultad de acceso al tratamiento de los pacientes de edad avanzada. La remisión al dentista que proporciona atención a los adultos a menudo es más difícil, debido a que estos profesionales no cuentan con la experiencia en el cuidado de pacientes con necesidades especiales, aunque a menudo demuestran el deseo de aceptar la responsabilidad de cuidarlos²⁵.

Manejo odontológico de pacientes con necesidades especiales

Organización de la atención odontológica en la práctica privada

Durante el contacto preliminar, por lo

general realizado por teléfono, se obtiene la información básica que deberá ser registrada, para permitir una planificación adecuada en la primera consulta. Además del nombre, la edad y el motivo de consulta, el asistente del consultorio debe anotar los ítems relacionados con la presencia y naturaleza del problema del paciente, así como también el nombre del o de los responsables médicos para él. Entonces, el odontólogo determina la necesidad de adaptar el espacio para notas en el expediente médico y/o aumentar el personal auxiliar, a fin de acomodar el paciente de una manera eficiente y cómoda. Debe ser registrado el grado de dificultad enfrentado por el profesional y su equipo, así como las medidas tomadas para mejorar el servicio, para que todos puedan estar preparados para satisfacer sus necesidades, en cada visita subsecuente²⁶.

Atención odontológica en casa

La atención odontológica en el hogar se presenta como una propuesta alternativa para la atención odontológica para pacientes con necesidades especiales²⁷. Por lo tanto, estos pacientes tienen la oportunidad de recibir atención preventiva adecuada y de rutina individualizada dentro de su hogar, reduciendo el riesgo de adquirir enfermedades orales que se pueden prevenir²⁶.

Cuando los pacientes llegan a la edad adulta, sus necesidades odontológicas pueden dificultar la atención para el dentista pediátrico. Por lo tanto, es importante preparar al paciente y a su responsable de la posible mudanza de profesional. Por

lo tanto, en el momento adecuado, con el consentimiento del paciente, del responsable y del propio odontopediatra, el paciente deberá ser referido al nuevo profesional. Cuando esto no es posible o deseado, el cuidado dental en casa puede ser continuado por el mismo odontopediatra, y sólo si es absolutamente necesario, el paciente podrá tener su cuidado dental realizado por otro especialista²⁶.

Evaluación odontológica del paciente

Durante la evaluación dental inicial de los pacientes con necesidades especiales, es de vital importancia el conocimiento de su historial médico, detallado, para reducir el riesgo de empeoramiento de su estado. Esto favorecerá el establecimiento del diagnóstico correcto para determinar el plan de tratamiento adecuado. El registro médico debe contener información sobre la queja principal, la historia de la enfermedad actual, las condiciones y/o enfermedades médicas, hospitalizaciones y cirugías, alergias, la experiencia con las soluciones anestésicas, medicamentos en uso, estado de inmunización, los nombres de los médicos que atienden al paciente, así como la revisión de sistemas, antecedentes familiares, historia social y la historia odontológica completa. Si el paciente o su tutor es incapaz de proporcionar la información correcta, se pueden obtener del médico responsable de la atención de paciente²⁷.

En cada visita subsecuente, se deberá actualizar la historia médica, registrando las nuevas terapias adoptadas, las condiciones recién diagnosticadas y las

modificaciones en la prescripción de medicamentos. Los cambios significativos deberán ser registrados de manera distinta en la ficha clínica de paciente²⁷.

Todos los pacientes se deberán someter a un examen completo y detallado de la cabeza y el cuello. En cuanto a la exploración de la cavidad bucal, se registrarán las necesidades odontológicas y se deberá evaluar la actividad de caries, problemas periodontales, oclusión y lesiones de la mucosa. El análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de la caries, debe ser realizada en primer lugar y revalorada periódicamente²⁸, como se recomienda en el capítulo “Riesgo y Actividad de Caries” de este manual.

Un programa preventivo individualizado, con visitas de seguimiento para el mantenimiento preventivo del paciente, deberá ser establecido para controlar la actividad de la caries, reforzando el cuidado de la salud bucal, como se recomienda en el capítulo “Frecuencia de las consultas de mantenimiento preventivo” de este manual.

Un resumen de los hallazgos odontológicos y recomendaciones específicas de tratamiento deben ser proporcionadas al paciente y a su responsable. Los médicos del paciente también deben ser informados²⁸.

Interacción del odontopediatra con el personal médico

El odontopediatra deberá planificar el tratamiento odontológico de los pacientes que requieran atención médica espe-

cial, después del contacto previo con los profesionales de la salud que los asisten, incluyendo médicos, enfermeros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, trabajadores sociales, entre otros²⁶.

Los cuidados médicos especiales habrán de cubrir todas las características que, a juicio del dentista, sean necesarios para garantizar la calidad y seguridad de la atención dental para estos pacientes. Estos servicios incluyen (pero no se limitan) la sedación, anestesia general y el uso de técnicas que permitan el tratamiento dental. La evaluación para verificar si el paciente odontológico necesita atención médica debe ser realizada durante todas las etapas del tratamiento odontológico. El cirujano dentista y su equipo siempre deberán estar preparados para manejar cualquier emergencia médica²⁹.

Manejo de conducta

Uno de los mayores desafíos del tratamiento dental de los pacientes con necesidades especiales es respecto al control de la conducta. Las reclamaciones y la resistencia a la atención pueden ser observadas en individuos con deficiencia mental, y en aquellos que presenten discapacidad puramente física y función mental normal, pudiendo interferir con la seguridad de la atención. Sin embargo, el comportamiento de la mayoría de los pacientes con algún tipo de incapacidad podrá ser controlado en el consultorio odontológico con la ayuda de los padres o responsables. Estabilización protectora puede ser útil para estos pacientes, cuando las téc-

nicas habituales de control de la conducta no sean eficaces³⁰. Si la estabilización protectora no es suficiente para que se brinde atención, se debe indicar la sedación o anestesia general, como se describirá más adelante. Si no se puede realizar en el consultorio dental, el cuidado en el hospital puede significar seguridad y facilidad quirúrgica, siendo el lugar más adecuado para el tratamiento a realizar. Por eso la odontología hospitalaria debe integrar un plan de estudios con perfeccionamiento de los odontopediatras que son, en virtud de la formación y la experiencia adquirida, capacitados para reconocer las indicaciones para tales medidas y para ofrecer el tratamiento adecuado³¹.

Por otro lado, los odontopediatras pueden encontrar dificultades en el acceso a los hospitales y a los bloques quirúrgicos, aplazando los procedimientos odontológicos que no sean de emergencia. Sin embargo, pueden desempeñar un papel significativo junto con el personal médico, ofreciendo servicios esenciales, asistiendo a las citas de rutina y de urgencia en varios tipos de pacientes, dentro del entorno hospitalario, incluyendo el bloque quirúrgico³²⁻³³. En este sentido, los hospitales que cuentan con un sala de cirugía no deben discriminar a los pacientes pediátricos que requieren tratamiento dental bajo anestesia general. Al igual que cualquier otro paciente, los pacientes odontológicos necesitan tener acceso a estas instalaciones, debiendo tener el derecho a recibir la atención necesaria en el momento oportuno³⁰.

Sedación y anestesia general

Con frecuencia, quién atiende a las personas con necesidades especiales se enfrenta a situaciones en las que es necesario el uso de la analgesia, sedación o incluso anestesia general. La práctica de la sedación consciente con óxido nitroso está regulada por el Consejo Federal de Odontología desde que el cirujano dentista sea habilitado por un curso impartido por una institución de educación superior o institución educativa debidamente registrada en el consejo. Las sesiones de atención con analgesia y/o sedación deben ser precisas, más, indiscutiblemente, por la comodidad en la reducción de la ansiedad del paciente y al proporcionar una mayor facilidad en la realización de las técnicas odontológicas con la mejor calidad de atención. La experiencia en la atención de niños muestra una mayor seguridad y fiabilidad en la sedación intravenosa y anestesia general llevada a cabo en un ambiente hospitalario, siempre bajo la responsabilidad del anestesista, en situaciones donde el tratamiento convencional no fuera posible¹.

La anestesia general se utiliza cuando todos los demás métodos fueron ineficaces para realizar procedimientos dentales, en pacientes que no pueden ser atendidos en condiciones normales, por presentar alguna discapacidad o enfermedad. Por lo tanto, es esencial conocer el proceso de admisión del paciente, el procedimiento a realizar y el control postoperatorio. Este tipo de tratamiento dental está indicado especialmente para los niños con retraso mental, trastornos emocionales y de la

conducta; discapacidad física y movimientos involuntarios; discrasias sanguíneas, hemofilia y enfermedades sistémicas importantes; trastornos respiratorios y cardiopatías graves. El equipo odontológico debe estar familiarizado con el ambiente y la rutina del bloque quirúrgico, debiendo realizar el plan de tratamiento de forma secuencial y lógica³⁴⁻³⁵. Exámenes preanestésicos y monitorización de los signos vitales del paciente durante el procedimiento deben realizarse obligatoriamente por el médico, que también asume los riesgos terapéuticos¹.

La comunicación con el paciente

Una dificultad importante que el odontopediatra puede encontrar es la dificultad en relacionarse con los pacientes que presentan problemas de comunicación³⁶.

Para el buen establecimiento de una buena comunicación, durante el tratamiento odontológico de los pacientes con necesidades especiales, es esencial evaluar el desarrollo mental o el grado de la función intelectual del paciente. A menudo, la información proporcionada por los padres o la persona responsable antes de la visita del paciente, puede ser extremadamente útil en la planificación y organización de la consulta²⁶. Se debe de hacer un esfuerzo para que la comunicación se lleve a cabo directamente con el paciente durante la atención dental. Aquellos que no puede comunicarse verbalmente pueden hacerlo a través de otras maneras no convencionales. A veces, la presencia de un miembro de la familia, o de un respon-

sable puede facilitar la comunicación y/o proporcionar información que el paciente no puede transmitir. Si los intentos de comunicación no tienen éxito, debido a alguna limitación, tal como la deficiencia auditiva, el odontólogo debe establecer otros medios eficaces tales como el uso de intérpretes, material escrito y lectura labial³⁶.

Consentimiento informado

Así como en la atención de rutina, por seguridad y resguardo del profesional que llevará a cabo el tratamiento odontológico en pacientes con necesidades especiales, es necesario obtener el consentimiento informado, firmado por el paciente cuando sea posible, o por su representante legal. El instrumento tiene efecto legal y establece que el paciente y/o su tutor fue suficientemente informado y esclarecido de dudas por el profesional sobre los procedimientos terapéuticos a realizar, así como el diagnóstico, objetivo, limitaciones, riesgos y pronóstico del tratamiento. El documento establecerá el regreso del paciente al consultorio/hospital en el periodo indicado por el profesional, así como la necesidad de informar inmediatamente los posibles problemas que puedan surgir durante este tiempo. También debe ser expresada la concordancia y el consentimiento para la realización del procedimiento técnico clínico que haya sido descrito como el mejor para cada situación. Además, podrá ser obtenida la autorización para el uso de imágenes fotográficas y radiográficas del paciente, así como la consulta de sus expedientes mé-

dicos y dentales, para su posible uso en la preparación de cualquier trabajo científico o de otras publicaciones en revistas especializadas. Es importante que el paciente o su responsable tengan conocimiento de que la información podrá ser utilizada después. El consentimiento informado debe ser parte de la documentación adjunta a los registros médicos dentales y de otras pruebas complementarias constantes en los registros del paciente.³⁰

Manejo preventivo y de restauración

Como se ha mencionado, los pacientes con necesidades especiales tienen un mayor riesgo para la enfermedad periodontal y caries que, a su vez, puede presentar un riesgo de muerte para ellos. Así que mantener un control de la higiene bucal diaria es una condición indispensable para mitigar estos problemas. En este sentido, la participación de los padres o responsables es fundamental cuando el paciente sea incapaz de realizar este tipo de procedimientos de manera eficaz⁶.

Los profesionales del área odontológica deben enseñar adecuadamente las técnicas de higiene bucal, incluyendo cómo colocar correctamente al paciente con discapacidad para tal procedimiento. Los cepillos de dientes pueden ser adaptados para facilitar el manejo de las propias personas con discapacidades físicas. Por otra parte, podrá ser indicado el uso de cepillos dentales eléctricos, que desempeñan un papel importante, facilitando la ejecución de los procedimientos para

el paciente. Independientemente del tipo de cepillo, se debe reforzar la necesidad de cepillado diario con pasta de dientes fluorurada, por los beneficios ya conocidos. Otro instrumento que también debe ser fomentado es el hilo dental. En algunos casos debe ser aplicado con un apoyo adecuado, como en el caso de los pacientes en los que es extremadamente difícil colocar las manos en el interior de su cavidad bucal.³⁷

Otra medida preventiva importante para mantener la salud bucal está relacionada con la evaluación nutricional y el consiguiente asesoramiento dietético del paciente. El odontopediatra debe fomentar, con bastante firmeza, una dieta no cariogénica estimulando el consumo de alimentos saludables. Es necesario controlar la dieta a través de la evaluación diaria de los alimentos de paciente³. (Véase el capítulo “El asesoramiento dietético en la odontopediatría” de este manual). También es importante la orientación sobre el alto potencial cariogénico de algunos medicamentos orales pediátricos y suplementos dietéticos que contienen alto contenido de carbohidratos, además de algunos efectos secundarios de fármacos en la cavidad bucal (por ejemplo, xerostomía e hiperplasia gingival)²⁷.

La aplicación tópica de fluoruros, de forma segura y eficaz, también es recomendada para pacientes con necesidades especiales, por los efectos benéficos ya conocidos³⁷ (Ver el capítulo “Uso de fluoruro” de este manual), realizados de forma habitual o no (por ejemplo, gel de fluoruro en el cepillo de dientes)³⁷.

Otra medida benéfica indicada para los pacientes con necesidades especiales es el uso de selladores, como una medida eficaz para la prevención de lesiones cariosas en fosas y fisuras³⁸. (Vea el capítulo “Uso de selladores” de este manual). Aunque la técnica de aplicación es más laboriosa en algunos casos, los resultados obtenidos habrán compensado todo el esfuerzo que se gasta para su ejecución³⁸.

En cuanto al manejo odontológico de las lesiones cariosas en dentina en pacientes con necesidades especiales el *Tratamiento Restaurador Atraumático (TRA)*, así como el *Tratamiento Restaurador Atraumático Modificado (TRAm)* son una alternativa benéfica³⁹. (Ver el capítulo “*Tratamiento Restaurador Atraumático (ART)*” de este manual).

Para los pacientes con necesidades especiales que presentan problemas gingivales se recomienda que la frecuencia de las visitas odontológicas sea de cada 2 a 3 meses. Cuando esté indicado, podrá ser prescrito el uso de enjuagues con solución de clorhexidina y las consultas podrán ser más frecuentes. Si hubiera riesgo de deglución de la clorhexidina, esta deberá ser aplicada por medio de cepillo de dientes o una gasa. Los pacientes con enfermedad periodontal progresiva deberán ser remitidos al periodoncista para su evaluación y su respectivo tratamiento⁶.

Los pacientes con necesidades especiales, así como otros pacientes pediátricos, deben estar incluidos en un programa de manejo preventivo⁴⁰. Los criterios clínicos para determinar el intervalo entre las consultas están descritos en el capítu-

lo “Frecuencia de las consultas de mantenimiento preventivo” de este manual.

Consideraciones para el manejo dental de los pacientes oncológicos

Los pacientes con cáncer, debido a su inmunosupresión, requieren de cuidados especiales para mantener su salud bucal, debido a que adquieren infecciones con mayor frecuencia y gravedad que los pacientes ordinarios. En los pacientes sometidos a quimioterapia, las infecciones locales pueden progresar a complicaciones graves. A menudo, la cavidad bucal es descuidada como posible fuente principal de una septicemia o de otras infecciones sistémicas. Los cuidados odontológicos deben ser dirigidos a promover y mantener la integridad del tejido y a la prevención de las complicaciones bucales de la quimioterapia⁴¹.

Las lesiones cariosas que involucran a los tejidos pulpaes, gingivales y periodontales tienen el potencial de evolucionar hacia una celulitis o septicemia, especialmente durante los períodos en los que los pacientes están inmunosuprimidos⁴². Además, los agentes quimioterapéuticos pueden comprometer la integridad de la mucosa bucal, perjudicando, así, la primera línea de defensa de la cavidad bucal⁴³. Además, el paciente se vuelve susceptible a infecciones fúngicas, virales y bacterianas, en función de la mielosupresión⁴⁴.

Las complicaciones bucales de la quimioterapia tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Un pro-

toloco de cuidados odontológicos aplicado sistemáticamente antes y durante el tratamiento del cáncer, es esencial en la prevención o reducción de la gravedad de estas complicaciones, además, a menudo es posible combinar un protocolo de monitoreo odontológico con el tratamiento antineoplásico y la inclusión de un cirujano odontólogo en el personal de asistencia a los pacientes oncológicos para poder contribuir no sólo a mejorar la calidad de la salud bucal, sino también, para aumentar la calidad de vida de estos pacientes⁴⁵.

Por lo tanto, la evaluación y el tratamiento odontológico realizados antes del inicio de la terapia oncológica y los cuidados caseros con medidas preventivas reducen al mínimo el riesgo de infecciones y otras complicaciones bucales. En algunos casos, la aparición de estas complicaciones puede ser inevitable. Por lo tanto, las medidas apropiadas son necesarias para su manejo correcto⁴⁶.

Algunas de las complicaciones bucales debido a los efectos citotóxicos directos de la quimioterapia y el manejo de estas complicaciones

Mucositis

La mucositis es una condición ulcerativa difusa, generalmente de la mucosa bucal no queratinizada. En los niños sometidos a quimioterapia, es la complicación bucal más frecuente, ya que la mucosa bucal de los individuos más jóvenes posee células con alta actividad mitótica⁴⁶.

El mantenimiento de la salud bucal es la principal medida profiláctica contra el desarrollo de la mucositis en pacientes sometidos a quimioterapia⁴⁷. El enfriamiento bucal, con el uso de hielo, también puede ser empleado como medida preventiva⁴⁸. Los enjuagues bucales con solución de clorhexidina al 0,12 % tienen la propiedad de reducir la microflora bucal^{49,50}.

Después de la instalación del proceso de mucositis, las medidas paliativas se convierten en el objetivo principal del tratamiento. La gravedad, duración, malestar y el potencial de infección secundaria pueden minimizarse con el manejo adecuado⁴⁹. Las medidas para la higiene de la cavidad bucal, deben ser aplicadas rápidamente. Cuidados como la hidratación y nutrición del paciente, la lucha contra el dolor, prevenir o tratar infecciones secundarias también son medidas importantes^{44,46,49}.

En general, la mucositis debe ser tratada de manera conservadora, para evitar una mayor irritación adicional a los tejidos y daño a las células remanentes, que regeneran el epitelio.⁴⁸ Se debe evitar el uso de soluciones que contengan alcohol o fenol, ya que pueden dañar el mucosa comprometida, aumentando el dolor y prolongando la duración de la lesión⁴⁷. En este caso, se recomienda el uso de 0,9% de solución salina y/o solución de bicarbonato de sodio.⁴⁹⁻⁵² La solución de agua oxigenada está contraindicada, ya que altera la microflora oral y promueve la selección de microorganismos resistentes, que pueden prolongar y agravar la mucositis.⁵⁰ El paciente deben ser orientado para que su

dieta no sea irritante para la mucosa bucal⁴⁸.

Para reducir al mínimo el dolor, se pueden utilizar agentes anestésicos tópicos (gel o spray), como la lidocaína, clorhidrato de benzidamina, clorhidrato de diclonina o difenidramina^{44,48,52} o analgésicos, incluyendo narcóticos como la codeína.^{43,51,52} Los analgésicos que interfieren con la coagulación sanguínea, tales como las que contienen ácido acetilsalicílico, deben ser evitados.⁵⁰ La lidocaína se debe usar con precaución. La absorción sistémica a través de la mucosa ulcerada puede ser tóxica para los pacientes pediátricos⁵³. Las soluciones anestésicas también puede inhibir el reflejo de asfixia.⁵⁰

El uso de antiácidos, como el hidróxido de magnesio, como vehículo de fármacos paliativos está contraindicado, ya que a menudo causa deshidratación de la mucosa. La benzocaína en orabase puede ser útil para áreas limitadas de ulceración.^{44,50}

De los muchos agentes utilizados para el tratamiento de la mucositis, la clorhexidina al 0,12% y el sucralfato tópico han recibido mayor atención⁴⁸. La suspensión tópica de sucralfato es una sal básica de aluminio, no absorbible, no irritante y que no deshidrata la mucosa^{47,48,53}. Se utiliza en el tratamiento de la úlcera péptica. Su probable mecanismo de acción es el enlace a las proteínas de la mucosa dañada, lo que efectivamente forma una capa protectora, favoreciendo la regeneración epitelial, lo que reduce las molestias del paciente y acelera la cicatrización^{49,53}.

Xerostomía

Los pacientes que reciben quimioterapia pueden experimentar cambios temporales en la cantidad y calidad de saliva⁵³. Inicialmente, la quimioterapia afecta a las glándulas salivales estimulando la salivación. Por lo tanto, el paciente presenta un cuadro de sialorrea. Después, ocurre la obstrucción de los conductos de las células acinares, resultando en xerostomía⁵⁰.

Si se produce xerostomía junto con otras formas de estomatotoxicidad directa, puede promover la ulceración e intensificar síntomas⁴⁴. Además, se sabe que la saliva desempeña el papel de la realización de la limpieza mecánica de los dientes, removiendo restos de alimentos y bacterias, neutralizando los ácidos formados por el metabolismo bacteriano, a través de su capacidad de amortiguación. Por lo tanto, la deficiencia salivar extrema resulta en un aumento de la actividad cariogénica⁵⁴.

El manejo de la xerostomía implica combinación de estrategias. La higiene bucal adecuada, la reducción del consumo de sacarosa y el uso de flúor tópico son medidas importantes para los pacientes que presentan esta complicación⁵³. Ante la sensibilidad de la mucosa, se debe optar por la aplicación de fluoruro neutro en lugar de acidulados⁵⁰. Inicialmente, se debe estimular la secreción endógena de saliva usando gomas de mascar sin azúcar. Si esta medida no es efectiva, el uso de saliva artificial deberá ser indicada⁵³.

Muchos sustitutos salivales y agentes humectantes de la boca contienen carboximetilcelulosa o mucina animal o

componentes que pueden favorecer la remineralización del esmalte dental. Se ha sugerido que las preparaciones que contienen mucina son mejor aceptadas por los pacientes y pueden promover el establecimiento de la microflora bucal normal. Aunque algunos pacientes consideran que el uso de estos productos es útil, la experiencia clínica sugiere que no son siempre bien tolerados. Cuando el costo es tomado en consideración, muchos pacientes prefieren simplemente beber agua a menudo o usar un aerosol con agua⁴⁸.

Algunas complicaciones bucales resultantes de los efectos citotóxicos indirectos de la quimioterapia y el manejo de estas complicaciones

Los principales problemas asociados con los efectos citotóxicos son la infección indirecta y la hemorragia, secundaria a neutropenia y trombocitopenia. La cavidad bucal es uno de los sitios principales de infección en pacientes con cáncer y neutropenia⁴⁴. Las infecciones pueden ser causada por bacterias de la microflora bucal normal o por microorganismos oportunistas⁵⁰.

Infecciones bacterianas

Las infecciones bacterianas de la cavidad bucal pueden involucrar dientes (lesiones cariosas), la encía (gingivitis y periodontitis) o la mucosa. Cuando el foco de infección es de origen dental, esta misma deberá ser eliminada tan pronto como sea

posible. Este manejo requiere una estricta colaboración entre el odontólogo y el médico debido al riesgo de septicemia^{44,46}.

Generalmente, los pacientes con leucometría mayor a $3.500/\text{mm}^3$ y conteo plaquetario por encima de $100.000/\text{mm}^3$ se pueden tratar como pacientes normales, suponiendo que el porcentaje de neutrófilos es superior al 50%^{44,53}. En este grupo, los procedimientos invasivos pueden llevarse a cabo, como por ejemplo, exodoncias o endodoncias^{44,50}.

De acuerdo con las recomendaciones del *National Cancer Institute*⁵², los pacientes con recuentos de neutrófilos por encima de $2.000/\text{mm}^3$, pueden someterse a procedimientos dentales invasivos, sin que haya la necesidad de antibioticoterapia profiláctica. En cuanto a aquellos con recuento de neutrófilos entre 1.000 y $2.000/\text{mm}^3$, se recomienda el uso de profilaxis antibiótica, por vía oral, una hora antes de la realización de los procedimientos, de acuerdo con las recomendaciones de la *American Heart Association* (amoxicilina-50 mg/kg, dosis máxima de 2 gramos. Para pacientes alérgicos, sustituir por clindamicina o cefalosporinas de primera generación o macrólidos). Los pacientes con neutrófilos por debajo de $1.000/\text{mm}^3$ deberán someterse a antibioticoterapia administra por vía endovenosa⁵². La transfusión de concentrado de plaquetas, inmediatamente antes de las extracciones, se indicará con el objetivo de aumentar el número de plaquetas a $50.000/\text{mm}^3$ ⁵². Vale la pena resaltar la importancia de los cuidados en casa para el mantenimiento de la salud bucal, teniendo en cuenta que

la higiene bucal, con cepillado y uso de hilo dental debe realizarse diariamente cuando el conteo de granulocitos y de plaquetas sea superior a $500/\text{mm}^3$ y $40.000/\text{mm}^3$, respectivamente. Por debajo de estos niveles, debe suspenderse para prevenir el sangrado gingival y bacteriemia. Pacientes con niveles inferiores deben seguir su higiene bucal usando gasas húmedas envueltas alrededor de su dedo índice^{43,47}. Otra opción es el control químico de la placa dental a través de enjuague bucal diario con clorhexidina al 0,12%, ya que cuenta con actividad antimicrobiana y antifúngica⁵⁰.

Infecciones por hongos

La frecuencia de las infecciones fúngicas en pacientes sometidos a quimioterapia ha aumentado significativamente. Esto se debe al conjunto de varios factores: al amplio uso de antibióticos de amplio espectro, la inmunosupresión asociada con la quimioterapia, la mala higiene bucal, malnutrición y la enfermedad debilitante. Entre los agentes etiológicos se destaca, en primer lugar, *Candida albicans*⁵³. El tratamiento de la candidiasis bucal en niños se realiza con agentes antifúngicos tales como nistatina, clotrimazol, ketoconazol y fluconazol. La elección del medicamento y la vía de administración se determinan por la gravedad de infección^{50,53}. La nistatina y el clotrimazol son medicamentos de uso tópico. El clotrimazol ha demostrado ser más eficaz que la nistatina. Como estos dos medicamentos contienen azúcar en su formulación, puede ser cariogénicos. Por lo tanto, se recomienda que

el uso de estos agentes se acompañe de higiene bucal estricta. Algunos protocolos recomiendan el uso de clorhexidina al 0,12%. No obstante, la nistatina y la clorhexidina no deben ser utilizados de forma simultáneamente, considerando que existe evidencia de que esta asociación puede ser antagónica⁵³.

Infecciones virales

Las infecciones virales son más frecuentes y más graves en niños con cáncer, ya que, por sí mismos o por la quimio-radioterapia, causan cambios significativos en la respuesta inmune celular^{50,53}.

El grupo del herpes virus– herpes virus, citomegalovirus, herpes zoster - se destacan porque, después de la infección inicial se tornan latentes en el cuerpo, pudiéndose reactivar cuando existan episodios de inmunosupresión^{50,53}.

Aunque en los pacientes sanos la infección herpética recurrente es más común en áreas extrabucal, en pacientes con mielosupresión también pueden ocurrir manifestaciones intrabucal. Las lesiones intrabucal aparecen como lesiones agrupadas que pueden ulcerarse rápidamente. Con frecuencia se observan en el paladar, y muchas veces unilaterales. Las lesiones, cuando se ulceran, presentan un centro necrótico-blanco grisáceo, pudiendo infectarse secundariamente⁴⁴.

El tratamiento de las infecciones causadas por el virus del herpes simple y varicela-zoster incluyen medidas paliativas, como el descanso, hidratación, control de la fiebre y el tratamiento de las infec-

ciones secundarias⁴⁴. Sin embargo, en pacientes inmunosuprimidos, el tratamiento del virus del herpes simple también debe hacerse con aciclovir. Si la infección fue evaluada como grave, se debe preferir la administración endovenosa. Si la infección no fue grave, puede ser utilizada la vía oral⁵⁵. El uso de aciclovir tópico tiene un beneficio cuestionable^{44,46}.

El tratamiento de infecciones que implican el virus de la varicela-zoster debe hacerse con aciclovir endovenoso⁵⁵.

El láser de baja intensidad parece tener buena acción terapéutica cuando se utiliza en primeras etapas de infecciones virales. La irradiación con láser puede actuar debilitando a los microorganismos, lo que conduce a la disminución de los síntomas y a la reducción en el tiempo de evolución de la enfermedad. También puede prevenir la recurrencia de las lesiones en los mismos lugares. La acción analgésica, anti-inflamatoria y bioestimulante del láser puede funcionar como adyuvante en el tratamiento⁵⁶.

Sangrado bucal

La higiene bucal inadecuada es un factor predisponente para los cuadros de gingivitis y sangrado bucal. La trombocitopenia secundaria a la quimioterapia es un acontecimiento frecuente, pudiendo ocasionar sangrado gingival espontáneo, sangrado submucoso, sangrado relacionado con lesiones traumáticas (por ejemplo, morderse la lengua) y hemorragia postoperatoria^{43,53}.

Generalmente, el sangrado gingival

espontáneo se produce por la asociación entre la trombocitopenia y la inflamación gingival^{43,44,48,53}. Los pacientes con enfermedad periodontal preexistente son más propensos a este tipo de complicación que los individuos con periodonto sano^{44,47}.

El sangrado gingival es infrecuente en pacientes con recuentos plaquetarios superiores a $50.000/\text{mm}^3$, pueden ocurrir en un 10 a 12% de los pacientes con recuentos de plaquetas de alrededor de $20.000/\text{mm}^3$ y en aproximadamente, la mitad de los pacientes con recuentos inferiores a $10.000/\text{mm}^3$. El sangrado gingival espontáneo es poco probable con conteo plaquetario mayor a $20.000/\text{mm}^3$ ⁵⁰.

En los pacientes con trombocitopenia, el control de la placa dental puede llevarse a diario, con el uso de métodos químicos, tales como solución clorhexidina⁵³. El medicamento también está indicado para el tratamiento de la gingivitis en forma de enjuague bucal durante un minuto, a concentraciones que van desde 0,12 hasta 2%, por dos o tres veces al día, dependiendo de la intensidad de la enfermedad⁵².

En presencia de sangrado de las encías espontáneo, las medidas locales para el control, incluyen la compresión con una gasa empapada en solución de trombina tópica. La transfusión de plaquetas puede ser necesaria en casos de fracaso de las medidas locales o para los pacientes con trombocitopenia acentuada^{49,51,53}.

Vinculación de los pacientes

Los pacientes que necesitan trata-

miento odontológico están sujetos a la progresión de la enfermedad cuando tratamiento no les pueda ser ofrecido, debido a su edad, comportamiento, incapacidad para cooperar, discapacidad o condición médica. El retraso o la negación de la atención necesaria puede resultar en dolor, molestias, reacciones adversas reducción de la calidad de buenos resultados para la salud bucal, otras necesidades y, ciertamente, el aumento de los costos del tratamiento. Los odontólogos tienen la obligación de actuar con ética también en atención a pacientes con necesidades de cuidados especiales. Si las necesidades del paciente estuvieran más allá de las habilidades del profesional, se le referirá a un profesional preparado para asegurar la plena salud del paciente²⁵.

Conclusiones

Los avances científicos y tecnológicos continuos en los campos de la biología y la salud han proporcionado muchos y diferentes beneficios, con gran impacto en la mejora de la calidad y la esperanza de vida de las personas. Esto es particularmente cierto en el cuidado de pacientes con necesidades especiales, sobre todo en lo que respecta al mantenimiento de la salud oral, que está estrechamente relacionada con la salud general.

En general, los pacientes con necesidades especiales tienen los mismos problemas que cualquier otro paciente. Sin embargo, su condición se agrava por la existencia de algún problema médico, lo que justifica la inclusión del paciente en un programa individualizado de atención

dental. Las dificultades del manejo serán superadas por equipos multi e interdisciplinarios actuando en conjunto y compartiendo información.

Por otra parte, no es aceptable pensar en fomentar la salud bucal de los pacientes especiales, sin buscar un adecuado conocimiento de las características de la enfermedad y de las implicaciones que pueden interferir en su cuidado dental. Es de vital importancia la concientización de que una cavidad bucal sana tiene un efecto positivo en el éxito de la terapia médica. Por lo tanto, el concepto de promoción de la salud bucal se vuelve aún más importante para estos pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Silva LCP, Cruz RA. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. Protocolos para o Atendimento Clínico. São Paulo: Liv. Santos Ed., 2009. 190p.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health needs patient. *Pediatr Dent* 2004; 26(suppl):15.
3. Fourniol Fo A. Pacientes Especiais e a Odontologia. São Paulo: Liv. Santos Ed., 1998. 472p.
4. Kramer PF, Feldens CA, Romano AR. Promoção de Saúde Bucal em Odontopediatría. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 1997. 144p.
5. Weyne SC. A Construção de um Paradigma de Promoção de Saúde. Um desafio. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 1997. p.19-23.
6. US Dept of Health and Human Services. Oral health in America: A report of the Surgeon General. Rockville: US Dept of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Re-

- search, National Institute of Health; 2000.
7. Acs G, Pretzer S, Foley M, Ng MW. Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia. *Pediatr Dent* 2001;23:419-23.
 8. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent* 1999;21:325-6.
 9. Milano M, Seybold SV. Dental care for special needs patients: A survey of Texas pediatric dentists. *J Dent Child* 2002;69:212-15.
 10. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental disability. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):12.
 11. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental neglect. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):11.
 12. American Academy of Pediatric Dentistry. Special Patients. In: Nowak A. The Handbook. 2nd ed. Chicago: AAPD; 1999. p.224.
 13. Badger GR. Caries incidence in child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 1986;8:101-2.
 14. Thomas CW, Primosch RE. Changes in incremental weight and well-being of children with rampant caries following complete dental rehabilitation. *Pediatr Dent* 2002;24:109-13.
 15. National Foundation for Ectodermal Dysplasias. Parameters of oral health care for individuals affected by ectodermal dysplasias. Mascoutah: National Foundation for Ectodermal Dysplasias. 2003. p.9.
 16. American Cleft Palate-Craniofacial Association. Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. Chapel Hill: American Cleft Palate-Craniofacial Association; April 2000.
 17. Strauss RP. Organization and delivery of craniofacial services. *Cleft Palate Craniofac J* 1999;36:189-95.
 18. American Dental Association. Americans with Disabilities Act(ADA). Disponível em: <http://www.ADA.org>. Acessado em 23 de setembro de 2008.
 19. Schultz ST, Shenkin JD, Horowitz AM. Parental perceptions of unmet dental need and cost barriers to care for developmentally disabled children. *Pediatr Dent* 2001;23:321-5.
 20. Academy of Dentistry for Persons with Disabilities. Preservation of quality oral health care services for people with developmental disabilities. *Spec Care Dentist* 1998;18:180-2.
 21. McNeil JM. US Bureau of Census. Americans with disabilities: 1991- 1992. Current population reports, p70 61. Washington DC 1997b Aug.
 22. Newacheck PW, McManus M, Fox HB, Hung YY, Halfon N. Access to health care for children with special health care needs. *Pediatrics* 2000;105:760-6.
 23. Shenkin JD, Davis MJ, Corbin SB. The oral health of special needs children: Dentistry's challenge to provide care. *J Dent Child* 2001;86:201-5.
 24. Gorden SM, Dionne RA, Synder J. Dental fear and anxiety as a barrier to accessing oral health care among patients with special health care needs. *Spec Care Dentist* 1998;18:88-92.
 25. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the ethics of failure to treat or refer. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):60.
 26. Nowak AJ. Patients with special health care needs in pediatric dental practices. *Pediatr Dent* 2002;24:227-8.
 27. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dental home. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):18-9.
 28. American Academy of Pediatric Dentistry.

- Policy on use of a caries-risk assessment tool (CAT) for infants, children and adolescents. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl): 25-7.
29. Weddell JA, Jones JE. Hospital dental services for children and the use of general anesthesia. In: McDonald RE, Avery DR, Dean JA, eds. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 8th ed. St. Louis: Mosby; 2004. p.314.
30. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on behavior management. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):89-94.
31. American Dental Association Commission on Dental Accreditation. Accreditation standards for advanced specialty education programs in pediatric dentistry: Hospital and adjunctive experiences. Chicago; 1998:25-9.
32. American Dental Association. Current policies, economic credentialing (1993:692). Disponível em <http://www.ada.org/prof/resources/positions/policies.asp>. Acessado em 28 de fevereiro de 2005.
33. American Medical Association. Policy H-230.975 Economic credentialing. Adapted 1991; reaffirmed 1998. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/>. Acessado em 23 de setembro de 2008.
34. Toledo OA. *Odontopediatria – Fundamentos para a Prática Clínica*. 3a ed., São Paulo: Ed. Premier, 2005. 390p.
35. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para o Bebê*. São Paulo: Ed. Artes Médicas. 1996. 254p.
36. Halfon N, Inkelas M, Wood D. Nonfinancial barriers to care for children and youth. *Ann Rev Public Health* 1995;16:447-72.
37. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 2004; 26(suppl):87-8.
38. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on pediatric restorative dentistry. *Pediatr Dent* 2004;26(suppl):106-14.
39. Massara MLA. ART Modificado: a melhor abordagem de lesões de dentina da atualidade. 11º Livro Anual do Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria, v.1, n.1, p.131, jan/dez.2002.
40. Noronha JC. Plano de tratamento. In: Toledo OA, ed. *Odontopediatria. Fundamentos para a prática clínica*. 3a ed. São Paulo: Editorial Premier; 2005. p.43-52.
41. McElroy TH. Infection in the patient receiving chemotherapy for cancer: oral considerations. *J Am Dent Assoc* 1984;109:454-6.
42. Childers NK, Stinnett E, Wheeler P, Wright T, Castleberry RP, Dasanayake AP et al. Oral complications in children with cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1993;75(1):41-7.
43. Chin E. A brief overview of the oral complications in pediatric oncology patients and suggested management strategies. *ASDC J Dent Child* 1998;65(6):468-473.
44. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e Prática de Medicina Oral*. 2a ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.358-81.
45. Lobão DS, Oliveira BM, Massara MLA, Viana MB, Nunes L. Condições da Cavidade Bucal e Acompanhamento Odontológico de Crianças com Leucemia Linfocítica Aguda. *Rev Med Minas Gerais* 2008; 18(4 Supl 1): S25-S32.
46. Kennedy L, Diamond J. Assessment and management of chemotherapy-induced mucositis in children. *J Pediat Oncol Nurs* 1997;14(3):164-74.
47. Toth BB, Martin JW, Fleming TJ. Oral complications associated with cancer therapy. *J Clin Periodontol* 1990;17:508-15.

48. Scully C, Epstein JB. Oral health care for the cancer patient. *Eur J Cancer B Oral oncol.* 1996;32B(5):281-92.
49. Mendonça EF, Carneiro LS, Silva JB, Silva CM, Palmeira GBLS. Complicações bucais da quimioterapia e radioterapia no tratamento do câncer. *Rev ABO Nac* 2005;13(3):151-7.
50. Rosenberg SW. Oral care of chemotherapy patients. *Dent Clin North Am* 1990;34(2):239-50.
51. Camargo JDF, Batistella FID, Ferreira SLM. Complicações bucais imediatas do tratamento oncológico infantil. *Rev Iberoam Odontopediatr Odontol Bebê* 2004;7(36):177-84.
52. National Cancer Institute. Disponível em <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/oralcomplications/HealthProfessional/page4>. Acessado em 07 de setembro de 2011.
53. Simon AR, Roberts MW. Management of oral complications associated with cancer therapy in pediatric dentistry. *ASDC J Dent Child* 1991;58:384-9.
54. Maltz M, Parolo CCF, Jardim JJ. Cariologia Clínica. In: Toledo AO. *Odontopediatria. Fundamentos para a Prática Clínica.* 3ª Ed., São Paulo: Ed. Premier, 2005. P.103-50.
55. Viana MB, Oliveira BM. Infecção e imunossupressão. In: Tonelli E, Freire L S, editores. *Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência.* 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000. v. 2. p. 1771-1788.
56. Catão MHCV. Os benefícios do laser de baixa intensidade na clínica odontológica na estomatologia. *Rev Bras Patol Oral* 2004; 3(4):214-218.