


Fatores associados à indicação de via alternativa de alimentação após câncer de língua: uma revisão sistemática

Factors associated with the indication of alternative feeding following tongue cancer: a systematic review

Factores asociados a la indicación de vía alternativa de nutrición después del cáncer de lengua: una revisión sistemática

Larissa Dos Santos Custódio* 

Laura Faustino Gonçalves* 

Patrícia Haas* 

Cláudia Tiemi Mituuti* 

Resumo

Introdução: O câncer de cavidade oral constitui lesões da superfície da mucosa oral, e, devido às sequelas da doença e de seu tratamento, frequentemente ocorrem quadros de disfagia. Quando a alimentação por via oral se torna impossibilitada, é fundamental a indicação de vias alternativas de alimentação. **Objetivo:** verificar a ocorrência e os fatores associados ao uso de via alternativa de alimentação após câncer de língua. **Método:** A busca foi conduzida por dois pesquisadores independentes nas bases de dados Medline (Pubmed), LILACS, SciELO, Scopus, WEB OF SCIENCE e BIREME sem restrição de idioma e localização, no período de 2010 a 2021. Para complementar e evitar vies de risco foi realizada uma busca por literatura cinza no Google Scholar. **Crterios de Seleção:** A revisão sistemática foi conduzida conforme as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Foram incluídos na pesquisa estudos que obtiveram pontuação ≥ 6 pontos

* Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Contribuição dos autores:

LDSC e LFG: metodologia, coleta de dados, esboço do artigo, revisão crítica.

PH e CTM: concepção do estudo, metodologia, coleta de dados, esboço do artigo, revisão crítica, orientação.

E-mail para correspondência: Cláudia Tiemi Mituuti - claudiamituuti@gmail.com

Recebido: 06/01/2023

Aprovado: 10/06/2023

segundo o protocolo para pontuação qualitativa proposto por Pithon. **Resultados:** Os estudos mostram que a maioria dos indivíduos com câncer oral desenvolvem uma perda significativa de peso, necessitando de intervenção. O estágio geral da doença é um preditor significativo de perda de peso crítica em pacientes em tratamento. **Conclusão:** A indicação de via alternativa de alimentação após câncer de língua foi de 19,3% a 68,2%, e os fatores associados a essa indicação de VAA foram o estágio geral, cirurgia associada a terapia adjuvante, má adesão ao tratamento multidisciplinar, presença de complicações e baixa sobrevida.

Palavras-chave: Transtornos da Deglutição; Fonoaudiologia; Nutrição enteral; Estado nutricional.

Abstract

Introduction: Oral cavity cancer constitutes lesions on the surface of the oral mucosa and, due to the consequences of the disease and its treatment, dysphagia often occurs. When oral feeding becomes impossible, it is essential to indicate alternative feeding routes. **Objective:** to verify the occurrence and factors associated with the use of an alternative feeding route after tongue cancer. **Method:** The search was conducted by two independent researchers in the Medline (Pubmed), LILACS, SciELO, Scopus, WEB OF SCIENCE and BIREME databases without language and location restrictions, from 2010 to 2021. To complement and to avoid risk bias, a search for gray literature on Google Scholar was performed. **Selection Criteria:** The systematic review was conducted in accordance with the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Studies that scored ≥ 6 points according to the protocol for qualitative scoring proposed by Pithon. **Results:** Studies show that most individuals with oral cancer develop significant weight loss, requiring intervention. The overall stage of the disease is a significant predictor of critical weight loss in patients undergoing treatment. **Conclusion:** The indication of an alternative feeding route after tongue cancer was 19.3% to 68.2%, and the factors associated with this indication of AAV were the general stage, surgery associated with adjuvant therapy, poor adherence to multidisciplinary treatment, presence of complications and poor survival.

Keywords: Deglutition Disorders; Speech, Language and Hearing Sciences; Enteral Nutrition; Nutritional status.

Resumen

Introducción: El cáncer de cavidad oral constituye lesiones en la superficie de la mucosa oral y, debido a las consecuencias de la enfermedad y su tratamiento, es frecuente que se presente disfagia. Cuando la alimentación oral se hace imposible, es imprescindible la indicación de vías alternativas de alimentación. **Objetivo:** verificar la ocurrencia y los factores asociados al uso de una vía alternativa de alimentación después del cáncer de lengua. **Método:** La búsqueda fue realizada por dos investigadores independientes en las bases de datos Medline (Pubmed), LILACS, SciELO, Scopus, WEB OF SCIENCE y BIREME, sin restricciones de idioma y ubicación, de 2010 a 2021. Para complementar y Evitar riesgo de sesgo, se realizó una búsqueda de literatura gris en Google Scholar. **Criterios de selección:** La revisión sistemática se llevó a cabo de acuerdo con las recomendaciones de Elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis (PRISMA). Los estudios que puntuaron ≥ 6 puntos según el protocolo de puntuación cualitativa propuesto por Pithon et al. (2015). **Resultados:** Los estudios muestran que la mayoría de las personas con cáncer oral desarrollan una pérdida de peso significativa, lo que requiere intervención. El estadio general de la enfermedad es un preditor significativo de pérdida de peso crítica en pacientes que reciben tratamiento. **Conclusión:** La indicación de vía alternativa de alimentación tras cáncer de lengua varió del 19,3% al 68,2%, y los factores asociados a esta indicación de AAV fueron el estadio general, cirugía asociada a terapia adyuvante, mala adherencia al tratamiento multidisciplinario, presencia de complicaciones y baja supervivencia.

Palabras clave: Trastornos de Deglución; Fonoaudiología; Nutrición Enteral; Estado nutricional.

Introdução

A cavidade oral é o sítio anatômico do trato aéreo-digestivo superior no qual é mais frequente o surgimento de doenças malignas que crescem de forma descontrolada e excessiva, sendo a mais comum o Carcinoma Espinocelular (CEC). Este tipo histológico totaliza mais de 95% das neoplasias bucais malignas, sendo os principais fatores etiológicos a exposição ao tabaco e uso de álcool¹. As lesões neoplásicas podem apresentar aspecto avermelhado ou esbranquiçado e são, em sua maioria, assintomáticas, podendo estar associadas, ou não, a lesões leucoplásicas. Dessa forma, o câncer de cavidade oral constitui lesões da superfície da mucosa dos lábios, assoalho da boca, mucosa bucal, língua, gengiva superior e inferior, palato duro, e trígono retromolar².

Os principais sintomas do câncer de cavidade oral são presença de linfedema na região cervical, dor desenvolvida de forma gradativa, emagrecimento evidente, rouquidão constante, dificuldade para falar, mastigar e deglutir, no qual é comum a chance de ocasionar disfagia. Ademais, é mais comum que homens na faixa dos 40 anos sejam acometidos pelo câncer de cavidade oral, visto que é maior a prevalência deste grupo exposto ao álcool, tabagismo, excesso de gordura corporal, má higienização oral, e o próprio fator genético³.

O câncer de cavidade oral pode ser diagnosticado através de exame clínico, porém apenas confirmado com a biópsia. Além disso, exames de tomografia computadorizada auxiliam no diagnóstico e, principalmente, favorecem a avaliação da extensão da tumoração. O procedimento cirúrgico, na maioria das vezes, é o tratamento mais comumente usado, tanto nas lesões menores, quanto em cirurgias maiores que podem gerar ao paciente sequelas funcionais. Geralmente, a cirurgia envolve a remoção de uma ou mais áreas da cavidade oral relacionadas à remoção dos linfonodos do pescoço e, se necessário, algum tipo de reconstrução. Durante uma cirurgia de grande porte, pode ser preciso remover segmentos ósseos, sendo essas ressecções programadas para encontrar a melhor reconstrução com o objetivo de obter os melhores resultados funcionais⁴.

A quimioterapia relacionada à radioterapia é usada em casos mais avançados, quando não é possível realizar cirurgia. Com a quimioterapia, o paciente pode ter os tumores curados ou o seu

tamanho diminuído antes da cirurgia, e, ainda, pode ser complementada com a radioterapia. No entanto, ambas manifestam efeitos colaterais como: mucosite, periodontopatias, diminuição do fluxo salivar, disfagia e trismo. O fluxo salivar é comprometido qualitativamente e quantitativamente, em que há uma elevação da viscosidade salivar, acarretando uma dificuldade de deglutição. Além do mais, sabe-se que a radioterapia altera as glândulas salivares causando a xerostomia⁵.

A xerostomia é uma manifestação resultante da disfunção das glândulas salivares, que é relatada como “sensação de boca seca”, e se inicia após duas semanas de tratamento. O paciente pode sofrer de halitose, lábios rachados e dificuldade de se alimentar (disfagia). A mucosite é uma inflamação dos tecidos moles da cavidade oral que atinge 40% dos pacientes que foram submetidos à quimioterapia, e 10% dos indivíduos que passaram pela radioterapia³. O trismo é um efeito tardio, e está associado às neoplasias na região retromolar e palato mole, observado em 75,5% dos pacientes, sucedendo em razão da exposição da articulação temporomandibular (ATM) e músculos mastigatórios às radiações⁶.

Além dos prejuízos funcionais decorrentes do acometimento e de seu tratamento, estes indivíduos podem apresentar caquexia induzida pelo câncer, caracterizada por uma complexa síndrome metabólica multifatorial. Nestes casos, ela pode estar associada ao crescimento do tumor e aos tratamentos, que causa perda de peso e de apetite extremos com sinais de inflamação sistêmica⁷.

Devido à disfagia e à perda de peso decorrente da própria doença e dos tratamentos realizados, a manutenção segura e eficiente da alimentação por via oral torna-se impossibilitada, sendo fundamental a indicação de vias alternativas de alimentação (VAA) para manutenção nutricional e de hidratação em alguns casos. O tipo de via de alimentação será escolhido a depender das condições clínicas ligadas à deglutição, à integridade do trato gastrointestinal e ao estado no qual o paciente se encontra. A nutrição enteral é realizada com dietas com ingestão controlada de nutrientes elaborada por dispositivos como sonda nasogástrica, sonda nasoentérica e ostomias (gastrostomia e enterostomia), levando alimentação diretamente ao estômago ou intestino para ocorrer a absorção de nutrientes⁸. Todavia, mediante os prejuízos relevantes da absorção de nutrientes pelo trato digestivo em alguns casos, a

nutrição parenteral é indicada em razão de esta levar os nutrientes diretamente à corrente sanguínea⁹.

Diante dos dados demonstrados na literatura, inúmeras são as alterações que contribuem para a desnutrição, desidratação e segurança da deglutição de pacientes com câncer de boca. Assim, torna-se relevante determinar critérios de indicação de via alternativa de alimentação para estes indivíduos de acordo com os diferentes acometimentos na cavidade oral, visando a segurança e qualidade de vida destes pacientes.

Objetivo

Frente ao exposto, este estudo tem como objetivo principal verificar a ocorrência e os fatores associados ao uso de via alternativa de alimentação após câncer de língua, visando responder a seguinte pergunta norteadora de pesquisa: Quando é indicado o uso de via alternativa de alimentação após câncer de língua?

Estratégia de pesquisa

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura. Os descritores foram selecionados a partir dos vocabulários controlados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading Terms (MeSH), haja vista a sua ampla utilização pela comunidade científica para a indexação de artigos na

base de dados PubMed. Utilizou-se como estratégia de busca a combinação de descritor e operador booleano: (Tongue cancer) or (Oral cancer) and (tube feeding). A busca ocorreu de forma concentrada em maio de 2021. Para complementar e evitar viés de risco foi realizada uma busca por literatura cinza no Google Scholar.

A presente revisão sistemática foi conduzida conforme as recomendações *PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses)*¹⁰, visando obter o critério mais rigoroso de protocolo de evidência científica. As buscas por artigos científicos foram conduzidas por dois pesquisadores independentes nas bases de dados eletrônicas MEDLINE (Pubmed), LILACS, SciELO, SCOPUS, WEB OF SCIENCE e BIREME, sem restrição de idioma, período e localização. A pesquisa foi estruturada e organizada na forma PICOS, que representa um acrônimo para **P**opulação alvo, **I**ntervenção, **C**omparação e **O**utcomes” (desfechos). População de interesse ou problema de saúde (P) corresponde a pacientes com câncer de língua; intervenção (I): via alternativa de alimentação em pacientes com câncer de língua; comparação (C): não se aplica; outcome (O): Nutrição Enteral e Nutrição Parenteral; (S): estudo transversal, estudo observacional, relatos de caso, estudos de caso-controle, ensaios clínicos controlados, estudos de coorte (quadro 1).

Quadro 1. Descrição dos componentes do PICOS.

Acrônimo	Definição
P	pacientes com câncer de língua
I	via alternativa de alimentação em pacientes com câncer de língua
C	não se aplica
O	Nutrição Enteral e Nutrição Parenteral
S	Estudo transversal Estudo observacional Relatos de caso Estudos de caso-controle Ensaios clínicos controlados Estudos de coorte

Crítérios de seleção

Foram incluídos estudos sem restrição de idioma e localização, durante o período de 2010 a 2021. A quadro 2 representa os critérios de inclusão e exclusão aplicados especificamente para esta pesquisa. O estudo obteve pontuação 12 no protocolo modificado descrito por Phiton et al

(2015)¹¹, que avalia a qualidade metodológica dos estudos. Foram excluídos estudos publicados nos formatos de Cartas ao editor, diretrizes, revisões de literatura, revisões narrativas, revisões sistemáticas, meta análises e resumos. Estudos indisponíveis na íntegra, também foram excluídos (quadro 2).

Quadro 2. Síntese dos critérios de inclusão/exclusão.

Critérios de Inclusão	
Delineamento	Relatos de casos Estudos de casos e controle Ensaio clínico controlados Estudos de coorte Estudos em triagem Estudos observacionais
Localização	Sem Restrição
Idioma	Sem restrição
Critérios de Exclusão	
Delineamento	Cartas ao editor Diretrizes Revisões de literatura Revisões sistemáticas Meta-análises
Estudos	Estudos pouco claros Mal descritos ou inadequados
Forma de publicação	Apenas resumo

Análise dos dados

Os estudos selecionados foram do tipo coorte retrospectivo, ensaio clínico randomizado e retrospectivo. A extração dos dados para o processo de elegibilidade dos estudos foi realizada utilizando-se uma ficha própria para revisão sistemática elaborada por dois pesquisadores em Programa Excel[®], na qual os dados extraídos foram adicionados por um dos pesquisadores e, então, conferidos por outro pesquisador. Inicialmente foram selecionados de acordo com o título; em seguida, os resumos foram analisados e apenas os que fossem potencialmente elegíveis e que respondessem à pergunta norteadora, foram selecionados. Com base nos resumos, artigos foram selecionados para leitura integral, foram admitidos os que atendiam a todos os critérios pré-determinados.

A seleção e análise da qualidade dos métodos utilizados no estudo foi avaliada pelos revisores de forma independente (PH, CTM), de acordo com a recomendação do protocolo PRISMA¹⁰. A avaliação priorizou a descrição clara das informações. Neste ponto, a revisão foi realizada

às cegas, mascarando os nomes dos autores e revistas, evitando qualquer viés potencial e conflito de interesses.

Inicialmente os revisores de elegibilidade (PH, CTM) foram calibrados para a realização da revisão sistemática por LFG e LSC. Após a calibração e esclarecimentos de dúvidas, os títulos e resumos foram examinados por um revisor de elegibilidade (PH), de forma independente, os quais não estavam cegos para o nome dos autores e das revistas. Aqueles que apresentaram um título dentro do âmbito, mas os resumos não estavam disponíveis, também foram obtidos e analisados na íntegra. Foram excluídos estudos fora do âmbito proposto, relatos de caso, cartas ao editor e/ou editorial, revisões de literatura, índices, resumos, revisão sistemática, metanálise e estudos em animais. Posteriormente, os estudos elegíveis preliminarmente tiveram o texto completo obtido e avaliado. Em casos específicos, quando o estudo com potencial de elegibilidade apresentasse dados incompletos, os autores poderiam ser contatados por e-mail para mais informações, no entanto não existiu esta necessidade para a presente pesquisa.

Resultados

Os resultados obtidos nesta pesquisa e observados na Figura 1 destacam que foram realizadas as exclusões por duplicidade, título, resumo e leitura completa. Ao final do processo de seleção, um estudo adequou-se a todos os critérios de elegibilidade. É possível verificar toda a seleção de admissibilidade dos artigos por meio da Figura 1. Os estudos incluídos nesta pesquisa foram do tipo coorte retrospectivo, ensaio clínico randomizado e retrospectivo. Para os dados obtidos dos estudos elegíveis, estes também foram transportados para uma planilha no mesmo programa, a fim de organizar os resultados como demonstrado na Tabela 1.

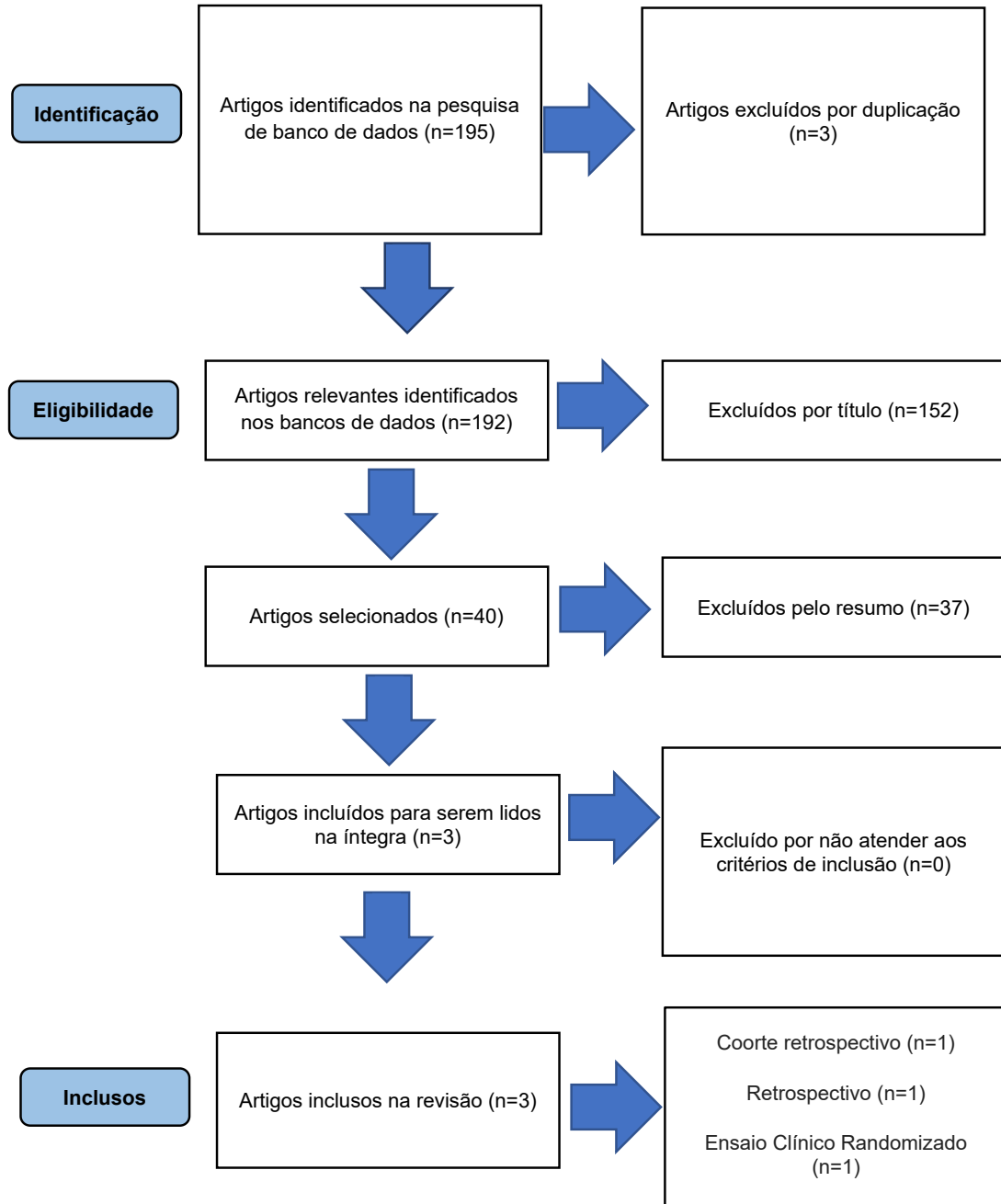


Figura 1. Diagrama de identificação e seleção de artigos

Tabela 1. Classificação das referências obtidas nas bases de dados Pubmed, Bireme, Scielo, Lilacs, Web Of Science e Scopus.

Descritores	Nº total de artigos	Nº de Referências excluídas	Motivo da exclusão	Nº de artigos selecionados	Banco de dados
(Tongue cancer) or (Oral cancer) and (tube feeding)	0	-	-	-	Lilacs
(Tongue cancer) or (Oral cancer) and (tube feeding)	0	-	-	-	Web of Science
(Tongue cancer) or (Oral cancer) and (tube feeding)	0	-	-	-	Scopus
(Tongue cancer) or (Oral cancer) and (tube feeding)	0	-	-	-	Scielo
(Tongue cancer) or (Oral cancer) and (tube feeding)	75	72	Excluídos por título (65) Excluídos por resumo (7)	3	Pubmed
(Laser therapy) and (Speech therapy)	120	120	Excluídos por título (87) Excluídos por resumo (30) Duplicados (3)	0	Bireme
Total	195	192		3	Pubmed

Desenho dos estudos

No primeiro estudo¹² presente nesta análise, o objetivo foi avaliar se a gastrostomia melhora a fase pós-operatória em pacientes com câncer bucal submetidos a hemi mandibulectomia e esvaziamento cervical seletivo ou não. Os indivíduos elegíveis para inclusão no estudo apresentavam carcinoma epidermóide oral em estágio III ou IV, e foram submetidos a hemi mandibulectomia e esvaziamento cervical seletivo.

A amostra foi composta por (n=40) pacientes que foram alocados aleatoriamente em 2 grupos de acordo com uma lista aleatória: Grupo 1 (n=20 pacientes) teve tubo nasogástrico (NG) por 4 semanas, e o Grupo 2 (n=20 pacientes) foi submetido a Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) por 4 semanas, ou mais, após a cirurgia. O Grupo 1 consistia em 11 homens e 9 mulheres, e o grupo 2, 13 homens e 7 mulheres. Todos os pacientes receberam radioterapia pós-cirúrgica 4 semanas após a operação em doses entre 60 e 70 Gy. A idade média dos pacientes foi de 61 anos no Grupo 1, e 62 anos no Grupo 2.

Foram documentadas a infecção e deiscência das feridas, e foi estudado o peso dos pacientes antes da cirurgia e 4 semanas após a cirurgia. A perda de peso foi definida como uma diferença de peso pré-cirúrgico e 4 semanas após. Idade, sexo e estágio da doença foram fatores variáveis do

estudo; deiscência da ferida, infecção e perda de peso foram considerados resultados do estudo¹².

A segunda pesquisa¹³ inclusa, apresentava como objetivo avaliar os fatores associados à perda crítica de peso durante o tratamento de pacientes com carcinoma epidermóide de cavidade oral. Os indivíduos inclusos nos estudos foram (n=150) pacientes maiores de 18 anos com diagnóstico confirmado de carcinoma espinocelular de cavidade oral. Os pacientes foram divididos em dois grupos, cirurgia isolada (não exposto) e cirurgia somada a terapia adjuvante (exposto). Houve um total de 111 pacientes que foram submetidos à cirurgia e terapia adjuvante e 39 pacientes que foram submetidos à cirurgia isolada. A média de idade dos pacientes submetidos à cirurgia com terapia adjuvante foi de $46,9 \pm 12,77$ anos. A maioria dos pacientes era do sexo masculino 89 (80,2%), e os demais 22 (19,8%), do sexo feminino¹³.

O terceiro estudo¹⁴ teve como objetivo avaliar o perfil clínico-epidemiológico, as complicações pós-operatórias, as taxas de sobrevivência e os aspectos funcionais de pacientes com câncer da cavidade oral e da orofaringe submetidos à glossectomia total. Foram recrutados (n=22) pacientes do sexo masculino, todos portadores de câncer de cavidade oral e orofaringe. Os dados coletados foram registrados em formulário separado contendo informa-

ções sobre os períodos pré - operatório, tratamento pós-operatório e acompanhamento clínico.

No diagnóstico, 13 (59,1%) dos indivíduos fumavam cigarro e 10 (45,5%) consumiam álcool. A maioria dos pacientes, 13 (59,1%), apresentavam acometimento da boca e orofaringe pelo tumor. Em 7 (31,8%) casos, o tumor era restrito à boca e em 2 (9,1%) à orofaringe. Todos os tumores eram carcinomas de células escamosas invasivas, a maioria T4a (14 casos, 63,3%). Em relação ao estágio clínico, 15 (68,2%) foram classificados como IVa¹⁴. A glossectomia total (GT) como tratamento inicial foi realizada em 18 (81,8%) pacientes, e como tratamento de resgate em 4 (18,2%). O esvaziamento cervical foi realizado em todos os casos, exceto 1 (4,5%), e a reconstrução com retalho miocutâneo de peitoral maior foi usado em todos os casos. Os resultados funcionais foram avaliados considerando o tempo de decanulação, permanência da sonda nasoenteral e necessidade de gastrostomia. A sobrevida foi calculada considerando o tempo em meses entre o tratamento inicial e a data do óbito, ou a data da última informação recebida¹⁴.

Principais achados dos estudos

No primeiro estudo, os resultados demonstraram uma diferença significativa para a perda de peso entre os dois grupos, sendo que o Grupo 1 (uso de sonda nasogástrica) apresentou maior perda de peso. No Grupo 1, 10 pacientes (50%) tiveram deiscência no local da cirurgia em comparação com 3 pacientes (15%) no Grupo 2. Infecção pós-operatória ocorreu em 7 pacientes (35%) no Grupo 1, e 1 paciente (5%) no Grupo 2. A análise dos dados demonstrou maior indicação de sonda nasogástrica (NG) nos pacientes que apresentaram maior deiscência no local da cirurgia e maior número de infecção pós-operatória em comparação com a Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG). A duração do uso de PEG foi significativamente maior, com uma mediana de 139 dias em comparação com 66 dias para a sonda NG, a qual demonstrou ser uma via de nutrição mais aceitável para nutrição enteral em relação à NG¹².

No segundo estudo, a maior parte dos pacientes (81,3%) apresentou perda de peso de mais de 5% em 1 mês ou mais de 10% do peso corporal em 6 meses do início do tratamento (cirurgia). De todas as variáveis consideradas, as que foram significativas a partir da análise univariada foram: estágio geral, modo de nutrição, tipo de nutrição enteral,

terapia adjuvante e comorbidades. Foi observado que os pacientes com a doença em estágio avançado (estágio III e IV) são mais propensos a desenvolver perda de peso e, conseqüentemente, receber a nutrição enteral, visto que esses pacientes são mais submetidos à ressecção extensa associada à terapia adjuvante¹³.

Dentre os (n=150) pacientes incluídos no estudo, 29 (19,3%) tiveram o modo de nutrição por tubo de alimentação. Houve uma ocorrência de 69,3% do uso de tubo de alimentação no grupo submetido à cirurgia isolada, e 86,5% no grupo submetido à cirurgia somado à terapia adjuvante. Nos pacientes submetidos apenas à cirurgia, 2 (5,1%) necessitaram de sonda NG, 20 (51,2%) gastrostomia e 5 (12,8%) PEG. No grupo submetido a cirurgia e terapia adjuvante, 5 (4,5%) necessitaram de sonda NG, 60 (54%) gastrostomia e 31 (27,93%) PEG¹³.

No estudo de Quinsan et al. (2020)¹⁴, oito (36,4%) pacientes não se tornaram dependentes de dieta enteral nem traqueostomia. A retirada da traqueostomia foi possível em 4 (18,2%) pacientes, mas que mantiveram a necessidade de dieta enteral parcial ou total. Quinze (68,2%) dos pacientes necessitaram de dieta enteral, e o tempo para retirada da sonda nasoenteral variou de 64 a 167 dias, e a retirada da traqueostomia variou de 17 a 352 dias (média de 92,7 e mediana de 54,5 dias). Por outro lado, 10 (45,4%) pacientes necessitaram de traqueostomia e dieta enteral até a data da última informação, sendo 3 (13,6%) deles submetidos a gastrostomia.

Os pacientes que não eram dependentes de traqueostomia e dieta enteral tiveram um seguimento e sobrevida significativamente mais longos do que os outros pacientes. Os pacientes que não necessitaram de traqueostomia e dieta enteral tiveram uma sobrevida geral em 5 anos de 43,8%. Entre aqueles que necessitaram de traqueostomia ou dieta enteral, a maior sobrevida foi de 15 meses. Todos os pacientes que sobreviveram por mais de 15 meses foram capazes de progredir para a reabilitação da dieta oral e remoção da traqueostomia. A não adesão de alguns pacientes ao atendimento multidisciplinar, em âmbito ambulatorial e domiciliar, colaborou para a não progressão da dieta. Além disso, foi observado que o tempo de seguimento e a sobrevida foram determinantes para os melhores resultados funcionais¹⁴. As informações referentes ao estudo admitido estão sintetizadas na Tabela 2.

Tabela 4. Síntese dos artigos incluídos.

Autor/ Ano/ Local de publicação	Objetivo	Amostra	Método	Resultados	Conclusão
Tabrizi, Hosseinpour, Taghizadeh, 2016 Irã	Avaliar se a gastrostomia melhora a fase pós-operatória em pacientes com câncer bucal submetidos a hemi mandibulectomia e esvaziamento cervical seletivo ou não	40 pacientes	Estudo de ensaio clínico randomizado. Foi avaliada a ocorrência de infecção e deiscência da ferida. A perda de peso foi definida como redução do peso dos pacientes 4 semanas após a cirurgia em comparação com a pré-operação.	A perda de peso foi de 7,9 kg no grupo um e 5,3 kg no grupo dois. No grupo um, 10 indivíduos tiveram descendência versus 3 indivíduos no grupo dois. A análise dos dados demonstrou uma diferença significativa na infecção pós-cirúrgica entre os dois grupos.	A gastrostomia pode ser um método apropriado para alimentação em pacientes com câncer oral extenso.
Iftikhar et al., 2018 Paquistão	Avaliar os fatores associados à perda crítica de peso durante o tratamento de pacientes com carcinoma epidermóide de cavidade oral.	150 pacientes	Um estudo de coorte retrospectivo foi realizado no Aga Khan University Hospital, em Karachi, Paquistão, em 125 pacientes. Pacientes recebendo terapia adjuvante foram considerados expostos, e o desfecho foi perda crítica de peso.	A idade média de apresentação foi de $46,9 \pm 12,8$ anos nos pacientes submetidos à cirurgia e terapia adjuvante, sendo 119 (79,3%) do sexo masculino e 31 (20,7%) do feminino. Cento e doze pacientes (81,3%) desenvolveram perda crítica de peso 6 meses após o início do tratamento, e a única variável significativa associada à perda crítica de peso foi o estágio da doença	Uma grande proporção de pacientes com câncer oral desenvolveu uma perda crítica de peso, necessitando de intervenção. O estágio geral da doença é um preditor significativo de perda de peso crítica em pacientes em tratamento.
Quisan et al., 2020 Brasil	Avaliar o perfil clínico-epidemiológico, complicações pós-operatórias, sobrevida e aspectos funcionais de pacientes com câncer de cavidade oral e orofaringe após glossectomia total.	22 pacientes	Estudo retrospectivo onde foram incluídos pacientes com câncer de cavidade oral e orofaringe após glossectomia total.	Todos os pacientes eram do sexo masculino, com mediana de idade de 57 anos, a maioria dos tumores localizava-se na língua e no assoalho da boca e classificados como estágio IVa. A glossectomia total como tratamento inicial foi realizada em 18 e como resgate em quatro pacientes. O retalho miocutâneo de peitoral maior foi utilizado para reconstrução em todos os casos. A principal complicação pós-operatória foi infecção da ferida operatória e fistula salivar.	A sobrevida geral foi de 19% e a sobrevida específica do câncer foi de 30,8% em cinco anos. Oito pacientes foram reabilitados para alimentação oral exclusiva sem a dependência de traqueostomia e sonda enteral, todos com sobrevida global superior a 15 meses.

Fonte: Tabrizi, Hosseinpour, Taghizadeh, 2016; Iftikhar et al., 2018; Quisan et al., 2020.

Discussão

Este estudo teve como objetivo verificar a ocorrência e os fatores associados à indicação de via alternativa de alimentação em pacientes com câncer de língua. A partir desta revisão sistemática da literatura, foram encontrados três estudos que responderam à pergunta norteadora. A indicação de via alternativa de alimentação nos estudos da presente revisão variou de 19,3%¹³ até 68,2%¹⁴ dependendo dos fatores associados. Em relação ao câncer de cabeça e pescoço, os estudos evidenciaram uma variação na indicação de via alternativa de 60%¹⁵ a 97,1%¹⁶, considerando a importância de minimizar os impactos do tratamento do câncer.

De acordo com a literatura, a indicação de VAA está diretamente relacionada às complicações do CCP. Os estudos da presente revisão indicaram que os fatores associados à perda de peso são a presença de deiscência e infecção pós-operatória¹² e os fatores associados à indicação de VAA contemplam o estágio geral, cirurgia associada à terapia adjuvante^{13,14}, além da má adesão ao tratamento multidisciplinar, presença de complicações e baixa sobrevida¹⁴. No câncer de cabeça e pescoço é comum ocorrerem complicações significativas como a necrose dos tecidos, infecção e deiscência da ferida em razão da anatomia da cabeça e pescoço possuírem características específicas¹⁷. Já Fernandes *et al.* (2013)¹⁸, em seu estudo, relata que as variáveis das complicações (5,9%) estão associadas ao tempo de duração da internação hospitalar.

O câncer de cabeça e pescoço, no que lhe concerne, pode afetar a função tanto de mastigação quanto de deglutição, de acordo com seu tamanho e localização. Para a seleção do melhor tratamento e as alternativas terapêuticas, usa-se de informações obtidas através do estadiamento do tumor para atribuir o estágio clínico do paciente¹⁹. Os locais mais frequentes para o aparecimento do câncer de cavidade oral são a língua (40% dos casos), assoalho da boca (30% dos casos) e lábio inferior. Em um estudo brasileiro, verificou-se que o câncer geralmente é diagnosticado em estágios avançados independentemente da acessibilidade da cavidade oral durante o exame clínico¹⁸. Considerando que os estudos da presente revisão referem que o estágio geral do câncer é um fator associado à indicação de VAA, infere-se que, na maioria dos casos de diagnóstico tardio, a nutrição enteral será indicada, uma vez que, em razão do câncer de cavidade oral causar

disfagia, essa pode gerar um estado de desnutrição e a chance aumentada de pneumonia aspirativa²⁰.

Sabe-se que os cânceres de cavidade oral podem ser tratados com cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou terapia combinada. Com o objetivo de conservar o órgão, atualmente, a radioterapia isolada ou associada à quimioterapia, é vista como uma boa alternativa de tratamento para pacientes acometidos pelo CCP²¹. No entanto, a radioterapia convencional tem sido sobrecarregada por uma grande quantidade de toxicidade grave, a qual pode trazer alto potencial fatal e, na maioria dos casos, interfere no resultado do tratamento²⁰. Sendo assim, a indicação de VAA será necessária, corroborando com os resultados encontrados na presente pesquisa, que evidenciou que a baixa sobrevida e a cirurgia associada a outros tratamentos são fatores que contribuem para esta indicação.

O tratamento, principalmente associado à radioterapia, pode gerar sequelas a longo prazo como a xerostomia, trismo e disfagia²². No que diz respeito às reações pós-radioterapia para a deglutição, apontam-se a osteorradionecrose de mandíbula e dentes, fibrose, trismo, edema de laringe, dificuldade no controle sensorial e motor do alimento, além de, em alguns casos, imobilidade de prega vocal, disfunção do reflexo da deglutição e do peristaltismo faríngeo, podendo durar por até dois anos²³. Os estudos encontrados na presente revisão demonstraram que complicações pós-cirúrgicas como deiscência e infecções pós-operatórias também foram fatores associados à indicação de VAA, podendo-se inferir que as sequelas a longo prazo também são fatores a serem considerados na indicação da VAA.

Diante dos distúrbios supracitados, independente da severidade, estes podem suscitar significativas modificações e impactos na qualidade de vida do indivíduo nos aspectos emocional, social, físico e funcional, o que torna indispensável a concepção de planejamentos de intervenção, para que a disfagia provoque menor repercussão na qualidade de vida durante e após o tratamento oncológico. Desse modo, o tratamento para o câncer de cavidade oral e reabilitação fonoaudiológica objetivam alcançar, simultaneamente, a cura da doença e bons resultados funcionais²⁴.

A melhora da função de deglutição e o restabelecimento precoce de comer e beber após cirurgia ou tratamentos com quimioterapia podem ser alcançados com exercícios reabilitadores da degluti-

ção²⁵. Apesar disso, a não adesão aos exercícios de deglutição nessa população é alta²⁶. O relatório da Organização Mundial da Saúde define a adesão do paciente como “a medida em que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas de um profissional de saúde”. Este relato destaca que a adesão é influenciada por múltiplos fatores e que aumentar a adesão ao tratamento pode ter um impacto maior na saúde do que tentar melhorar a eficácia do tratamento ao qual os pacientes são incentivados a aderir²⁷. Em razão disso, os estudos desta revisão sistemática evidenciaram que a não progressão da dieta se deu em decorrência da não adesão ao tratamento multidisciplinar, tanto em âmbito ambulatorial quanto domiciliar. No entanto, foi apontado que fatores relacionados ao apoio familiar e profissional contribuíram para melhor adesão à reabilitação fonoaudiológica, além de apresentarem melhores resultados funcionais e de qualidade de vida¹⁴.

Nessa perspectiva, Govender *et al.* (2017)²⁷ em seu estudo aponta que as Técnicas de Mudança de Comportamento podem ser usadas para aprimorar a adesão ao tratamento multidisciplinar. As estratégias comportamentais usadas para promover a adesão aos exercícios são um grupo importante da Ciência Comportamental, pois retratam os menores componentes observáveis e replicáveis que podem provocar uma mudança no comportamento e, portanto, podem ser ingredientes potencialmente ativos em uma intervenção, visto que o sucesso dos exercícios depende de uma boa adesão.

Assim sendo, estratégias comportamentais como a formação de hábitos requer que o indivíduo execute repetidamente o comportamento no mesmo contexto, tornando-se automático. À vista disso, tal automaticidade pode promover a manutenção dos exercícios, visto que pode suprimir intenções conscientes além de ter um papel a desempenhar na melhoria dos resultados de deglutição a longo prazo²⁸. Dentre as limitações do estudo, pode-se citar a pouca quantidade de artigos elegíveis para esta revisão, visto a heterogeneidade dos estudos e diversos desenhos metodológicos. Sugere-se que novos estudos tenham enfoque na atenção à qualidade de vida relacionada à alimentação dos pacientes com câncer de língua para a melhor qualidade do tratamento.

Conclusão

A partir dos resultados desta revisão, foi verificado que a indicação de via alternativa de alimentação após câncer de língua foi de 19,3% a 68,2%, e os fatores associados a essa indicação de VAA foram o estágio geral, cirurgia associada à terapia adjuvante, além da má adesão ao tratamento multidisciplinar, presença de complicações e baixa sobrevida.

Referências

1. Paré A, Joly A. Cancers de la cavité buccale: facteurs de risque et prise en charge. *Presse Med.* Mar, 2017; 46(3): 320-30.
2. Huang S, O Sullivan B. Oral cancer: Current role of radiotherapy and chemotherapy. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* Mar, 2013; 18 (2): e233-40.
3. Santos CC, Noro-Filho GA, Caputo BV, Souza RC, Andrade SMR, Giovani EM. Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal. *J Health Sci Inst.* 2013; 4(31): 368-72.
4. INCA: Instituto Nacional do Câncer. Câncer de boca - Versão para Profissionais de Saúde. 2018. Acesso em: 29 jul. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/>.
5. Pereira JV, Souza FEM, Alvez PM, Araújo CRF, Gomes SQC. Avaliação de Streptococcus Mutans e Velocidade do Fluxo Salivar em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço Submetidos à Quimioterapia e Radioterapia. *Pesqui bras odontopediatria clín integr.* Set-dez, 2008. 8(3): 295-9.
6. Lôbo ALG, Martins GB. Consequências da Radioterapia na Região de Cabeça e Pescoço: Uma Revisão da Literatura. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofa.* 2009; 50(4): 251-5.
7. Mäkitie AA, Alabi RO, Orell H, Youssef O, Almangush A, Homma A, et al. Managing cachexia in Head and Neck Cancer: a Systematic Scoping Review. *Adv Ther.* 2022; 39: 1502-23.
8. Nogueira SC, Carvalho AP, Melo CB, Moraes EP, Chiari BM, Gonçalves MI. Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. *CEFAC.* 18 set, 2012; 15(1):94-104.
9. Barroqueiro PC, Lopes MK, Moraes AM. Critérios fonoaudiológicos para indicação de via alternativa de alimentação em unidade de terapia intensiva em um hospital universitário. *CEFAC.* Mar, 2017; 19(2): 190-7.
10. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev.* 1 jan, 2015; 4(1).
11. Pithon MM, Sant'Anna LI, Baião FC, Santos RL, Coqueiro RD, Maia LC. Assessment of the effectiveness of mouthwashes in reducing cariogenic biofilm in orthodontic patients: A systematic review. *J Dent.* Mar, 2015; 43(3): 297-308.
12. Tabrizi R, Hosseinpour S, Taghizadeh F. Feeding in Oral Cancer Patients After Massive Ablative Surgery. *J Craniofac Surg.* Jun, 2016; 27(4): 1010-1.



13. Iftikhar H, Suhail A, Nathani K, Urooba A, Shahzad N, Awan S, et al. Determination of Factors Associated with Critical Weight Loss in Oral Cavity Carcinoma Patients: A Retrospective Cohort Study. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 29 mar, 2018; 22(04): 395-9.
14. Quinsan ID, Costa GC, Priante AV, Cardoso CA, Nunes CL. Functional outcomes and survival of patients with oral and oropharyngeal cancer after total glossectomy. *Braz J Otorhinolaryngol.* Set 2020; 86(5): 545-51.
15. Sandmæl JA, Sand K, Bye A, Solheim TS, Oldervoll L, Helvik A. Nutritional experiences in head and neck cancer patients. *Eur J Cancer Care.* Nov, 2019; 28(6) :e13168.
16. Imai T, Saijo S, Fujii K, Nakazato A, Nakamura K, Miyakura Y, et al. Early enteral nutrition after head and neck surgery with free tissue transfer reconstruction. *Auris Nasus Larynx.* Jul, 2021; 49(1): 141-6.
17. Dedivitis RA. Comparação entre a técnica convencional e a minimamente invasiva vídeo-assistida nas tireoidectomias parciais. *Rev Col Bras Cir.* 2005; 4(32): 205-8.
18. Fernandes, GM Bergmann A, Oliveira JF. Análise epidemiológica de população com câncer de cabeça e pescoço: influência sobre as complicações pós-operatórias. *Rev bras cir cabeça pescoço.* 2013; 42(3): 271-9.
19. Fruchtenicht AV, Poziomyck AK, Kabke GB, Loss SH, Antoniazzi JL, Steemburgo T, et al. Nutritional risk assessment in critically ill cancer patients: systematic review. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015; 27(3).
20. Ursino S, Seccia V, Cocuzza P, Ferrazza P, Briganti T, Matteucci F, et al. Qual è l'effetto della radioterapia sulla funzionalità deglutitoria nei pazienti con tumore del rinofaringe e orofaringe? Risultati a breve termine di uno studio prospettico. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* Mai, 2016; 36(3): 174-84.
21. Gois JN, Barbosa SA, Matos FR, Cesar CH, Paranhos LR. Deglutition manifestations in patients with oropharyngeal cancer subjected to conservative therapy: systematic review. *J Bras Patol Med Lab.* 2020; 56: e1752020.
22. Genden EM, Ferlito A, Silver CE, Takes RP, Suárez C, Owen RP, et al. Contemporary management of cancer of the oral cavity. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 13 fev, 2010; 267(7): 1001-17.
23. Aquino RC, Lima ML, Menezes CR, Rodrigues M. Alterações fonoaudiológicas e acesso ao fonoaudiólogo nos casos de óbito por câncer de lábio, cavidade oral e orofaringe: um estudo retrospectivo. *CEFAC.* Jun, 2016; 18(3): 737-45.
24. Rodriguez AM, Komar A, Ringash J, Chan C, Davis AM, Jones J, Martino R, McEwen S. A scoping review of rehabilitation interventions for survivors of head and neck cancer. *Disabil Rehabil.* 6 jul, 2018; 41(17): 2093-107.
25. Cintra AB, Vale LP, Feher O, Nishimoto IN, Kowalski LP, Angelis EC. Deglutição após quimioterapia e radioterapia simultânea para carcinomas de laringe e hipofaringe. *Rev Assoc Med Bras.* Abr, 2005; 51(2): 93-9.
26. Shinn EH, Basen-Engquist K, Baum G, Steen S, Bauman RF, Morrison W, et al. Adherence to preventive exercises and self-reported swallowing outcomes in post-radiation head and neck cancer patients. *Head Neck.* 21 out, 2013; 35(12): 1707-12.
27. Govender R, Smith CH, Taylor SA, Barratt H, Gardner B. Swallowing interventions for the treatment of dysphagia after head and neck cancer: a systematic review of behavioural strategies used to promote patient adherence to swallowing exercises. *BMC Cancer.* 10 jan, 2017; 17(1).
28. Gardner B, Lally P, Rebar AL. Does habit weaken the relationship between intention and behaviour? Revisiting the habit-intention interaction hypothesis. *Soc Personal Psychol Compass.* 22 jun, 2020; 14(8): e12553.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.

