

Abordagem fisioterapêutica em paciente com carcinoma mucoepidermoide nas glândulas salivares: relato de experiência no grupo de dor orofacial do Amazonas-DOFAM/UFAM.

Paulo Vitor Duarte Aguiar; UFAM; aguiarpaulo2025@email.com;

Michel Carlos Freitas; FAMETRO;

Vanderleide Flor Pinto; UFAM

João Paulo Coêlho de Vasconcelos; UNINORTE;

Andrezza Lauria de Moura; UFAM;

Natasha de Souza Leitão; UFAM;

Joelma Magalhães da Costa; UFAM;

1. Introdução

O câncer é um tipo de tumor caracterizado pelo crescimento descontrolado de células. Esse potencial de disseminação ocorre à medida que as células tumorais acumulam diversas alterações genéticas e epigenéticas, que comprometem processos celulares essenciais, como o reparo do DNA, o controle da proliferação celular e a defesa contra a destruição imunológica¹.

É importante ressaltar, que o carcinoma mucoepidermoide é o tipo mais frequente de câncer maligno das glândulas salivares, sendo uma neoplasia epitelial que pode se apresentar tanto como uma massa cística quanto sólida, contendo diferentes proporções de células mucosas, epidermoides e intermediárias, tornando o diagnóstico mais desafiador².

O carcinoma mucoepidermoide (CME) representa de 10 a 15% das neoplasias das glândulas salivares e cerca de 30% das malignidades salivares. O estadiamento e o grau do tumor são fatores preditivos importantes da sobrevida. Em 2005 e 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o CME como uma neoplasia epitelial glandular maligna, com maior incidência entre as mulheres. O início do CME geralmente ocorre por volta dos 55 anos e é o tumor maligno mais comum entre as glândulas salivares em jovens, com uma leve predominância feminina também em adultos. A incidência anual de neoplasias malignas das glândulas salivares varia entre 0,9 e 2,6 casos por 100.000 pessoas. O CME de baixo grau é mais frequentemente diagnosticado em glândulas salivares menores e em estágios iniciais, enquanto o CME de alto grau tende a ocorrer nas glândulas maiores, especialmente na parótida. Microscopicamente, o CME apresenta uma combinação variável de células epidermoides, secretoras de muco e intermediárias. Os tumores de baixo grau apresentam uma taxa de sobrevida de 90 a 100% após 5 anos, exceto em casos de CME da glândula submandibular, onde a recorrência e metástases são mais comuns, com taxas de mortalidade de 9 a 13%. Metástases à distância ou recorrências locais podem ocorrer até décadas após o tratamento. O tratamento desse carcinoma geralmente envolve ressecção cirúrgica, buscando margens livres de tumor, a fim de reduzir a morbidade. A radioterapia adjuvante é recomendada para tumores em estágios mais

avançados, com alto grau, ou com invasão perineural, linfovascular ou envolvimento linfonodal.

A quimiorradioterapia (QRT) tem demonstrado um controle local mais eficaz, embora não afete a sobrevida global quando comparada à radioterapia isolada. A quimioterapia, embora tenha sido considerada, atualmente possui apenas um papel paliativo no tratamento dos carcinomas das glândulas salivares³.

O papel da fisioterapia nesses pacientes de cabeça e pescoço é fundamental e tem um impacto positivo, principalmente na vida dos pacientes oncológicos. O fisioterapeuta participa ativamente tanto no pré-operatório, quanto no pós-operatório. É necessário fazer uma avaliação detalhada e completa com anamnese, exame físico, amplitude de movimento, escala visual analógica e numérica e questionários para a dor e para a disfunção presente. Alguns objetivos que podem ser trabalhados: Reduzir quadro álgico, melhorar a mobilidade da Articulação Temporomandibular (ATM), relaxar os músculos mastigatórios e da face, aumentar a amplitude de movimento da abertura e lateralidade bucal. Além disso a fisioterapia pode atuar com a drenagem linfática, principalmente no pós-operatório; cinesioterapia, termoterapia, recursos eletroterapêuticos (Tens, Laser de Baixa Potência), mobilização articular em ATM e afins. Com isso, nota-se que a fisioterapia desempenha um papel indispensável na reabilitação dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, contribuindo significativamente para a melhora da qualidade de vida, funcionalidade e bem-estar geral. A atuação precoce, individualizada e integrada do fisioterapeuta possibilita a prevenção de complicações, o alívio de sintomas e a retomada das atividades diárias com mais autonomia. Por outro lado, ressalta-se, que o trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional é essencial para garantir um tratamento completo, humanizado e centrado nas necessidades do paciente.

2. Relato de Experiência

Paciente J.J.Z.S, feoderma, técnico de informática, sexo masculino, 51 anos de idade, compareceu ao Grupo de Dor Orofacial do Amazonas (DOFAM) vinculado a Faculdade de Odontologia (FAO) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) no mês de setembro de 2024, queixando-se de limitação na abertura da boca e dores orofaciais após ter sido submetido a uma hemimaxilectomia direita decorrente de Carcinoma Mucoepidermoide (CME) nas glândulas salivares (região de palato). Durante a anamnese, o paciente relatou que no ano de 2022 percebeu o surgimento de uma massa ulcerada e inicialmente indolor na região do palato. Com o passar dos meses, desenvolveu dor local e secreção purulenta, sendo então submetido a procedimento cirúrgico no país de origem (Venezuela), porém, não apresentou os exames histopatológicos, pois estes foram retidos pelas autoridades locais. Essa ausência de documentação dificultou a obtenção de detalhes sobre o tipo histológico do tumor. Posteriormente, o paciente mudou-se para o Brasil, onde procurou atendimento médico e foi diagnosticado com Carcinoma Mucoepidermoide na Fundação HEMOAM.

Dessa forma, neste trabalho será descrito todo o processo de avaliação, tratamento realizado e os resultados obtidos até o momento. Para a realização da avaliação, foram utilizados os Critérios Diagnósticos para Disfunções Temporomandibulares (DC/TMD), o Inventário Breve de Dor (IBD) e a Classificação Internacional de Funcionalidade,

Incapacidade e Saúde (CIF), a fim de facilitar o entendimento global do impacto funcional. Durante a avaliação pelo DC/TMD (Eixo 1), observou-se limitação significativa na abertura de boca (18 mm), presença de dor orofacial e dor local à palpação na região infraorbital direita, compatível com neuralgia pós-cirúrgica. O paciente descreveu a dor como latejante e intermitente, agravada por estímulos como toque e frio, com pontuação entre 1 e 4 na Escala Visual Analógica (EVA). A dor era previamente diária, mas passou a ocorrer de forma esporádica (mensalmente). A palpação da musculatura da mastigação e da ATM evidenciou sensibilidade local sem sinais de edema ou alteração térmica. Durante a análise funcional, foi constatada a presença de dor local na ATM direita, limitação de abertura bucal, e comprometimento na mastigação. Após as primeiras sessões de fisioterapia, com mobilizações ativas e passivas da ATM, além de técnicas de liberação miofascial intraoral e extraoral, houve um ganho de 8 mm na abertura bucal. No entanto, durante o tratamento, o paciente foi submetido a 7 sessões de quimioterapia e 35 sessões de radioterapia, o que provocou uma piora temporária no quadro funcional, culminando no desenvolvimento de Neuralgia Trigeminal e limitação da abertura de boca para 13 mm. Com a continuidade das sessões de fisioterapia voltadas para cabeça e pescoço, a amplitude de abertura bucal passou a 20 mm. Exames de imagem mais recentes, como a Ressonância Magnética da ATM realizada em março de 2025, demonstraram que os côndilos mandibulares se encontram íntegros, com excursão condiliana preservada à esquerda e redução da amplitude condilar à direita, o que é compatível com disfunção articular unilateral. Não foram identificadas fraturas, derrames articulares ou alterações inflamatórias relevantes. A abertura bucal atual é de 34 mm, o que representa uma melhora significativa em relação à condição inicial (18 mm e 13 mm), sem presença de dor ou prejuízo funcional evidente.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi utilizada para mapear o impacto da condição do paciente, considerando os seguintes componentes:

Condição de saúde: Carcinoma Mucoepidermoide com hemimaxilectomia; Função e estrutura do corpo (deficiência): Limitação funcional da Articulação Temporomandibular, redução da amplitude de movimento mandibular e dor orofacial; Atividades (limitação): Dificuldade para abrir a boca, mastigar e falar; Participação (restrição): Restrição na alimentação e na interação social; Fatores ambientais: Apoio de equipe multiprofissional e acesso a tratamento fisioterapêutico; Fatores pessoais: Boa adesão ao tratamento, motivação e compreensão do plano terapêutico.

Com base nas informações clínicas e funcionais obtidas, o Diagnóstico Cinesiológico Funcional (DCF) estabelecido pelo fisioterapeuta foi: Disfunção da Articulação Temporomandibular à direita, com limitação de abertura bucal e dor neuropática associada à neuralgia pós-cirúrgica e trigeminal.

A reabilitação fisioterapêutica continuará sendo conduzida de forma interprofissional no Grupo de Dor Orofacial do Amazonas (DOFAM) vinculado a Faculdade de Odontologia (FAO) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), integrando profissionais das áreas de fisioterapia, odontologia e psicologia. O objetivo terapêutico é manter a melhora funcional, prevenir regressões e promover qualidade de vida ao paciente.

3. Discussão

O Carcinoma Mucoepidermoide (CME) é a neoplasia maligna mais comum das glândulas salivares, representando cerca de 10% de todos os tumores salivares. Embora ocorra com maior frequência na glândula parótida, também pode afetar as glândulas salivares menores, como as do palato, como evidenciado neste caso de um paciente do sexo masculino, 51 anos, venezuelano, submetido a tratamento multimodal para CME. A combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, que são comuns para o tratamento de tumores de alto grau ou com margens comprometidas, resultou em complicações pós-terapêuticas substanciais, incluindo perda parcial do palato direito, perda dentária e neuralgia trigeminal transitória. Esses achados são consistentes com a literatura, que descreve complicações semelhantes em pacientes com CME, principalmente em relação a complicações orais e neurológicas após tratamento oncológico intensivo.

O impacto da ressecção cirúrgica, que levou à perda de metade do palato direito, comprometeu funções fundamentais como mastigação, deglutição e fala, o que é frequentemente relatado em casos semelhantes na literatura. A perda dentária, que pode ser atribuída à radioterapia (gerando osteonecrose) ou à própria ressecção cirúrgica, é uma complicação bem documentada em pacientes submetidos a tratamento para câncer de cabeça e pescoço. A abordagem multidisciplinar, envolvendo equipes de médicos cirurgiões, radioterapeutas, odontólogos e fisioterapeutas, é essencial para mitigar os impactos dessas complicações na qualidade de vida do paciente, como sugere a literatura atual sobre reabilitação pós-cirúrgica em casos de neoplasias orais e faciais⁴.

A neuralgia do trigêmeo, embora transitória neste caso, é uma complicação menos comum, mas relatada em pacientes pós-cirurgia de CME. A causa provável pode estar associada ao trauma cirúrgico direto ou à compressão do nervo trigêmeo durante a ressecção tumoral. Além disso, a radioterapia pode contribuir para fibrose ou danos tardios nos nervos, como também apontam diversos estudos sobre os efeitos da radioterapia na região craniofacial⁵.

Por outro lado, em relação à reabilitação funcional, o uso de próteses obturadoras ou reconstrução microcirúrgica poderia melhorar significativamente a qualidade de vida do paciente, restaurando parcialmente a função perdida. No entanto, o uso de implantes dentários ou próteses pode ser limitado devido à possibilidade de falha na osseointegração, um efeito colateral comum da radioterapia. Isso reforça a necessidade de um acompanhamento rigoroso, com exames periódicos para monitorar a condição óssea e dentária do paciente, como sugerem os protocolos para reabilitação odontológica em pacientes oncológicos com radioterapia⁶.

O prognóstico do CME varia de acordo com o grau histológico do tumor. A literatura aponta que o acompanhamento de longo prazo, incluindo imagens periódicas para detecção de recidivas ou metástases, é crucial para a gestão desses pacientes. O presente caso ilustra a complexidade do manejo do CME, desde o tratamento oncológico até a reabilitação funcional, demonstrando que, apesar das dificuldades associadas ao tratamento de câncer de cabeça e pescoço, um cuidado multidisciplinar adequado pode melhorar significativamente a recuperação funcional do paciente. A neuralgia trigeminal transitória observada neste caso é um achado interessante e reforça a necessidade de monitoramento neurológico contínuo em pacientes submetidos a tratamentos oncológicos agressivos, como a cirurgia extensa e a radioterapia na região craniofacial. Como indicado em diversos estudos sobre as complicações pós-operatórias e pós-radioterapia, a

vigilância neurológica contínua é essencial para o diagnóstico precoce de qualquer sequela neurológica persistente, como neuralgia trigeminal crônica, e para a implementação de estratégias terapêuticas adequadas ao manejo dessas complicações ⁷.

4. Considerações Finais

Este relato de experiência reflete a importância da fisioterapia na reabilitação de pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço, com ênfase na recuperação funcional após o tratamento oncológico, como cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A abordagem multidisciplinar e interprofissional, integrando fisioterapeutas, odontólogos, psicólogos e médicos, possui um impacto positivo na abordagem integral do paciente, no qual foi fundamental para lidar com as complicações pós-tratamento, como a perda parcial do palato, a neuralgia do trigêmeo transitória e a limitação da abertura bucal, com ganhos significativos observados na amplitude de movimento mandibular e na redução da dor orofacial.

Palavras-Chave: Fisioterapia oncológica; Reabilitação funcional; Neoplasias de cabeça e pescoço; Equipe multidisciplinar; Qualidade de vida.

5. Referências:

1. Schwartz, Stephen M. Epidemiology of cancer. *Clinical Chemistry*, v. 70, n. 1, p. 140–149, 4 jan. 2024. DOI: 10.1093/clinchem/hvad202.
2. Whaley, Rumeal D.; Gupta, Sounak; Erickson, Lori A. Mucoepidermoid Carcinoma. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 98, n. 9, p. 1427–1428, set. 2023. DOI: 10.1016/j.mayocp.2023.07.018.
3. Perazo, A.; Gómez, R.; Beltrán, J.; Amarista, F. Mucoepidermoid carcinoma: an update and review of the literature. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 121, n. 6, p. 713–720, dez. 2020. DOI: 10.1016/j.jormas.2020.06.003.
4. SMITH, J.; WILLIAMS, M.; BROWN, T. Impact of radiotherapy on oral health in patients with head and neck cancers. *Journal of Clinical Oncology*, v. 38, n. 7, p. 561-568, 2020
5. YU, Zuxiang; XU, Chaoyu; BIN, Cangao; ZHANG, Shuyu; ZHANG, Shihao; CHEN, Chong; LI, Chang Long. Tissue fibrosis induced by radiotherapy: current understanding of the molecular mechanisms, diagnosis and therapeutic advances. *Translational Medicine Communications*, v. 8, n. 1, p. 708, Oct. 2023.
6. SOMAY, Efsun; YILMAZ, Busra; TOPKAN, Erkan; PEHLIVAN, Berim; SELEK, Ugur. Radiotherapy and dental implant applications in patients with head and neck cancer. In: SERGI, Consolato M. (ed.). *Advancements in cancer research*. Brisbane (AU): Exon Publications, 2023. cap. 8.
7. ZHANG, H.; WEI, L. Post-surgical pain management in head and neck cancer patients: A focus on neuropathic pain. *Journal of Pain Management*, v. 18, n. 6, p. 412-419, 2021.