

Intervenção fisioterapêutica em paciente com neoplasia de nasofaringe: 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 definido como uma doença crônica multicausal caracterizada pelo crescimento descontrolado de células e a proliferação de células anormais, que continuam a se multiplicar até que grandes quantidades de tecidos chamados de tumores sejam formados¹. Aproximadamente 40% dos cânceres de cabeça e pescoço ocorrem na região de cavidade oral (assoalho bucal, língua, base da língua, palato duro e lábios); 15% na faringe (orofaringe, hipofaringe e nasofaringe); 25% na laringe; e o restante em glândulas salivares e tireóide². Dados estabelecem que o câncer de cabeça e pescoço, representa em nível mundial, 10% dos tumores malignos, e envolve vários sítios, sendo que cerca de 40% dos casos ocorrem na cavidade oral, 25% na laringe, 15% na faringe³.

Dentre os casos de neoplasias de cabeça e pescoço, destaca-se o câncer de nasofaringe, que é uma neoplasia maligna rara, com maior incidência em populações do Sudeste Asiático, e apresenta características clínicas e epidemiológicas distintas. Estudos mostram que a forma indiferenciada do carcinoma de nasofaringe é a mais prevalente e está associada à infecção pelo vírus Epstein-Barr, além de fatores ambientais e genéticos⁴. Clinicamente, os pacientes frequentemente apresentam nódulos cervicais e sintomas relacionados à obstrução nasal e dor, sendo comum o diagnóstico em estágios avançados. O tratamento padrão envolve radioterapia associada à quimioterapia concomitante, especialmente nos estádios III e IV, com sobrevida livre de doença em três anos em torno de 52% em alguns estudos. O diagnóstico e estadiamento são auxiliados por exames de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, que são essenciais para definir a extensão tumoral e o planejamento terapêutico⁵.

O tratamento fisioterapêutico em pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço é essencial para minimizar as complicações decorrentes do câncer e dos tratamentos oncológicos, como cirurgia, radioterapia e quimioterapia. A fisioterapia atua na reabilitação das disfunções musculoesqueléticas, como limitação da amplitude de movimento, dor e fraqueza muscular, especialmente na região cervical e do membro superior, além de tratar sequelas como o linfedema e o trismo, que comprometem a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes. Técnicas como cinesioterapia, drenagem linfática manual, eletroterapia, terapia manual e exercícios resistidos são amplamente utilizadas para melhorar a mobilidade, reduzir a dor e prevenir a imobilidade⁵. A intervenção fisioterapêutica integrada à equipe multidisciplinar tem impacto significativo na recuperação funcional, alívio dos sintomas e na reintegração social do paciente, sendo recomendada desde o pré-operatório até o período de reabilitação pós-tratamento. Estudos recentes reforçam a importância da fisioterapia para otimizar a qualidade de vida e minimizar as sequelas do tratamento oncológico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço⁶.

2. Relato de experiência

Paciente J.T.O, caucasiana, técnica de enfermagem, sexo feminino, 30 anos de idade, compareceu ao ambulatório da Faculdade de Odontologia (FAO) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) no mês de dezembro de 2024 queixando-se de dores orofaciais, limitação da abertura de boca com dor e dores locais na região da articulação temporomandibular por conta da força que faz para tentar realizar o movimento de abertura da boca. Durante a anamnese, coletamos a história da doença pregressa e atual, onde a paciente nos relatou que há 16 anos teve o diagnóstico de neoplasia da nasofaringe. Tivemos uma certa dificuldade para realizar a coleta das informações sobre a história médica, pois a paciente não nos apresentou o exame histológico que possibilita um estudo mais específico sobre o tipo da neoplasia. Com isso, será descrito neste trabalho todo o processo de avaliação juntamente com o tratamento que será realizado e os resultados que serão alcançados.

Para a realização da avaliação foram realizadas o Critério Diagnóstico para Disfunções Temporomandibulares (DC/TMD), Inventário Breve de Dor (IBD) e como complemento a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Durante o preenchimento (DC/TMD) do Eixo 1 (Schiffman, et al., 2014) analisou-se dor local, travamento articular, padrão e movimentos de abertura e fechamento bucal, lateralidade e protrusão mandibular. No exame, também foi realizada a palpação da ATM, músculos temporal, músculos da mastigação (masseter) e estruturas adjacentes (esternocleidomastoideo e trapézio) bilateralmente. Durante a análise da abertura da boca e da lateralização para o lado esquerdo foi identificado um travamento articular causando assim uma limitação da amplitude de movimento com dor associada. Além disso, também foi identificada uma sintomatologia dolorosa na região do

pólo lateral da ATM direita, masseter (corpo), região posterior da mandíbula e região submandibular (ambos do lado direito). Todos os sinais anteriormente citados foram atribuídos pela paciente como de caráter familiar e pela Escala Visual Analógica (EVA) foram atribuídos valores entre 8, 9 e 10 para a sintomatologia apresentada.

O Inventário Breve de Dor (IBD) foi utilizado como caráter de auto-relato, durante o preenchimento a paciente foi identificado no diagrama pontos de mais incômodo. Na visão anterior o ponto identificado com mais incômodo foi o 1 e na visão posterior os pontos identificados com mais incômodo foram 17, 18 e 20, todos localizados na região da cabeça e pescoço. Após o término do preenchimento foi identificado 6 itens que a paciente pontuou como dor de forte intensidade que foram Atividade Geral (8), Humor (9), Trabalho (10), Relacionamento com outras pessoas (10), Sono (9) e Apreciar a Vida (10). Com isso, ao final de todo o preenchimento do (IBD) ficou evidente como a dor tem afetado significativamente o bem-estar físico e mental da paciente. Para facilitar a conexão entre o diagnóstico clínico e as intervenções terapêuticas, foi utilizado a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que é dividida em Condição de Saúde (transtorno ou doença), Função e Estrutura do Corpo (deficiência), Atividades (limitação), Participação (restrição), Fatores Ambientais e Fatores Pessoais (facilitadores ou barreiras). A paciente tem o diagnóstico clínico de neoplasia da nasofaringe e utilizando a (CIF) chegamos ao Diagnóstico Cinesiológico Funcional (DCF) que é dado pelo profissional de Fisioterapia, que foi limitação periarticular da articulação temporomandibular, com diminuição da amplitude de movimento em depressão da mandíbula e lateralização para o lado esquerdo e com presença de dor articular.

Após a avaliação detalhada e com base no diagnóstico clínico e no diagnóstico cinesiológico funcional, o plano e condutas terapêuticas foram liberação miofascial intra e extra oral, alongamento dos músculos da cervical e a estimulação da abertura bucal com auxílio de palitos de madeira. Preconiza-se no tratamento também outras formas de controle de dor, bem como educação em dor, termoterapia, exercícios mandibulares e terapias comportamentais. O tratamento será realizado de forma interprofissional em um Projeto de Extensão da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas - Grupo de Dor Orofacial do Amazonas (DOFAM), através do auxílio de profissionais da área de fisioterapia, odontologia e psicologia.

3. Discussão

A reabilitação fisioterapêutica em pacientes com histórico de neoplasia de nasofaringe é fundamental para mitigar as sequelas funcionais geradas tanto pela própria evolução tumoral quanto pelos tratamentos oncológicos agressivos, como radioterapia e quimioterapia. No caso relatado, observou-se um comprometimento funcional significativo da articulação

temporomandibular (ATM), caracterizado por limitação da abertura bucal, travamento articular, dor intensa e disfunção muscular associada. Tais achados são consistentes com a literatura, que aponta o trismo, a dor orofacial e o comprometimento da função mandibular como complicações comuns em pacientes submetidos a tratamento de câncer de cabeça e pescoço.

A avaliação multidimensional, utilizando instrumentos validados como o DC/TMD, o Inventário Breve de Dor (IBD) e a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), permitiu uma compreensão aprofundada do impacto da dor e da disfunção na vida da paciente. A integração desses instrumentos possibilita ao fisioterapeuta não apenas quantificar e localizar a dor, mas também compreender as implicações biopsicossociais da condição, o que fortalece a tomada de decisões clínicas personalizadas. A escolha terapêutica baseada em liberação miofascial intra e extra oral, alongamentos cervicais e estimulação da abertura bucal é respaldada por evidências que destacam o papel dessas intervenções na melhora da mobilidade mandibular e no alívio da dor. A abordagem interprofissional promovida pelo Grupo de Dor Orofacial do Amazonas (DOFAM) também se mostra essencial, uma vez que promove o cuidado integral do paciente, envolvendo não apenas o aspecto físico, mas também os fatores emocionais e comportamentais, frequentemente comprometidos em casos de dor crônica e disfunções complexas como as apresentadas.

Além disso, vale destacar que a ausência de documentação médica específica, como o exame histopatológico da neoplasia, representa uma limitação importante do caso, dificultando a definição de um perfil clínico oncológico mais preciso. Ainda assim, a condução da intervenção foi fundamentada em uma avaliação funcional robusta e em um planejamento terapêutico individualizado, o que reforça a importância da fisioterapia baseada em evidências mesmo em contextos com informações médicas limitadas. Portanto, este relato destaca a relevância da fisioterapia na reabilitação funcional de pacientes com histórico de neoplasias de nasofaringe, principalmente quando associada a uma atuação interdisciplinar. O manejo precoce e direcionado das disfunções musculoesqueléticas orofaciais é determinante para a melhoria da qualidade de vida e para a reintegração social e laboral desses indivíduos.

4. Considerações finais

O presente relato de experiência evidencia a importância da atuação fisioterapêutica na reabilitação funcional de pacientes com histórico de neoplasia de nasofaringe, especialmente no manejo das disfunções orofaciais decorrentes dos tratamentos oncológicos. A utilização de instrumentos de avaliação padronizados e sensíveis, como o DC/TMD, o IBD e a CIF, permitiu a construção de um plano terapêutico individualizado e alinhado às necessidades funcionais e psicossociais da paciente.

As intervenções aplicadas demonstraram potencial para reduzir a dor, ampliar a amplitude de movimento mandibular e restaurar, progressivamente, a funcionalidade da articulação temporomandibular. Além disso, a integração com uma equipe multiprofissional contribuiu para uma abordagem mais abrangente e humanizada do cuidado. Por fim, ressalta-se a importância da fisioterapia como parte essencial da equipe multidisciplinar em projetos de extensão e atenção oncológica, sendo capaz de promover qualidade de vida e reinserção social por meio de práticas baseadas em evidências e centradas na funcionalidade do paciente.

Palavras-Chaves: fisioterapia oncológica; neoplasias de cabeça e pescoço; equipe multidisciplinar

Agradecimentos

Agradeço ao Grupo de Dor Orofacial do Amazonas (DOFAM - UFAM) pela oportunidade de vivência acadêmica, prática e multiprofissional, fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Registro minha sincera gratidão à Dra. Andrezza Lauria e à Dra. Natasha Leitão, coordenadoras pela equipe de Odontologia, pela orientação generosa e comprometimento com a excelência no cuidado ao paciente. À Dra. Joelma Magalhães, coordenadora da equipe de Fisioterapia, agradeço imensamente pela condução técnica e humana durante todo o processo de reabilitação e aprendizagem. Estendo meu reconhecimento aos colegas de estágio Michel Freitas, João Paulo e Lady Flor, pela parceria, troca de conhecimentos e apoio constante durante as atividades desenvolvidas. A colaboração de cada um foi essencial para a construção de uma prática mais integrada, ética e qualificada.

Divulgação

Os autores Paulo Vitor Duarte Aguiar, Michel Carlos Freitas, João Paulo Coêlho de Vasconcelos, Vanderleide Flor Pinto, Joelma Magalhães da Costa, Natasha de Souza Leitão e Andrezza Lauria de Moura, não relataram qualquer conflito de interesse durante a sua avaliação. Logo, o Congresso Pan-Amazônico de Oncologia detém os direitos autorais, tem a aprovação e a permissão dos autores para divulgação deste resumo, por meio eletrônico.

Referências

1. Mota LP, Carvalho MRM de A, Carvalho Neto AL de, Ferreira FADA, Poty JAC, Pompeu JGF, et al. Neoplasia de cabeça e pescoço: Principais causas e tratamentos. *Research, Society and Development*. 16 de maio de 2021;10(5):e55810515113.
2. Dobrossy L. Epidemiology of head and neck cancer: Magnitude of the problem. *Cancer and Metastasis Reviews*. janeiro de 2005;24(1):9–17.
3. Cardoso M de FA, Novikoff S, Tresso A, Segreto RA, Cervantes O. Prevenção e controle das seqüelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. *Radiol Bras*. abril de 2005;38(2):107–15.
4. Chedid HM, Franzi SA, Dedivitis RA. Avaliação dos fatores clínicos e do tratamento em pacientes com carcinoma indiferenciado da nasofaringe. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. agosto de 2008;74(4):566–70.
5. Cardoso M de FA, Novikoff S, Tresso A, Segreto RA, Cervantes O. Prevenção e controle das seqüelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. *Radiol Bras*. abril de 2005;38(2):107–15.
6. Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol*. março de 2013;79(2):239–47.