



ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

DENTAL CARE OF ONCOLOGY PATIENTS

Lorena Bustillos¹.

1. Postgrado de Rehabilitación Bucal. Facultad de odontología. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.

CORRESPONDENCIA: Calle 23 entre Avenidas 2 y 3, Edificio adjunto al rectorado de la Universidad de Los Andes Mérida Calle 23 entre Avenidas 2 y Venezuela.

Email: loritabustillos@gmail.com

El cáncer bucal representa del 2 al 4% de todos los cánceres diagnosticados con un incremento anual de 5000 nuevos casos por año. Histológicamente el 90% de los tumores que aparecen en boca son carcinomas mucoepidermoides de células escamosas¹. La incidencia del Cáncer está en aumento en el mundo y se calcula que para el 2025 se presenten 20 millones de casos nuevos en países de bajos y medianos ingresos (2). La radioterapia y

los tratamientos de la quimioterapia influyen significativamente en los tejidos orales ya que inducen a variantes celulares y la consecuente pérdida de función, estos cambios pueden ser temporales o definitivos presentando secuelas a larga data (3).

La atención odontológica en el paciente oncológico es un reto que enfrenta el odontólogo, tomando en cuenta que se requiere una atención integral, ordenada y



coordinada con la participación de un equipo multidisciplinario que debe seguir un protocolo de atención dividido en 3 partes: pre, intra y postterapia oncológica (4). En la etapa previa del tratamiento oncológico el odontólogo debe identificar las patologías orales existentes antes de la terapia oncológica y realizar su tratamiento para evitar posibles complicaciones. La historia clínica debe contar con una exploración detallada de cabeza, cuello y un examen clínico intraoral que permita determinar hábitos parafuncionales, caries, valoración endodóntica, periodontal, evaluación de las prótesis existentes y lesiones en tejidos blandos (5).

Con respecto a las infecciones a nivel pulpar o periapical, esta deben atenderse en un margen entre 14 y 21 días antes del comienzo de la terapia oncológica. Cualquier lesión apical en dientes tratados endodónticamente se les debe realizar un retratamiento, apicectomía o extracción dependiendo del caso, evitando que cuando el paciente quede inmunocomprometido se reagudice el

proceso. Los pacientes con deficiente higiene oral o enfermedad periodontal pueden usar enjuagues de clorhexidina al 0,2% en la fase previa a la quimioterapia, además se pueden recomendar suplementos tópicos de fluoruro en aquellos pacientes con alto riesgo de caries o con xerostomía (6).

Durante el Tratamiento Oncológico se debe realizar el control de placa bacteriana, reforzar medidas de higiene oral, realizar controles periodontales y estar atentos al manejo de patologías orales secundarias a la quimioterapia; el 40% de los pacientes bajo tratamiento de quimioterapia desarrollan mucositis, esto dependiendo del tipo de agente quimioterapéutico empleado. En pacientes con tratamiento de radioterapia en la región de cabeza y cuello más del 90% puede presentar esta patología, que aparece como una lesión eritematosa que cursa con dolor y evoluciona a úlcera o aftas que pueden aparecer entre los 4 a 7 días de haber comenzado el tratamiento (7).



El manejo de la mucositis incluye tratamientos para el dolor, manejo de los tejidos blandos, el uso de enjuagues como la clorhexidina al 0,2% y múltiples fórmulas magistrales para tratamiento de las mucosas como la “*solución wonder*”, compuesta por antihistamínicos, protectores de la mucosa, antifúngicos, anestésicos y algunos agregan un antibiótico. Su efecto se enfoca en la disminución de la severidad de las lesiones y disminución en la intensidad del dolor, mejorando la ingesta de alimentos por parte del paciente. Si este es portador de prótesis se debe realizar la desinfección de la misma con clorhexidina al 0,12% (8).

En el caso de que el paciente presente hiposialias se puede tratar recomendando aumento de la ingesta de agua, verduras y frutas, el consumo de chicle sin azúcar, en casos más severos el uso de saliva artificial o pilocarpina, y si el paciente presenta un cuadro de sialoadenitis la conducta consistirá en realizar el cultivo y posterior antibiograma para el tratamiento farmacológico respectivo. Las metas en esta fase es mantener saludables el

periodonto y los dientes, manejando los efectos secundarios del tratamiento (9). El enfoque odontológico después del tratamiento de cáncer radica en la prevención y el monitoreo, manteniendo la eficacia en las medidas de higiene, además de no recomendar ninguna intervención odontológica hasta pasados los 6 meses en caso de quimioterapia y de un año en pacientes con radioterapia. Para pacientes con xerostomía, trismus o mucositis severa es recomendada la revisión cada tres meses (10).

Es indispensable la incorporación del odontólogo en el equipo multidisciplinario que atiende al paciente oncológico, debido a las múltiples complicaciones orales que se presentan a consecuencia de las diferentes etapas antineoplásicas. Es por eso que se vuelve imperativo establecer un canal directo de comunicación entre el odontólogo y el oncólogo, para que antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento se tenga la información detallada del tipo y etapa del cáncer, fecha de diagnóstico y el tipo de tratamiento planeado. Esto permitirá la realización de una buena



valoración odontológica, y por ende, la elaboración de un adecuado plan de tratamiento que mejore la calidad de vida del paciente oncológico.

REFERENCIAS

1. Hernan I, Steward. Repositorio UCSM. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal de odontólogos de Arequipa (ONLINE) 2015. acceso 25 Julio 2018. <https://corel.9cuk/download/pdf>.
2. Instituto de cáncer de EEUU. cancer.gov (ONLINE) ACCESO 26 DE JULIO DE 2018. DISPONIBLE EN: <http://www.cancer.gov>
3. Gussgard A, Hope A, Jokstad A. Renenbm Wood. Assessment of cancer therapy induced oral mucositis experience questionnaire. Plas one.2014.
4. Lanza D. Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico. Parte 1. Odontoestomatología. Vol 13 n 17 Montevideo 2011.
5. Ordoñez D, Osorio K, Moreno F. Atención odontológica de pacientes oncológicos desde la perspectiva de actores institucionales en Cali-Colombia. Acta Odontológica Colombiana. 2019
6. Barasch A, Peterson D, Risk. Factors for ulcerative oral mucositis in caries patients. Unanswered questions. Oral oncol. 39(2) 91-100. 2003
7. Ocampo J, Dolores R, Díaz A. Efectos progresivos de la radioterapia en la cavidad oral de pacientes oncológicos. Revista científica Odontológica Redalyc org. 2016
8. Cuevas G, Echeverría E, Díaz C. Tratamiento de la Mucositis Oral en pacientes oncológicos. Revisión de la literatura experiencia en el Hospital General de México. Int. J. Odontostomat. ;9(2). Agosto 2015



-
9. Scrubert M, Eptein J, Peterson O.
Oral complications of
chemotherapy and neck
radiation. Pub medhealth 2016.
 10. Barboza G. Abordaje de las
complicaciones orales del paciente
oncológico sometido a quimio-
radioterapia: un reto para la
odontología actual. Revisión
bibliográfica. Rev. CIENT.
ODONTOL. 11(2):51-60.2016