

MANEJO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO POR EL ODONTÓLOGO GENERAL

MANAGEMENT OF THE ONCOLOGICAL PATIENT BY THE GENERAL DENTISTRY

Caroll Johana Uberlinda Lévano Villanueva¹

¹Cirujano Dentista, Jefe de Prácticas de la Escuela de Odontología de UNJBG. Maestrante en Salud Pública de la UNJBG

RESUMEN

La presente investigación constituye una revisión bibliográfica sobre artículos publicados en relación al tratamiento dental del paciente oncológico, siendo quizás uno de los mayores desafíos a los que se puede enfrentar el odontólogo, ya que esta es una situación muy compleja, la cual requiere una atención meticulosa, integral, ordenada y coordinada con la participación de un equipo multidisciplinario. La meta es la curación completa del paciente y con la menor cantidad posible de secuelas que causa la terapia oncológica. Para llegar a esa meta se debe seguir un protocolo de atención odontológico que se divide en tres etapas: antes, durante y después de la terapia oncológica la cual abarca diversos tratamientos. En este trabajo se describirán las atenciones odontológicas de las patologías generadas por la terapia oncológica, también de cómo prevenir las y tratarlas.

Palabras clave: Cáncer bucal y tratamiento odontológico, terapia oncológica.

This research constitutes a literature review on articles about the dental treatment of oncological patient, being perhaps one of the biggest challenges that a dentist can face, since this is a very complex situation, which requires a meticulous, integral, ordered and coordinated attention with the participation of a multidisciplinary team. The goal is the complete healing of the patient and with the least possible amount of sequelae caused by cancer therapy. To reach this goal, a protocol of dental care must be followed, which is divided into three stages: before, during and after the oncological therapy, which covers various treatments. In this paper, the dental care of the pathologies generated by the oncological therapy will be described, as well as how to prevent and treat them.

Keywords: Oral cancer and dental treatment, oncology therapy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cabeza y cuello es el 6º cáncer humano más frecuente. El cáncer bucal es una enfermedad crónica no transmisible, es un factor importante de la carga mundial de morbilidad, y lo será cada vez más en los decenios venideros⁽¹⁾.

El cáncer bucal representa del 2 al 4% de todos los cánceres diagnosticados con un incremento anual de 5.000 nuevos casos por año. Histológicamente, el 90% de los tumores que aparecen en boca son carcinomas mucoepidermoides de células escamosas⁽²⁾. La radioterapia y los tratamientos quimioterapéuticos

influyen significativamente en los tejidos orales gracias a que inducen a variantes celulares con la consecuente pérdida de función, estos cambios pueden ser efímeros o definitivos, pero con frecuencia presentan secuelas de larga data⁽³⁾. La radioterapia juega un papel muy importante en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, tal es así que los nuevos casos de cáncer van a necesitar de ella como tratamiento inicial, como coadyuvante a la cirugía o combinado con quimioterapia⁽⁴⁾⁽⁵⁾. La quimioterapia puede producir una serie de efectos secundarios: orales, cutáneos, gastrointestinales, cardíacos, pulmonares, renales y neurológicos⁽⁵⁾. Las complicaciones de la radioterapia pueden ser inmediatas como mucositis, disgeusia,

infecciones, dolor por neurotoxicidad y xerostomía; o mediatas como disfagia, glosodinia, candidiasis, herpes oral, etc. y tardías como es el caso de las caries rampantes, la osteorradionecrosis, trismus, lesión liquenoide⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

Este trabajo está dirigido al odontólogo general, ya que resulta fundamental aplicar un enfoque multidisciplinario en el tratamiento oral de los pacientes oncológicos antes, durante y después de la terapia, ya que este proceso afecta la planificación del posible tratamiento dental y su priorización.

MÉTODO

La estrategia de investigación se estructuró en compilar artículos científicos de modalidad investigativa y revisión bibliográfica sujetos a criterios de búsqueda avanzada tales como publicaciones a texto completo emitidas en revistas científicas indexadas en PubMed, Redalyc, Scielo, REDOE.com y Google Chrome. Los términos de búsqueda empleados fueron: quimioterapia, radioterapia, terapia oncológica, cáncer bucal, complicaciones orales y tratamiento odontológico.

MANEJO PREVIO AL INICIO DE LA QUIMIOTERAPIA

Es fundamental el manejo odontológico del paciente con cáncer sometido a la quimioterapia y a la radioterapia, por tanto, es de vital importancia que se inicie antes del tratamiento local o sistémico de la neoplasia maligna. El manejo odontológico, consiste en retirar focos sépticos mediante terapia de mantenimiento periodontal y mejoramiento de la higiene oral⁽⁸⁾. Se recomienda un examen odontológico exhaustivo y tratamiento como parte de un protocolo de tratamiento pre-cáncer⁽⁹⁾.

Se realiza una evaluación inicial, la historia dental incluye información detallada sobre hábitos parafuncionales, dientes cariados, prótesis, dientes sintomáticos, cuidados preventivos. Asimismo, se debe explorar la cabeza, la boca, el cuello, la higiene oral; así como realizar la exploración complementaria radiológica conveniente basándonos en la historia y los datos obtenidos⁽¹⁰⁾. Los cuidados preventivos de educar al paciente resaltando la importancia de un cuidado oral óptimo para minimizar los problemas bucodentales antes, durante y después de la quimioterapia. Independientemente del status hematológico, se recomienda el cepillado dental con pasta fluorada 2-3 veces al día con cepillo blando⁽¹¹⁾. Pacientes con pobre higiene oral y/o enfermedad periodontal pueden usar colutorio de clorhexidina en la fase previa a la quimioterapia. Se recomienda el uso de suplementos tópicos de fluoruro, preferentemente en forma de barniz

en aquellos pacientes con alto riesgo de caries o xerostomía⁽⁹⁾. El flúor se incluye como recomendación en la prevención de la mucositis porque se ha probado que previene la caries⁽¹²⁾. No hay estudios que establezcan la seguridad de realizar tratamientos pulpares en dientes temporales antes de la quimioterapia por lo que muchos clínicos deciden extraer las piezas afectadas ya que las eventuales complicaciones infecciosas pulpares, periapicales o furcales durante los períodos de mielodepresión pueden tener impacto en el tratamiento del cáncer y amenazar la vida⁽¹¹⁾. La exodoncia es también el tratamiento de elección cuando no se pueda realizar el tratamiento endodóntico definitivo en una sola sesión. Si se realizara, se utilizará medicación intraconducto como el hidróxido de calcio, ya que este se encuentra indicado por su acción antiséptica⁽¹³⁾. En caso de la extracción, se debe pautar amoxicilina durante una semana y en pacientes alérgicos clindamicina. Los aparatos ortodónticos deben ser retirados si el paciente tiene mala higiene oral y/o el protocolo quimioterápico conlleva riesgo de mucositis moderada o severa. Las prótesis removibles inadecuadas deben eliminarse. No se recomiendan dentaduras inmediatas. Si no hay metal, las prótesis deben ser sumergidas cada noche en solución de hipoclorito sódico al 1% (lejía). En cambio de haber metal, se utiliza solución de povidona yodada. En pacientes con candidiasis instaurada, las prótesis se sumergen cada noche en lejía al 1%, si no hay metal, o en solución de nistatina. Dientes no restaurables, restos radiculares, piezas con bolsas periodontales > 6 mm., dientes impactados sintomáticos y dientes exhibiendo importante pérdida del soporte óseo, afectación de la furca o movilidad deben ser extraídos idealmente 2 semanas o al menos de 7 a 10 días, antes del inicio de la quimioterapia. Se recomienda la exodoncia de cordales en riesgo de pulpitis, periodontitis y pericoronaritis⁽¹⁰⁾.

MANEJO DURANTE LA QUIMIOTERAPIA

Las complicaciones pueden ser agudas o crónicas. Pacientes con estos síntomas pueden ingresar a la consulta odontológica por presentar estas molestias, para lo cual el trabajo del odontólogo consiste en poder establecer un plan de tratamiento más acorde con la situación del paciente o si aún continúa con su tratamiento oncológico solicitarle una autorización a su médico para poder tratarlo bajo las indicaciones que el prescriba.

Surge una emergencia dental: Tales como infecciones bucales o pulpitis, se debe comentar el tratamiento dental con el oncólogo quien hará recomendaciones sobre medidas médicas de apoyo de antibióticos, transfusión de plaquetas, analgésicos, incluso admisión hospitalaria. Es primordial conocer el status hematológico del paciente por lo que si no se dispone de un análisis reciente se solicita con carácter urgente una

hematimetría con recuento y fórmula leucocitaria que permita tomar decisiones. Ante situaciones de trombocitopenia y/o neutropenia con manifestaciones orales del tipo de úlceras, sangrado gingival o dolor importante, puede limpiarse la boca con gasas, esponjas o torundas de algodón impregnadas en clorhexidina en las zonas antes mencionadas⁽¹⁴⁾.

La higiene oral es de gran importancia: Reduce el riesgo de desarrollar mucositis moderada/severa sin provocar un aumento en la tasa de septicemia ni de infecciones en la cavidad oral. Los pacientes deben usar un cepillo de cerdas de nylon blando y cepillarse 2 veces al día. Varios estudios muestran que los pacientes pueden cepillarse sin experimentar sangrado gingival dentro de amplios rangos de recuento plaquetario. En casos de trombopenia importante con gingivorragia se utilizará una torunda de gasa o bastoncillos de algodón. Se debe usar dentífrico fluorado⁽¹⁰⁾.

MANEJO PATOLOGÍA ORAL SECUNDARIA A LA QUIMIOTERAPIA

Mucositis oral: Aparece a los 4-7 días de la administración de los citotóxicos en forma de lesiones eritematosas algo dolorosas que evolucionan a úlceras o aftas que duran 14-21 días. Son muy dolorosas y pueden impedir la ingestión de alimentos, para intentar reducir su severidad se sugiere el desarrollo de protocolos que incluyan la educación del paciente y de los profesionales sanitarios. Se recomienda la analgesia controlada por el paciente con morfina como tratamiento de elección para el dolor severo por mucositis. Se recomienda la no utilización del Aciclovir, colutorios a base de uno o más de estos componentes: lidocaína, clorhexidina, manzanilla, sucralfato, entre otros. Uso de corticosteroides, vitamina E, crioterapia⁽¹⁰⁾.

Xerostomía: El método más simple es tomar pequeños sorbos de agua, por lo cual los pacientes que se encuentran bajo radioterapia deberían cargar con una botella de líquido. El uso de sustitutos de saliva depende de las preferencias del paciente. Los objetivos de la saliva artificial incluyen lubricación oral, reducir la sensación de boca seca y la prevención de caries⁽¹⁵⁾.

Infecciones mucosa oral: La candidiasis y el herpes son las infecciones más frecuentes. Los signos clínicos pueden estar muy atenuados durante los periodos neutropénicos, por lo tanto es necesario monitorizar el estado de la cavidad oral para detectarlas y tratarlas a tiempo. El tratamiento es el siguiente: Instruir a los pacientes con candidiasis superficial a higienizar la cavidad oral al menos tres veces al día complementando el cepillado con enjuagatorios con clorhexidina al 0,12 % en especial antes de administrar el antifúngico tópico; lavar la cavidad oral con abundante agua y

remover la placa por medios mecánicos (cepillo e hilo dental); quitar las prótesis mientras el medicamento se está aplicando en los tejidos orales; desinfectar los tejidos orales y la prótesis dental con clorhexidina al 0,12%⁽¹⁶⁾.

Hemorragias orales: Secundarias a trombopenia, déficit de factores de la coagulación y/o daño vascular. Además de las medidas sistémicas apropiadas según la causa (transfusión, plaqueta) se emplearán medidas homeostáticas locales⁽¹⁰⁾. La realización de enjuagues con Peróxido de Hidrógeno rebajado al 3% puede ayudar a limpiar las heridas y eliminar los restos de sangre, pero se debe tener cuidado de no perturbar los coágulos, pudiendo provocar nuevas hemorragias⁽¹⁷⁾.

Dolor y/o sensibilidad dental: El dolor es un síntoma muy común en los pacientes oncológicos. Para cada tipo de dolor el tratamiento específico a realizar, además de la medicación con analgésicos, opioides o psicofármacos según la severidad⁽¹⁵⁾, en orden creciente de dolor leve a moderado, moderado e intenso: - aspirina: 650 mg/ 4 h, 975 mg/ 6 h - codeína (máx. 60 mg cada 4 h), dihidrocodeína (máx. 120 mg cada 12 h) y tramadol (100 mg cada 12 h) - morfina: vía oral, 20 mg cada 3-4 h; vía parenteral, 10 mg/ 3 4 h - fármacos coadyuvantes: antidepresivos, antihistamínicos, sedantes, tranquilizantes, fenotiacina, relajantes musculares, esteroides⁽¹⁸⁾.

Osteonecrosis: El tratamiento conservador debe consistir en evitar la progresión de la necrosis, pues actualmente no se conoce ningún tratamiento efectivo. No se han observado resultados significativos en el tratamiento con oxígeno hiperbárico con y sin tratamiento antibiótico agresivo. Por otro lado; la excéresis del secuestro óseo, tratamiento habitual hasta la fecha, suele conllevar el aumento del tamaño del defecto óseo⁽¹⁶⁾.

Debe recomendarse al paciente que deben visitar al Odontólogo cada tres meses para profilaxis, lo cual es importante para retirar la placa bacteriana que produce enfermedad periodontal y propicia la entrada de virus, bacterias y hongos como la candida albicans que al removerse dejan úlceras más eritematosas y sangrantes requiriendo un tratamiento sistémico.

MANEJO ODONTOLÓGICO POSTERIOR AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

En esta etapa se debe controlar periódicamente la eficacia de las medidas de higiene oral establecidas, controlar el estado de salud oral y la eficacia de las restauraciones realizadas. Control periódico estricto para evaluar los resultados e instalar tratamiento oportuno en caso de complicaciones⁽¹⁶⁾. No se recomienda realizar ninguna intervención odontológica

agresiva (exodoncias fundamentalmente) hasta pasados 6 meses de finalizar la quimioterapia o 1 año de la radioterapia para evitar el riesgo de osteorradionecrosis⁽¹⁹⁾. Una vez finalizado el tratamiento del cáncer, se deberá proporcionar un seguimiento para detectar y controlar tanto una recidiva como los efectos tardíos o a largo plazo debidos al tratamiento antineoplásico recibido. Es muy importante que los pacientes sigan sintiéndose apoyados por el equipo como cuando estaban con el tratamiento, por lo que recibir un plan de atención de seguimiento que disipe temores y preocupación por lo que va a pasar después⁽¹⁶⁾. Otro punto importantísimo son los efectos psicológicos y emocionales por lo que necesitarán el apoyo del equipo multidisciplinario de oncología con profesionales especializados y la ayuda para ponerse en contacto con grupos de apoyo de pacientes⁽²⁰⁾.

Las metas de la atención oral y dental son diferentes antes, durante y después del tratamiento:

- Antes del tratamiento del cáncer, la meta es la preparación para el tratamiento, consiste en tratar

problemas orales que ya existen.

- Durante el tratamiento del cáncer, las metas son prevenir las complicaciones orales y manejar los problemas que se presentan.

- Después del tratamiento del cáncer, las metas son mantener saludables los dientes y las encías y manejar los efectos secundarios a largo plazo de cáncer y su tratamiento⁽⁵⁾.

Es trascendental que el odontólogo posea un entrenamiento integral en el manejo del paciente con cáncer para que identifique previo al inicio del tratamiento oncológico aquellos escenarios clínicos de riesgo que puedan complicarse a futuro mediante una evaluación clínica y radiográfica exhaustiva, y además, mediante constantes interconsultas con el médico tratante, siendo todo esto mandatorio, ya que orienta hacia el tipo de tratamiento a elegir, cómo realizarlo y el momento de mayor seguridad para proceder con el mismo; así como las limitantes y complicaciones que se puedan derivar de realizar o no dicha terapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado A, Restrepo M.. Cáncer Bucal, aproximaciones teóricas. Revista científica Dominio de las Ciencias. 2016; 2(esp. pp.167-185).
2. Hernani Steward . Repositorio UCSM- Nivel de conocimientos sobre cáncer bucal de odontólogos en Arequipa. [Online]; 2015. Acceso 25 - 07-2018 de Juliod 2018. Disponible en: <https://corel.ac.uk/download/pdf>
3. Barboza- Blanco G. Abordaje de las complicaciones orales del paciente oncológico sometido a Quimio-Radioterapia: Un reto para la odontología actual. Revista científica odontológica. 2015; 11(2-pp:51-60).
4. Mateo- Sidron A. Cáncer Oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Avance en odontoestomatología. 2015; 31(4; pp: 247-259).
5. Casariego FJ. La participación del odontólogo en el control del Cáncer oral: Manejo en la prevención, tratamiento y rehabilitación. Avances en odontoestomatología-Scielo. 2009; 25(5).
6. Instituto del cáncer de EEUU . Geosalud. [Online] Acceso 26 de Juliod 2018. Disponible en: <http://www.cancer.gov>.
7. Ocampo Barrera J, Dolores R, Díaz A.. Efectos progresivos de la radioterapia en la cavidad oral de pacientes oncológicos. Revista científica odontológica. Redalyc.org. 2016; 12(2:15-23).
8. Rocha- Buelvas A, Jojoa A. Manejo Odontológico de las complicaciones orales secundarias al tratamiento oncológico con quimioterapia y radioterapia. CES odontología- Scielo. 2011; 24(2).
9. Acosta de Camargo M, Bolívar M, Giunta C, Mora K. Manejo odontológico del paciente pediátrico oncológico. Revisión bibliográfica. Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria. 2015; 10.
10. Jáuregui García J. Pacientes en tratamiento quimioterápico. Manejo en odontología. Infomed. [Online]; 2008. Acceso 25 de Juliod 2018. Disponible en: www.redoe.com.
11. Schubert MM, Epstein J, Peterson D. Oral complications of chemotherapy and head/Neck radiation (PDQ). Pub Med-Health. 2016.
12. Pujol A, Rabassa C. Protocolos de atención odontológica a pacientes pediátricos oncológicos. Revista odontología pediátrica. 2014; 22(2-pp: 153-161).
13. Mora Jiménez D. Consideraciones endodónticas en pacientes sometidos a quimioterapia y radioterapia. Revista odontológica vital. 2015; 2(27: 45-50).
14. Oñate R, Cabrerizo M. Aspectos odontoestomatológicos en oncología infantil. Medicina Oral, Patología oral y cirugía bucal. 2005; 10(1).
15. Lanza Echeveste D. Tratamiento odontológico del paciente oncológico parte I. Revista odontoestomatológica. 2011; 13(17).
16. Lanza Echeveste D. Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico. Parte II. Revista odontoestomatológica. Scielo. 2013; 15(22).
17. Silvestre F, Puente A. Efectos adversos del tratamiento de cáncer oral. Revista avances en odontoestomatología. Scielo. 2008; 24(1:111-121).
18. Caribé F, Chimenos E, López J, Finestres F, Guix B. Manejo odontológico de las complicaciones de la Radioterapia y Quimioterapia en el cáncer oral. Revista Med. Oral. 2003; (8- pp:178-187).
19. Sabater M, Rodríguez C. Manifestaciones orales secundarias al tratamiento oncológico. Pautas de actuación odontológica. Revista avances en odontoestomatología. Scielo. 2009; 22(6).
20. Reñones C, Vena C, Fernández D.. Salud bucal en el paciente oncológico. Id. Medica-Sociedad española de enfermería oncológica. 2015; (pp:4-63).

Correspondencia:

Caroll Johana Uberlinda Lévano Villanueva
caroll.levano67@gmail.com

Fecha de recepción : 05 de setiembre de 2018
 Fecha de aceptación : 07 de marzo de 2019