

## TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

### PREVENCIÓN

El estado buco dental previo del paciente y la terapéutica seguida (Radioterapia, Quimioterapia, Cirugía o sus combinaciones) marcarán la aparición de las complicaciones orales.

La evaluación previa, el tratamiento y la prevención son importantes en los resultados. Las complicaciones orales post radioterapia las clasificaremos en:

- **Complicaciones Agudas:**
  - Alteración gusto olfato
  - Estomatitis
  - Mucositis
  - Candidiasis
  
- **Complicaciones Crónicas:**
  - Caries
  - Xerostomía
  - Trismus
  - Osteorradionecrosis

Antes de iniciar el tratamiento radiante se deberá evaluar el estado bucodental del paciente y revertir toda patología crónica o aguda pasible de tratamiento.

El diagnóstico se complementará con la toma de una radiografía panorámica extraoral y se realizarán todas las extracciones dentarias con focos sépticos y se inactivarán los procesos de caries por lo menos 15 días antes de iniciar el tratamiento.

Especialmente en RT se deberá implementar un programa preventivo que abarque seis fases:

- 1- Control caries activas
- 2- Control placas bacterianas
- 3- Entrenamiento higiene oral
- 4- Aplicación fluor en gel
- 5- Dieta
- 6- Extracciones.

El paciente será entrenado para realizar una correcta higiene de su boca y controlar de esta manera la placa o bio film. Deberá utilizar fluor en gel y en líquido para reforzar localmente al esmalte. Se debe utilizar digluconato de clorhexidina que promueve la remineralización de las lesiones incipientes por la reducción del *Streptococcus mutans* en la cavidad oral.

Con respecto a la dieta se disminuirán los momentos de azúcares para no mantener el PH salival en niveles bajos. Si se mantiene un PH salival bajo hay un aumento de lacto bacilos y *Streptococcus mutans* y como consecuencia aparecen las caries por radiación que comienzan por puntos blancos de desmineralización. La dentina expuesta se torna blanda y socava al esmalte.

La mucosa estará seca inflamada, con fisuras y agrietamiento de la lengua. Los pacientes se quejan de sensibilidad, dolor, sensación de ardor. Los acinos serosos de las glándulas parótidas y sublinguales degeneran inmediatamente después de una sola dosis de irradiación, mientras que los mucosos no muestran alteraciones agudas.

A causa de esto, tan pronto como se inicia la radioterapia la saliva del paciente se hace más espesa y escasa, con el consecuente aumento de *Streptococcus mutans* aparece una mayor incidencia de caries y alteraciones en el gusto. Para disminuir estos efectos se le

indicará al paciente beber mucho líquido, suprimir irritantes (alcohol vinagre cítricos etc.) y mantener la mucosa húmeda con infusiones de manzanilla y preparados a base de aloe vera.

Diagnosticada la mucositis de acuerdo a su toxicidad la clasificaremos en:

- **Grado Uno:** Eritema, Molestia local.
- **Grado Dos:** Moderada, Eritema, Ulcera, Puede comer sólido.
- **Grado Tres:** Severa, dolor, ulcera, solo tolera líquidos.
- **Grado Cuatro:** Riesgo de Vida, no alimentación oral, se requiere S. N. G.

El tratamiento variara según el grado y comprenderá desde paliativos locales hasta la utilización de morfina.

La candidiasis es otra de las complicaciones de la radioterapia; habitualmente cede con Nistatina pediátrica suministrada mediante un gotero que se vacía en la cavidad oral para realizar buches y gárgaras que luego el paciente traga. Una vez iniciada la R. T. se deberá efectuar un control de signos y síntomas; se enseñaran ejercicios de apertura bucal para disminuir el trismus.

En caso de tener que realizar extracciones post R. T. se aconseja no efectuarlas antes de los doce meses de la finalización de la R. T. Si fuere necesario y aun después de haber transcurrido ese lapso se debe **siempre indicar antibióticos** para la prevención de osteorradionecrosis por hipoxia del tejido óseo como consecuencia de una menor irrigación sanguínea. Se utilizara amoxicilina + ácido clavulánico 24 Hs. antes de la extracción y luego de la misma se continuará por cinco días el tratamiento. Suturar en casos de dos o más extracciones y profilaxis con enjuagues con clorhexidina.

Producida la osteorradionecrosis, esta será clasificada en:

- **Grado Uno:** Superficial, Hueso cortical expuesto.
- **Grado Dos:** Hueso medular y cortical expuesto:
  - A) Ulceración mucosa
  - B) Necrosis extensa.
- **Grado Tres:** Todo hueso comprometido, Puede haber fractura:
  - A) Ulcera
  - B) Fístula

El tratamiento comprenderá desde el curetaje de la herida y antibiótico + cámara hiperbarica hasta la secuestrectomía con amplio margen.

## QUIMIOTERAPIA

Los pacientes que van a iniciar el tratamiento deberán ser evaluados antes de comenzarlo; dicha evaluación consistirá en tomar una RX panorámica para tener una visión global de piezas dentarias y hueso y así poder planificar obturaciones y/o extracciones que se requieran.

En caso de iniciada la Q. T. es necesario una autorización y asistencia del medico tratante con el fin de evitar complicaciones ante un eventual descenso de plaquetas y glóbulos blancos.

## REHABILITACIÓN PROTETICA

a) **Prótesis dentaria intra operatoria:** Para pacientes que van ha ser sometidos a exéresis parciales o totales de maxilar superior, se deberá preparar una prótesis oclusora de acrílico con retenedores o completas, según el caso, para colocar durante el acto quirúrgico. Se ha comprobado que la colocación de la misma guía la cicatrización y proporciona bienestar al paciente, quien recuperado de la anestesia puede hablar. Los materiales de elección son base de acrílico revestida con pastas siliconadas en contacto con la herida.

b) **Prótesis definitiva:** Pasado el tiempo de cicatrización y completada la radio terapia puede realizarse una nueva prótesis que llamaremos "definitiva", que contara con dientes para mejorar funcional y estéticamente al paciente. Se complementa con un relleno siliconado que obtura el defecto quirúrgico y que debe ser cambiado cada seis a ocho meses. Se recomienda al paciente estrictas medidas de higiene y controles periódicos para evitar sangrados, dolor o decúbito.

c) **Prótesis reconstructiva de áreas faciales.**

d) **Implantes:** Se presentan dos situaciones:

a. **Implantes colocados en tejidos irradiados.** Se deberá esperar no menos de 12 meses desde la ultima dosis de R. T. recibida. Se aconseja aplicación de oxigeno en cámara hiperbarica para aumentar la densidad vascular + utilización de antibiótico antes mencionado.

b. **Implantes irradiados.** Puede aparecer osteorradionecrosis en hueso adyacente que atente contra la estabilidad de los implantes o bien pérdida del implante mas hueso