

EL PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA CLÍNICA DENTAL

El paciente oncológico es aquel que, debido a su patología, se encuentra en un plan de tratamiento y rehabilitación integrados variable en función de la naturaleza y localización de la lesión, pudiendo consistir en cirugía oncológica, radioterapia, quimioterapia o una combinación de ellos.

Tratamiento Quirúrgico

Consiste en la extirpación macroscópica de los tejidos tumorales de la cavidad oral con una zona de seguridad de los tejidos adyacentes aparentemente sanos(maxilectomía/mandibulectomía parcial/total); junto con la ablación del tumor, se puede realizar la extirpación de las cadenas linfáticas de drenaje de la zona afectada(por lo general se realiza únicamente la extirpación ganglionar en adenopatías funcionales >3mm, en adenopatías radicales > 3mm se extirpan además la vena yugular interna y el n. Espinal)

El principal inconveniente del tratamiento quirúrgico del cáncer de cabeza y cuello son los problemas funcionales y estéticos que produce como efecto secundario, siendo los más frecuentes: deformidades, cicatrices, fibrosis, comunicaciones entre cavidades, deterioro de las funciones orales y pérdida de la capacidad defensiva de los tejidos, entre otros. Dichos defectos pueden ser aminorados mediante cirugía reconstructiva con colgajos pediculados o colgajos libres vascularizados de áreas radiales para los tejidos blandos e injertos de cresta ilíaca o peroné para la reconstrucción de los tejidos duros.

Tratamiento con Radioterapia

Consiste en la aplicación de aplicaciones de radiaciones ionizantes para afectar a las células con una elevada tasa de reproductibilidad; se puede utilizar como medida terapéutica única o en combinación con cirugía y/o quimioterapia. Existen dos tipos de radioterapia en función de su modo de aplicación:

1º Braquiterapia: se aplica más frecuentemente en cánceres de lengua o lesiones primarias grandes, consiste en aplicar un objeto que libera la radiación en la misma zona de la lesión.

2º Teleterapia o haz externo: se aplica más frecuentemente en lesiones superficiales con un solo campo o bien en lesiones profundas desde múltiples campos para minimizar la afectación de los tejidos circundantes. Entre estas la más frecuentemente empleada es la cobaltoterapia, en la que se aplican dosis de 50-70 Gy, 1,8-2 Gy/día, 4 o 5 días a la semana.

Las complicaciones de la radioterapia se clasifican en función del período de aparición de las mismas:

1º Inmediatas tras la radioterapia: mucositis, ageusia/disgeusia, hiposialia/xerostomía.

2º Medio plazo tras la radioterapia: caries rampante, necrosis mucosa, infecciones orales, trismo.

3º Largo plazo tras la radioterapia: osteorradionecrosis, alteraciones desarrollo de los gérmenes dentales.

Se distinguen 3 fases en el manejo odontológico de una paciente tratado con radioterapia en la zona de cabeza y cuello:

1º Previo a la radioterapia: se realizará una HªClínica y exploración completas, con las pruebas radiológicas necesarias para el correcto diagnóstico; se realizará una sialometría de control, se medirá la distancia interincisal para evaluar la limitación de apertura por el trismo, se establecerá un plan de tratamiento consistente en: IHO, exodoncias de dientes con mal pronóstico 15-20 días antes del inicio de la Rt, detartraje sub y supragingival, tratamiento conservador en dientes con buen pronóstico, modificar o ajustar las prótesis removibles, impresiones para la realización de férulas de protección.

2º Durante la radioterapia: mantener una buena higiene oral, recomendar dieta blanda y anticariogénica, evitar irritantes(alcohol, tabaco), soluciones acuosas, en fase aguda se recomienda retirar prótesis removibles.

3º Después de la radioterapia: se realizarán controles cada 2-3 meses, se recomendará el uso de dentífricos con F 3 veces al día, aplicación diaria de F 1% en cubeta, para la xerostomía se recomienda el uso de pilocarpina(no en pctes cardiopatas ni con alteraciones digestivas), no se realizarán exodoncias hasta después de 1 año y siempre bajo cobertura atb, para el tratamiento de la disgeusia se recomienda el uso de sulfato de zinc, para la prevención de la osteoradionecrosis se regularizarán los bordes cortantes de dientes y se aliviarán las prótesis, así mismo se pautará antibioticoterapia ante la necesidad de realizar exodoncias: Amoxicilina + Ác. Clavulánico o bien en caso de alergia Clindamicina + Ciprofloxacino.

Tratamiento con Quimioterapia

Consiste en la administración, generalmente por vía endovenosa, de fármacos citotóxicos que actúan sobre las células con mayor capacidad de división; el principal problema de este tipo de medicamentos es su efecto indiscriminado sobre todos los tejidos con elevada tasa de reproductibilidad del organismo, causando numerosos efectos secundarios, siendo los más frecuentes:

1º Mucositis, que llega a atrofiar la mucosa a los 7 d y deja espacios de continuidad en esta, facilitando la sobreinfección y causando mucho dolor.

2ª Hiposialia: sólo asociado a la adriamicina.

3º Infecciones: debido a la aplasia medular y al daño de las mucosas orales.

4º Hemorragias: debido a la trombocitopenia por la aplasia medular.

El manejo odontológico del paciente sometido a quimioterapia consistirá en realizar los actos odontológicos necesarios fuera de los ciclos de administración y cuando las analíticas sean normales. Así mismo se recomendarán una serie de medidas: IHO en la que recomendará el uso de cepillo de cerdas suaves y seda dental, si sangran las encías se embeberá el cepillo en Chx 0,12%; uso de enjuagues no irritantes(no alcohol), retirar las prótesis para dormir, dieta blanda no cariogénica, nistatina para las sobreinfecciones por candidas, si hay dolor realizar enjuagues con lidocaína al 2%. En caso de ser necesario el tratamiento quirúrgico se valorará la analítica(plaquetas $>50000/\text{mm}^3$ y leucocitos $>1000/\text{mm}^3$) y se pautará profilaxis antibiótica de amplio espectro(se puede seguir la pauta de A.H.A para la profilaxis de la E.B).

Paciente en tratamiento con Bifosfonatos

La familia de los bifosfonatos se usa como tratamiento quimioterapico en pacientes que presentan metástasis óseas, entre otros usos, siendo altamente usados en la actualidad. Estos medicamentos actúan sobre el trofismo óseo alterando la correcta cicatrización del mismo, son dosis dependientes y no se eliminan con el paso de los años debidos a su elevada afinidad al Ca^{2+} de la hidroxiapatita ósea. Existen diferentes familias, apreciando una mayor incidencia de aparición de osteonecrosis asociada a los de administración por vía endovenosa.

La lesión aparece como una zona de exposición de hueso necrótico en una o varias localizaciones de la mucosa del proceso alveolar de los maxilares sup e inf; generalmente aparece tras la realización de una exodoncia/cirugía o bien de forma espontánea(20-30% de los casos), en la que se observa ausencia de cicatrización y puede progresar haciéndose más extensa y dolorosa. La clasificación de la lesión se divide en 4 estadíos:

- Estadío 1 pequeña úlcera oral o exposición ósea sin dolor
- Estadío 2a E1 + síntomas controlados con tratamiento médico
- Estadío 2b E1 + síntomas no controlados con tratamiento médico
- Estadío 3 fístulas cutáneas, osteolisis externa afectando las corticales, fracturas

La prevención de la aparición de la osteonecrosis asociada a bifosfonatos consiste en realizar un buen diagnóstico previo al comienzo de su administración, realizar tratamiento dental conservador y eliminar los dientes pertinentes. En caso de necesidad de exodoncias tras la administración de bifosfonatos, se realizarán bajo cobertura antibiótica(Amox+Ác.Clav o Clindamicina) con técnicas atraumáticas, favoreciendo el cierre por primera intención y se recomendarán enjuagues Chx.

El tratamiento de la osteonecrosis variará según el estadio de la lesión:

- Estadio 1 irrigación con Chx varias veces al día, se evaluará al mes para valorar si evoluciona favorablemente y continuar con el mismo cuidado.
- Estadio 2a administrar Amox+Ác.Clav 875/125 c 8 h, irrigar con Chx y realizar cultivo.
- Estadio 2b se realizará el curetaje/desbridamiento/secuestrectomía de la lesión.
- Estadio 3 resección total de la zona afectada

Objetivos odontológicos en el Paciente Oncológico

Los objetivos de nuestro trabajo en la tarea multidisciplinar del tratamiento oncológico están encaminados a mejorar la vida del paciente durante y tras el tratamiento, evitando con medidas preventivas (si es posible) la mayoría de efectos secundarios; así mismo se buscará restaurar cuando sea posible las alteraciones o deformidades y desarrollar un programa de atención al paciente para controlar y monitorizar su salud bucodental.