

## TEMA 3:

Protocolos clínicos de tratamiento  
odontológico de pacientes  
oncológicos, trasplantados,  
radiados e inmunosuprimidos.  
Repercusiones odontológicas.  
Manejo clínico.



# PACIENTES ONCOLÓGICOS

LEUCEMIAS

LINFOMAS

MIELOMAS

# LEUCEMIAS

Trastornos neoplásicos de la médula ósea que cursan con la proliferación de un clon celular que tiende a dividirse exponencialmente

- ▶ ORÍGEN GENÉTICO
- ▶ AGENTES FÍSICOS: Radiaciones
- ▶ AGENTES QUÍMICOS: Benzoles
- ▶ AGENTES INFECCIOSOS: Virus
  
- ▶ CLASIFICACIÓN
  - ▶ SEGÚN LA EVOLUCIÓN:
    - ▶ AGUDAS: Alta agresividad
    - ▶ CRÓNICAS
  - ▶ SEGÚN LA ESTIRPE CELULAR:
    - ▶ LINFOBLÁSTICAS (T o B)
    - ▶ NO LINFOBLÁSTICAS o MIELOBLÁSTICAS

# MANIFESTACIONES ORALES DE LAS LEUCEMIAS

- NECROSIS MUCOSAS, MÁS EN LAS AGUDAS (25%)
- TENDENCIA A LAS HEMORRAGIAS
- SUSCEPTIBILIDAD A LAS INFECCIONES

## **TABLA 1.- MANIFESTACIONES ORALES DURANTE PATOLOGÍAS LEUCÉMICAS**

### **SÍGNOS CLÍNICOS**

Hipertrofia gingival (foto 5)  
Dolor al músculo esquelético  
Parálisis del hipogloso.  
Neuropatía del trigémino.  
Tumefacciones de las glándulas salivales.  
Numb Chin Syndrome  
Mordida abierta anterior.  
Parestesias.  
Dolor al ocluir y al percutir los dientes  
Petequias (Foto 1-4)  
Hemorragia gingival  
Fragilidad del tejido gingival

### **SEÑALES RADIOGRÁFICAS**

Destrucción de la cresta alveolar.  
Ampliación del espacio periodontal.  
Desaparición del canal mandibular.  
Fracturas patológicas.  
Apiñamiento de los dientes.  
Desaparición de la lámina dura.  
Lesiones líticas y escleróticas del hueso.

# ACTITUD DEL DENTISTA ANTE LAS LEUCEMIAS

- ▶ **COBERTURA ANTIBIÓTICA**
  - ▶ Amplio espectro (beta-lactámicos, aminoglucósidos)
- ▶ **USO DE ANTIMICÓTICOS**
  - ▶ Colutorios con nistatina
- ▶ **COMUNICACIÓN CON EL HEMATÓLOGO/ONCÓLOGO**
  - ▶ Concentrados de plaquetas ante exodoncias
  - ▶ Posibilidad de suspensión de limpieza mecánica ante grandes inmunodepresiones
  - ▶ Uso de CLHX (0,12%)/3 veces al día
  - ▶ Enjuagues con bicarbonato sódico

# LINFOMAS

- ▶ SON NEOPLASIAS DEL SISTEMA LINFOIDE
- ▶ MÚLTIPLES CLASIFICACIONES. LA MÁS SENCILLA:
  - ▶ LINFOMAS NO HODGKIN
    - ▶ De células T
    - ▶ De células B (muy agresivo el de células B grandes)
  - ▶ LINFOMAS HODGKIN
    - ▶ Células de Red-Steinberg (tipo anormal de linfocitos B)
- ▶ ESQUEMAS DE TRATAMIENTO BASADOS EN LOS DE LA QUIMIOTERAPIA + RADIOTERAPIA

## CUADRO I: Estadificación de los linfomas de Hodgkin y no Hodgkin (Ann Arbor).

- **Estadio I:** afección de una sola región ganglionar linfática, o de un solo órgano o zona extralinfática.
- **Estadio II:** afección de dos o más regiones ganglionares linfáticas en el mismo lado del diafragma, sola o con lesiones de órgano o tejido contiguo extralinfático.
- **Estadio III:** afección de regiones ganglionares linfáticas a cada lado del diafragma, que incluye bazo, un órgano o zona limitada contiguos extralinfáticos o ambos.
- **Estadio IV:** focos múltiples o diseminados en uno o más órganos o tejidos extralinfáticos, con afección linfática o sin ella.

# LINFOMAS NO HODGKIN

- ▶ **FRECUENTES LOCALIZACIONES EXTRAGANGLIONARES:**
  - ▶ **AFECTACIÓN DEL ANILLO DE WALDEYER (50% de los casos)**
  - ▶ **AFECTACIÓN DE MAXILARES (encía, lengua, paladar)...**
- ▶ **POSIBLE MOVILIDAD DENTARIA Y PARESTESIAS LABIALES**
- ▶ **POSIBLE ASOCIACIÓN AL VIH**

# LINFOMA DE HODGKIN

- ▶ LOCALIZACIONES GANGLIONARES+++
- ▶ ADENOPATÍAS CERVICALES PRESENTES AL INICIO EN EL 50% DE LOS CASOS
- ▶ PROPENSIÓN A INFECCIONES BACTERIANAS, VÍRICAS Y FÚNGICAS

# MANEJO ODONTOLÓGICO DE LOS LINFOMAS

PROTOCOLO DE MANEJO ODONTOLÓGICO  
IDÉNTICO AL DE LAS LEUCEMIAS

- ▶ CONTROL DE INFECCIÓN
- ▶ CONTROL DE HEMORRAGIA
- ▶ INTERACCIÓN CON LOS ONCO-HEMATÓLOGOS

# MIELOMAS- PLASMOCITOMAS

- ▶ **NEOPLASIAS MALIGNAS POR PROLIFERACIÓN DE CÉLULAS PLÁSMÁTICAS**
  - ▶ LOCALIZACIÓN ÚNICA: PLASMOCITOMA
  - ▶ LOCALIZACIÓN MÚLTIPLE: MIELOMA (MÚLTIPLE)
- ▶ **PRODUCTORAS DE INMUNOGLOBULINAS O CADENAS DE LAS MISMAS**
  - ▶ AFECTACIÓN RENAL POR DEPÓSITO DE Ig ANORMALES
  - ▶ INSUFICIENCIA SUPRARRENAL POR EL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES
- ▶ **PREDOMINIO:**
  - ▶ PERSONAS DE EDAD AVANZADA
  - ▶ RAZA NEGRA
- ▶ **PREDISPOSICIÓN A INFECCIONES BACTERIANAS**
- ▶ **TROMBOCITOPENIA: PREDISPOSICIÓN A LA HEMORRAGIA**

# MIELOMA: MANIFESTACIONES ORALES

- ▶ LESIONES OSTEOLÍTICAS MAXILARES (O MANDIBULARES) CON EXPRESIÓN EN PARTES BLANDAS
  - ▶ POR SOBRESTIMULACIÓN DE OSTEOCLASTOS
- ▶ DOLOR, PARESTESIAS
- ▶ AFECTACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

# MIELOMAS: ACTITUD ODONTOLÓGICA

- ▶ NO TRATEN DURANTE LA FASE ACTIVA DE LA ENFERMEDAD NI DURANTE LA QUIMIOTERAPIA
- ▶ DEBE DE SOLICITARSE ANALÍTICA SANGUÍNEA:
  - ▶ FÓRMULA Y RECUENTO DE SERIES BLANCA Y ROJA
  - ▶ TASAS DE INMUNOGLOBULINAS
- ▶ TENGAN EN CUENTA LA PREDISPOSICIÓN A INFECCIONES
- ▶ TENGAN EN CUENTA LA PREDISPOSICIÓN AL SANGRADO

# PACIENTES TRASPLANTADOS

# PACIENTES TRASPLANTADOS

- ▶ **PACIENTES A LOS QUE POR FALTA DE FUNCIÓN DE UN ÓRGANO, TIENEN QUE RECURRIR A OTRO DE ALGÚN DONANTE IDÓNEO**
  - ▶ **PROBLEMA: ¡¡¡RECHAZO!!!**
  - ▶ **SOLUCIÓN: USO DE INMUNOSUPRESORES APARA ABOLIR LA RESPUESTA INMUNITARIA**
    - ▶ **INMUNOSUPRESORES (USADOS TAMBIÉN COMO QUIMIOTERÁPICOS Y ANTINEOPLÁSICOS):**
      - ▶ **Ciclosporina**
      - ▶ **Glucocorticoides**
      - ▶ **Azatioprina**
      - ▶ **Globulinas antilinfocíticas**

# MANEJO ODONTOLÓGICO DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS

- ▶ **NECESIDADES DE TRATAMIENTO SUPERIOR AL DE LAS PERSONAS SANAS**
- ▶ **PROBLEMAS OCASIONADOS POR LA INMUNOSUPRESIÓN:**
  - ▶ PREDISPOSICIÓN A INFECCIONES OPORTUNISTAS
  - ▶ PREDISPOSICIÓN A RESISTENCIAS ANTIBIÓTICAS
  - ▶ HIPERPLASIAS GINGIVALES POR CICLOSPORINA
- ▶ **PARTICULARIDADES DEL TRATAMIENTO:**
  - ▶ ENJUAGUES PREVIOS CON CLORHEXIDINA
  - ▶ PROFILAXIS ANTIBIÓTICA SEGÚN ESTADO Y PAUTA
  - ▶ ADECUADO MANEJO DEL DOLOR

# PACIENTES RADIADOS

# RADIOTERAPIA DE CABEZA Y CUELLO

- ▶ USADA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER (A MENUDO JUNTO A CIRUGÍA Y/O QUIMIOTERAPIA)
- ▶ UTILIZADA PRE Y POSTQUIRÚRGICA O CON FINES PALIATIVOS
- ▶ USO DE 3 HACES DE RADIACIÓN
  - ▶ 2 PARALELOS Y OPUESTOS: PARA EL TUMOR PRIMITIVO Y PRIMERAS ESTACIONES DE DRENAJE LINFÁTICO
  - ▶ 1 SOBRE LOS GANGLIOS CERVICALES BAJOS Y SUPRACLAVICULARES
- ▶ CLASIFICACIÓN:
  - ▶ SEGÚN EL LUGAR DE ADMINISTRACIÓN.
    - ▶ EXTERNA
    - ▶ INTERSTICIAL (CAVITERAPIA)
    - ▶ INTERNA
- ▶ PLANIFICACIÓN RADIOFÍSICA:
  - ▶ PARA MINIMIZAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS
    - ▶ CONSIDEREN QUE LA RADIOSENSIBILIDAD ES MAYOR A MAYOR CAPACIDAD DE RECAMBIO CELULAR (MUCOSAS)
  - ▶ PARA INCREMENTAR LA EFICACIA
    - ▶ PLANIFICACIÓN TRIDIMENSIONAL
    - ▶ MODULADACIÓN DE INTENSIDAD. SEGÚN VOLTAJE:
      - ▶ Superficial (hasta 150 Kev)
      - ▶ Convencional (150-1.000 Kev)
      - ▶ Supervoltaje (Más de 1 Mev)
        - ▶ Bomba de cobalto (2 Mev)
        - ▶ Aceleradores lineales (4-10 Mev)
        - ▶ Betatrón (20 Mev)

## COMPLICACIONES ORALES DE LA RADIOTERAPIA

### MUCOSITIS:(Estomatitis).

- ✿ Consecuencia de la acción de la radioterapia sobre las células basales
- ✿ Lesiones reversibles que aparecen a los **8-15 días** del inicio del trat.
- ✿ Desaparecen a los **15-21 días** de acabar la radioterapia.
- ✿ Surgen con dosis superiores a los **10 GY**.
- ✿ Son muy dolorosas obligando a veces a la interrupción de los ciclos.

### DISGEUSIA Y GLOSODINIA:

- ✿ Secundaria tanto a la afectación de las papilas como receptores gustativos y a la desmielinización de la fibra nerviosa.
- ✿ Aparece los **15 días** del comienzo de la radioterapia, y precede a la mucositis.
- ✿ Existe pérdida total y/o parcial del gusto: en este último caso los sabores más afectados son amargo y ácido.

## XEROSTOMIA:

- ✿ Afectación de la saliva cualitativamente(cels. Acinares) y cuantitativamente(cels. Ductales).
- ✿ Surge a los 15 días de la primera dosis.
- ✿ El ph disminuye así como la capacidad buffer.
- ✿ Aumento hasta del 25% de gérmenes cariógenos(ST. Mutans) por la hiposialia.

## CARIES:

- ✿ Consecuencia directa de la afectación de las glándulas salivares.
- ✿ La topografía es típica:Afecta a la unión amelocementaria.
- ✿ Se localizan en vestibular, lingual y cúspides de molares.
- ✿ El avance cariógeno es más rápido en las zonas de cemento expuesto.
- ✿ Es rápidamente progresivo avanzando de 1,2 a 2,5 superficies dentales por mes.
- ✿ Aparece a partir de los tres meses del inicio del tratamiento.

## TRISMO:

- Aparece a los 3-6 meses.
- El proceso es: Lesión de fibras musculares  fibrosis musculatura masticatoria.

## OSTEORADIONECCROSIS:

- Area de hueso que ha sido sometido a irradiación y que permanece expuesto al exterior más de tres meses.
- Altera las paredes vasculares, produce disminución del aporte sanguíneo al hueso y como consecuencia, necrosis .
- Reparación ósea anormal por células de tejido conjuntivo y adiposo.
- Cursa con dolor, celulitis, a veces fistulas con supuración, olor fétido, hueso expuesto, hemorragias y fracturas patológicas.

<p><b>Examen estomatognático</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración clínica</li> <li>• Exploración radiográfica</li> <li>• Educación salud bucodental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración estomatognática general (véase protocolo de exploración estomatognática general), con especial atención a:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de mucosas y procesos alveolares:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de úlceras, lesiones exofíticas, y espículas óseas.</li> <li>Amplitud de apertura oral máxima.</li> </ul> </li> <li>- Existencia de caries o fracturas dentarias.</li> <li>- Existencia de abscesos.</li> <li>- Estado de conservación de las prótesis.</li> </ul> </li> <li>• Ortopantomografía y/o radiografías periciales si se consideran necesarias.</li> <li>• Buscar atentamente signos de:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infecciones periapicales.</li> <li>- Quistes.</li> <li>- Restos radiculares.</li> <li>- Terceros molares y otros dientes incluidos o parcialmente erupcionados.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Odontología preventiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación para la salud</li> <li>• Protección específica</li> <li>• Procedimientos básicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprendizaje y adiestramiento en las técnicas de higiene oral:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cepillado</li> <li>- Manejo de técnicas de higiene oral</li> </ul> </li> <li>• Confección de cubetas para fluoración con gel neutro de fluoruro sódico al 1%.</li> <li>• Enjuague con solución de clorhexidina al 0,12%.</li> <li>• Desaconsejar la utilización de prótesis removibles durante el tratamiento con radioterapia debido a la mala tolerancia de las mucosas.</li> <li>• Es aconsejable la profilaxis (tartrectomía).</li> <li>• Raspado y alisado radicular, si periodontalmente estuviera justificado.</li> </ul>
<p><b>Tratamientos específicos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminación de potenciales focos sépticos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periapicales o pararradiculares:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endodoncia (especialmente indicada en dientes de especial valor protético, siempre que la restauración posterior tenga un pronóstico razonable).</li> <li>• Exodoncia</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

<p><b>Tratamientos específicos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Periodontales:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento periodontal.</li> <li>• Exodoncia.</li> </ul> </li> <li>- Operatoria dental:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restauración de las caries.</li> <li>• Sustitución de las obturaciones en mal estado (véase protocolo de sustitución de obturaciones dentales).</li> </ul> </li> <li>• Cirugía preprotética (que sería muy arriesgada después de la radioterapia).             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminar las espículas óseas.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Exodoncias</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deberán realizarse de dos a tres semanas antes, al menos, de la radioterapia, salvo en situación de urgencia vital.</li> <li>• Se deben extraer todos los dientes con mal pronóstico, dudoso o cuestionable.</li> <li>• A modo orientativo, y no imperativo, suele estar indicada la extracción en:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restos radiculares.</li> <li>- Lesiones avanzadas de caries que afecten al tejido pulpar, y lesiones periapicales cuando la endodoncia o la restauración posterior a ésta tiene mal pronóstico.</li> <li>- Bolsas periodontales mayores de 6 mm.</li> <li>- Movilidad de grado II / III o afectación de la furca.</li> <li>- Dientes impactados o en erupción incompleta.</li> </ul> </li> <li>• Se ha de valorar la motivación del paciente para cumplir las medidas preventivas, sin cuyo cumplimiento se ensombrece el pronóstico de "supervivencia" dentaria.</li> </ul>

Problema	Especificaciones
Mucositis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características patocrónicas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aparece entre los 7 y los 14 días del inicio de la radioterapia.</li> <li>- Alcanza el grado máximo en la cuarta semana.</li> <li>- Se recupera a las dos semanas de finalizada la radiación.</li> </ul> </li> <li>• Medios para control del dolor:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soluciones anestésicas (lidocaína de forma tópica).</li> <li>- Enjuagues con bencidamina.</li> <li>- Enjuagues con sucralfato.</li> <li>- Enjuagues con corticoides tópicos si fueran necesarios.</li> </ul> </li> </ul>
Candidiasis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enjuagues con Nistatina, que puede ser deglutida.</li> <li>• Alternativamente, otros antifúngicos.</li> </ul>
Hiposialia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características patocrónicas: Después de la primera semana de tratamientos se presenta una disminución drástica del flujo salival.</li> <li>• Tratamiento:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sialogogos (pilocarpina): La pilocarpina parece ser la más eficaz a dosis de 5 mg tres veces al día.                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teniendo en cuenta las contraindicaciones: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).</li> <li>• Y los efectos secundarios: sudoración e hipermotilidad gastrointestinal.</li> </ul> </li> <li>- Caramelos o chicles sin azúcar, para aumentar la salivación.</li> <li>- Ingesta y enjuagues abundantes de agua.</li> <li>- Productos de higiene oral específicos para boca seca.</li> </ul> </li> </ul>
Trismus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicios suaves de masticación (es útil iniciarlos antes de la radioterapia para mejorar el pronóstico).</li> <li>• Fisioterapia.</li> </ul>

## Protocolo de cuidados odontológicos al paciente durante la radioterapia

Durante esta etapa las acciones se encaminan fundamentalmente a paliar los efectos de la radioterapia tales como mucositis, infecciones, hiposialia y trismus, así como a controlar el estado de la higiene oral y de la nutrición.

Se recomiendan controles una vez a la semana.

El paciente deberá continuar con las técnicas de higiene oral que se le enseñaron previamente y tanto el control del estado nutricional como el consejo dietético oportuno (dieta blanda, complementos proteicos, etc.).

Medidas	Contenidos
Secuelas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la radiación ha sido mayor de 60-70 Gy en las glándulas salivales la hiposialia será irreversible.</li> </ul>
Instrucciones de Higiene oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener un alto nivel de higiene oral con cepillo suave y productos específicos para boca seca.</li> <li>• Fluoruración tópica, a criterio del profesional según la calidad de la higiene oral y la evolución.</li> <li>• Es posible realizar profilaxis (tartrectomías) y raspados-alisados radiculares.</li> </ul>
Odontología conservadora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obturación inmediata de cualquier nueva caries.</li> <li>• Es posible realizar conductoterapia.</li> <li>• Evitar apicectomía, por el riesgo de osteorradionecrosis.</li> </ul>
Exodoncias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda retrasarlas hasta al menos 12 meses después de la radioterapia en la zona radiada, sabiendo que el riesgo de osteorradionecrosis se mantiene más tiempo.</li> <li>• Prescribir protección antibiótica de amplio espectro desde varios días antes de la extracción hasta dos semanas después (mayor riesgo en mandíbula que en maxilar).</li> <li>• Se puede considerar la oxigenoterapia hiperbárica previa y posterior.</li> </ul>

Medidas	Contenidos
Osteorradionecrosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando el proceso no sea autolimitado, eliminación del hueso necrótico (secuestrectomía). En casos de resecciones amplias, se valorará la reconstrucción mandibular con un colgajo microvascularizado.</li> </ul>
Hiposialia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilocarpina (5 mg tres veces al día) u otros sialogogos.</li> <li>- ¡Atención a las contraindicaciones:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)!</li> <li>• Efectos secundarios: Sudoración e hipermotilidad gastrointestinal</li> </ul> </li> <li>• Salivas artificiales a base de carboximetilcelulosa, mucina o enzimas.</li> </ul>
Prostodoncia (prótesis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperar tres meses desde el fin de la radioterapia para volver a usar sus prótesis</li> <li>• En caso de exodoncias previas a la radioterapia, el tiempo de espera para el uso de prótesis removibles debería ampliarse a seis meses.</li> </ul>
Implantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aunque el riesgo de fracaso en la osteointegración es algo mayor que en pacientes no irradiados, la radioterapia previa no es necesariamente una contraindicación para la colocación de implantes mandibulares: el riesgo de osteorradionecrosis sigue siendo mínimo, siempre que se evite o minimice el despegamiento perióstico de la cortical interna, que es la principal fuente de vascularización de la mandíbula.</li> <li>• Se recomienda demorar dos años la colocación de implantes mandibulares, por el riesgo de enmascaramiento de recidivas del tumor, que predominantemente acontece en ese periodo. Sabiendo que el riesgo se mantiene más tiempo.</li> <li>• La oxigenación hiperbárica puede ser útil.</li> </ul>

# QUIMIOTERAPIA Y ODONTOLOGÍA

- ▶ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ENCAMINADO A REDUCIR LA CAPACIDAD MITÓTICA DE LA CÉLULA CANCEROSA...
  - ▶ PERO SON POCO SELECTIVOS: EFECTOS INDESEABLES
- ▶ CLASIFICACIÓN.
  - ▶ DE ACCIÓN DIRECTA
    - ▶ ACTÚAN SOBRE CÉLULAS DE LA MEMBRANA BASAL: FALTA DE REGENERACIÓN DE CAPAS SUPERFICIALES
      - ▶ MUCOSITIS POR TOXICIDAD DIRECTA SOBRE EL EPITELIO ORAL
        - ▶ ULCERACIONES
      - ▶ AFECTACIÓN DE GLÁNDULAS SALIVALES
        - ▶ HIPOSIALIA (REVERSIBLE)
  - ▶ DE ACCIÓN INDIRECTA
    - ▶ MIELOSUPRESIÓN (Afectación de células madres hematopoyéticas)
      - ▶ PREDISPOSICIÓN A INFECCIONES OPORTUNISTAS
      - ▶ DIÁTESIS HEMORRÁGICA

## **TABLA 2.- MEDIDAS PREVENTIVAS DURANTE LA QUIMIOTERAPIA Y LA RADIOTERAPIA**

- Control mecánico de la placa (con cepillo y seda dental hasta que el recuento hemático sea adecuado).
- Control mecánico de la placa (limpieza con gasas y esponjas, enjuagues cuando el recuento hemático sea bajo).
- Control químico del ambiente oral (pasta de bicarbonato sódico y enjuagues con soluciones de bicarbonato y agua).
- Lubricación de los labios y de las mucosas (petrolato blanco, manteca de cacao).
- Prevención de la caries causada por la radioterapia (uso tópico de gel al flúor y a la clorhexidina).
- Profilaxis antiviral (Aciclovir).
- Profilaxis antifúngica (fluconazol y clorhexidina).

# QUIMIOTERAPIA Y ODONTOLOGÍA

## ▶ ANTES DE QT:

- ▶ Higiene y prevención meticulosos (control de caries, gingivitis y periodontitis, ajuste de prótesis)
- ▶ Exodoncia de dientes de pronóstico malo o dudoso

## ▶ DURANTE QT:

- ▶ Higiene y prevención meticulosos, evitando irritantes físico-químicos
- ▶ Profilaxis antiviral: aciclovir, valaciclovir
- ▶ Profilaxis antifúngica: nistatina, fluconazol
- ▶ Sólo tratamiento dental de urgencia según déficit sanguíneo:
  - ▶ Neutrófilos:
    - ▶  $>2.000/\text{mm}^3$ : No profilaxis antibiótica
    - ▶  $1.000-2.000/\text{mm}^3$ : Profilaxis antibiótica
    - ▶  $<1.000/\text{mm}^3$ : amikacina 15 mg/Kg/día 1 hora antes + ticarcilina 75 mg/Kg media hora antes; ambas se repiten 6 h después
  - ▶ Plaquetas:
    - ▶  $>60.000/\text{mm}^3$ : Sin medidas de apoyo particulares
    - ▶  $30.000-60.000/\text{mm}^3$ : Transfusión preoperatoria sólo si cirugía, y 24 h. después (según clínica)
    - ▶  $<30.000/\text{mm}^3$ : Transfusión 1 hora antes ante cualquier procedimiento, y transfusiones posteriores según evolución

# QUIMIOTERAPIA Y ODONTOLOGÍA

## ▶ DESPUÉS DE QT:

- ▶ Higiene y prevención meticulosos
- ▶ Refuerzo de motivación del paciente implicando al oncólogo
- ▶ Planes de tratamiento individualizados, evaluando
  - ▶ Estado de salud
  - ▶ Necesidades de profilaxis
  - ▶ Interés de recambiar prótesis removibles al año post-QT
  - ▶ Implantes: Sin datos sobre supervivencia

## ▶ PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE QT:

- ▶ MUCOSITIS ( a los 7-14 días, con eritema, ulceración, dolor y tendencia a septicemia)
  - ▶ Prevención: chips helados de benzidamina, ácido fólico, N-acetil cisteína, aloe vera
  - ▶ Tratamiento: opioides, dieta líquida, spray o enjuague de lidocaína, corticoides en pasta orabase con gentamicina, crioterapia
- ▶ INFECCIONES:
  - ▶ Micosis (candida): miconazol, nistatina, fluconazol
  - ▶ Herpéticas (simple o zóster): aciclovir, famciclovir
  - ▶ Bacterianas (gramnegativos anaerobios): gentamicina o carbenicilina IV
- ▶ SANGRADO (trombocitopenia)
  - ▶ Lubricación de labios y mucosas
- ▶ HIPOXIALIA/XEROSTOMÍA/DISGEUSIA (más reversible y leve que en radioterapia)
  - ▶ Doxorubicina
- ▶ ALTERACIONES DENTARIAS Y ERUPTIVAS (en niños)

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/boca-garganta/complicaciones-orales-pro-pdq>



# PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS

INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS

INMUNODEFICIENCIAS SECUNDARIAS

# INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS

- ▶ CONGÉNITAS:

- ▶ DEFECTO DE INMUNIDAD HUMORAL
- ▶ DEFECTO DE INMUNIDAD CELULAR
- ▶ MIXTAS

- ▶ CLÍNICA ODONTOLÓGICA:

- ▶ INFECCIÓN REFRACTARIA AL TRATAMIENTO
  - ▶ DÉFICIT DE LINFOCITOS T:
    - ▶ CANDIDIASIS REFRACTARIA
    - ▶ HERPES ORAL RECURRENTE
  - ▶ DÉFICIT LINFOCITOS B:
    - ▶ INFECCIONES POR ESTREPTOCOCOS, ESTAFILOCOCOS O NEUMOCOCOS

# INMUNODEFICIENCIAS SECUNDARIAS

- ▶ SECUNDARIAS A INFECCIONES (O TRATAMIENTOS) SUBYACENTES:
  - ▶ SIDA
  - ▶ QUIMIOTERAPIA