

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume 60

Número
Number 4

Julio-Agosto
July-August 2003

Artículo:

Series en medicina bucal

III. Manejo del paciente radiado en
odontología

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com



Series en medicina bucal

III. Manejo del paciente radiado en odontología

José L Castellanos*
Laura Díaz Guzmán**
Oscar Gay Zárate***

* Práctica Privada Exclusiva en Medicina Bucal y Periodoncia.

** Jefe del Departamento de Diagnóstico y Medicina Bucal, Universidad de La Salle Bajío.

*** Coordinador de Clínicas Periféricas, Universidad de La Salle Bajío. León Gto. México.

Consideraciones generales

En la actualidad cuando un proceso neoplásico se establece, las posibilidades terapéuticas se traducen a cirugía para extirpación parcial o total del tumor, radioterapia, quimioterapia, injertos de médula ósea o sus combinaciones. La decisión terapéutica dependerá de factores tumorales diversos como son:

- **Tamaño (T).** A mayor tamaño más conveniente es el uso de terapias combinadas, aumentando la posibilidad de invasión local y disminuyendo la certeza de remoción total del tumor (márgenes inadecuados).
- **Ganglios o nódulos linfáticos (N).** Su presencia afecta el pronóstico y obliga generalmente al uso de terapia combinada.
- **Metástasis (M).** Su presentación afecta el pronóstico y obliga generalmente al uso de terapia combinada, incluyendo quimioterapia profiláctica por periodos prolongados.
- **Localización.** Influye en la accesibilidad quirúrgica o de la fuente radioactiva. El conglomerado de elementos muy próximos como lengua, cuerdas vocales o epiglotis pueden hacer preferir la radioterapia sobre la cirugía.
- **Diferenciación.** Entre menos diferenciado un tumor se maneja más agresivamente.

Los tumores de cabeza y cuello son más fáciles de descubrir que los de otras partes del organismo, por lo que

su manejo está básicamente representado la cirugía y la radioterapia. El tratamiento de los tumores pequeños (T_1 y T_2) puede ser intentado con sólo cirugía o sólo con radiación. Cuando el cuadro clínico es más avanzado (T_3 o T_4 con N_+ o M_+), la combinación quirúrgica y radioactiva deberá ser empleada.

Implicaciones y manejo odontológico

Las células neoplásicas presentan un alto índice de duplicación, lo que las convierte en más sensibles a la radiación, sin embargo el procedimiento no es específico y las células normales de varios tejidos y órganos vecinos a la fuente principal pueden verse afectadas en grado variable. Los principales daños celulares y repercusiones funcionales en la cavidad bucal son:

- Daño tisular: Mucositis intraoral y nasal. Dermatitis en cara y cuello.
- Daño a glándulas salivales mayores: Disminución o cesantía de la secreción salival: Hiposecreción, xerostomía, caries.
- Rigidez muscular: Trismo, inexpressión facial.
- Disgeusia: Daño o alteración sensitiva en papilas gustativas.
- Daño óseo: Disminución de la vitalidad de los maxilares.

Para el manejo de tumores en la zona de cabeza y cuello se aplican dosis equivalentes de 50 a 100 unidades Gray (**Gy**), fraccionadas en varias sesiones donde se apli-

can de 100 a 1000 centigrays (**cGy**). Otra forma de expresar la carga radioactiva total o acumulada es en unidades **rad**: 1 rad = 1cGy.

Cuando se planeé irradiar zonas de cabeza y cuello debe incluirse una valoración bucal completa, para la identificación y control inmediato de focos infecciosos o de potenciales condiciones que puedan complicarse o con mal pronóstico. Esta decisión debe ser tomada lo más temprano posible en el proceso, ya que si fuese necesario realizar acciones como son extracciones dentales o cirugía a colgajo, debe esperarse un tiempo prudente para que se complete el cierre de la herida, proceso que puede tomar de 2 a 3 semanas. Está contraindicado iniciar terapia radioactiva con heridas en reparación y exposiciones óseas. El contexto oncológico, determina decisiones radicales y expeditas, muy distintas a las que serían tomadas en la práctica cotidiana. En la bibliografía referida existen protocolos establecidos de manejo y tablas de tomas de decisiones sobre alteraciones dentales, endodónticas y periodontales.

Etapas pre-radioactiva. La estrategia primaria consiste en estabilizar las condiciones dento-periodontales y el establecimiento de una educación preventiva. Debe realizarse una valoración clínica completa con historia clínica médico-dental, un examen bucal completo para caries y periodontopatías y una valoración radiológica que incluya una radiografía panorámica y cuatro radiografías interproximales (preferentemente una radiografía panorámica y serie periapical completa con vistas interproximales).

Etapas de irradiación. Los cambios bucales aparecerán conforme la dosis se vaya acumulando. Debiéndose proceder en consecuencia, aliviando o eliminando las complicaciones. La bibliografía requerida presenta esquemas específicos para ir enfrentando y manejando los cambios observables en mucosas, dientes, secreción salival, función muscular y gusto.

Etapas post-radioactiva. Algunas alteraciones permanecerán temporalmente, otras serán permanentes y el cirujano dentista debe estar integrado al equipo de trabajo para poder manejar o compensar dichas secuelas por manejo radioactivo.

- La disgeusia no mejorará antes de un año, la recuperación puede ser sólo parcial.
- La hiposalivación y la xerostomía consecuentemente empeorarán.
- El grado de trismo (que se produce por fibrosis muscular), dependerá del volumen de masa muscular dañado. A pesar de no ser un cambio temprano, deben implementarse ejercicios fisioterapéuticos tempranamente.
- Los cambios en el hueso son por alteración de las células óseas y del tejido vascular. Los daños son irreversibles, lo que deja expuesto al paciente a infeccio-

nes y necrosis, lo que puede llevar a estados prolongados o permanentes de incomodidad y fracturas. Estadísticamente las complicaciones óseas son mayores en áreas radiadas en las cuales los dientes se hubieran extraído post-radiación, que cuando éstos fueron eliminados en la etapa pre-radiación.

Niveles de citosensibilidad radioactiva de los tejidos y órganos bucales. Dosis acumulada

Cambio observado	Dosis acumulada	Unidades Gray (Rad)
• Alteración del sentido del gusto	0.5	(500)
• Mucositis	10	(1000)
• Ageusia total	30	(3000)
• Hiposalivación	40	(4000)
• Osteorradionecrosis	70	(7000)

Recomendaciones generales

En la etapa pre-radiación se recomienda nivelar la condición buco-dental de los pacientes, eliminando focos infecciosos o inflamatorios agudos o crónicos que pudieran activarse posteriormente, deben establecerse además, toda clase de medidas preventivas y educativas.

En la etapa radioactiva propia, la participación del estomatólogo se debe caracterizar por el manejo de las manifestaciones secundarias agudas a la terapia radioactiva y continuándose las medidas de prevención e higiene.

La etapa post-radiación se identificará por el manejo de cambios secundarios de tardíos temporales o perennes como el trismo, hiposalivación y necrosis ósea. Quedando el paciente vinculado a la oficina dental de manera permanente en un programa de mantenimiento dental y periodontal periódico. La prevención de infecciones dentales, endodónticas o periodontales serán fundamentales para evitar necrosis infecciosas que se convierten en crónicas y recurrentes, de manejo incierto.

Bibliografía

- Castellanos JL, Díaz GL, Gay ZO. *Medicina en Odontología*. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas 2ª Ed. México: El Manual Moderno, 2002: 275-283.

Reimpresos:

José L. Castellanos
Blvd. Campestre 506-301
Jardines del Moral 37160 León, Gto.
castellanosjose@hotmail.com
Este documento puede ser visto en:
www.medigraphic.com/adm