

## Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen  
Volume 60

Número  
Number 5

Septiembre-Octubre  
September-October 2003




*Artículo:*

Series en medicina bucal




IV. Manejo odontológico del paciente  
que recibe quimioterapia

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

# IV. Manejo odontológico del paciente que recibe quimioterapia

Laura María Díaz Guzmán,<sup>\*1</sup>  
José Luis Castellanos Suárez,<sup>\*\*</sup>  
Óscar Gay Zárate<sup>\*\*\*1</sup>

\* Jefa del Departamento de Diagnóstico y Medicina Bucal.

\*\* Práctica privada exclusiva en Medicina Oral y Periodoncia.

\*\*\* Coordinador de Clínicas Periféricas.

<sup>1</sup> Universidad de la Salle Bajío.

En este artículo se hará una revisión de los elementos que deben tomarse en cuenta para el manejo en el consultorio dental de los pacientes que por sufrir cáncer están recibiendo o recibieron quimioterapia.

El incremento en el promedio de vida de las personas y las mejoras en los procedimientos terapéuticos propician el hecho de que cada vez sea más común enfrentar pacientes en la consulta dental que buscan tratamiento bucal previo a la terapia anticancerosa, durante la misma o posterior a ella. El manejo médico de los pacientes con neoplasias incluye procedimientos quirúrgicos, radiaciones y medicamentos; la selección de la mejor opción para cada paciente suele depender del tipo de tumor maligno que se enfrente, de la diferenciación y tasa de crecimiento que tenga la neoplasia, de la susceptibilidad a ser eliminada quirúrgicamente, etc. Aquellos tumores que tienen un gran porcentaje de reproducción serán más susceptibles al manejo con quimioterapia, que las neoplasias malignas con una tasa de crecimiento baja.

Los medicamentos empleados en los protocolos de quimioterapia actúan impidiendo la entrada de las células al ciclo de reproducción, por lo que la administración de las drogas debe durar lo suficiente como para llevar a las células malignas a una tasa cero de crecimiento. Entre los medicamentos empleados se encuentran drogas citotóxicas y antimetabolitos, agentes alquilantes, alcaloides vegetales y hormonas. Los más utilizados son la vincristina, citarabina, metotrexato, hidroxiurea, 6-mercaptopurina, daunorubicina, dactinomicina, doxorubicina, Ara-C, inmunomoduladores

como el interferón  $\alpha$  (IFN- $\alpha$ ), la ciclofosfamida o el busulfán, y hormonas como la prednisona. La quimioterapia brinda mejores resultados en enfermos con leucemias, linfomas, coriocarcinoma, mieloma múltiple, carcinoma de mama y de próstata.

Obtener los beneficios de la quimioterapia antineoplásica tiene un alto costo para el paciente, que no sólo es económico, sino que incluye una serie de reacciones secundarias indeseables que se observan en los órganos y tejidos con una alta tasa de recambio fisiológico, como son la piel, mucosas y epitelio glandular, así como médula ósea etc., ya que estas drogas no discriminan entre células sanas y malignas. Las principales reacciones adversas observadas son:

- Anemia, leucopenia y trombocitopenia.
- Trastornos gastrointestinales. Manifestados como náusea, vómito, diarrea y dificultad para comer. La disfagia puede generar estados de malnutrición.
- Reacciones cutáneas. Desde leves erupciones maculopapulares, hasta dermatitis exfoliativa o síndrome de Stevens-Johnson, o alopecia que suele ser reversible al discontinuar la terapia medicamentosa.
- Hepatotoxicidad observada más frecuentemente por el uso de metotrexate.
- Efectos neurotóxicos. Neuropatía periférica, secreción de hormona antidiurética. Convulsiones.
- Trastornos renales derivados de hiperuricemia.
- Inmunosupresión. Las infecciones que pudieran presentarse en los enfermos generalmente son produci-

das por enterobacterias, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, enterococos, y *Candida albicans*. *C. albicans* suele ser el microorganismo causal más importante de infecciones micóticas, que pueden generar la muerte en el paciente.

- Lesiones de la mucosa bucal.

## Manejo dental

No es infrecuente recibir en la consulta dental a pacientes que estando sometidos a un protocolo de quimioterapia por sufrir cáncer, acudan buscando tratamiento y cuidados bucales. En el diseño del plan de tratamiento deben considerarse algunos factores, como son:

- *Riesgos para el paciente.*
  - Infecciones,
  - Hemorragia y
  - Problemas en la reparación de los tejidos.
- *Momento en que acude el paciente solicitando tratamiento.*
  - Va a ser sometido a un protocolo de quimioterapia.
  - Recibe quimioterapia en el momento de la consulta dental.
  - Está entre dos etapas de administración (descanso).
  - Está en etapa de remisión y fue dado de alta por su médico.
- *Procedimientos bucales que se van a llevar a cabo.*
  - Procedimientos quirúrgicos y aquellos que impliquen sangrado.
  - Procedimientos no quirúrgicos.
  - Manejo de urgencia.
  - Manejo rutinario o electivo.
  - Manejo de complicaciones bucales por el uso de drogas anticancerosas

Si el paciente va a ser sometido a un protocolo de quimioterapia antineoplásica debiera ser preparado para minimizar el daño que los fármacos pudieran producir. Un adecuado control de placa dentobacteriana, la eliminación de cálculos, lesiones cariosas, problemas gingivales y periodontales, restauraciones defectuosas, focos sépticos o bordes filosos de los dientes o restauraciones que debieran erradicarse. Todas las prótesis removibles parciales o totales deben evaluarse en cuanto a su funcionamiento para evitar el daño en los tejidos blandos. Prótesis inadecuadas deben eliminarse. Es importante reforzar en el paciente las instrucciones de limpieza de sus aparatos protésicos. No se recomienda hacer dentaduras inmediatas para minimizar los riesgos de infección de las heridas. Debe establecerse un programa de citas de mantenimiento periódico, cada 4 ó 6 meses, para ayudar a prevenir las complicaciones condicionadas por la terapia antineoplásica.

Para dar un tratamiento bucal de calidad en los pacientes que están ya bajo quimioterapia, **el tratamiento dental electivo debe posponerse** hasta que el paciente entre en etapa de remisión de la neoplasia, o bien cuando los fármacos hayan sido suspendidos. Llevar a cabo procedimientos bucales invasivos en estas condiciones pone al paciente en un riesgo muy alto de que se presenten infecciones serias. Debe motivarse al personal médico para que remitan protocolariamente a los pacientes en receso a la consulta dental, para sanear los focos infecciosos presentes o potenciales, ya que todas las lesiones cariosas, pulpares y periodontales deben ser controladas.

Es preferible conservar los dientes mediante terapia de conductos que asegure el éxito del tratamiento, y de existir la posibilidad de un resultado endodóntico dudoso debiera hacerse la extracción del diente. Los resultados modestos deben ser evaluados muy de cerca, ya que si no hay evidencia inmediata de curación o alguna complicación apareciera, debe realizarse una extracción o cirugía apical. Los procedimientos quirúrgicos periodontales sofisticados, así como tratamientos rehabilitadores extensos o estéticos deben posponerse hasta que el paciente entre en etapa de remisión o sea dado de alta por el oncólogo, ya que es deseable contar con mejores condiciones de salud para llevarlos a cabo. La implementación de este tipo de terapia pudiera depender del pronóstico de vida del paciente.

**Los pacientes curados no tienen restricciones en su manejo dental.** Ante situaciones de emergencia, como pudieran ser infecciones bucales o pulpitis, o cuando recientemente ha sido discontinuada la administración de las drogas antineoplásicas es primordial que el dentista conozca cuál es el estatus hematológico de su paciente, por lo que debe solicitarse una biometría hemática que le permita tomar decisiones. Para ello deben tenerse en cuenta los siguientes parámetros.

- a) Si las cuentas de granulocitos son superiores a 2,000/mm<sup>3</sup> de sangre, el paciente puede ser tratado; con cifras menores a 1,000/mm<sup>3</sup> obligan a la administración de profilaxia antibiótica. Dentro de los esquemas farmacológicos recomendados está el emplear ticarcilina (timentín 75 mg/kg de peso) combinada con gentamicina (1.5 mg/kg de peso) por vía endovenosa. Repetirse la dosis cada seis horas hasta que se considere conveniente.
- b) Cuentas de plaquetas superiores a 70,000/mm<sup>3</sup> permiten un manejo y un control de la hemostasia seguros; con cifras menores el riesgo de sangrado incontrolable es muy alto. Si realizar extracciones o procedimientos quirúrgicos es prioritario, teniendo una cuenta de plaquetas menor a las consideradas como seguras, el dentista debe solicitar del hematólogo una

transfusión plaquetaria que lleve al paciente a cifras que aseguren la hemostasia.

- c) Diez gramos de hemoglobina aseguran un proceso de reparación sin complicaciones, menos de dicha cantidad la oxigenación de los tejidos será deficiente. Podrían presentarse también manifestaciones de síndrome anémico, con taquicardia y disnea que contraindican el tratamiento. El hematólogo en estos casos debe ser consultado para informarle de los procedimientos bucales a realizar y solicitarle una transfusión de paquetes globulares que normalicen las cifras de eritrocitos y la cantidad de hemoglobina en sangre.

El dentista debe asegurarse que el paciente realice una remoción adecuada de la placa dentobacteriana. Para ello se recomienda que emplee un cepillo de cerdas suaves que reduzca las posibilidades de erosión del epitelio. El hecho de que se presente hemorragia al cepillado no debe motivar la suspensión del mismo, por el contrario, debe explicarse al paciente que la falta de remoción de las bacterias del surco gingival incrementa el riesgo de infección. El uso de enjuagues antisépticos preventivos con clorhexidina, Listerine o agentes antimicóticos como miconazol o nistatina, contribuye a la prevención de mucositis y evita la diseminación sistémica de microorganismos. La clorhexidina tiene actividad antibacteriana Gram positiva y Gram negativa, y antifúngica, que parece reducir las cuentas de estreptococos y hongos, e impide la adhesión al epitelio de estos últimos. Listerine tiene una acción similar y parece reducir el riesgo de candidiasis bucal en los pacientes inmunocomprometidos.

## Manifestaciones bucales

Lesiones en la cavidad bucal suelen ser complicaciones frecuentes en los pacientes sometidos a quimioterapia, e incluyen sensibilidad dentaria y gingival, dolor, ulceración, hemorragia gingival, hiposalivación, parestesia y disgeusia. La frecuencia de su aparición ha sido reportada desde un 27 a un 100% de los casos, y al parecer la incidencia de complicaciones bucales va a depender tanto del tipo de cáncer que se esté tratando, como de la integridad de los tejidos. Los sitios más frecuentemente involucrados son aquellos que no están queratinizados, como, mucosa labial, carrillos, lengua, paladar blando y faringe. Cuando se emplean dos o más medicamentos combinados son peores los efectos tóxicos sobre las mucosas, y más lo son aun cuando el paciente además recibe radiaciones. El dolor causado por la mucositis bucal y la disfagia pueden provocar malnutrición. En ocasiones la severidad de los síntomas hace que el paciente abandone el tratamiento.

La toxicidad medicamentosa actúa directamente sobre la células basales, inhibiendo su replicación y provocando

atrofia de la mucosa, que suele presentarse en 10 días aproximadamente. El epitelio adelgazado es fácilmente lesionado por los irritantes locales y aún por el proceso de masticación; la quimioterapia induce también hiposalivación y cambios en la composición salival, que incrementa la actividad de las proteasas, enzimas que propician el desarrollo de las úlceras típicas que se asocian con el uso de quimioterapia. La degradación de la mucosa favorece además la colonización secundaria de bacterias, hongos y la reactivación de virus como el *Herpes simple*.

En el desarrollo de candidiasis bucal, que es la infección más comúnmente observada en este tipo de pacientes (70%), influye también el empleo de corticosteroides tópicos y sistémicos. Se va a caracterizar por la presencia de lesiones blancas pseudomembranosas (candidiasis pseudomembranosa aguda), de aspecto cremoso que al frotarlas dejan un lecho sangrante. También pueden tener un aspecto eritematoso (candidiasis eritematosa aguda). Las infecciones por *C. albicans* suelen presentarse en el dorso, bordes y vientre de la lengua, comisuras y mucosa labial, palatina y bucal.

Las infecciones virales también son muy comunes, destacando de ellas las lesiones herpéticas labiales recurrentes, que en los pacientes inmunocomprometidos tardan en curar hasta 4 semanas o más. Los problemas micóticos o virales en los pacientes sometidos a quimioterapia pueden seguir un curso distinto, por la inmunosupresión que se genera, lo que pudiera dificultar el diagnóstico.

Las Petequias, lesiones purpúricas y equimosis son frecuentes. Se producen por la trombocitopenia observada, por coagulación intravascular diseminada, hipofibrinogenemia o deficiencia de vitamina K y tanto la lengua como los labios o el paladar blando son los sitios más afectados.

## Manejo de las lesiones y alteraciones bucales

De presentarse infecciones micóticas durante la administración de quimioterapia pueden emplearse nistatina (miconostatin óvulos o en solución 1 a 3/día por dos semanas) o derivados del imidazol, como clotrimazol (canesten 100 mg, óvulos 1/día por 2 semanas), ketoconazol (fungizone 200 mg, nizoral, comprimidos vía oral, 1/día por dos semanas), fluconazol (diflucan 50 a 100 mg tabletas, en dosis de 50 a 100 mg diarios por dos semanas), miconazol (daktarin 2 g gel oral ½ medida, 4 veces al día por dos semanas). Las tabletas y óvulos vaginales deben ser disueltos lentamente en la boca del paciente. En los casos severos debe emplearse anfotericina B (amfostat IV de uso hospitalario) o fluconazol (diflucan 100 mg, en tabletas a dosis de 100 mg diarios por dos semanas).

Las lesiones de etiología viral deben tratarse con aciclovir de 200 a 400 mg por día durante el tiempo necesario hasta su curación.

La hiposalivación y xerostomía observadas pueden reducirse con el uso de enjuagues bucales cada dos horas con una solución acuosa de carboximetilcelulosa sódica al 0.5 por ciento.

Para aliviar la sintomatología producida por las úlceras bucales pueden utilizarse medicamentos paliativos del dolor tales como anestésicos tópicos (lidocaína al 2%), kanka, hidróxido de aluminio o enjuagues con jarabe de difenhidramina. Podría ser necesaria la administración de analgésicos.

Enjuagues de clorhexidina son de gran utilidad para evitar la infección agregada bacteriana o micótica sobre las superficies expuestas al medio bucal. También pueden utilizarse enjuagues alternados de suspensión de nistatina, solución salina alcalina y solución de iodopovidona al 0.5 por ciento.

Para hemorragias gingivales que no puedan controlarse con medidas locales de hemostasia, pudiera requerirse consultar con el médico para ver la posibilidad de discontinuar la quimioterapia o bien hacer una transfusión de plaquetas.

## Bibliografía

- Castellanos JL, Díaz L y Gay O. *Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas*. 2ª Ed México. El Manual Moderno 2002.

Reimpresos:

Laura María Díaz Guzmán

Madero 204-10B

León, Gto. C.P 37000

Tel/fax. 014777-14-49-17.

Correo electrónico: diazlaura@hotmail.com

Este documento puede ser visto en:

[www.medigraphic.com/adm](http://www.medigraphic.com/adm)