

Ponssa, Candela

Manifestaciones bucales de tratamientos oncológicos y del rol del odontólogo

**Trabajo final para obtención del título
de grado de Odontología**

Directora: Masó, Sabrina Elena

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)

TRABAJO INTEGRADOR



MANIFESTACIONES BUCALES DE TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS Y EL ROL DEL ODONTÓLOGO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD CARRERA DE
ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA
CÓRDOBA, 2025.

AUTORA

CANDELA PONSSA

TUTORA

ODONTÓLOGA SABRINA ELENA MASÓ

PROFESORA TITULAR

PROFESORA DRA CLAUDIA ESTELA BONNIN

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Objetivos Generales	6
Objetivos Específicos	6
Metodología	7
Desarrollo	8
Conclusión	17
Bibliografía.....	18
Anexo I	20
Anexo II	21

RESUMEN

En este trabajo se profundizará acerca del impacto del tratamiento oncológico sobre la cavidad bucal y el rol del odontólogo en la prevención de lesiones graves.

La mucosa oral es el tejido blando que recubre la boca y protege los dientes, incluyendo encías, mejillas, labios, paladar y lengua. Las lesiones de la mucosa oral son alteraciones que afectan estas zonas y pueden manifestarse como manchas, llagas o úlceras dolorosas, e incluso transformarse en lesiones malignas.

Los tratamientos oncológicos, como la quimioterapia y la radioterapia, generan efectos adversos en la cavidad bucal. Entre las complicaciones más comunes se encuentran la mucositis, la xerostomía, las infecciones oportunistas, las alteraciones del gusto, la caries por radiación y los trastornos en la cicatrización.

Estas condiciones no solo perjudican la salud oral, sino que también afectan la alimentación, la comunicación y la calidad de vida del paciente.

En este contexto, el odontólogo cumple un rol esencial dentro del equipo interdisciplinario, participando en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las manifestaciones orales antes, durante y después de la terapia oncológica. Su intervención adecuada permite reducir los efectos secundarios y mejorar el bienestar integral del paciente.

Palabras clave: tratamiento oncológico, cavidad bucal, lesiones orales, quimioterapia, salud oral, calidad de vida.

ABSTRACT

This article will delve into the impact of cancer treatment on the oral cavity and the dentist's role in preventing serious lesions.

The oral mucosa is the soft tissue that lines the mouth and protects the teeth, including the gums, cheeks, lips, palate, and tongue. Oral mucosal lesions are changes that affect these areas and can manifest as painful spots, sores, or ulcers, and even transform into malignant lesions.

Cancer treatments, such as chemotherapy and radiation therapy, have adverse effects on the oral cavity. The most common complications include mucositis, xerostomia, opportunistic infections, taste disturbances, radiation caries, and wound healing disorders.

These conditions not only impair oral health but also affect the patient's nutrition, communication, and quality of life.

In this context, the dentist plays an essential role within the interdisciplinary team, participating in the prevention, diagnosis, and treatment of oral manifestations before, during, and after cancer therapy. Appropriate intervention helps reduce side effects and improve the patient's overall well-being.

Keywords: cancer treatment, oral cavity, oral lesions, chemotherapy, oral health, quality of life.

INTRODUCCIÓN

Los tratamientos oncológicos, provocan efectos secundarios que afectan la cavidad bucal y modifican la capacidad de alimentación de los pacientes, generando un círculo vicioso entre la nutrición deficiente y el deterioro oral.

Los agentes quimioterápicos y la radiación ionizante provocan daño directo sobre las células epiteliales y las glándulas salivales, generando mucositis, xerostomía, alteraciones del gusto e incremento del riesgo infeccioso.

La radiación en la cabeza y el cuello y la quimioterapia pueden causar problemas en la boca que van desde la sequedad bucal hasta infecciones potencialmente mortales.

Por ejemplo, las llagas en la boca pueden ocurrir porque la quimioterapia y la radiación destruyen las células de crecimiento rápido, como las células cancerosas. Pero estos tratamientos también destruyen las células sanas que crecen rápidamente, como las células que recubren la boca.

Además, la radiación en la cabeza y el cuello puede dañar las glándulas que producen la saliva, llamadas glándulas salivales, lo que reduce en gran medida la cantidad de saliva que producen. Sin una cantidad suficiente de saliva, se pueden presentar caries y otras infecciones.

El control odontológico antes, durante y después del tratamiento oncológico es clave para reducir complicaciones. El profesional tiene un papel clave en la detección temprana, prevención y tratamiento de las afecciones orales en pacientes que reciben quimioterapia o radioterapia. Debe evaluar la cavidad bucal antes, durante y después del tratamiento oncológico, educar al paciente en higiene oral, recomendar colutorios o agentes protectores basados en evidencia.

Mediante controles regulares, educación sobre higiene bucal y medidas preventivas adecuadas, se logra minimizar los efectos secundarios y favorecer la adherencia del paciente al tratamiento médico, contribuyendo así a mantener su salud oral y su calidad de vida.

OBJETIVOS GENERALES

Analizar los efectos de los tratamientos oncológicos sobre la cavidad bucal y su repercusión en la salud oral y nutricional de los pacientes, destacando la importancia del abordaje odontológico en la prevención y manejo de las complicaciones derivadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las principales lesiones y alteraciones orales producidas por la quimioterapia y la radioterapia, como mucositis, xerostomía, infecciones y cambios en el gusto.
- Describir los mecanismos por los cuales los agentes oncológicos afectan los tejidos bucales y las glándulas salivales.
- Examinar las consecuencias de la disminución de la saliva y del daño epitelial en la aparición de caries e infecciones orales.
- Relacionar los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos con las dificultades nutricionales y de alimentación en los pacientes.
- Destacar el rol del odontólogo en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones orales en pacientes sometidos a terapias oncológicas.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se realizó bajo la modalidad de revisión bibliográfica narrativa, orientada a compilar, analizar y sintetizar la evidencia disponible sobre las manifestaciones bucales asociadas a los tratamientos oncológicos y el rol del odontólogo en su abordaje integral.

Se consultaron bases de datos científicas como PubMed, SciELO y Google Scholar, así como sitios institucionales reconocidos, entre ellos el National Cancer Institute (NCI), Mayo Clinic, American Cancer Society y organismos dedicados a la salud oral y oncología. Además, se revisaron artículos publicados en revistas científicas como Gaceta Mexicana de Oncología, Enfermería Global y Anales del Sistema Sanitario de Navarra. También se utilizaron recursos complementarios provenientes de sitios profesionales de odontología y páginas de centros de salud que brindan información basada en evidencia.

Para esta revisión se usaron palabras clave relacionadas con el tema, como mucositis oral, xerostomía, candidiasis bucal, caries por radiación, disfagia, alteraciones del gusto, manifestaciones orales, quimioterapia, radioterapia y rol del odontólogo. La elección del material se realizó priorizando información actualizada, páginas oficiales, artículos científicos revisados por pares y fuentes confiables del área de la salud.

Luego, toda la información encontrada fue leída, comparada y organizada según los temas principales. De esta manera, fue posible reunir y ordenar los datos más importantes sobre las manifestaciones orales, sus causas y el papel del odontólogo en el tratamiento de los pacientes que reciben terapias oncológicas. Este proceso permitió elaborar un trabajo claro y basado en información válida y pertinente.

DESARROLLO

Durante los tratamientos oncológicos, es habitual observar alteraciones en la cavidad bucal que repercuten directamente en la salud y en la calidad de vida de los pacientes.

Las complicaciones orales durante la quimioterapia son habituales. Los odontólogos desempeñan un papel importante en el equipo de tratamiento del cáncer, ya que evalúan a los pacientes antes de la quimioterapia con el objetivo de optimizar su estado de salud oral, minimizar las complicaciones y proporcionarles información para que mantengan una higiene oral óptima.

La higiene oral sistemática de rutina es importante para reducir la incidencia y la gravedad de las secuelas orales del tratamiento del cáncer. Se debe explicar al paciente el motivo por el cual debe seguir el programa de higiene oral e informarle sobre los posibles efectos secundarios de la quimioterapia contra el cáncer. La higiene oral eficaz es importante durante el tratamiento del cáncer, con énfasis en el manejo de la higiene oral antes de comenzar el tratamiento.

La quimioterapia y la radioterapia, especialmente cuando se aplican en cabeza y cuello, pueden provocar daño en las células de la mucosa oral y en las glándulas salivales. Como consecuencia, aparecen manifestaciones como mucositis, xerostomía, infecciones, cambios en el gusto, caries por radiación y dificultades en la cicatrización.

Estas complicaciones generan dolor, dificultan la alimentación y aumentan el riesgo de infecciones, afectando el bienestar general del paciente. Entre las lesiones y manifestaciones bucales que provocan los tratamientos de quimioterapia y radioterapia encontramos:

La **mucositis** es una inflamación de la superficie mucosa que recubre el interior del tracto digestivo, siendo la boca, la garganta y el esófago las zonas más afectadas.

La mucositis oral se manifiesta como una sensibilidad aumentada de la mucosa de dicha zona con molestia o dolor al ingerir alimentos duros, calientes o especiados. Se enrojecen diversas áreas de la boca y, en su grado máximo, se desarrollan llagas dolorosas.

Es una alteración que surge como complicación del tratamiento antineoplásico que puede aparecer durante y tras los tratamientos administrados para el cáncer. Su origen es consecuencia de los efectos citotóxicos de la quimioterapia y/o los efectos locales de la radiación sobre la mucosa oral y que se manifiesta como eritema o ulceraciones.

Su inicio cursa con la sensación de quemazón en la cavidad oral que progresivamente va tornándose eritematosa ocasionando una dificultad en la ingesta de sólidos; más tarde, cuando el grado de afectación sobre la mucosa oral aumenta puede llegar a impedir también la ingesta de líquidos.

Las mismas lesiones pueden observarse en la garganta y el esófago, dificultando mucho la deglución de los alimentos.

Su frecuencia de aparición puede oscilar entre un 10% en pacientes que reciben quimioterapia, y hasta cerca de un 100% en pacientes tratados con radioterapia que incluye en sus campos a la zona y alrededores de la cavidad oral. Su localización se da con mayor frecuencia en labios, suelo de boca, mucosa del paladar blando y caras laterales e inferior de la lengua.

Mantener una buena higiene oral es esencial para prevenir la mucositis. Se recomienda el uso de cepillos de dientes suaves, enjuagues bucales sin alcohol y mantener una hidratación constante para proteger las mucosas.

El tratamiento de la mucositis se enfoca en aliviar los síntomas, promover la curación de las úlceras y prevenir infecciones secundarias. Los enfoques terapéuticos incluyen el uso de analgésicos tópicos y sistémicos, ciertos colutorios y dietas blandas para minimizar la irritación de las mucosas.



Figura 1. Mucositis por radioterapia en un paciente con carcinoma de orofaringe: la alteración mucosa sólo afecta al área irradiada.



Figura 3. Mucositis aguda por quimioterapia. A diferencia de la mucositis por radioterapia, la afectación mucosa incluye toda la mucosa de la cavidad oral.

Fuente: Fernando Arias de la Vega, Servicio de Oncología Radioterápica. Pamplona, 2024

La **disfagia** es por consecuencia otro síntoma importante en los pacientes sometidos a tratamientos oncológicos.

La dificultad para tragar o problemas de deglución pueden afectar la calidad de vida de una persona. No poder comer o beber lo suficiente puede causar pérdida de peso y debilidad. La dificultad para tragar también puede aumentar las probabilidades

de que los alimentos o líquidos pasen a los pulmones (aspiración). Esto puede causar infecciones y problemas respiratorios.

La dificultad para tragar puede ocurrir cuando cambia el proceso normal de deglución, por ejemplo, debido a daño en la boca, lengua o esófago, o cuando tragar se vuelve doloroso.

La disfagia se puede clasificar en disfagia orofaríngea y disfagia esofágica. Las causas más frecuentes de las primeras son las causas mecánicas y obstructivas, especialmente los tumores de la esfera ORL (cavidad oral, faringe y laringe). También son causa frecuente de disfagia los trastornos neuromusculares entre los que destacan los accidentes cerebro-vasculares agudos, la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica, y la miastenia gravis. Otras causas posibles son dentadura en mal estado, ulceraciones, xerostomía, o los efectos de la radioterapia y quimioterapia.

Las causas comunes de los problemas de deglución son:

- Cáncer de cabeza y cuello
- Tratamientos contra el cáncer, como radioterapia o cirugía de la boca, mandíbula, garganta o esófago.
- Úlceras en la boca.
- Infecciones en la boca o el esófago.
- Hinchazón o estrechamiento del esófago debido al cáncer o su tratamiento.
- Xerostomía.
- Hipo.
- Acidez estomacal e indigestión.

La evaluación de un paciente con disfagia, especialmente cuando ésta sea de aparición aguda o subaguda, es fundamentalmente clínica y no requiere para su correcta realización de pruebas sofisticadas. Dentro de la historia clínica habitual, merecerá especial atención la cronopatía de la enfermedad, el tipo de disfagia (para los sólidos, líquidos, o ambos), la presencia de fiebre o expectoración, atragantamiento, pérdida de peso, sangrado o cualquier otra sintomatología acompañante.

En los pacientes con disfagia esofágica de origen oncológico, ya sea por tumores primarios de esófago o por compresión externa, se puede lograr un excelente nivel de paliación sintomática con la colocación de distintos modelos de endoprótesis esofágicas dispositivos que, una vez colocados por vía endoscópica y anclados a la pared, se expanden permitiendo la restauración de la luz esofágica.

Cuando la causa de la disfagia está en los tratamientos oncológicos, generalmente en la mucositis por radioterapia, el tratamiento se basa en tres pilares: soporte nutricional, soporte psicológico, y soporte analgésico.

La disfagia aguda de origen oncológico constituye una causa frecuente de consulta médica en pacientes con tumores de cabeza y cuello y también de esófago. La causa más frecuente es la mucositis secundaria al tratamiento oncológico. De su correcta evaluación y ulterior tratamiento depende en gran medida la continuidad del tratamiento y, por tanto, la probabilidad de lograr la curación del paciente.

La **sequedad bucal o xerostomía** es cuando las glándulas salivales no producen suficiente saliva para mantener la boca húmeda. La sequedad bucal suele deberse al envejecimiento, a los efectos secundarios de determinados medicamentos o a la radioterapia para tratar el cáncer.

En algunas personas, la sequedad bucal solo causa molestias. En otras, puede afectar en gran medida la salud en general y la salud de los dientes y las encías. Además, puede afectar la cantidad de alimentos que comen y el disfrute de la comida.

Este síntoma, se ha relacionado con frecuencia con la reducción del flujo salival (**hiposalivación**) que cuando alcanza una producción menor a 0,2 ml/min se denomina hiposialia, relacionándose fuertemente con mayor número de lesiones orales, disgeusia, disfagia, disartria, caries cervicales y mayor susceptibilidad a infecciones producidas por hongos, entre otras afecciones.

Entre los síntomas de la boca seca se encuentran: una sensación pegajosa y de sequedad en la boca; problemas para masticar, tragar, saborear o hablar; una sensación de ardor en la boca; una sensación de sequedad en la garganta; labios agrietados; lengua seca y áspera; llagas en la boca; una infección en la boca y halitosis.

El tratamiento necesario para mejorar la xerostomía y evitar consecuencias de la misma:

- Fomentar la ingesta de alimentos que estimulan la secreción salival como los cítricos y lácteos, así como evitar los que aumentan la sequedad bucal como la cafeína.
- Utilizar productos humectantes de betaína, aloe vera o flúor en la higiene bucal para humectar la cavidad bucal y estimular la secreción salival.
- Evitar enjuagues bucales que contengan alcohol, ya que aumentan la sequedad salival.

- Fomentar la ingesta de líquidos y sustitutos salivales hidratantes como el agua, suero salino, leche o productos de salivas artificiales.

Las **caries cervicales** son otro síntoma de importancia en pacientes tratados con quimioterapia y radioterapia como consecuencia de la xerostomía.

Las caries cervicales o de cuello en el diente son denominadas clase V, según la clasificación de Black. Estas se localizan en las caras libres de los dientes justo en el tercio cervical, es decir en la zona próxima a la encía, el cuello del diente. Esta zona es una de las partes más vulnerables ya que el cuello del diente está recubierto por una fina capa de esmalte.



Caries cervicales en dientes posteriores.

Fuente: By AlignMedia / July 14, 2025

Las caries en las zonas cervicales pueden tener dos orígenes muy distintos: bacteriano y no bacteriano. Las lesiones cervicales de origen bacteriano son las caries dentales. Respecto las de origen no bacteriano diferenciamos entre abrasión, erosión y abfracción. Como en la zona cervical es el sitio donde el grosor del esmalte es mayor, ante fuerzas masticatorias excesivas, el esmalte en esta zona puede desprenderse y formar una cavidad y proliferar la caries en la dentina.

Por lo tanto, las caries en la zona cervical se forman porque:

- Es el lugar donde las bacterias tienen más facilidad de adhesión.
- En la zona del cuello dentario es donde la higiene bucodental no suele ser exitosa, por lo tanto, la placa dental prolifera.
- El esmalte dental en esta localización es de un grosor mínimo, por lo cual, ante el bruxismo o una masticación fuerte, este puede desaparecer.

El tratamiento por excelencia de la caries dental es la obturación. Es decir, la remoción de todo el tejido cariado y la posterior restauración con un material

biocompatible y con un pulido final. De este modo, el diente recupera su función y su estética.

Los **cambios en la percepción del gusto** es una de las principales afecciones post tratamientos de cáncer, debido a la quimioterapia.

Debido al propio padecimiento y a algunos tratamientos oncológicos, la cavidad bucal está expuesta a complicaciones y alteraciones que promueven la atrofia y destrucción de las papilas gustativas.

Los cambios en la percepción de los sabores ocurren en 30% a 60% de los pacientes bajo tratamiento oncológico. Los trastornos del gusto pueden manifestarse como ausencia del gusto, disminución de la sensibilidad (**hipogeusia**); incremento de la sensibilidad para alguno o todos los sabores (**hipergeusia**) o distorsión del sabor normal (**disgeusia**).

Los cambios en los umbrales de percepción y reconocimiento de uno o más de los cinco gustos básicos: ácido, salado, dulce y amargo, tienen importancia clínica en el paciente oncológico, ya que además de afectar en grado notorio su calidad de vida, es uno de los principales factores de modificación de los hábitos alimentarios y de la anorexia, lo cual favorece la pérdida de peso y la desnutrición del paciente con cáncer.

La pérdida de la percepción gustativa suele ser transitoria y no existen tratamientos específicos recomendables para esta afección; sin embargo, las modificaciones dietéticas y recomendaciones alimentarias durante este proceso pueden disminuir la pérdida de peso y mejorar de forma significativa la calidad de vida del paciente oncológico.

La **candidiasis** es un tipo de infección fúngica común en pacientes que reciben tanto quimioterapia como radioterapia. Los síntomas pueden ser ardor como de quemadura y cambios en el sentido del gusto.

La candidiasis bucal se manifiesta, por lo general, con manchas o parches blancos en la lengua o en el interior de las mejillas. En ocasiones, la candidiasis bucal puede diseminarse al paladar y las encías, las amígdalas o la parte posterior de la garganta.



Candidiasis en paladar blando y duro.

Fuente: MayoClinical

Los síntomas de la candidiasis bucal pueden ser los siguientes:

- Manchas o parches blancos cremosos en la lengua, parte interna de las mejillas y, a veces, en el paladar, las encías y las amígdalas.
- Enrojecimiento, ardor o inflamación que puede ser lo suficientemente grave para ocasionar dificultad al comer o tragar.
- Sangrado leve si las manchas o parches se frotan o rascan.
- Agrietamiento y enrojecimiento de las esquinas de la boca.
- Sensación de tener algodón en la boca.
- Pérdida del sentido del gusto.
- Enrojecimiento, irritación y dolor debajo de la dentadura.

El tratamiento de las infecciones fúngicas en el revestimiento de la boca solamente puede incluir enjuagues bucales y tabletas que contienen medicamentos antifúngicos.

Se deberá usar un enjuague antifúngico para remojar las dentaduras postizas y los dispositivos bucales, y para enjuagar la boca.

Es posible usar medicamentos cuando los enjuagues y las tabletas no hacen desaparecer la infección fúngica. A veces, se utilizan medicamentos para prevenir estas infecciones.

Antifúngicos tópicos, son generalmente los de primera elección:

Nistatina: suspensión oral, miconazol: gel oral al 2%, clotrimazol: comprimidos.

Antifúngicos sistémicos, generalmente utilizados en casos severos o recidivantes (pacientes tratados oncológicamente):

Fluconazol, es el más utilizado.

Itraconazol: 100 mg por vía oral una vez al día durante 15 días. Alternativa cuando hay resistencia o intolerancia al fluconazol.

Tras la descripción de las distintas manifestaciones bucales asociadas a los tratamientos oncológicos, incluyendo mucositis, xerostomía, disgeusia, candidiasis, caries cervicales por la xerostomía, y alteraciones en el gusto, resulta imprescindible abordar el **rol del odontólogo** dentro del proceso asistencial.

El profesional odontológico cumple una función determinante tanto en la prevención como en el manejo de las complicaciones orales. Previo al inicio de la terapia antineoplásica, se recomienda realizar una evaluación estomatológica integral con el fin de identificar y resolver condiciones que podrían agravarse durante el tratamiento. Esta evaluación incluye la eliminación de focos infecciosos, la corrección de restauraciones defectuosas y la extracción de piezas dentarias con mal pronóstico, con el propósito de minimizar riesgos de infección, dolor y trastornos de cicatrización.

Asimismo, el odontólogo desempeña un papel fundamental en la educación para la salud, proporcionando instrucciones precisas sobre higiene oral, técnicas de cepillado atraumáticas y pautas dietarias orientadas a evitar agentes irritantes. Dichas intervenciones contribuyen a reducir la severidad de las lesiones orales y favorecen la adherencia del paciente a las medidas preventivas.

Durante el curso de la quimioterapia o la radioterapia, es necesario establecer un seguimiento clínico periódico, que permita detectar de manera temprana infecciones, ulceraciones, episodios hemorrágicos, candidiasis u otros signos de deterioro de los tejidos orales. Este control continuo posibilita la instauración oportuna de tratamientos tópicos, antifúngicos, agentes remineralizantes, medidas de hidratación o estrategias analgésicas, según corresponda.

El enfoque más efectivo se obtiene mediante un abordaje interdisciplinario, donde oncólogos, odontólogos, nutricionistas y fonoaudiólogos trabajan de manera. Esta articulación profesional contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente, reducir complicaciones y garantizar la continuidad del tratamiento oncológico sin interrupciones evitables.

En cuanto al rol del odontólogo, los resultados y la discusión coinciden con la evidencia actual en señalar que la intervención odontológica temprana y continuada es indispensable. La valoración pretratamiento, la eliminación de focos infecciosos, el control estricto de la higiene oral y el seguimiento durante y después de la terapia oncológica constituyen medidas que reducen complicaciones, disminuyen el dolor,

favorecen la adherencia a los tratamientos y evitan internaciones evitables. La participación activa del odontólogo en programas de manejo integral, junto con oncólogos, nutricionistas y fonoaudiólogos, representa un estándar de atención moderno y basado en evidencia.

Finalmente, los datos presentados revelan la necesidad de fortalecer la educación del paciente respecto al autocuidado oral durante los tratamientos oncológicos. La promoción de hábitos saludables, el uso de agentes protectores de la mucosa, las recomendaciones dietarias y los controles regulares resultan cruciales para mitigar las complicaciones descritas.

En conjunto, las manifestaciones orales analizadas y la evidencia recopilada permiten concluir que el cuidado odontológico no debe considerarse un complemento, sino un componente esencial dentro del tratamiento oncológico integral. La prevención, el manejo oportuno y la actuación interdisciplinaria son pilares fundamentales para mejorar la calidad de vida, reducir complicaciones y garantizar la continuidad terapéutica en los pacientes con cáncer.

CONCLUSIÓN

Los tratamientos oncológicos, si bien son esenciales para controlar el cáncer y mejorar la supervivencia de los pacientes, generan múltiples efectos adversos en la cavidad bucal que impactan significativamente en su bienestar general.

Entre las manifestaciones más frecuentes se destacan la mucositis, la xerostomía y la candidiasis, las cuales pueden provocar dolor, dificultad para alimentarse, alteraciones en el gusto y caries cervicales por la xerostomía.

Estas complicaciones no solo afectan la salud oral, sino también la nutrición, la comunicación y la calidad de vida del paciente oncológico.

En este contexto, el rol del odontólogo resulta indispensable dentro del equipo interdisciplinario, ya que su intervención permite **prevenir, detectar y tratar tempranamente las lesiones orales**. Previo al inicio de la terapia antineoplásica, el odontólogo debe realizar una evaluación estomatológica integral que incluya la eliminación de focos infecciosos, la corrección de restauraciones defectuosas y la extracción de piezas con mal pronóstico, con el fin de reducir riesgos durante el tratamiento.

A su vez, desempeña un rol central en la educación del paciente, proporcionando instrucciones de higiene oral, pautas dietarias no irritantes y recomendaciones orientadas a minimizar la severidad de las complicaciones. El seguimiento periódico durante la quimioterapia o radioterapia permite detectar precozmente infecciones, ulceraciones, hemorragias o trastornos de cicatrización, favoreciendo la implementación de intervenciones oportunas y efectivas.

En conclusión, la integración del cuidado odontológico durante las distintas etapas del tratamiento oncológico es clave para mantener la salud oral, favorecer la adherencia terapéutica y contribuir al bienestar integral del paciente. El abordaje interdisciplinario, que incluye la coordinación entre oncólogos, odontólogos, nutricionistas y fonoaudiólogos, resulta fundamental para optimizar la calidad de vida, prevenir complicaciones y acompañar de manera adecuada al paciente a lo largo de todo el proceso terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz de Urbina Hidalgo, J. (2024, 29 de abril). Lesiones de la mucosa oral: Síntomas, diagnóstico y cuidados. Clínica Dental Urbina. <https://www.clinicadentalurbina.com/noticias/salud-bucal/lesiones-de-la-mucosa-oral-sintomas-diagnostico-cuidados/>
2. Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial. (s. f.). Los tratamientos contra el cáncer y la salud oral. <https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/tratamientos-contra-el-cancer>
3. Complicaciones orales del tratamiento del cáncer. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/boca-garganta/complicaciones-orales-pro-pdq>
4. Fundación Josep Carreras Contra la Leucemia. (s. f.). Prevención y tratamiento de la mucositis oral. Retrieved from <https://www.fcarreras.org/blog/mucositisoral/fcarreras.org>
5. Quirónsalud. (2024, 21 de junio). Mucositis oral: prevención, diagnóstico y tratamiento en la Unidad de Odontología de Pacientes de Alto Riesgo. <https://www.quironsalud.com/es/comunicacion/contenidos-salud/mucositis-oral-prevencion-diagnostico-tratamiento-cancer-od>
6. Tejada Domínguez, F. J., & Ruiz Domínguez, M. R. (2010). Mucositis oral: decisiones sobre el cuidado bucal en pacientes sometidos a radioterapia y quimioterapia conforme a la evidencia. Enfermería Global, 9(1). <https://doi.org/10.6018/eglobal.9.1.93831>
7. Arias de la Vega, F., Manterola, A., Domínguez, M. A., Martínez, E., Villafranca, E., Romero, P., & Vera, R. (2004). Disfagia aguda de causa oncológica: Manejo terapéutico. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 27 (Supl. 3). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600011
8. Mayo Clinic. (2024, 16 de marzo). Sequedad de boca: Síntomas y causas. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dry-mouth/symptoms-causes/syc-20356048>
9. Clínica Dental Puyuelo. (s. f.). ¿Qué soluciones tiene la xerostomía o sequedad bucal? <https://www.clinicapuyuelo.es/blog/que-soluciones-tiene-la-xerostomia-o-sequedad-bucal/>

10. Estudi Dental Barcelona. (2017, 19 de octubre). *¿Qué son las caries cervicales?* Estudi Dental Barcelona. <https://estudidentalbarcelona.com/las-caries-cervicales/>
11. Cervical dental caries. (n.d.). Smile Perfections. <https://www.smile-perfections.co.uk/cervical-dental-caries/>
12. Sánchez-Lara, K., Rodríguez-Ríos, L., Sosa-Sánchez, R., & Green-Renner, D. (2009). *Trastornos del gusto en pacientes oncológicos*. **Gaceta Mexicana de Oncología**, 8(5), 211–215. <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-trastornos-del-gusto-pacientes-oncologicos-X1665920109479406>
13. Instituto Nacional del Cáncer. (s. f.). Complicaciones orales del tratamiento del cáncer (PDQ®) – Versión para pacientes. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/boca-garganta/complicaciones-orales-pdq>
14. American Cancer Society. (s. f.). *Dificultad para tragar*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/problemas-alimentarios/problemas-de-deglucion.html>
15. Mayo Clinic Staff. (2025, 13 de abril). *Candidiasis bucal: síntomas y causas*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/oral-thrush/symptoms-causes/syc-20353533>

ANEXO I

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

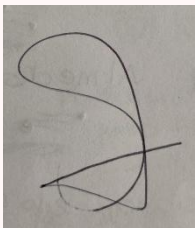
PPS - Práctica Profesional Supervisada

TRABAJO INTEGRADOR: “Manifestaciones bucales de tratamientos oncológicos y el rol del odontólogo”.

AUTORA: Candela Ponssa

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROESORA: Odontóloga Masó Sabrina.

FIRMA DEL TUTOR:

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'S' shape with a horizontal line crossing it near the bottom.

FECHA: 18 de noviembre de 2025.

ANEXO II

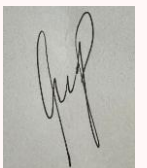
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PPS - Práctica Profesional Supervisada

Yo, **Candela Ponssa**, estudiante y autora del trabajo integrador titulado “Manifestaciones bucales de tratamientos oncológicos y el rol del odontólogo”, afirmo que el trabajo presentado es original y elaborado por mí, en base a información recolectada de diferentes sitios de investigación verificados, detallados en la bibliografía de dicho trabajo.

Firma:



Córdoba, 18 de noviembre de 2025.