



Remondino Eschoyez, Clara María

**Preparación y manejo
odontológico en pacientes
oncológicos**

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

Directora: Masó, Sabrina Elene

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.](#)

“PREPARACIÓN Y MANEJO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

AUTOR: REMONDINO ESCHOYEZ CLARA MARIA

TUTOR: OD. MASÓ SABRINA ELENA

PROFESOR TITULAR RESPONSABLE: PROF. ESP. DRA. OD. BONNIN CLAUDIA

CÓRDOBA, 2025

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	5
Objetivo general:	5
Objetivos específicos:	5
CASO CLÍNICO	6
Diagnósticos diferenciales:	7
Complicaciones bucales:	7
Beneficios clínicos del pulido dental:	12
Beneficios clínicos de la exodoncia preventiva:	13
Consecuencias de la no realización de la exodoncia preventiva:	14
Pronóstico:	14
DISCUSIÓN	16
CONCLUSIÓN	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ANEXO I	21
ANEXO II	22
ANEXO III	23
ANEXO IV	24
ANEXO V	25

RESUMEN

El abordaje odontológico del paciente con cáncer representa uno de los desafíos más complejos para el profesional de la salud bucal. Esta situación exige una atención cuidadosa, integral y organizada, que debe desarrollarse en estrecha coordinación con un equipo multidisciplinario. El objetivo principal es lograr la curación del paciente, procurando minimizar al máximo las secuelas derivadas de los tratamientos oncológicos. Para alcanzar esta meta, es fundamental seguir un protocolo de atención odontológica estructurado en tres fases: pre, intra y post terapia oncológica, cada una con intervenciones específicas. El presente trabajo se centrará en la etapa previa al inicio de la terapia oncológica, es decir, en la preparación odontológica pretratamiento.

El objetivo principal del trabajo es conocer cómo preparar a un paciente con cáncer antes de que comience con su tratamiento oncológico, en este caso quimioterapia y radioterapia. También conocer cuales son las posibles consecuencias de su mal accionar si no se realizan las preparaciones preoperatorias adecuadas para esta situación.

Palabras claves: cáncer, paciente oncológico, radioterapia, quimioterapia, carcinoma epidermoide queratinizante, protocolo odontológico

ABSTRACT

The dental approach to the cancer patient represents one of the most complex challenges for the oral health professional. This situation requires careful, comprehensive and organized care, which must be developed in close coordination with a multidisciplinary team. The main objective is to achieve the cure of the patient, trying to minimize as much as possible the sequelae derived from the oncological treatments. To achieve this goal, it is essential to follow a dental care protocol structured in three phases: pre, intra and post oncologic therapy, each with specific interventions. The present work will focus on the stage prior to the start of oncologic therapy, i.e., pre-treatment dental preparation.

The main objective of the work is to know how to prepare a cancer patient before he starts his oncological treatment, in this case chemotherapy and radiotherapy. Also to know what are the consequences of the wrong action if the adequate surgical preparations for this situation are not carried out.

Keywords: cancer, cancer patient, radiotherapy, chemotherapy, keratinizing epidermoid carcinoma, dental protocol.

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se desarrollará se basa en los procedimientos a realizar para la apta preparación de la cavidad bucal en pacientes con cáncer que son sometidos a procedimientos para su tratamiento como serán quimioterapia o radioterapia.

El tratamiento oncológico ya sea cualquiera mencionado anteriormente produce efectos tóxicos en las células cancerosas pero también en las células normales; por eso mismo la cavidad bucal es muy susceptible a los efectos dañinos directos e indirectos de las terapias oncológicas.

Se expondrán distintos procedimientos para la adecuada preparación de la cavidad bucal hasta el momento de comenzar a recibir la terapia oncológica, todo esto con el importante objetivo de poder evitar las complicaciones que puedan surgir si a esto no se le toma la importancia apropiada como debería ser.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar la importancia de la preparación odontológica previa al inicio de la terapia oncológica en pacientes con el fin de prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y favorecer el éxito del tratamiento integral.

Objetivos específicos:

- Describir las principales complicaciones orales asociadas a los tratamientos oncológicos
- Identificar las medidas clínicas y preventivas que conforman la preparación odontológica previa a la terapia oncológica
- Examinar el rol del odontólogo en el equipo multidisciplinario oncológico, identificando su participación en la fase pretratamiento
- Investigar los protocolos clínicos actualizados que guían la atención odontológica previa a la terapia oncológica

CASO CLÍNICO

En la Clínica Odontológica Sixto Castellanos sj,catedra de “Practica Profesional Supervisada” se presenta un paciente de sexo femenino de 70 años, el motivo de consulta era “necesito extracciones para comenzar mi tratamiento oncologico” . La paciente venía referido de la cátedra de Estomatología de la misma universidad en donde se le había confeccionó la historia clínica para la recolección de datos. Durante la anamnesis y la inspección del paciente se evidenció la presencia de un carcinoma epidermoide queratinizante invasor y ulcerado en la mucosa yugal, con su diagnóstico confirmado tras una biopsia incisional el 4 de abril de 2025 por la Dra. Liliana Gelman.

El carcinoma epidermoide queratinizante es el tumor maligno más frecuente de la cavidad oral y se origina a partir del epitelio escamoso estratificado de la mucosa bucal. Se denomina queratinizante porque las células neoplásicas conservan la capacidad de producir queratina, lo cual se observa microscópicamente en forma de perlas cónicas. Este tipo histológico suele corresponder a un carcinoma de grado de diferenciación moderado o alto. Clínicamente hay varias formas de observarlo en la cavidad bucal:

- Lesión ulcerada: crónica, de bordes indurados, de fondo granular o cubierto de tejido necrótico
- Lesión exofítica: masa irregular, de superficie rugosa o verrugosa, a veces con áreas blanquecinas de hiperqueratosis.
- Lesión infiltrante: endurecimiento difuso de la mucosa, que compromete planos profundos.

La lesión suele ser indolora en fases iniciales, pero al progresar, puede causar dolor, sangrado, disfagia, movilidad dentaria o adenopatías cervicales metastásicas.

Las localizaciones más frecuentes en la cavidad bucal son el borde lateral y ventral de la lengua, el piso de boca, el labio inferior, la mucosa yugal y la encía adherida. Estas zonas son más vulnerables debido a la exposición a factores de riesgo y a la mayor susceptibilidad del epitelio.

Mencionado anteriormente por las zonas de aparición más frecuentes y su relación a los factores de riesgo, estos son: tabaco, alcohol. HPV, traumatismos crónicos, lesiones precursoras y factores inmunológicos.

Diagnósticos diferenciales:

- Carcinoma verrugoso: ambos son carcinomas derivados del epitelio escamoso con lesiones hiperqueratósicas y exofíticas. Pero la diferencia clave es que el carcinoma verrugoso es bien diferenciado, de crecimiento lento, con mínima capacidad metastásica y aspecto verrugoso en superficie, mientras que el epidermoide queratinizante infiltra más y puede metastatizar.
- Eritroplasia: aparece como una mancha roja aterciopelada, de bordes definidos, muy similar al carcinoma en etapa inicial, pero aunque tiene alto potencial maligno, la eritroplasia aún no es un carcinoma infiltrante, solo podríamos confirmarlo a través de una biopsia si ya hubo transformación.
- Leucoplasia: es una placa blanca que no se desprende al raspado, de aspecto clínico parecido a algunas fases del carcinoma epidermoide. Pero esta es una lesión precursora; puede ser benigna, displásica o transformarse en carcinoma, pero al inicio no presenta infiltración ni ulceración indurada.

El abordaje terapéutico del carcinoma epidermoide depende de la extensión y estadio de la enfermedad. Incluye combinaciones de cirugía, radioterapia y quimioterapia, aplicadas de manera individualizada según cada caso.

Estas terapias, especialmente la radioterapia de cabeza y cuello, pueden generar complicaciones severas.

Complicaciones bucales:

- Mucositis: Inflamación y atrofia progresiva de membranas mucosas como consecuencia de la disminución de la renovación celular y las alteraciones atróficas y vasculares producidas por este tratamiento.
- Hiposialia: alteración en el flujo salival
- Xerostomía: sensación subjetiva de boca seca que puede o no explicarse por una hiposialia, que predispone a disgeusia, irritación mecánica, hipersensibilidad, lesiones periodontales, CART, Candidiasis y otras infecciones
- Hipogeusia: sensibilidad disminuida para el gusto
- Disgeusia: alteración de la percepción del gusto
- Infecciones secundarias (candidiasis, enfermedad periodontal, caries)

- Trismus
- Caries asociada a radioterapia (CART): Son lesiones de avance rápido producidas por la hiposalivación y la pérdida de la capacidad tampón de la saliva, lo que genera un medio ácido y favorece la acumulación de placa. Se agravan por el aumento de bacterias cariogénicas, la menor higiene oral por dolor de mucositis y el cambio de dieta hacia alimentos blandos y ricos en hidratos de carbono, creando un entorno ideal para el desarrollo de caries extensas y atípicas.
- Osteorradiacionecrosis: es una necrosis ósea crónica y progresiva del maxilar o la mandíbula, que se presenta en un hueso previamente irradiado, sin evidencia de persistencia tumoral, y que se caracteriza por la exposición del hueso necrótico a través de la mucosa oral durante más de 3 meses. Su patogenia se relaciona con el daño vascular inducido por la radiación, que produce hipoxia, hipovascularización e hipocelularidad, condiciones que afectan a la adecuada reparación tisular y comprometen la cicatrización ante agresiones locales como exodoncias o traumatismos. Clínicamente, hay dolor, exposición ósea, supuración, fistulización y, en casos severos, fracturas patológicas.

El manejo de la ORN es complejo e incluye medidas preventivas como exodoncias de piezas con mal pronóstico antes de iniciar la radioterapia, tratamientos conservadores (antibióticos) o quirúrgicos según la extensión de la lesión.

Continuando con la atención de la paciente en la clínica, en la inspección extraoral se observa un abultamiento del lado izquierdo a nivel del maxilar inferior y una cicatriz de aproximadamente 4 centímetros en el mismo sector, en la zona del cuello por una antigua cirugía correspondiente a la extirpación de ganglios.



Imagen 1/2/3: fotografías extraorales
Imagen 4: fotografía de cirugía de ganglios

Al examen intraoral se puede visualizar tres elementos dentarios que presentan lesiones cariosas en los elementos 23 (canino superior permanente izquierdo), 16 (primer molar superior permanente derecho) y 34 (primer premolar superior permanente izquierdo) donde estos elementos son los cuales venían con indicación de exodoncia, se indican las extracciones para realizar la preparación pre quirúrgica y prevenir posibles complicaciones anteriormente mencionados ya que las piezas dentarias con lesiones cariosas avanzadas constituyen focos sépticos que pueden desencadenar infecciones locales o sistémicas, lo que representa un riesgo mayor en pacientes immunocomprometidos por tratamientos oncológicos. Además, la radioterapia aplicada en la región cervicofacial aumenta el riesgo de osteorradiacionecrosis ante extracciones realizadas posteriormente, por lo cual es fundamental evaluar cuidadosamente la necesidad de las exodoncias, extremar las medidas de asepsia y realizar procedimientos atraumáticos. En este caso, la extracción de las piezas comprometidas contribuye a eliminar focos de infección y a mejorar las condiciones orales para la futura rehabilitación.

La paciente utiliza una prótesis parcial removible superior, y la conservación de dientes pilares sanos resulta esencial para mantener la función, estabilidad y estética protética. Las caries en dientes con mal pronóstico comprometen la retención y funcionamiento de la prótesis, lo que hace necesario planificar nuevas alternativas de rehabilitación que contemplen la condición oncológica de la paciente.



5

Imagen 5/6/7: fotografías intraorales



6



7

Siguiendo con el inspección intraoral se observa la ausencia de los elementos 11 (incisivo central superior derecho), 12 (incisivo lateral superior derecho), 13 (canino superior derecho), 14 (primer premolar superior derecho), 15 (segundo premolar superior derecho), 17 (segundo molar superior derecho) y 18 (tercer molar superior derecho), 21 (incisivo central superior izquierdo), 22 (incisivo lateral superior izquierdo), 24 (primer premolar superior izquierdo), 25 (segundo premolar superior izquierdo), 26 (primer molar superior izquierdo), 27 (segundo molar superior izquierdo) y 28 (tercer molar superior izquierdo).

En el maxilar inferior los elementos ausentes son 35 (segundo premolar inferior izquierdo), 36 (primer molar inferior izquierdo), 37 (segundo molar inferior izquierdo), 38 (tercer molar inferior izquierdo), 45 (segundo premolar inferior derecho), 46 (primer molar inferior derecho), 47 (segundo molar inferior derecho) y 48 (tercer molar inferior derecho).

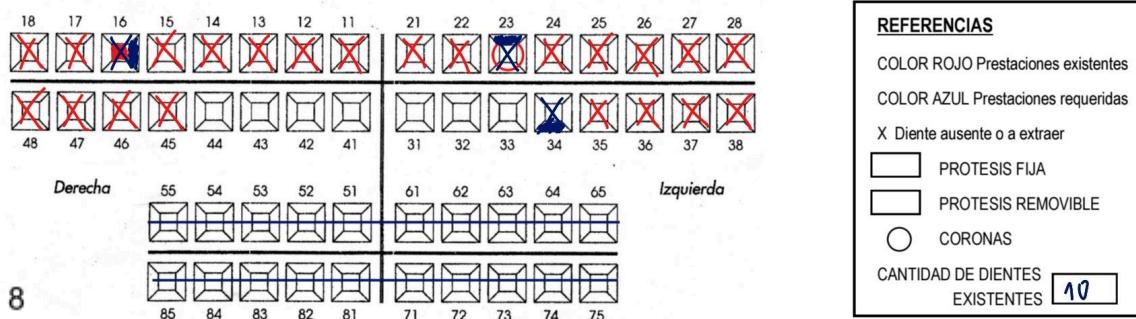


Imagen 8: odontograma

Como plan de tratamiento a seguir se optó por la realización de exodoncia de los elementos 16, 23 y 34 que presentaban lesiones cariosas, también estos elementos manifestaban en el 23 un perno metálico y corona y en el 16 una restauración con amalgama.



Imagen 9/10/11: fotografías periapicales de elementos 16, 23 y 34

Tiempos quirúrgicos de la cirugía:

1. Diéresis
 - Sindesmotomía vestibular y palatina/ lingual
2. Exéresis
 - Prensión
 - Luxación (impulsión, lateralidad, y rotación en caso de ser unirradicular)
 - Tracción
3. Síntesis
 - Tratamiento de la cavidad

- Método incruento: aproximación de las tablas
- Método cruento: suturas



12



13

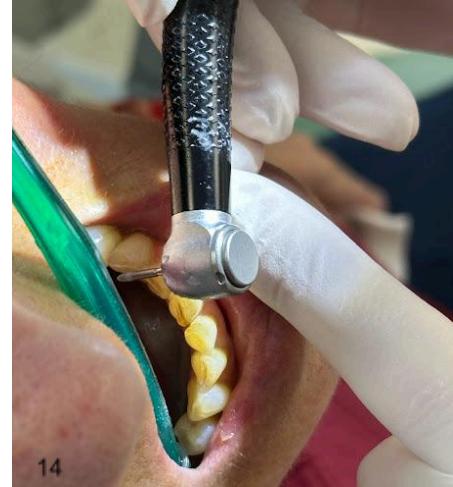
Imagen 12: mesa clínica
Imagen 13: post- extracción

También se decidió realizar el pulido con turbina y piedra troncocónica color azul a los elementos dentarios inferiores con la finalidad de optimizar la superficie dental y contribuir al control de la placa bacteriana, también a eliminar elementos filosos donde el motivo principal es prevenir lesiones en la mucosa oral, ya que estos tratamientos deprimen las defensas locales y general del paciente.

El pulido dental elimina asperezas, bordes filosos o restauraciones defectuosas que podrían causar úlceras mucosas o sangrado, lo que es crítico en mucosa ya sensibilizada por la radiación o la quimioterapia.

Además, una superficie dental homogénea favorece una higiene más efectiva, lo que disminuye la carga bacteriana en un entorno donde la inmunosupresión aumenta el riesgo de infecciones sistémicas.

Beneficios clínicos del pulido dental:



14

Imagen 14: realización de pulido de bordes filosos

- Reducción de placa bacteriana: Al pulir las superficies dentales se eliminan áreas de retención que favorecen la acumulación de placa. Esto disminuye el riesgo de caries y de gingivitis, complicaciones que empeoran en pacientes oncológicos con baja salivación o neutropenia

- Prevención de lesiones traumáticas: La eliminación de bordes filosos evita la formación de úlceras, aftas o fisuras en la mucosa oral. En pacientes con mucosa irradiada, incluso pequeños traumatismos pueden producir lesiones dolorosas y de larga cicatrización. El pulido actúa como medida de prevención secundaria frente a estos traumatismos mecánicos.
- Mejora de la higiene bucal: Las superficies dentarias lisas facilitan el cepillado, facilitando la remoción de placa. Una higiene oral más efectiva se demuestra en una menor colonización microbiana, lo que ayuda a moderar la severidad de la mucositis inducida por los tratamientos antineoplásicos
- Disminución de complicaciones infecciosas: Al reducir la placa y tratar cualquier foco infeccioso, se minimiza la fuente de bacteriemia potencial. Esto es esencial en pacientes con neutropenia o trombocitopenia por quimioterapia, para evitar infecciones bucofaríngeas que puedan complicar el curso oncológico

En los pacientes con diagnóstico oncológico que serán sometidos a radioterapia de cabeza y cuello y/o quimioterapia, la exodoncia constituye un paso crítico dentro de la preparación odontológica. El objetivo principal es eliminar focos infecciosos o inflamatorios activos y reducir el riesgo de complicaciones severas durante y después de la terapia oncológica.

Beneficios clínicos de la exodoncia preventiva:

- Reducción del riesgo de osteorradionecrosis: las exodoncias realizadas antes de la radioterapia, con técnica quirúrgica cuidadosa y óptima cicatrización, disminuye significativamente la posibilidad de desarrollar ORN, siendo una de las complicaciones más graves y difíciles de controlar
- Eliminación de focos sépticos: dientes con caries profundas, periodontitis avanzada, movilidad severa o infecciones endodónticas pueden transformarse en focos de diseminación bacteriana durante la inmunosupresión por la quimioterapia, aumentando el riesgo de infecciones sistémicas potencialmente mortales
- Prevención de mucositis traumática: piezas fracturadas o con bordes filosos pueden producir ulceraciones que en mucosas irradiadas, evolucionan a lesiones dolorosas y de difícil cicatrización, realizando las extracciones estamos evitando traumatismos crónicos
- Mejora del pronóstico oncológico general: al asegurar un entorno bucal libre de infecciones y lesiones, se disminuyen las interrupciones o retrasos en la terapia oncológica, contribuyendo a efectividad del tratamiento

Consecuencias de la no realización de la exodoncia preventiva:

- Mayor riesgo de osteorradionecrosis: si las exodoncias necesarias no se realizan antes de la radioterapia, las intervenciones posteriores tienen alta probabilidad de generar necrosis ósea, debido a la hipovascularización del hueso irradiado
- Infecciones graves durante quimioterapia: los dientes con infecciones crónicas actúan como reservorios de bacterias. En un paciente inmunocomprometido, esto puede desencadenar bacteriemias, sepsis y complicaciones sistémicas graves
- Interrupción del tratamiento oncológico: la aparición de infecciones orales agudas obliga en muchos casos a suspender o retrasar sesiones de radio/quimioterapia, lo que afecta directamente el control del tumor y el pronóstico del paciente
- Dolor y deterioro de la calidad de vida: las complicaciones orales no tratadas derivan en dolor crónico, limitación en la alimentación, pérdida de peso y empeoramiento del estado nutricional, factores que impactan negativamente en la recuperación

Pronóstico:

El pronóstico del caso presentado se considera reservado, por la patología de base como por las complicaciones de los tratamientos oncológicos (radioterapia y quimioterapia).

Desde el punto de vista oncológico, la evolución dependerá del estadio tumoral, de la respuesta individual a la terapia antineoplásica y de la posibilidad de un control local de la enfermedad. Sin embargo, el antecedente de cirugía previa y el compromiso ganglionar evidenciado en la paciente reflejan una situación de riesgo, lo cual obliga a un seguimiento estricto y multidisciplinario.

En cuanto al aspecto odontológico, la realización de las exodoncias preventivas de piezas con mal pronóstico y el pulido dentario contribuyen significativamente a mejorar el pronóstico funcional y a reducir complicaciones orales graves. Estos tratamientos disminuyen el riesgo de infecciones sistémicas durante la quimioterapia, y de osteorradionecrosis en caso de radioterapia de cabeza y cuello.

No obstante, el pronóstico bucal a largo plazo se mantiene delicado debido a la posibilidad de desarrollar caries asociadas a radioterapia, xerostomía crónica, mucositis recurrente y limitaciones protéticas derivadas de la pérdida dentaria y la alteración de los tejidos blandos irradiados. La enseñanza de higiene oral, el uso de fluoruros tópicos y los controles periódicos serán determinantes para modificar positivamente este caso.

En conclusión, el pronóstico general es reservado, pero puede mejorar sustancialmente si se mantiene un abordaje integral y preventivo, con seguimiento continuo por parte del equipo oncológico y odontológico. La intervención temprana del odontólogo no solo optimiza la salud oral, sino que también impacta de manera positiva en la calidad de vida, la efectividad del tratamiento y el resultado final del proceso terapéutico.

DISCUSIÓN

El manejo odontológico de pacientes oncológicos en fase pretratamiento debe contemplar distintas alternativas terapéuticas, con el fin de seleccionar la opción más segura y eficaz para cada situación clínica particular. En el caso analizado, la indicación principal fue la realización de exodoncias de los dientes con caries avanzadas y mal pronóstico (16, 23 y 34), además del pulido dentario como medida preventiva.

Como tratamiento alternativo, en primera instancia podría considerarse la conservación de las piezas dentarias mediante procedimientos restauradores (obturaciones con resinas compuestas o ionómero vítreo) o, en casos con compromiso pulpar, tratamientos de endodoncia seguidos de restauraciones definitivas. Estos abordajes presentan la ventaja de mantener dientes pilares importantes para la función masticatoria o la estabilidad protética, lo cual repercute positivamente en la calidad de vida del paciente.

Sin embargo, la literatura evidencia que en pacientes que iniciarán radioterapia o quimioterapia, la permanencia de dientes con pronóstico incierto constituye un riesgo significativo. En particular, los tratamientos conservadores pueden fracasar debido a la xerostomía, la mucositis, la disminución de defensas locales y la dificultad de mantener la higiene oral en un contexto de inmunosupresión. En ese sentido, la decisión de realizar exodoncias preventivas se justifica como una medida de protección frente a complicaciones mayores, como osteorradiacionecrosis, infecciones recurrentes o bacteriemias .

Otra alternativa es la extracción diferida de piezas comprometidas, es decir, postergar la cirugía hasta después del tratamiento oncológico. No obstante, esta conducta ha demostrado un riesgo exponencialmente mayor de osteorradiacionecrosis cuando se realiza sobre hueso irradiado, debido a la hipovascularización y fibrosis tisular que dificultan la cicatrización. Por ello, la mayoría de las guías clínicas internacionales coinciden en recomendar la resolución quirúrgica antes del inicio de la terapia oncológica.

En cuanto a la profilaxis oral, además del pulido dentario realizado, podrían haberse indicado tratamientos alternativos o complementarios como fluoroterapia tópica, aplicación de barnices remineralizantes o uso de colutorios con clorhexidina.

Estas medidas han demostrado eficacia en la prevención de caries radiculares y en la reducción de la incidencia de mucositis, pero requieren de la colaboración activa del paciente y un adecuado control a largo plazo. En el caso presentado, el pulido dentario fue la medida más inmediata y efectiva para reducir los factores de riesgo locales, en combinación con la educación en higiene oral.

En conclusión, si bien existen alternativas terapéuticas conservadoras y complementarias, la elección de exodoncias y pulido en este caso resulta plenamente justificada por el mal pronóstico de las piezas dentarias afectadas y el inminente inicio de la terapia oncológica. La decisión clínica respondió al principio de prevención de complicaciones mayores, priorizando la seguridad del paciente y la continuidad del tratamiento integral.

CONCLUSIÓN

La preparación odontológica en pacientes oncológicos que iniciarán tratamientos como radioterapia y quimioterapia constituye una instancia crítica en la que el odontólogo debe actuar con rigor técnico y criterio clínico. El caso desarrollado confirma que:

- Las exodoncias preventivas de piezas con mal pronóstico son una estrategia fundamental para evitar complicaciones como infecciones sistémicas u osteorradionecrosis. Su ejecución con técnicas atraumáticas, bajo condiciones de asepsia y respetando los tiempos de cicatrización, garantiza un entorno bucal seguro para el inicio de la terapia oncológica.
- El pulido dentario y las maniobras de preparación de la cavidad bucal constituyen medidas complementarias que mejoran la higiene, disminuyen la acumulación de placa bacteriana y previenen la aparición de mucositis traumática, favoreciendo el transcurso y la calidad de vida del paciente durante su tratamiento.
- El rol del odontólogo en este contexto no se limita al plano técnico, sino que exige la capacidad de anticipar riesgos, tomar decisiones basadas en evidencia científica y trabajar en coordinación con un equipo multidisciplinario. Esto reafirma que la odontología forma parte activa e indispensable del tratamiento integral del paciente con cáncer.
- En lo personal, la experiencia adquirida a través de este trabajo refleja el compromiso que implica ejercer la profesión con responsabilidad, sensibilidad y criterio preventivo. La formación académica me ha permitido comprender que cada procedimiento clínico va más allá de lo técnico: es una intervención que puede impactar en la salud general, el pronóstico oncológico y la calidad de vida del paciente.

En síntesis, la preparación odontológica en pacientes oncológicos no es un complemento, sino un componente esencial del abordaje terapéutico integral. Su correcta implementación representa un acto de prevención, de cuidado y de acompañamiento al paciente en una de las etapas más desafiantes de su vida, y constituye una de las expresiones más completas del ejercicio profesional en odontología.

Personalmente elegí este caso porque me movilizó profundamente, tanto por la situación de la paciente como por la cercanía con personas que padecen estas enfermedades. Nunca hubiera imaginado tener la posibilidad de aportar desde mi rol a un desafío tan complejo y

humano, y esta experiencia me confirma la importancia y el valor de la profesión que estoy eligiendo.

Este trabajo no solo representó un ejercicio académico, sino también una vivencia que me conmovió desde lo sentimental, permitiéndome conectar de manera más cercana con la verdadera esencia de la odontología y con la trascendencia que puede tener nuestra labor en la vida de los pacientes. Al mismo tiempo, me llevó a admirar la fortaleza y la serenidad con la que las personas transitan enfermedades tan complejas. En particular, la paciente de este caso, pese a atravesar una vivencia difícil, lo hizo con una actitud llena de simpatía y amor, lo cual me dejó una enseñanza invaluable. Haber tenido la oportunidad de acompañarla me permitió comprender que incluso en los momentos más difíciles siempre es posible encontrar un aspecto positivo y que mantener la esperanza y la conciencia de que las cosas pueden mejorar es una herramienta tan importante como cualquier tratamiento clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Watson, E., Mojdamí, Z. D., Oladega, A., Hope, A., & Glogauer, M. (2021). Clinical practice guideline for dental treatment prior to head and neck cancer radiotherapy. *Oral Oncology*, 121, 105491. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2021.105491>
- Baus-Domínguez, M., Rizo-Gorrita, M., Herráez-Galindo, C., Bakkali, S., Fernández-Figares-Conde, I., Serrera-Figallo, M. Á., Gutiérrez-Corrales, A., Vázquez-Pachón, C., Alberdi-Navarro, J., Uribarri-Etxebarria, A., Bagán-Debón, L., & Sánchez-Garcés, M. (2024). Clinical practice guideline of the Spanish society of oral surgery for dental care in patients with oral cancer. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*, 29(1), e67–e77. <https://doi.org/10.4317/medoral.26064>
- Rubenstein, E. B., Peterson, D. E., Sonis, S. T., & colab. (2004). Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer*, 100(S9), 2026-2046.
<https://doi.org/10.1002/cncr.20163>
- Glenny, A.-M., Bagha, A., Kandwal, A., et al. (2015). A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: Part 2. *British Dental Journal*, 219(5), 202–209. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2015.29>
- ISOO-MASCC-ASCO. (2023). Prevention and management of osteoradionecrosis in patients with head and neck cancer treated with radiation therapy: ISOO-MASCC-ASCO guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 41(15), 1696–1705.
<https://doi.org/10.1200/JCO.23.02750>
- Normando, A. G. C., Pérez-de-Oliveira, M. E., Guerra, E. N. S., et al. (2022). Timing of dental extractions in patients undergoing radiotherapy and the incidence of osteoradionecrosis: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 30(11), 8745-8759. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07215-y>
- Beacher, N., & Sweeney, M. (2018). The dental management of a mouth cancer patient. *British Dental Journal*, 225(10), 855–864.
<https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2018.932>

ANEXO I

HISTORIA CLÍNICA MEDICINA BUCAL
Escuela de Odontología
Universidad Católica de Córdoba
DATOS FAMILIARES

H.C.Nº: 6.6.2025
Fecha: 6.6.2025
Dx. Presuntivo:
Dx. Histopatológico:

Nivel de instrucción: Profesional o Técnicos
Derivado por: Alumno: Demanda Especialista
Profesional: De acuerdo a la demanda
Derecho de respuesta: Contra la demanda

MOTIVO DE CONSULTA
ANTEDICENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL: Causa de la consulta: 4 años.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Consumo de agua en pozos en zona rural: Sí NO Altos 3-7% de resto de pozos. Diagnóstico: Minerales de aluminio. Años de consumo natural: 10-15 años. Exposición a la fuente de calor: intenso. Modo de vida: Sedentaria. Trabajo: Oficina. Modo de consumo regular: 1-2 litros/día. Medicamentos de medicina alternativa: Sí NO. Alérgicos: Sí NO. Diabetes: Sí NO. Hipertensión Arterial: Sí NO. Alergias alimentarias: Sí NO. Alteraciones en sistema digestivo: Sí NO. Alteraciones en sistema respiratorio: Sí NO. Alteraciones en sistema genito-urinario: Sí NO. Enfermedades infecciosas contagiosas (NO): Sí NO. Infecciones de transmisión sexual: Sí NO. Virus hepatitis (HPV): Sí NO. Herpes genital: Sí NO. Alteraciones neurológicas: Sí NO. Alteraciones reumáticas: Sí NO. Alteraciones endocrinológicas: Sí NO. Alteraciones inmuno-logicas: Sí NO. 15

Cuestionario sobre tumores y polioidosis
Cuestionario de antecedentes ginecológicos: Sí NO. Motivos: Aparición temprana (menor de 18 años). Antecedentes Oncológicos: Sí NO. Diagnóstico: Quimioterapia. Radioterapia. Sí NO. Menstruación regular Sí NO. Embarazo: Sí NO. Semanas: Control y Estudios Ginecológicos Regulares Sí NO.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS/FAMILIARES
Sí NO. PATOLOGIAS O MOTIVO DE DECESO

Madre viva: Sí NO. Abuela Materna viva: X. 1945. Padre vivo: Sí NO. Abuela Materna viva: X. 1945. Hermanos vivos: Sí NO. Abuela Paterna viva: X. 1945. Hijo(s) maduro(s): Sí NO. Abuelo Paterno vivo: X. 1945.

DIETAS
Dieta: Omnívora Vegetal Vegetariana Otra. Autoadministrada por indicación médica. Calidad de vida: Porciones semanales de frutas y verduras frescas: 1-2 veces/semana. Porciones semanales de carne roja y procesada: 1-2 veces/semana. Frutas y aceites: 1-2 veces/semana.

TABACO
Fumar: Sí NO. Familiar: Igualdad. durante la infancia: cigarrillos/diarios. cigarillos/cigarrillos/semanalmente. cigarros/semanalmente. cigarros/pipa regular. MARHJUANA Y OTRAS DRUGAS

Consumo: Sí NO. Cantidad de cigarrillos semanales: 1-2. No consumiendo: Sí NO. Cantidad de años de consumo: Extremadamente alto. Tipo de marihuana: Cultivada Comercializada. Consumo otro tipo de drogas: Sí NO. Cigales? Cuento? 16

BEBIDAS ALCOÓLICAS
Consumo: nunca X. ocasionalmente. semanalmente. semanalmente. ha consumido. Tipo de bebida: hasta cantidad de alcohol: cantidad semanal: subtotal en litros: subtotal en grs: cerveza: zumo de fruta: licor: bebidas blandas: Total: litros: 1

MATE Y OTRAS INFUSIONES
Consumo: nunca. ocasionalmente diariamente. ha consumido. periodo: cantidad diaria: total: temperatura: mate: X. café: 1

TIPO DE VERBA normal: sordina: compuesta: compuesta: 16

TEMPERATURA DE INFUSIÓN fría: tibia: caliente: caliente C: muy caliente: C

HABITS SEXUALES
Sexo general: Sí NO. No contesta. Sexo oral: Sí NO. No contesta. Nº de parejas: 1

EXAMEN CLÍNICO EXTRADURAL

EXAMEN CLÍNICO INTRADURAL

Estomagrama

Odontograma

Indicaciones de salud personal: Sector: Sup Der. Ant Sup. Sup Izq. Inf Der. Ant Inf. Inf Izq.

Pérdida de inserción (mm): Placa bacteriana visible: Sí NO. Sí NO.

Tártaro visible: Sí NO. Sí NO.

17

CUADRO DE LESIONES ELEMENTALES (localización, número, tamaño, forma, superficie, bordes, consistencia, color, olor, tacto, etc.)

Cl. COMUN EN EL CUELLO Y MUECA VUELTAS PREGONERO PROST. DERR. CERVICAL (CONTRALATERAL) (QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA).

Adenopatías: Localización: Consistencia: Tiempo de Evaluación:

Localización:	Consistencia:
Movilidad:	Tiempo de Evaluación:

Infiltración mecánica colateral:

Cómo describir:	Factor dentario:	Factor protético:	Factor funcional:
-----------------	------------------	-------------------	-------------------

Tiempo en boca del factor:

Diagnóstico Presuntivo: Estudios complementarios: Fecha: Radiografía: TAC, RMN, etc.: Análisis de laboratorio:

Diagnóstico de Corteza:

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:

18

FECHA: 08/06/2025

Tapicería

APP eritis eranodermia bien controlada (tumores en mano). MHI metástasis 7,5 semanas desde los 24 años. ATCC: fibroblasta leve. AMI: metástasis de cuello uterino, hermano cáncer de próstata (70 años), padre cáncer de próstata 86 años. AX: apendicitis, cesárea, AAI: diphrita.

No lesión mucosa vaginal izquierda, hace 10 meses. Se acompaña luego de edema de media izquierda y eritema. Perder 8 Kg en 6 meses por dificultad en la deglución.

AP: nódulo cutáneo invasor y ulcerado de mucosa vaginal.

Tac de cuello nodulo sólido de 14 mm en eje menor submamilar izquierdo con reales. Tac de mama: normal.

Examen rectal: normal. 95/95.

AP: Foco de eritis de mucosa vaginal, ampliación de márgenes (anterior, superior, posterior, inferior y medial) y fístula sin fistula con hidadenocarcinoma.

CONGLAMACIONES Y CORTES DIFERUDOS: Carcinoma epidermoide invasor, queratinizado, bien a moderadamente diferenciado, ampliamente ulcerado.

Características tumorales: invasor, queratinizado, bien a moderadamente diferenciado, ampliamente ulcerado.

- invasión linfovascular: presente.

- invasión perineural: presente.

- perineuritis: presente. compromiso hasta grada adeno (profundidad máxima de 12 mm)

- Ganglio: 1-4 ganglios, comprometidos parcialmente con necrosis extracapsular

- Margen quirúrgico: comprometidos focalmente el margen anterior y superior. El margen posterior se encuentra comprometido por necrosis escasa en su sitio.

- Ampliación de márgenes: márgenes irregulares en ampliación de margen anterior (extensión de 6 mm) y márgenes de 2-3 mm, specimen no secciónado.

- Caudile salvaj con nódulos adyacentes de carcinoma escamoso (mayor a 1 cm).

- Estadiificación patológica: pT4 (perforación localmente avanzada, subgrado no denominado) pN1 (compromiso en ganglio ipsilateral menor a 3 cm).

Fuera derivada a radioterapia, en planes de autorización, evaluada por Fernández.

Aún sin estadiificación a distancia.

Labelectric: hb 14.2 g/7400 cret 0.91

19

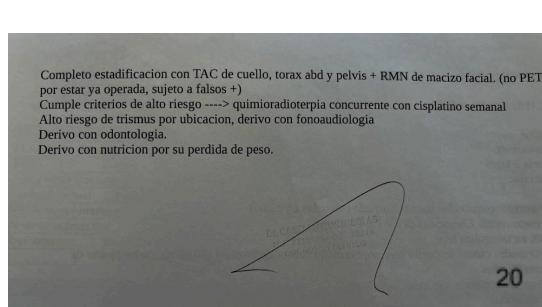


Imagen 19/20: resumen del historial médico de la paciente realizado por su médico oncológico

ANEXO II

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

Lugar: Fecha: 11/11/11
Nº de Matrícula:

DODTOLÓGOS:

FECHA: 10 AÑOS

O. Socio: Etar: Duración:

Profesión/Actividad: TRABAJA

Este cuestionario tiene al final de una "Declaración Jurada".

Padre con vida? SI NO

Madre con vida? SI NO

Madre con vida? SI NO

Padre con vida? SI NO

He tenido? SI NO

Sufre de alguna enfermedad? SI NO

de que? RELATÓ: EDEMETOPA Y TUMOR.

Ha tenido algún tratamiento médico?

RELATÓ: HABER HABIDO ALGUN TRATAMIENTO MEDICO.

Que medicamentos ha consumido en los últimos 5 años?

Relata algo de depresión? SI NO

No se refiere al maltrato? SI NO

Es alérgico a alguna droga? SI NO

a la anestesia? a la penicilina? SI NO

Cuando le sacan una muela o se lastima, dolores bien? SI NO

Tiene problema de collageno (hipercolesterol)? SI NO

Antecedentes de dolor reumático? SI NO

Se protege con alguna medicación? SI NO

Es diabético? SI NO

solo la sangre? con qué? SI NO

Tiene algún problema cardíaco? SI NO

card? SI NO

Tiene exceso de aspirina y/o anticoagulante? SI NO

con qué fumacido? SI NO

Tiene presión alta? SI NO

otra? SI NO

Tiene problemas renales? SI NO

Urgencia Gástrica? SI NO

Tubo digestivo? SI NO

de óxido A? SI NO

Tiene algún problema hepático? SI NO

cult? SI NO

Tiene convulsiones? SI NO

Es alérgico? SI NO

medicación que toma? SI NO

Ha tenido SIDA o Goranee? SI NO

Historia Clínica Odontológica

Por su respuesta la consulta: EXOMINIA, 10, 11, 12, 13.

14. ANTE DENTAL

Consulta dental con algún motivo? SI NO

Toma algún medicamento? SI NO

Nombrar de los medicamentos: AMBULINA, XYLINA, MIA.

Desde cuándo? 1991/92

Otros resultados:

Ha tenido? SI NO

de qué tipo? Suave Moderado Fuerte

Temporales Permanentes

Estructuras Provocadas Al nac. Al calor

Localizado Otro(s)

Inhalado hasta dónde?

Puede narrar con algo?

Sufre algún golpe en los dientes? SI NO

cuando? ... como se produjo?

Se le fracturó algún diente? SI NO

cuál? ... receta algún tratamiento?

Tiene dificultad para hablar?

para masticar?

para abrir la boca?

para tragar la alimentación?

21

01

Ha observado algo anormal en los labios? SI NO
lengua? paladar? piso de boca? SI NO
Comer? rebordes? trigono? retramolar? SI NO

Ques tipo de lesiones presenta?

Manchas? SI NO
Aumentamiento de los tejidos? SI NO
Uveas/dañadas? SI NO
Ampollas? SI NO
Otras?

Le sangran las encías? SI NO
Cuello?

Estate de la higiene bucal? SI NO
Muy bueno Bueno Deficiente Malo

Declara que ha contestado todas las preguntas con honestidad y según mi conocimiento.
Asimismo, he sido informado que los datos suministrados quedan reservados en la presente Historia Clínica y amparados en secreto profesional.

02

Sale pus de algún lugar de su boca? SI NO
de dientes? SI NO
el diente tiene algo extraño? SI NO
Ha tenido la cara hinchada? SI NO
Se puso frio? calor? otros? SI NO
Mordida de azúcar dura? SI NO
Indice de paine?

REFERENCIAS

COLOR ROJO: Prótesis existente
COLOR AZUL: Prótesis requeridas

X: Diente asistido a extraer
PROTESIS FUA
PROTESIS REMOVIBLE
CORONAS
CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES

Estado bucal general: Presencia de sarro SI NO Enfermedad Periodontal SI NO

Diagnóstico preventivo

Confirma en Anexo N° _____

Plan de tratamiento / fecha: _____

Confirma en Anexo N° _____

Observaciones

Confirma en Anexo N° _____

22

Imagen 21/22: historia clínica de la cátedra de Práctica Profesional Supervisada

ANEXO III

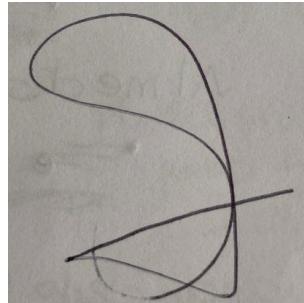
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA**

TRABAJO INTEGRADOR: "Preparación y manejo odontológico en pacientes oncológicos"

AUTOR: Remondino Eschoyez Clara Maria

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: Od. Masó Sabrina Elena

FIRMA DEL TUTOR:



FECHA: 18 de noviembre de 2025

ANEXO IV

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA**

Yo **Remondino Eschoyez Clara María**, estudiante y autor del trabajo integrador titulado “Preparación y manejo odontológico en pacientes oncológicos” DECLARO que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.



Firma

Córdoba, 18 de noviembre de 2025

ANEXO V

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ODONTOLOGÍA PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Consentimiento informado

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Medicina
Carrera de Odontología

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Jesuita

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 10 días del mes de Diciembre del año 2015, siendo lashs.
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el estudiante/práctico DNI N° que habiendo aprobado las materias básicas de su carrera, realizan actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales, oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los profesionales designados para su enseñanza y dentro los límites autorizados.

Apellido y Nombre del paciente:
.....

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a afecciones imprevistas, actualmente o no. Que el estudiante mencionado anteriormente o sus jefes de trabajos práctico puedan considerar necesarios o convenientes en el curso del tratamiento a realizar. Me ha sido explicado también que pueden haber riesgos para la salud asociado con la anestesia y dichos riesgos me han sido claramente explicados. Consiento en que se fotografíen las operaciones o procedimientos que se han de ejecutar, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos, científicos o educacionales, siempre que mi identidad no sea revelada por las imágenes o textos que la acompañen. Consiento con el objeto de contribuir a la educación odontológica en la admisión de observadores en el lugar destinado para mi atención. Dejo constancia de que se lo ha explicado en forma verbal y ha dado su consentimiento con respecto a: los riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, indicaciones, medicación indicada, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto, y la decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados; podría ser revocada si él quisiera.

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anatómico patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día / Hora:

Ella que suscribe DNI N° con domicilio en calle cargo mi consentimiento para que se me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Sra.

Firma del paciente: Firma del Profesional a cargo:

Firma del representante si el paciente es menor de edad: