

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



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CÓRDOBA**
JESUITAS

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 córneas. 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.
- Osteorradionecrosis: 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 inmunocomprometidos por tratamientos oncológicos. Además, la radioterapia aplicada en la región cervicofacial aumenta el riesgo de osteorradionecrosis 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).

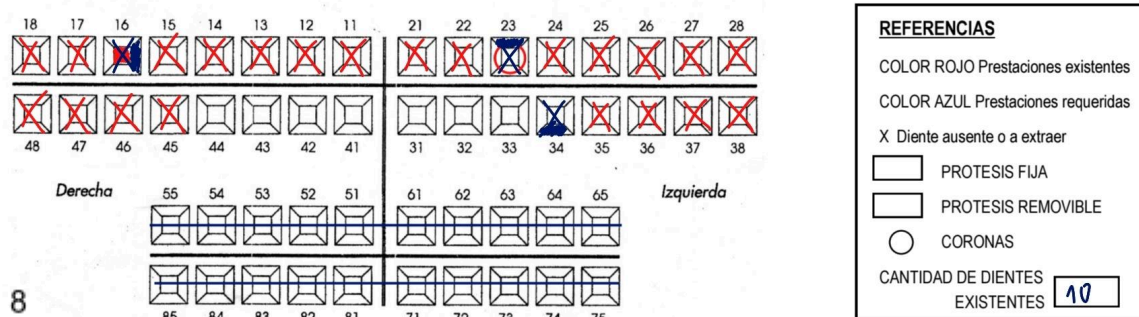


Imagen 8: odontograma

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.

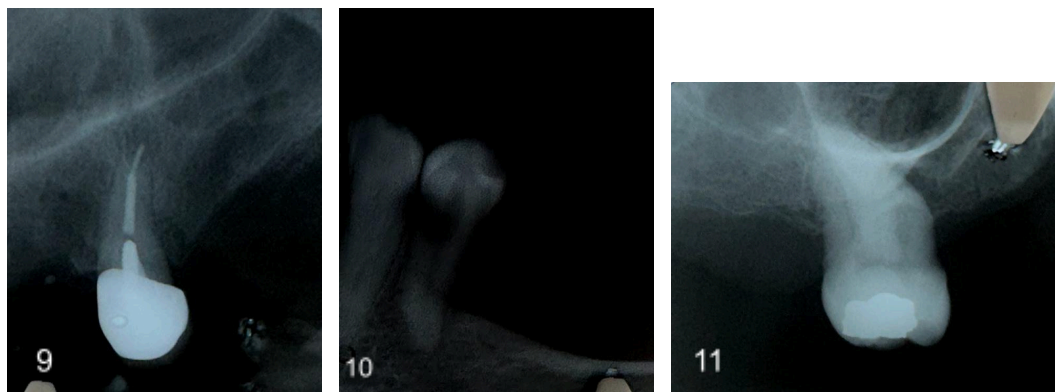


Imagen 9/10/11: fotografías periapicales de elementos 16, 23 y 34

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

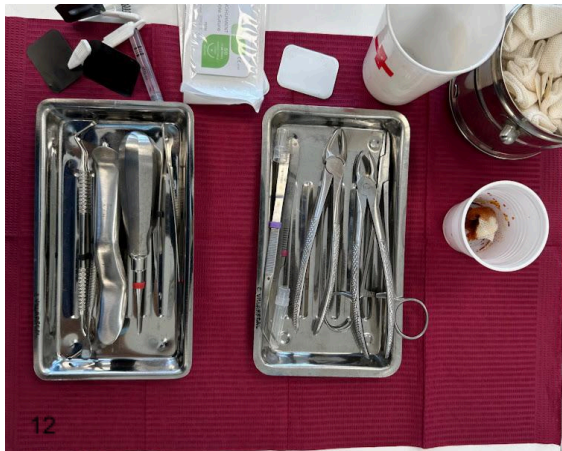


Imagen 12: mesa clínica
Imagen 13: post- extracción

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.

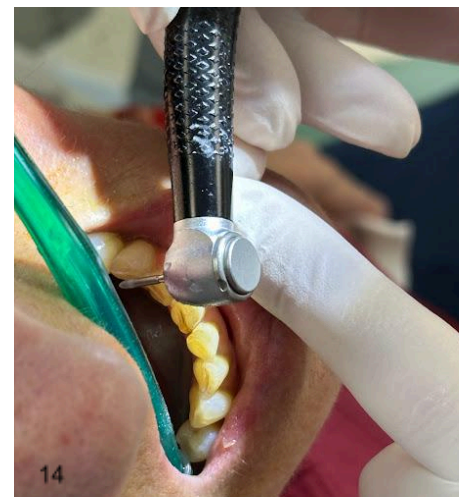


Imagen 14: realización de pulido de bordes filosos

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:

- 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 osteorradionecrosis, 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 osteorradionecrosis 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., Mojdami, 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, Í., 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>

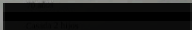
ANEXO I

[illegible][illegible]

Imagen 15/16/17/18: historia clínica de la cátedra de Estomatología

[illegible][illegible]

11/13/10 0:06 (page 4/25)



Tapireña

APP artritis reumatoide bien controlada (secuelas en mano)
MH hipertensión 7,5 mmHg desde los 24 años
ATOX en subaguda leve
ATOX madre cáncer de cuello uterino, hermano cáncer de próstata (70 años), padre cáncer de próstata 60 años
ACD apendicectomía, omepra
AAL dipirona

Nota lesión mucosa vaginal izquierda, hace 10 meses
Se acompañó luego de edema de pierna izquierda y eritema
Pesón 8 Kg en 6 meses por dificultades en la deglución.

AP Hépata: carcinomas escamosos (vesary y aferido de mucosa vaginal)

Tac de cuello modulo satelo de 14 mm en epí menor submandibular izquierdo con realce.
Tac de musculo facial: normal

Fs intervenido el 05/05
AP Píea quimica de mucosa vaginal, ampliación de margenes (anterior, superior, posterior, inferior y profundo) fino sin nítalo con + hiperleucocitosia.
CONGLUTINACION V CORTICES TIBIOTRUECOS
Carcinoma epidermoide invasor con + metastatizante difusamente, ampliamente ulcerado.
Tamaño tumoral: 1,4 x 1,4 x 1,2 cm
+ Invasión linfocutánea: presente
+ Invasión linfocutánea: presente
+ Invasión linfocutánea: presente
+ Ganglios: 1/14 ganglios positivos (para neoplasia), con extensión extracapsular
+ Muestras quimicas: comprometidos localmente el margen anterior y superior. El margen posterior es extensa comprometida por neoplasia escamosa in situ.
+ Ampliación de margenes: nulos terminales sin ampliación de margen anterior (extensión de 6 mm) y superior (extensión de 2 mm), especimenes no realizados.
+ Glandula salival con edema adyacente de neoplasia escamosa (mayor a 1 cm).
+ Estadísticas histopatológicas: pT4 enfermedad localmente avanzada, sub-grupo no (determinado) pN1 (compromiso de un ganglio linfático: menos a 3 cm)*

Fue realizada radioterapia, en planes de autorización. Evaluación por Dr. Fernandez.
Atto sin escatificación a distancia.

Laboratorio: Hb 14,3 g/h 7400 creat 0,91

Cie

19

Completo estadificación con TAC de cuello, torax abd y pelvis + RMN de macizo facial. (no PE por estar ya operada, sujeto a falsos +)
 Cumbre criterios de alto riesgo ----> quimioradioterapia concurrente con cisplatino semanal
 Alto riesgo de trismus por ubicación, derivó con fonodología
 Derivo con odontología.
 Derivo con nutrición por su pérdida de peso.

20

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

ANEXO II

HISTORIA CLINICA GENERAL

Lugar: _____ Fecha: 11.8.12

Nombre: _____ N.º de identificación: _____

O. No. _____

Edad: _____

Profesión: _____

Este cuestionario debe ser llenado en una "Declaración Jurada"

Padre con vida? ☐ SI ☒ NO ☐ Madre con vida? ☐ SI ☒ NO ☐ Hermanos? ☐ SI ☒ NO ☐ Sufrir de alguna enfermedad? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿de que? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿algún tratamiento médico? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿algún medicamento ha consumido en los últimos 5 años? ☐ SI ☒ NO ☐ Nota algún malestar al realizar? ☐ SI ☒ NO ☐ Es alérgico a alguna droga? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿a la anestesia? ☐ SI ☒ NO ☐ Cuando se saca una muestra se lastima, o duele mucho? ☐ SI ☒ NO ☐ Tiene problema de coágulo (hiperfibrinólisis)? ☐ SI ☒ NO ☐ Antecedentes de fiebre reumática? ☐ SI ☒ NO ☐ Se protege con alguna medicación? ☐ SI ☒ NO ☐ Es diabético? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿está controlado? ☐ SI ☒ NO ☐ Tiene algún problema cardiovascular? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿cuál? ☐ SI ☒ NO ☐ Toma algún aspirina y/o antiagregante? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿con qué frecuencia? ☐ SI ☒ NO ☐ Tiene presión alta? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿cuál? ☐ SI ☒ NO ☐ Está en tratamiento? ☐ SI ☒ NO ☐ Tiene problemas renales? ☐ SI ☒ NO ☐ Úlcera gástrica? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿de qué tipo? ☐ SI ☒ NO ☐ Tiene algún problema hepático? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿cuál? ☐ SI ☒ NO ☐ Tiene convulsiones? ☐ SI ☒ NO ☐ Es epiléptico? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿medicación que toma? ☐ SI ☒ NO ☐ Ha tenido SIDA o Gonorrea? ☐ SI ☒ NO ☐

21

02

Ha observado algo anormal en los labios? ☐ SI ☒ NO ☐ Lengua? ☐ SI ☒ NO ☐ Paladar? ☐ SI ☒ NO ☐ Placa de boca? ☐ SI ☒ NO ☐ Carillo? ☐ SI ☒ NO ☐ Abotamiento de los tejidos? ☐ SI ☒ NO ☐ Urticaciones? ☐ SI ☒ NO ☐ Ampollas? ☐ SI ☒ NO ☐ Otros? ☐ SI ☒ NO ☐ Le sangran las encías? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿cuándo? ☐ SI ☒ NO ☐

Se le sale de algún lugar de su boca? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿de dónde? ☐ SI ☒ NO ☐ Tiene movilidad en sus dientes? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿al moverlos? ☐ SI ☒ NO ☐ Ha tenido la cara hinchada? ☐ SI ☒ NO ☐ ¿se puso hinchado? ☐ SI ☒ NO ☐ Momentos de ascar elástico? ☐ SI ☒ NO ☐ Índice de placa? ☐ SI ☒ NO ☐

Estado de la higiene bucal? ☐ Muy bueno ☐ Bueno ☒ Deficiente ☐ Malo ☐

Declaro que he 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.

Referencias:

COLOR ROJO: Presiones estéticas

COLOR AZUL: Presiones regentes

X: Diente ausente o a extraer

PROTESIS Fija

PROTESIS REMOVIBLE

CONDICIONES

CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES

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

Historia clínica: ☐ SI ☒ NO ☐

Plan de tratamiento: Fecha: _____

Continúa en Anexo N° _____

Observaciones: _____

Continúa en Anexo N° _____

22

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

ANEXO III

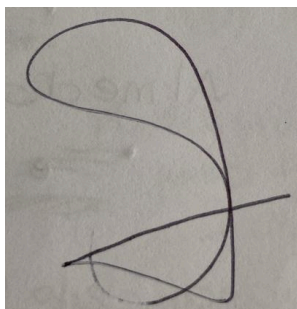
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA**

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 Maria**, 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 CORDOBA
Universidad Juana

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 11 días del mes de NOVIEMBRE del año 2015 siendo las 10 hs.
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el
estudiante/practicante SILVANO Y AERMANO DNI N° que habiendo
aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales,
oficiales o privadas, que solo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los
profesionales designados para su enseñanza y dentro de 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 prácticos
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 le 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 anatómo 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 .

El/la que suscribe DNI N°
con domicilio en 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: