

353
Rij



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Precaución en la boca de un
paciente con Cáncer Oral.

Chadid
[Handwritten signature]

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:
Luis Alfonso Oviedo Chadid

MEXICO, D. F.



EXAMENES
PROFESIONALES

1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Página

INTRODUCCION.....1

CAPITULO I El Manejo de los Dientes relacionado al tratamiento del cáncer oral.....2

CAPITULO II Planes protésicos para pacientes con cáncer oral.....14

CAPITULO III El manejo de los tejidos blandos antes durante y después del tratamiento del cáncer oral.....32

CAPITULO IV Mantenimiento de la salud oral y general del paciente con cáncer oral.....49

CONCLUSIONES..... 82

BIBLIOGRAFIA.....84

I N T R O D U C C I O N

Porqué escogí el tema de cuidados orales para el paciente con cáncer oral, Por ser una entidad patológica dentro de la oncología, que se encuentra en constante evolución, porque creo que debe despertar en el ámbito médico el interés que merece esta enfermedad que mutila y causa la muerte de los enfermos con este padecimiento ocasionando un reto a las investigaciones científicas para detener el cáncer en forma total.

Es impresionante observar la serie de trastornos sistémicos y además de la serie de indicaciones, estados psicológicos, estados sistémicos generales y sociales a que está sujeto el paciente con este padecimiento.

En este caso realizando un enfoque hacia el cáncer de la cavidad oral.

CAPITUL I

EL MANEJO DE LOS DIENTES RELACIONADO
AL TRATAMIENTO DEL CÁNCER ORAL.

En la presencia del cáncer oral, respecto de la movilidad y la rehabilitación siguiendo la terapia.

Cuando requiere de resección quirúrgica de la mandíbula u otros segmentos a eliminar algún diente en el sitio -- del cáncer o parte del extraído espécimen, sin embargo, la -- evaluación y tratamiento de dientes permanentes es altamente -- importante para el cáncer oral del paciente: Exámenes clínicos y radiográficos deberán de determinar el plan de tratamiento.

Cuidados prequirúrgicos de la boca, que deben de consistir en:

1.- Eliminación de la sepsis intensa, por la extracción periodontal (putrefacción).

2.- Remover las raíces no restaurables de la envoltura periapical del diente.

3.- Eliminación de la inflamación gingival y periodontal y la infección de la costra, corrección de la higiene oral.

4.- Restauración de caries extensas.

5.- Terapia endodóntica, para mantener el diente como soporte específico en caso de prótesis.

Estos dientes, que de otra manera serían extraídos pueden ser mantenidos por procedimientos de rehabilitación en cirugía para mantener a la mandíbula en posición funcional y resistir la contracción de la herida, pueden servir como medios de anclaje para prótesis, ello preserva la función masticatoria y grado de estética importantes para la moral.

Los tejidos expuestos a radiación en cáncer oral efectúan cambios biológicos con la resistencia de los tejidos que provocan infección; la terapia de radiación utiliza corto margen entre la dosis capaz de eliminar las células de cáncer y cantidades que pueden producir necrosis de los tejidos normales adyacentes.

EL PAPEL DEL DIENTE

El diente es un camino para la infección el cual puede invadir hueso, las caries, exposiciones de la pulpa, espacios periodontales, abren avenidas para la infección.

El trauma de la mucosa oral es un mecanismo de gatillo en la historia del cáncer oral, pacientes que han sido curados por una lesión primaria son más vulnerables que otros para una lesión secundaria y heridas por dientes agudos, --- amplificaciones dentales de los tejidos suaves de la boca; constituyen un azar, por esto los pacientes tratados deben ser -- sobrevigilados por el especialista dental el terapeuta de can- cer primario para guardarlo contra la irritación. La guía -- del manejo de dientes no está establecida ni tiene una técnica uniforme para terapia de radiaciones y para el cáncer oral hay muchas variaciones básicas en el proceso de la enfermedad su localización y sus tejidos adyacentes, hay variaciones --- terapéuticas en las energías radiactivas y la dosis variantes adicionales de la salud oral del paciente, sus hábitos con el tabaco y el alcohol y su total estado nutricional y general-- de su organismo, contribuirán en forma adicional a formar fe- nómenos impredecibles.

OSTEOMIONECROSIS

Los avances en la terapia de radiación, están -- en la eficacia y las complicaciones del tratamiento cambiando.

En siete series de pacientes reportados de haber desarrollado severa osteoradionecrosis con pérdida de mandíbula seguida de la irradiación, desde 1938-1964, fue una reducción de estas complicaciones de 13% a 3%. Después del tratamiento de cáncer oral es ahora estimada en un 2% o menos, en un centro de tratamiento 1955-1966 en 593 casos de radiación mandibular intensiva, solamente se desarrollaron 6 casos de osteoradionecrosis, 4 de estos fueron pacientes con carcinoma del piso de la boca y 6 fueron eversos alcohólicos crónicos. La severidad en los cambios del hueso se ha moderado desde la adición del cobalto y otras técnicas de supervoltaje, las adiciones de un área necrótica de hueso no largamente consistente, dolorosa y progresiva exposición del hueso y pérdida de la mandíbula entera. Expande los vasos del hueso comparado con una radiación de ortovoltaje; vemos más habilidad para secuestrar varias piezas de hueso cortical y reparación del suave tejido de la superficie por granulación, cuando se usa terapia megavoltaje, sin embargo, casos de movilidad total con destrucción mandibular son vistos aún con modernos métodos de terapia, por eso el azar de dientes y huesos.

El hueso en el camino directo continuará a seguir una gran pérdida de su abasrecimiento vascular y su viabilidad.

Una variedad de técnicas han sido usadas después-- de 1965, mientras se guardaban otros factores de terapia cons tante, un nuevo programa de conservación oral y de los dientes fue instituido antes y después de la terapia de radiación, -- desde aquel tiempo no se ha perdido mandíbula.

EXTRACCION DE DIENTES ANTES DE LA TERAPIA DE RADIACION.

Indagado el punto de sufrimiento de una exposición de caries o enfermedad pulpar, mal posición, deberá ser removido en la fase de preirradiación.

En los problemas de caries dentario ocurren en la boca entera y no son restringidos por la radiación primaria, los cambios en el hueso son obviamente concentrados en el -- área de los rayos, la cirugía para remover el diente antes -- de la radiación debe ser adecuadamente extensa para eliminar toda irregularidad o filos puntiagudos de hueso y para pro-- veer el cierre de los tejidos del hueso que ha sido irradiado no será remodelado, y si algunas de las más penosas exposi-- ciones de extracción descritas por radiación por Aldermonth.

Levantar secuestros penetrando la mucosa cuando la alveolotomía no fue adecuada, otra experiencia ha demostrado que el alveolo seco complica las extracciones y puede conducir a una necrosis progresiva después de la terapia de radiación, varios casos de problemas han sido observados, ejemplo: una ligera abrasión, durante la rutina de laringoscopia, técnicas generales de anestesia, otras abrasiones intraorales por instrumentos o un nuevo cáncer primario podrá emborazar más tarde el abastecimiento de sangre y dañar tejidos suaves, los cuales protegian el hueso, por estas razones un completo conturneo del hueso alveolar del área de extracción cubierto por una adecuada área de antibiotico con bloqueo durante 24 horas., un completo cubrimiento de tejidos blandos se colocará un apósito quirúrgico permitido por 10 días indicado.

Es más importante cubrir la superficie de un hueso descubierto, antes de que comience la radiación, esto representa un compromiso para una adecuada curación, y el deseo de acelerar la terapia de cáncer, un diente que está impactado fuertemente sobre hueso y tejido no necesita ser removido.

El hueso no reabsorberá en el tiempo siguiente a la remoción y pueda posponerse la terapia de radiación en un tiempo justificable.

La parcial erupción de los terceros molares puede ser vulnerable a infecciones, teniendo que ser considerados para extracción, el grado de trauma en esta especial situación influenciada por la remoción de estos dientes y el contorneado del hueso puede reducir problemas de curación como muchas dificultades parecidas al levantar de esta área el hueso cortical -- después de cualquier extracción, un programa de conservación puede incluirse la preirradiación, manteniendo así la higiene oral, y tratamiento periodontales profilácticos, aplicaciones tópicas de fluor para proveer las calcificaciones de los dientes, este programa puede animar a los pacientes para mantener una higiene oral que combatan la destrucción dental de la placa de ácido viscoso forjado durante la fase de mucositis y se rostomía.

EXTRACCION DE DIENTES DESPUES DE LA TERAPIA DE IRRADIACION

Las pasadas experiencias en la presencia de osteo irradiaciones siguientes a la extracción, después de un largo tiempo después de la irradiación ha hecho que las clínicas -- conservantes a la remoción de los dientes con la ventaja de irradiación megavoltaje y ahorrar a la mandíbula más ortovoltaje.

La complicación de una extracción después de irradiada tiende a disminuir, pero no elimina los medios después de la radioterapia, caries dentales con presencia de la pulpa pueden indicar una extracción no indicada que puede ser tratada endodónticamente, los dientes grotescos hipermovibles pueden ser más factibles a que se aloje un esfoliado, cuando las extracciones lo requieren puede hacerse una disminución del trauma con un adecuado cubrimiento de antibiótico y con un mínimo monto de operación o daño y restricción del abastecimiento de sangre. El hueso y su suplemento vascular hace a los sitios de extracción más vulnerables de necrosis en la mandíbula que en el maxilar.

MANTENIMIENTO EN LA SALUD ORAL DURANTE LA TERAPIA DEL CANCER.

Un imprevisto en el grado de curación del cáncer oral hace una atención inmediata concerniente a la erradicación de la enfermedad y la preservación de la masticación y el acto de ingerir, hablar. Está establecido que la carie es un problema de postirradiación aunque hay considerable variación de opiniones, estas dos posiciones son las más aceptadas:

1.- La carie es producida por un efecto directo de la irradiación sobre el diente.

2.- La caries es secundaria a la serostomía.

La original susceptibilidad de caries, los pacientes con gran preirradiación son más vulnerables.

La resección gingival con la exposición de la superficie cementaria de la raíz es vulnerable a caries cervical que es clásica o seguir después de la radiación. El establecimiento de la higiene oral con pasadas placas se desarrolla en toda superficie, la serostomía incrementa la formación de placas e inicios de caries, la caries exuberante con destrucción extensiva de los dientes tal vez es iniciadora al tiempo de terminar la radiación, las alteraciones dietéticas durante la irradiación atienden a la mucositis, los cambios del paciente durante una dieta rústica (detergente purificadora). Que sea blanda son usualmente ricas en carbohidratos y en presencia de serostomía producen placas ricas en carbohidratos o bacterias correlativamente, con alto efecto cariogénico, mucositis inducida por irradiación produce una mucosa blanda y limita al paciente a dieta blanda, también lo limita a sus procedimientos de higiene oral, porque la irradiación mecánica de cepillarse y la irritación química del dentrífico, la reducción de la acción detergente de la dieta por el paciente es acrecentado por la serostomía y resulta un marcado incremento de actividad de caries.

CAMBIOS HISTOPATOLOGICOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Por la irradiación en el principio del tratamiento, es incrementado un cambio inicial en la parótida, se presenta un edema y una degeneración parenquimatosa generalizada de cualquiera de los lobulós de la glándula (acini), por la atrofia de una fibra y el residual epitelio que no se regenera las células parecen cuboidales sin granulos secretorios y el espacio central es incrementado, los acini asemejan ductos, - estos cambios producen alteraciones en la calidad y una reducción de la cantidad de saliva, el contenido de mucus es reducido y la total secreción disminuida.

La submaxilar, la sublingual y las glándulas salivales absesorias, el proceso inicial es un daño al glicoproteído de la mucina, con irradiación continua las células completamente desaparecen y las células regeneradas son limitadas. Y estos cambios producen una completa o parcial reducción de mucina, la pequeña secreción producida es más serosa y la saliva es escasa, acuosa y delgada. La ausencia de la mucosina para lubricar la mucosa con el monto de la saliva delgada es responsable de la cerostomía y no hay esperanza para la regeneración de la glándula y no hay métodos para estimular el e-

pitelio atropico de los niveles funcionales, en reportes de pacientes que comienzan a irradiarse por cáncer oral tienen una pequeña tensión en:

- 1.- La actividad cariogénica del paciente.
- 2.- La intensificación de los factores cariogénicos.
- 3.- La preventiva medida en controlar la actividad de caries.

Si la atención es dada en estos factores - la caries puede ser controlada y reducida en el paciente.

CAPITULO II

PLANES PROTESICOS PARA
PACIENTES CON CANCER -
ORAL.

Hay indicaciones definitivas para el uso de planes prostéticos en el tratamiento del cáncer oral. De cualquier modo el uso de estos planes prostéticos en el tratamiento del cáncer oral. No es extenso y bien establecido, además el cuidado rehabilitador prostético en los pacientes de cáncer oral no ha recibido la atención requerida para producir una disciplina científica.

Pocas personas han dado esfuerzos para vencer la opinión convenida en técnicas, descubrimientos o aplicación de nuevos materiales. Ni hemos adquirido un adecuado conocimiento del tejido predecible a responder a las prótesis y otros planes mecánicos a través de una guía detallada, no aceptada universalmente a este tiempo.

El intento de este comité es dar lo más específico para ofrecer sugerencias para tratar a pacientes de cáncer oral basadas en experiencia y conocimiento en este estudio, recomendar un ideal standard para el uso de prótesis en la terapia de la maligna cavidad oral, desde siempre se retractan de las oportunidades de erradicar la enfermedad para archivar en largo tiempo la supervivencia entre los pacientes afectados para producir óptimos funcionales y estéticos resultados, lo cual no está sujeto en forma rígida e inflexible a cualquier otro programa para su aplicación.

ANTES DEL TRATAMIENTO

EL EQUIPO DEL CUIDADO DEL PACIENTE. El cuidado definitivo del paciente de cáncer oral requiere las opiniones y coordinación de esfuerzos de varios consultantes y terapeutas para tratar al paciente en forma individual, física, social y económicamente a sus problemas.

La cirugía plástica, protodoncia, radioterapia, cosmetología y otorrinolaringología, se pueden desarrollar en un equipo de trabajo para una rápida terapia, porque el lapso de tiempo es corto entre diagnóstico y procedimiento, y la aplicación de la cirugía o radiación, los servicios dentales comprometidos sin que el dentista hubiera participado en el diagnóstico y planeamiento.

SERVICIOS DENTALES PARA EL TRATAMIENTO.

En los servicios dentales que tengan como prioridad la irradiación y la inversión quirúrgica, es tan directamente siguiendo los objetivos.

1.- El desarrollo de los records permanentes los -

cuales facilitan la reconstrucción plástica o protésica de un paciente de cáncer oral, frecuentemente depende la localización detallada y anticipada.

Los siguientes records postoperatorios y procedimientos dentales deben ser advertidos.

- a.- La corona total del molar.
- b.- Para el tratamiento de estos procesos, profilaxis de la mitad de la cara para llevar un record facial.
- c.- Articulados los arcos dentales, los cuales demuestran la máxima aplicación potencial soportando el tejido, sin un desplazamiento de los demás tejidos.
- d.- Record de relación intermaxilar.
- e.- La oclusión es una característica individual.
- f.- De las radiografías intraorales y extraorales.

g.- Fotografía de cara y cabeza

II.- Eliminación o modificación de la existente en fermedad localizada, la tensión mínima que necesita este objetivo.

a.- Es un profilaxis total.

b.- Una medida de control de caries, que incuya a una restauración permanente de los materiales usados cuando sea posible.

c.- Remoción de la infección residual y extracción de los dientes indicados por alguna anomalía, - exceptuando los que se van a utilizar como retenes y estabilizadores de nuestra aplicación son invaluable.

d.- Un tratamiento endodóntico preliminar de los dientes que son necesarios para retención y estabilizadores de la prótesis.

III. Modificación de las estructuras orales, anti cipándose a las necesidades de los subsecuentes procedimientos del tratamiento.

- a.- La preparación quirúrgica de las porciones edentulas del proceso alveolar, remoción de los senos prominentes y tejidos hiperplasticos provenientes de un espacio dental.
- b.- La remoción de estos dientes indicados por el equipo de tratamiento.
- c.- Una alveolectomía selectiva en las áreas edentulas para recibir la terapia de radiación con atención específica directa. Evitar la re moción de prominencias parodontales y crestas.
- d.- Gingivoplastia para proveer la exposición co ronaria, alambre interdental, barras de arco y broche.
- e.- Restauración que puede desplazar la porción coronaria es indicada para la aplicación de la restauración.

IV.- Modificación de las aplicaciones dentales exis-

tentes, o la construcción de prótesis, complicación del tratamiento del propósito principal para la aplicación en la construcción de las prótesis dentales antes de operar o irradiar - incluye:

- a.- Soporte de los tejidos blandos para minimizar la construcción y figuración a través de formar una cicatriz.
- b.- El mantenimiento de las relaciones existentes de las estructuras orales.
- c.- Protección de las áreas quirúrgicas de trauma y de comida.
- d.- Mantenimiento de una dentadura creada quirúrgicamente de las áreas de extensión de base.
- e.- Retención de los apósitos quirúrgicos.
- f.- Reducción de la hemorragia y prevención de hematomas por medio de contactos a presión.

- g.- Proveer de injertos y pedunculos para la piel
- h.- El mantenimiento de la presión a través de las grapas de piel.
- i.- Mantenimiento de un absceso de emergencia a la cavidad oral.
- j.-Mantenimiento nasofaríngeo, nasooral, para facilitar la velocidad de mordida la fuerza y la deglución.
- k.-La fijación de partes .

EL USO DE PLANES PROTESICOS EN EL PLAN DE TERAPIA RADIOACTIVA.

Aplicando varias modalidades de la terapia radioactiva para mantenimiento del cáncer oral, el radiologo puede frecuentemente obtener valiosa asistencia de un protodoncista varios planes y aplicaciones pueden ser hechas fuera de tratamiento con asistencia de una apropiada dirección a los tejidos normales contiguos, para desplazar la lengua, los labios y carrillos y que sirvan como mantenedores del origen de la radiación.

Los moldes externos alrededor de la cabeza y cuello para localizar y definir la entrada del tratamiento y llenar los espacios de aire alrededor de la superficie desiguales con bolas entre los conos de tratamiento, o con limitadores de la piel, tendrán una larga reorganización cuando ayudas útiles del tratamiento. - Esto es usado para facilitar al paciente calma y permitan la duplicación de los arreglos del tratamiento, para asegurar exactamente la dirección de los destellos y para simplificar la dosimetría en el tumor y tejidos normales cuando los destellos de la terapia radioactiva se han administrado principios similares son aplicados a los planes intraorales.

Es quizá factible la protección y salud de los dientes en la senda del destello directo de radiación, pero esto debería de ser acompañado en el lado lateral de este por una entrada unilateral del tratamiento sin escoger extracción, puesto que el uso de estos planes es individualizado a la necesidad de una cooperación estrecha entre el radiólogo y el prostodoncista, antes y durante la terapia de radiación.

DURANTE EL TRATAMIENTO.

Debe ser mantenido con prioridad el tratamiento de--

cáncer oral por cirugía y radiación y un optimo acercamiento ha de ser establecido en orden para dar una completa liberación de infección e irritación peligrosa una preparación preliminar puede materialmente reducir los riesgos de necrosis radioactiva y puede facilitar un recubrimiento de un tejido no canceroso radiado, si el tratamiento quirúrgico es la modalidad de preferencia, una responsabilidad primaria a los inmediatos cuidados operatorios, debe ser atendido por el cirujano, debe ser acompañado durante los primeros tres días siguientes a la cirugía, después de este periodo las astillas removibles quizá usualmente son retiradas o limpiadas.

Un blando lavado de boca de bicarbonato de sodio o 50% de leche de magnesio y agua, quizá sean usados, porque las dificultades individuales quizá hagan que el uso ordinario de un lavado de boca sea difícil, el paciente debe ser alertado, antes de que el adopte por azar el lavado de boca por si mismo.

En casos de emimandibulectomia, y trisemas quizá hagan imposible al paciente el lavado de boca en estos casos la limpieza puede ser acompañada con un linzo suave alrededor del dedo y-

remojado en la solución del lavado de boca, es preferible sea hecho por el doctor o enfermera con un gran cuidado, para manipular el sitio operativo actual, las áreas de tejido ingertados o áreas de tejido de carrillo.

El uso del cepillo dental debe ser evitado por cerca de las dos semanas siguientes de la cirugía, quizá sea usado donde una astilla cubra el sitio de operación; como modalidad del tratamiento es fácil mantener durante la primera semana de terapia radioactiva, después de esto una progresiva mucositis y glositis es presentada y el dolor incrementado gradualmente en la mucosa oral (desgarramientos), hace que el mantenimiento de la higiene oral progresivamente de dificultades. La marcada sensibilidad de la mucosa oral, haga que el cepillo dental, y otros medios mecánicos sean relativamente impracticables, y así el medio más efectivo sea el lavado de la boca. Durante la tercera semana de terapia de radiación el paciente comience a notar una boca seca, esto es debido a la irritación de todas las mayores o menores glándulas salivales.

Una mezcla de gliserina en variados porcentajes con el propio lavado de boca como ha sido sugerido ayudará a mante-

ner la higiene oral y lubricará a la mucosa por lo tanto, si el diente presenta un ligero acumulamiento de fosfato tricalcico, - debería ser añadido en forma de buches de glicerina el cual tiene ordinariamente un ph ácido; también es usado el glicolato de glicerina, para estimular las secreciones glandulares, pero esto contiene un nacrótico que puede formar hábito y debería ser usado solamente durante el período más difícil de disconfort -- oral, lavados de peróxido de hidrogeno pueden ser usados con -- cuidados durante la siguiente formas de terapias, porque el peróxido quizá irrite las desnudas áreas de mucosas, las soluciones de anestesia topica deben ser evitadas durante la terapia de -- radiación ya que usualmente, son una inicial irritación local -- si algunos dientes son retenidos, la aplicación de fluor al diente puede ser iniciada al mismo tiempo como la terapia de radiación. El desconsuelo del paciente quizá proponga esta aplicación local durante las ultimas formas de terapia pueden ser recibidas tan pronto como el confort del paciente lo permita. Y puede -- ser continuada después del tiempo de la terapia de radiación, - un gran cuidado debe ser tomada para evitar el contacto de la -- solución de fluor con la mucosa oral, una rápida aplicación de gelatina es un apropiado método para prevenir esto. Se aplicará antes que la radiación sea completada y se darán las valoraciones de las aplicaciones topicas de fluor para prevención de caries antes de la irradiación no es conocida por lo tanto puede ser asumida para dar alguna protección hasta que alguna eviden-

cia contraria sea demostrada. Una lesión debe ser tratada en forma ordinaria, remoción y restauración.

EL PROGRAMA DEL PROSTODONCISTA EN LA CIRUGÍA.

EL PROSTODONCISTA. Debería ser un activo participante durante la fase del tratamiento quirúrgico en el cuidado del paciente, esto implica su presencia en la sala de operación para advertir o ejecutar su talento si es necesario, alguna pregunta con relación maxilomandibular preceden, e inmediatamente sigue el procedimiento de extirpación. Es la mejor contestación que pueda dar el prostodoncista, la final posición y fijación o algún plan de fijación oral, o inmediatas prótesis dentro de esta área de servicio de primer importancia es el restablecimiento de la oclusión normal de los dientes restantes.

Esto es especialmente indicado si alguna forma de reemplazamiento mandibular es incertado siguiendo algún grado de mandibulectomía o si fragmentos mandibulares o dentulosa o están relacionados a la maxila, el establecimiento de margenes de defecto y subcutaneos, ambos deseables e indeseables son tópicos de discusión para la resolución al tiempo de la cirugía y son mejor resueltas por consulta instantanea si el lado del-

estoma oral es influenciado por una cicatriz final, el problema de futuro absceso por procedimientos protéticos debe ser -- discutido.

ANTES DEL TRATAMIENTO.

Los factores generales fundamentales concernientes a la prótesis, el cuidado del paciente no está limitado a la erradicación de la enfermedad, esto no es aceptable para el paciente si está libre de enfermedad, pero con estos efectos de inutilización que quizá le causen aislarse como un recluso en la vida, este concepto implica una forzosa reparación de los efectos resultantes del primer tratamiento quirúrgico o biológico, estas reparaciones quizá sean completadas por procedimientos de cirugía plástica o por prótesis cuando la cirugía no sea factible, según sea el tratamiento de elección, temporal o permanente, aplicación de fragmentos de fijación, la implantación de prótesis usadas en conjunción con --- cirugía para el reemplazamiento de los huesos faciales, convencional o modificadas, dentaduras removibles; o prótesis faciales para reemplazamiento de tejidos perdidos.

Todas las aplicaciones dentales para el paciente

de cáncer oral deben funcionar bajo no usuales y exageradas condiciones, por lo tanto, estas aplicaciones deben ser construidas con severas consideraciones básicas en mente:

- 1.- Un máximo lubricamiento a las áreas de mucosa intacta sin desplazamiento de los bordes de los tejidos o protección de mucosa.
- 2.- Múltiples broches o retenedores para proveer extensa distribución y efectiva retención.
- 3.- Se puede aplicar una modificación de la oclusión para disminuir la tensión.
- 4.- La fabricación, la cual permite un ajustamiento al tiempo de la inserción.
- 5.- Fabricación, las cuales permitan alteraciones quirúrgicas y adaptaciones especiales, vías de aire, tubo de alimento, esqueleto de fijación o partes de tejidos suaves.

- 6.- La selección de los materiales bases para una dentadura con la cualidad de una mucosa difícil, ejemplo: resinas suaves que abracen el tejido irradiado, es más fácil que las resinas duras, especialmente cuando son aplicadas sobre tejidos sujetos a eliminar la tensión.- Algunas de las resinas blandas de hoy, tienden a perder su flexibilidad y parecen granulares y abrazan los tejidos.

MATERIALES QUE SE USAN EN LA FABRICACION DE PROTESIS MAXILO-FACIALES.

Se presentan una variedad de problemas que encierran la obtención de impresiones y la construcción de moldes, para las formas tan complejas. Los tropezos en la restauración facial, presentan al prostodoncista una provocativa empresa, en edición la heterogeneidad de tonos y sombras, la inclusión de profundidad y los variados grados de translucidez, presentes en la piel humana, requieren del prostodoncista de volver técnicamente en tinta y color para obtener efectos realistas, además la propiedad mecánica y grados de permanencia radica en los materiales.

Algunos de los materiales más comunmente usados en la fabricación de prótesis incluyen goma latex polimetilmetacrilato, resinas de vinil, silicones, y recientemente gomas -- siliconicas, vulcanizada a temperatura ambiente, (es interesante notar que estos materiales estaban desarrollados para el -- comercio y otros usos específicamente para la fabricación de -- prótesis), un material que podría ser hecho en casa tendría la necesidad de poseer algunas importantes características: tener una textura excelente, receptivo, no toxico, no alergico, debe prestar por si mismo exactamente la forma y la claridad con la retención de finos detalles y sin la introducción de obvias líneas de distorsión, un cierto grado de translucencia es requerido y el material debe ser esencialmente menos colorado cuando se está fundiendo, así es que quizá es entintado para simular tonos; el material debe ser durable, así como resistir la abrasión y el uso que se le pueda dar fuera, comunmente se usan teñidos, deben de demostrar los materiales alguna tendencia a decolorarse y no presentar un teñido irreversible, pero deben ser faciles de limpiar y preferiblemente con agentes -- ordinarios de limpieza. El material debe tener una flexibilidad coincidente con la piel circundante, lo cual es la adherencia, esto es como la musculatura facial debajo de la prótesis se contrae y se relaja, el material debe simular contracción -- y relax, el material debe permanecer flexible sobre los rasgos

de temperatura ambiente, debe ser adherido segura y comodamente y debe exhibir una fina línea marginal de contacto, el criterio químico para las prótesis debe ser:

- 1.- Ser flexible sin plásticos.
- 2.- Debe ser químicamente saturado.
- 3.- No tiene grumos o cadenas a los lados.
- 4.- Ser vulcanizado, termosintético.
- 5.- Tener una alta resistencia en la goma, o debe ser manufacturado con vaciado cuyo índice refractivo es equivalente al polímero base, así que las películas translúcidas pueden ser alcanzadas.

Las técnicas usadas para la fabricación de prótesis maxilofaciales deben ser simples y baratas.

CAPITULO III

EL MANEJO DE LOS TEJIDOS BLANDOS, ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL
TRATAMIENTO DEL CANCER ORAL.

El cáncer de la cavidad oral, con fines prácticos está constituido por células escamosas cancerosas en más o menos el 98% de los pacientes; generalmente se extiende hacia los linfáticos del cuello antes de entrar al torrente circulatorio; su tratamiento, frecuentemente depende del método exacto por el cual es hecho el diagnóstico. Muchas veces el diagnóstico es y debe ser hecho por el dentista.

Ciertamente el dentista o el médico tienen algún conocimiento pero no olviden el diagnóstico del cáncer oral, pero tienen un índice bajo de probabilidades de sospechar al descubrir una úlcera dentro de la boca. Cualquiera lesión que se sospeche como indicio de cáncer, debe haberse biopsia con la técnica indicada.

El dentista verá muchas lesiones pequeñas no malignas que deben ser remitidas para estudio patológico, si la lesión es clínicamente sospechosa, sin embargo, la incisión debe ser hecha por la persona que tiene experiencia en éste campo, para su cuidado; porque frecuentemente tales incisiones oscurecen los márgenes exactos del tumor primario y desvían a un inadecuado tratamiento.

En los pasados veinte años el considerable esfuerzo realizado, ha sido empleado en incrementar la efectividad de extirpar el tumor por nuevos métodos de remoción quirúrgica aplicando incisiones radicales a lesiones tempranas y en el desarrollo de nuevos métodos en la administración de irradiaciones. También han sido perfeccionados métodos histopatológicos quimicoquirúrgicos.

De cualquier forma, en el presente la preparación de un paciente para la extirpación del tumor, la subsecuente fase de rehabilitación, han sido descuidados en el aspecto del tratamiento. La rehabilitación ha sido ofrecida en un número limitado de centros Médicos y aún todavía, sólo esporádicamente.

En principio, éste cuidado óptimo puede ser impartido si hay un plan de pre-tratamiento multidisciplinario, es decir: que se incluyan especialistas en oncología, radioterapia, cirugía, dental, prótesis, otolaringología, y quimioterapia; en suma, servicios requeridos en patología, anestesia, medicina fi

sica, servicios sociales, psiquiatría y rehabilitación del lenguaje, o fonetría.

El cáncer es una enfermedad peligrosa, la cual si no es pronto y apropiadamente tratada puede causar la muerte o severas mutilaciones. Por lo tanto es imperativo que quien es tienen la responsabilidad del tratamiento del paciente -- con cáncer oral, tenga un especial entrenamiento en la materia.

El manejo de Pretratamiento de tejidos Suaves.

La higiene de la cavidad oral.

La preparación de la higiene de la cavidad es la misma antes de la remoción del cáncer, es importante en cualquier caso evitar la remoción del tumor por un prolongado programa de pretratamiento. La terapia de radiación realmente debe hacerse cuando la higiene de la cavidad oral es iniciada y sólo en unos pocos días sería requerido para limpiar la boca, la incisión quirúrgica, el fumar y tomar deber ser privado durante el tratamiento del paciente para reducir las reacciones inflamatorias en la mucosa.

Un método suave de limpieza debe ser usado, esto incluye una limpieza mecánica, lavados de boca con sal y agua más 50% de peróxido de hidrógeno para dicho lavado, una moderada presión con leves enjuagues de agua es excelente para reducir la inflamación y para provocar la circulación de los tejidos gingivales. Un cepillado suave debe ser usado por el paciente y cualquier bolsa de pus debe ser presionada suavemente por el dentista, aunque el lavado de boca es deseable, la manipulación excesiva debe ser evitada en un período de tres días para la extirpación del tumor.

EXTRACCIONES DENTALES

Si los tejidos gingivales están inflamados a consecuencia de los dientes con enfermedades radiculares deben ser extraídos, la limpieza dental no debe ser energética antes de cualquier irradiación o cirugía, las extracciones frecuentemente producirán una bacteremia durante 24 horas, y siempre los dientes enfermos deben por lo tanto no removerse un día antes de la cirugía radical.

EL CUIDADO DE LA PIEL.

La piel de la cara y el cuello deben tener una especial atención antes del tratamiento; cualquier forunculo debe ser aclarado y un lavado diario de la piel reducirá el conteo bacteriológico.

CUIDADO DE LA MUCOSA

No hay un método conocido de pretratamiento que sea usado en reducir la reacción secundaria a la irradiación como en ciertas condiciones las células basales mueren y producen una ulceración ancha y poco profunda la cual es cubierta por una delgada membrana sobre los tejidos submucosos, el grado de reacción mucosa es codificado paulatinamente por el cambio de los dosis y cantidad de aplicación de la terapia de radiación.

PLAN DEL PRIMER TRATAMIENTO DE INSISIONES PARA FACILITAR LA RECONSTRUCCION

El tiempo de reconstrucción requiere un planeamiento del primer tratamiento de incisiones en cara o cuello y un gran cuidado para devolver estética y función a la cavidad oral o proveer reemplazamiento de la lengua, mejilla o el paladar; la presencia del cirujano es práctica en el equipo quizá sea de gran valor en la fase del primer tratamiento.

Las insisiones comúnmente usadas para la disección del cuello, quizá necesitan del uso de cintas de piel -

regionales, las cuales son muy valiosas para la reconstrucción.

MANEJO DE TEJIDOS BLANDOS DURANTE LA EXTIRPACION PRIMARIA* DEL CANCER DE LA CAVIDAD ORAL.

La cirugía radical o radioterapia recuerda las primeras modalidades de curación para la cavidad con cáncer oral. La quimioterapia debe ser considerada sólo para tra tamiento paliativos o adjuntos, la quimioterapia es toda via o está aún bajo investigación clínica y las conclusiones finales no pueden ser hechas. Algún método de destrucción del tumor de cáncer dentro de la cavidad oral implica la -- pérdida de presiones de la anatomía normal produciendo morbilidad con la posibilidad de complicaciones.

La aceptabilidad de la cirugía radical o aceptación radioactiva depende en gran parte de la calidad y rapidez de reconstrucción y rehabilitación del paciente.

EL DETALLADO MANEJO DE TEJIDOS SUAVES ENCABEZAN EL PROGRAMA PRIMARIO DE TRATAMIENTO.

Resección y Reconstrucción Quirúrgica.

El peculiar tratamiento quirúrgico de la cavidad de cáncer oral, a menudo enfrenta anchas remociones del cáncer primario dentro de la boca en continuidad con los linfáticos y el piso de la boca y cuello en el lado del tumor, es difícil obtener adecuada estética para proveer que tales incisiones de la cavidad de cáncer produce un alto índice de curación que separa o discontinua remoción del tumor primario y los linfáticos del cuello, esto es por consiguiente razonable para asegurar que el índice de curación cuando la incisión del cáncer primario y nodulos regionales este complemento de una operación simple.

Los antiobloticos y el método de cirugía moderada han reducido la mortalidad de tales reacciones combinadas en un 3%, que son clinicamente aceptables, la cirugía-quirúrgica radical depende de una técnica propia. La operación debe ejercerse generalmente en el manejo de los alergones de piel y tejidos suaves profundos, las paredes finales no deben permitir un secado indevido por el calor de las lámparas de operación.

El tumor dentro de la boca o cuello no debe ser manipulado innecesariamente antes de remover las últimas células del tumor, será además reducida la frecuencia propagación del tumor a otras partes del cuerpo (ligadura de las venas mayores del cuello). Una ancha exposición de quirúrgica-facilitará la remoción de los márgenes adecuados, de tejidos no invadidos por el tumor reduciendo el peligro de un posterior sangrado de las venas no ligadas que además simplificará la reconstrucción de la herida.

La traqueotomía debe ser usada temporalmente sin amplias porciones de la mandíbula y lengua requieren remoción las incisiones de cuello para remover los nodulos linfáticos cervicales quizá algunas veces modificados en acordancia con la localización del tumor primario y la biología del cáncer.

El diagnóstico de sesiones congeladas de las posibles estaciones de cáncer deben ser determinadas con la ayuda de una biopsia, los materiales para este propósito deben ser obtenidos de las heridas, que desde los márgenes del espécimen relacionado que contenga el cáncer primario. La incisión a través del tumor de cáncer, quizá reduzca la posibilidad de usar la radiación.

post operativa, la cual antes de la cirugía radical todavía no ha tenido una prueba final para incrementar la cantidad de curación de la cavidad de cáncer, en el caso de cáncer de faringe y laringe.

INDICACIONES PARA RESECCION DEL CUELLO

La cirugía todavía difiere de las exactas indicaciones para la resección del cuello y varios tipos de cáncer oral, en general las disecciones del cuello de los nodulos cervicales son indicados como sigue:

- a.- En la presencia y evidencia clínica de expansión del nódulo linfático del cuello, como evidencia de una masa dura palpable clínicamente.
- b.- Por la presencia de un carcinoma primario de un lado largo de rápido crecimiento y un alto grado de malignidad en la biopsia.
- c.- Por la existencia de un cáncer primario de apariencia menos anaplástica, pero localizado donde los patólogos indican una espectación de alta incidencia y de extensión de los nodulos del cuello. Ej: los lados o bases de la lengua.
- d.- Siempre que la remoción del tumor primario sea considerable para facilitar la exposición quirúrgica a través del lado lateral del cuello que acompaña la remoción de los

linfáticos laterales, la porción unilateral y radical disección del cuello es posible, pero acarrea algún incremento de morbosidad en términos de edema cerebral y facial.

Es usualmente no indicado bajo el tumor primario que ocupe la posición media haciendo difícil la resección de nodulos de los lados del cuello en operaciones.

La unilateral disección del cuello es por lo tanto - algunas veces necesaria cuando el trato de radioactivos del medio de la base de la lengua supraglótica, laringe e hipofaringe, cuando más lados del cuello requieren la disección de nodulos linfáticos esto es usualmente para salvar la vena yugular interna.

INDICACIONES PARA LARINGOTOMIA

En una reciente revisión de los programas contra el cáncer de cabeza y cuello se encuentra que cerca del 60% de los pacientes responde la total glossectomía y ultimamente requieren la laringotomía para preveer pos-operativas aspiraciones y neumonías, a menudo los cirujanos repetirán por con siguiente, salvar la laringe después de la glossectomía, bajo suaves circunstancias debe ser revelado el sacrificio de uno o más de los nervios superiores laringeos, en muchos pacientes cuando ambos miembros superiores han sido cortados por una miotomía del músculo es de valor definitivo en reducir la aspiración con deglución, la aspiración traqueobranquial y el deglutamiento provoca con los soportes de los mecanismos de la laringe mantenidos por metodos quirúrgicos inmediatos en el quirofano si los mecanismos suspensorios entre la laringe y la mandibulá (complejo mandibular).

METODOS DE INMEDIATA RECONSTRUCCION.

El tiempo de la reconstrucción de la cavidad oral debe ser terminado por la competencia de un cirujano y su conocimiento de técnicas reconstructivas, una adecuada e inmediata reparación total, es la meta, esto no siempre es posible, pero claro, muchas más restricciones primarias deben ser emprendida en el futuro, que es de acostumbrarse al tiempo presente, es claro que la adición de aumento adicional del tiempo de operación causado por inmediatas construcciones no significan un incremento de la mortalidad quirúrgica y los procedimientos apropiados reducen generalmente la morbilidad del paciente, entre el 30 y 50% de los pacientes vistos, recuerda la fisión quirúrgica y la curación en considerable -- juicio es requerida en seleccionar los pacientes quienes deben ser tratados por procedimientos reconstructivos secundarios.

La hospitalización de muchos pacientes quienes no han sido curados por la extensión natural de su tumor, todavía resuelven expediciones para soportar los tejidos suaves. El confort y la propia estimación en un orden para manejar -- los gastos económicos de su familia y la sociedad, en muchos intentos el paciente solo tiene una oportunidad genuina para

curarse de este cáncer, a la terminación de este procedimiento la reconstrucción inmediata a menudo será el más evidente método de paleación, el mantenimiento de las relaciones anatómicas intraorales en el período po-operatorio.

CONDICIONES QUE CURSAN CON LEUCOPENIA

- 1.- Las infecciones sobrepagadas, o finales. (4)
- 2.- Las infecciones por virus, con algunas excepciones - -
(viruela, poliomielitis, rabia, herpes soster, serían -
las principales).
- 3.- Las salmonelis tifoidicas y la brucelosis.
- 4.- Las infecciones pulmonares por el bacilo de Friedländer.
(12)
- 5.- El lupus eritomatoso diseminado en sus etapas de evolu-
tividad.
- 6.- El hiperesplenismo.
- 7.- Los estados de desnutrición/
- 8.- Los estados de depresión de la médula ósea, total o so-
lo de la serie granulocítica; sensibilidad a determina-
dos agentes tóxicos, que pueden llegar a la agranulocí-
tosis.

- 9.- En el choque anafiláctico.
- 10.- En las anemias megaloblásticas y ferroprivas, cuando son intensas.

CAPITULO IV

MANEJAMIENTO DE LA SALUD ORAL Y GENERAL DEL PACIENTE CON
CANCER ORAL.

Mantenimiento de Higiene, y Salud Periodontal:

En los cuidados de salud que el paciente recibe para el cáncer de boca y mantenimiento de un alto nivel de higiene oral es un objetivo esencial. Las dos principales lesiones que afectan a los dientes y sus estructuras de soporte son caries dental y enfermedades periodontales.

Las medidas preventivas como la fluoración, pueden resultar en un menor grado de insidencia de la caries dental.

En pacientes que comienzan a tratarse de cáncer oral, infortunadamente las enfermedades periodontales son la causa primaria de la pérdida de los dientes después de los 25 años y el porcentaje en los adultos que padecen de cáncer oral también presentan una moderada o severa destrucción de enfermedad periodontal. Es importante y necesario encontrar y mantener el nivel de higiene oral dando al paciente temporalmente y con rapidez un adecuado tratamiento periodontal.

La post-terapia después de la terapia son la radiación o la cirugía, han sido mostrados significativamente con grados técnicos de higiene oral empleados durante el período preoperativo; frecuentemente estas técnicas requieren varias secciones de instrucción y tratamiento.

Además el índice de los pacientes con enfermedad periodontales no requieren de estos procedimientos para un régimen de psicoterapia.

REMOCIÓN DE LA PLACA:

Recientes estudios clínicos indican que en el orden de la prevención la ocurrencia o recurrencia de cambios inflamatorios en el periodonto, depósitos calcáreos - pueden ser removidos periódicamente por el dentista y la placa dental puede ser removida por el paciente en un período básico.

La remoción de la placa dental es el más importante objetivo de la limpieza oral. Esta acumulación que consiste de formas microbianas localizadas en una masa or-

ganica, ésta frecuentemente presenta en el tercio cervical de los dientes, con enfermedad periodontal, ésta se adhiere al esmalte como también al cemento e intervienen como una regla primaria en la causa de las lesiones inflamatorias en la gingiva que está en íntimo contacto con la placa.

La remoción de la placa en el paciente puede ser fácilmente identificada por algunos colorantes (tabletas), que han sido una parte esencial del instrumental para el dentista dentro de la enseñanza de la higiene oral. Estas tabletas o soluciones, son usadas por el paciente además de los instrumentos para la higiene como son: el cepillo dental, la seda dental, los palillos. Obviamente la limpieza de los dientes tiene un sitio importante en el mantenimiento de una buena higiene oral, dando masaje gingival un factor en el programa de psicoterapia oral hacia el paciente tratado con cáncer oral. Será la remoción de la placa dental y la remoción de los dientes además de otros objetivos.

Probablemente el mejor instrumento para la remoción de la placa es el cepillo, las superficies proximales de los dientes deberán ser limpiadas por el uso de la-

seda dental y los estimodentes, son también de utilidad en la remoción de la placa.

La técnica de higiene oral hacia el paciente con cáncer oral deberá ser una que no afecte a las estructuras de soporte, en otros la limpieza de una parte del diente entre el margen gingival y la parte coronal de la adherencia epitelial, un cepillo de cerdas múltiples es indicado. En el final de las cerdas de este cepillo deberán redondeadas para evitar la ulceración de la gingiva.

La técnica de cepillado deberá ser una que limpie enteramente la corona clínica.

En presencia de incapacidad algunos pacientes pueden practicar mejor su higiene oral con un cepillo eléctrico es también la remoción de la placa, esta técnica de limpieza de los dientes incluye el uso de un dentrífico para la remoción de la placa dentaria.

Varios reportes tienen indicado que la placa dental que se adhiere a prótesis dentales puede ser una

causa de irritación de los tejidos mucosos. Los cuidados para la práctica y a través de la remoción de la placa -- dental resultan útiles para la educación de los pacientes ayudándolos con película, fotografías, folletos, etc. con teniéndolos o enfocándolos a la enfermedad para que el pa- ciente pueda apreciar.

La regla de la terapia periodontal en el trata- miento del paciente general, también deberá ser usada para el que tenga cáncer oral, pero considerando ciertas pre -- cauciones (metastasis), tales como la administración de -- antibióticos que reducirán la infección microbiana.

PROBLEMAS DIETÉTICOS Y NUTRICION

En el paciente con cáncer oral es frecuente un problema mayor en el aspecto nutricional y la pérdida de peso son importantes. Complicaciones del tratamiento, por que el paciente debilitado por cáncer es afectado por ca- quetsia, estos efectos producidos por neoplasmas que no -- son de resultado inmediato de la interferencia mecánica -- con las estructuras reconocibles. La caquetsia es un sín- drome caracterizado por anorexia y reflexión, y anormalida- des electrolíticas y una progresiva pérdida de funciones --

vitales, además de estos síntomas se presentan manifestaciones como apatía, decaimiento y ansiedad, son las características. Estas características tardías representan la participación del medio en la disfunción de procedimientos metabólicos.

Estos aparecen con la pérdida de proteínas como el mayor factor en la caquexia, no es bien conocido sin embargo, que la pérdida de proteínas sea una deflección de cuerpos nitrogenados o un reflección de una incapacidad de usar nitrógeno de proteínas debido a la interferencia por el tumor.

La pérdida de grasa es generalizada, esta son perdidas desproporcionales de minerales relativos al sodio elevado, concentraciones de cobre que han sido descritas y que así tienen anomalías de agua en la adición a este síndrome definido el paciente con cáncer oral tiene un impedimento físico para el paso de los alimentos, frecuentemente tiene infección y fiebre, la quimioterapia contribuyen a la anorexia y a su estado nutricional, dentro de estas circunstancias es razonable una buena nutrición de suplementos vitamínicos y dietas altas en proteínas son universal -

mente empleadas como ayudantes en el tratamiento, por ejemplo si hay causa de hipoproteinemia hay una mayor sensibilidad a las soluciones salinas, mayor prolongación de tránsito intestinal y reducción de anticuerpos, así que es claro que el mantenimiento del estado nutricional del paciente es de gran importancia.

INFECCION:

La causa de una infección influirá en el método de su tratamiento. Las más comunes situaciones en las que la infección es posible que ocurra con el cáncer y en el que el tratamiento pueda significar complicaciones infecciosas será el de auxiliarse de un reconciamiento preventivo.

Las situaciones más frecuentemente observadas en el cáncer oral son las siguientes:

- 1.- La eroción local, cuando la piel o las membranas mucosas están descamadas, la protección de los tejidos internos puede estar libre y una infección puede presentarse.

- 2.- Nódulos linfáticos, el drenaje natural de los tumores infectados puede presentar en primer lugar linfadenitis, celulitis o un absceso local, el nódulo linfático puede -- contener organismos patógenos, como también cáncer metastático. Esta es una situación común con el cáncer intraoral.
- 3.- Cáncer Necrótico, el rápido crecimiento de neoplasmas puede crecer hacia afuera y suplir su sangre y el resultado y el resultado es -- una región central necrótica; provista de -- un excelente medio de cultivo.
- 4.- Disminución de la resistencia del paciente -- ocasional, con un neoplasma oral que afecta -- mielo proliferación de los tejidos puede tener esparcimiento o anormalidades leucosifíca. El resultado es una resistencia local -- infectiva a la infección. En adición también puede haber alteraciones en las inmunoglobulinas, así que la respuesta en la circulación -- de los anticuerpos está adversamente afectada. Las respuestas de las inmunoglobulinas --

y la capacidad regenerativa del organismo son -- posteriormente diseminadas por la caquetsia, -- así como también por la radioterapia y la quimio terapia.

- 5.- Factores en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Es siempre posible complicar un -- procedimiento de diagnóstico por la introducción de agentes infecciosos, biopsias, traqueotomías procedimientos endoscópicos y de hibridación para extracción dental pueden ocasionar alguna infección.

La incidencia de la infección no es general en el -- cáncer oral, además de diversos estados de cuidado definitivo los casos son muy raros en un 90% y en un 10% cuando se observan y aparecen, nunca cuando la lesión cancerosa es en contrada esta rfa ulcerada, el dentista puede presumir de la existencia de infección, infortunadamente es también un intervalo de salud, en el que los organismos predominantes en las infecciones orales están claros, sin embargo la influencia de monilia oral frecuentemente aparecen en pacientes con cáncer oral, como respuesta a las infecciones de moni --

lia oral. La mayor parte de los especialistas mencionan un estado en que los organismos infecciosos son miembros de la flora normal, otras autoridades son más específicas en la implicación del estafilócoco, estreptococo, protozoos y organismos difteroides. Sin embargo, ellos no concluyen en este punto, además los pacientes con cáncer oral, son susceptibles a infecciones orales, no están convencidos que indique que ellos son susceptibles a infecciones sistémicas cuando se detecta la causa más frecuente de bacteremia son organismos gram negativos; los estafilococos aparecen predominantemente en el paciente con infecciones del tracto respiratorio, recientemente la incidencia de estas infecciones puede ser relacionada en parte, la sucesiva injuria y supervivencia del paciente con cáncer subsecuentemente la quimioterapia puede dar defensas en el paciente, estas aparentemente y más comúnmente reconocer las infecciones.

La injuria de la infección en el paciente con cáncer oral deberá ser considerada en tres categorías:

- 1.- Monilliasis oral.
- 2.- Otras infecciones orales diferentes de la monilliasis.
- 3.- Infecciones sistémicas.

Monilliasis Oral.- Frecuentemente se presentan en pacientes con cáncer oral y los resultados de una variedad de causas, como debilidad, mala nutrición, alcoholismo crónico, radioterapia, disfunción posquirúrgica, quimio -- terapia del cáncer y medicamentos terapéuticos que incluyen el uso de antibióticos y agentes psicofarmacológicos -- y cortico esteroideos, las infecciones de monilia en la boca son generalmente acompañadas por síntomas de quemadura -- en forma blanda y seca, pero en apariencia clínica presenta algunas otras combinaciones variando de simple a ines -- pecífica difusa e inflamación extensa (estomatitis), variando en el tamaño observando en la adherencia zonas grisáceas necróticas.

Un diagnóstico debe ser establecido a través -- de este cultivo, hay aprovechamientos efectivos de manejo -- de la monilliasis oral.

- 1.- Enjuagues frecuentes después de la comida-

de tres a cuatro veces al día con micostatian suspensión - (2ml.), 100.000 UI por ml., la suspensión deberá ser usada con enjuagues vigorosos durante un minuto, aplicaciones to picas de micostatian es otra alternativa.

- 2.- Mantenimiento de una higiene oral cuidadosa y la máxima atención a su mantenimiento.
- 3.- Una aceptable dieta nutricional completada con terapeutica multivitaminica.

Otros tres agentes topicos aplicados pueden -- ser empleados cuando no es aceptado de micostatian por el - paciente, incluyen:

- a.- Tintura, ejemplo: violeta de genciana
- b.- Bradasol
- c.- Anfoterisina B

Infecciones Orales, Incluyendo la Moniliasis:

Los factores que más comunmente siguen a una infección secundaria en los tumores de la cavidad oral, son ulceraciones de la lesión cancerosa, extracción quirúrgica, espacio residual o muerto o hematoma, radiación de la mucosa - debilitada e infección concomitante y controlada, son algunas de estas.

La profilaxis y presiones antiinfectivas deberán ser instituidas y mantenidas durante el pretratamiento y --- post-tratamiento, siempre que sean posibles las medidas profilácticas deberán incluir un régimen escrupuloso para el -- mantenimiento de un alto grado de higiene oral, medio del -- uso del cepillo (normal o eléctrico), y la administración de antibacterianos, como también de derivamiento o limpieza con enjuagues estará indicado. Curetaje coronal y subgingival, - el cual deberá ser perforado y repartido en intervalos de -- tiempo en orden para el mejor mantenimiento de la salud de - los tejidos gingivales. Todos los procedimientos de restauración dental, ser incluidos en este régimen profiláctico, - los estados de desnutrición deberán ser también cuidadosamente tratados, ya que ellos predisponen a infección en los casos de infecciones benignas y superficiales, los agentes locales antimicrobianos pueden ser presentados en una o más --

formas de combinaciones topicas, enrys, etc.; numerosas sustancias antiinfecciosas están presentes para la administración topica, incluyendo antibioticos como la bractiracina neomicina y polidocina B; astringentes como el cepacol, el agua oxigenada, peróxido de zinc y colorantes como la violeta de genciana.

Cuando la infección oral es más severa o cuando no responde a la terapia topica o cuando el aprovechamiento sistémico es más débil por el disturbio o el impedimento de función oral, la administración de antibioticos sistémicos puede ser necesaria y aconsejable.

INFECCIONES SISTEMICAS:

Las causas más comunes de infecciones sistémicas en el paciente con cáncer oral son:

- 1.- La existencia de una infección oral, debido a una complicación local anterior.

2.- Debilitación y descanso prolongado. o (neumonía)

3.- Leucopenia secundaria debida a la quimioterapia antitumoral o radiación extensiva.

4.- La presencia de infección concomitante hacia algún otro sitio.

DOLOR:

Sin embargo el dolor no se presenta inicialmente en el paciente con cáncer oral, particularmente cuando la lesión cancerosa es pequeña y de tamaño moderado, o sea en un estado inicial. El dentista no puede diferenciarlo completamente con presencia de quemadura suave y casi sin dolor franco en algunos estados, dentro del tratamiento de los pacientes el dolor es difícil de definir, porque hay grandes diferencias a la respuesta del dolor a diferentes pacientes, sin embargo, el estado psicológico del paciente ejemplo: ansiedad y depresión varia la sensibilidad innata de cada persona al dolor. Las causas del dolor son de cursos numerosos y variados, incluyen: ulceraciones e infecciones de la lesión cancerosa, interferencia funcional de la boca por el tamaño de tumor; invasión neoplásica del hueso

y estructuras nerviosas; la secuela directa de procedimientos quirúrgicos, terapia radiactiva y quimioterapia del cáncer. El dolor es también un sintoma asociado con moniliasis y osteomielitis. Se enfatiza que en algunos casos el dolor resulta del uso de agentes irritantes como coridos y líquidos incluyendo el pH ácido y del uso del alcohol, fumar y también de prótesis dental. Es obvio que el paciente con cáncer oral está dispuesto a anomalías dentales (caries, infecciones odontogénicas y enfermedades periodontales), y que en estas condiciones pueda ser el dolor mayormente intensificado para propósito de conveniencia y en el orden de enfatizar específicamente cambios de la terapia para el control del dolor el tratamiento será discutido dentro de las siguientes causas:

- 1.- Quemadura local o ardor local y blandura.
- 2.- Dolor franco.
- 3.- Dolor intratable.

Desde un punto de vista profiláctico el dentista -

deberá recomendar y mantener preoperatoriamente y posoperatoriamente al paciente con buena higiene oral y deberá organizar procedimientos correctivos necesarios para el mantenimiento de la salud de los dientes y de sus estructuras de soporte, las medidas para los síntomas como son: ardor local - blandura y dolor pueden ser adecuadamente llevadas por medio del uso de uno o más métodos incluyendo:

1.- Aplicaciones tópicas de pastas adhesivas endentaduras para el control sintomático de inflamación, ercción y ulceración.

2.- Aplicación térmica paleativa (enjuagues salinos para el control sistemático de lesiones traumáticas) ---- (edema),

3.- Drogas, hay varios grupos de drogas que pueden ser aplicadas y de moderada efectividad en el control de estos síntomas, pero su grado de efectividad es a menudo limitado por la causa específica de el complemento, entre muchos de los agentes útiles (la selección depende del grado, calidad intensidad y sitio de los síntomas), son los siguientes:

- a.- Analgesicos (aspirina, darbon, codeina).
- b.- Anestésicos tópicos (xilocaína, pasta, en - - aerosol, benzocaína pasta).
- c.- Agentes antimicrobianos para el control del - dolor sintomatológico asociado con infección - (antibióticos tópicos y sistémicos). Peroxido.
- d.- Astringentes (enjuagues bucales).
- e.- Agentes psicofarmacológicos, agentes antiansiedad (Miltown) (Librium, barbituratos); Agentes antisicóticos (Thorazine y antidepresores (tropolil)).
- f.- Corticosteroides tópicos, para la supresión - de síntomas asociados con la inflamación de - erociones y úlceraciones Dolor franco:

La causa del dolor franco debido al curso de este es determinado antes de una inflamación terapéutica, algunas veces la infección asociada puede ser la causa del dolor con

tante. El dolor severo puede estar presente cuando el tumor comprime los nervios sensitivos, el dolor óseo causado por - infección metastatica puede ser debido a la radioterapia local o a la descompresión quirúrgica, la intersección periférica-nerviosa puede detectarse por la inyección del alcohol o alguna solución acuosa del 5 o 7% de fenol. Esto sin embargo es un procedimiento útil solamente si el dolor está localiza do en un área pequeña, no es común para el paciente con cánc er oral, la aplicación de analgésicos potentes cuando la te rapia medica es considerada, se deberá evaluar la la regla - de agentes nocivos como el tabaco y el alcohol en el origen- del dolor y tratar de eliminarlos, cuando los analgésicos -- son necesarios posrá aplicarse el uso de la aspirina. La -- combinación de la aspirina y un sedante mayor pueden ser su- ficientes para el paciente cuando los narcoticos son requeri dos es mejor darlos en pequeñas dosis.

DOLOR INTRATABLE:

Cuando el dolor óseo comienza a ser intratable - y todas las medidas conservadoras tienen fallas el hueso pue de ser removido como una medida posterior; a menudo la neuro

tomía periférica y la sección nerviosa craneal pueden dar --
 excelentes resultados en el dolor intratable en el cáncer --
 oral, dependiendo de la localización del cáncer, un resulta-
 do puede ser obtenido por una posterior risotomía (corte de
 nervios), trigemino, glossofaríngeo y vago, solos o en combi-
 nación si el dolor de cuello está asociado con el dolor fa --
 cial, la sección de las raíces cervicales superiores pueden --
 estar presentes, la lobotomía prefrontal pueda cambiar la r --
 eacción del paciente hacia el dolor. Este procedimiento --
 puede ser hecho por medio de una técnica criogénica y si es
 considerada solamente en una fracción de minuto por los pa --
 cientes quienes sufren absolutamente de dolor intratable ago
 cido con ansiedad y disturbios sinceros emocionales.

XEROPOMIA:

A menudo se acompaña por síntomas de dolor blan-
 dura de la mucosa oral, como también de alteraciones de sen-
 saciones, es una secuela frecuente y directa del paciente --
 con cáncer oral, particularmente cuando las glándulas saliva
 les han sido expuestas a la radiación o cirugía mayor, tam-
 bién se ha encontrado en pacientes que tienen infección por-
 monialia están recibiendo agentes psicofarmacológicos, cuando
 la intensidad de la sequedad de la boca es frecuentemente in

volucrada por el grosor de la comida y los alimetros secos y el acompañamiento de suavidad y dolor, son a menudo exaservados por el contacto con frutas, comidas condimentadas, - - - alcohol líquidos calientes, carbonatos y tabaco, igualmente irritaciones menores, como también las que producen por protodoncia removible, cúspides de dientes agudos, márgenes desiguales de coronas variadas y los ganchos y barras de las protesis pueden crear episodios de intenso dolor. En algunos casos las irritaciones pueden seguir un rompimiento de la sequedad y atrofia de la mucosa oral, dando por resultado la formación de erociones, ulceraciones e infección, igualmente por necrosis, esto no es individual e invariables en el manejo de los componentes asociados con la sequedad de la boca, no obstante, varios procedimientos y sustancias numerosas han sido probadas para ser útiles en el alivio temporal.

COMPLICACIONES

HEMATOLOGICAS

ANEMIA:

TABLA 1

TABLA DE DIETAS

Agua - 2700 ml.	Riboflavina. - 5mg.
Aminoasidos 100g.	Nianicina - 100mg.
Calorias en proteinas 1.220	Calcio - 20 mg.
TOTAL DE CALORIAS 1620	Piridoxina - 2mg.
Na - 6 gm.	Ac. ascorbico- 300 mg.
Potasio - 30 mg.	Ac. folico - 1.5 mg.
Flamina Hcl - 5 mg.	Vitaminas B12- 1mg.

TABLA 2 dieta líquida

<u>DESAYUNO</u>	<u>LUNCH</u>	<u>COMIDA</u>
Jugo de naranja - 4-Oz.	Sopa de vegetales	Sopa de crema de pollo
Leche - 1 vaso	Gelatinas	Helado
Café - 1 cda- sopera	Leche 1 vaso	Jugo de tomate
A azúcar	Café, té, azúcar	Leche
Cereal - 2/1 cda.	Leche	Café, té, a zucar, leche.

TABLA 3

Formula Liquida de la Leche

Calorias	- 1.763	Tiamina	- 1.5 mg.
Proteinas	- 152 gr.	Riboflamina	- 8.1 mg.
Carbohidratos	- 2 a 8 gm.	Niacina	- 4.6 mg.
Calcio gm.		Ac. ascorbico	- 31.3 mg.
Vit. "A"	- 1330 I.U.	Sodio	- 2.3 gr.
		Potasio	- 6.5 mg.

TABLA 4
ANALISIS NUTRICIONAL
DE LA DIETA.

Calorias	- 2.550	Tiamina	- 1.44 mg.
Proteinas	- 111 gr.	Riboflamina	- 6.41 mg.
Calcio	- 2.34 gm.	Niacina	- 23.2 mg.
Vit "A"	- 55.00 I.U.	Ac. ascorbico	- 264 mg.

TABLA 5
FORMULA TERAPEUTICA

Tiamina Hd	- 10 mg.	Periodoxina Hd	- 2mg.
Ribiflavina	- 10 mg.	Ac. Folico	- 1.5 mg.
Niacicina	- 100 mg.	Ac. ascorbico	- 300 mg.
Calcio Pantotenico	20 mg.	Vitamina B12	- 4 mg.

La anemia asociada con el cáncer oral es generalmente moderada, aunque en las estadísticas no es válida. La causa más común de una anemia en el paciente con cáncer oral es probablemente una combinación de una aguda hemorragia crónica, infección y malnutrición, la lesión local es generalmente el origen del sangrado, pero la hemorragia puede también desarrollarse de anomalías vasculares (ejemplo avitaminosis), atrofia de los tejidos subcutáneos o raramente en defectos de la coagulación, este último relacionado a deficiencia hepática, con deficiencia de síntesis de proteínas comprometidas en la coagulación normal, por ejemplo: hipoprotebinemia de nuevo la elaboración de anticagulantes que se hallan circulando o la presencia de disproteinemia en el paciente con linfoma maligno.

La infección asociada con complicaciones hematológicas puede ser local o sistémica en un principio, puesto que el promedio de vida de los eritrocitos es de 120 días, -- la deficiencia nutricional no necesita estar directamente relacionada a una enfermedad neoplásica, pero puede ser reflejada en la presencia de una segunda condición, por ejemplo:-

mal absorción.

El tratamiento con agentes supresores medulares -- como quimioterapia antitumoral o unido al paciente que ha sido irradiado intensa mente puede producir anemia posteriormente agentes terapéuticos pueden inducir a una dosis que depende de la anemia, por ejemplo: fenacetina o un tipo de sensibilidad, -- deficiencia de la deshidrogenasa, glucosa o fosfato anemia, -- por ejemplo: sustitutos de la vitamina K, sulfonamidas penicilina y estreptomycin. Períodos hemolíticos pueden también ocurrir en pacientes con defectos hereditarios como hemoglobinopatías y deficiencias enzimáticas o después de transfusiones sanguíneas, los esta dos hemolíticos también pueden estar asociados con neoplasmas de origen linfóide. Finalmente cuando metástasis distantes ocurren en el cáncer oral, la médula ósea puede ocasionalmente ser involucrada y cuando la anemia mieloplastica o la leucoeritroblastosis pueden presentarse, pero las metástasis pueden estar presentes sin que se presente anemia.

Esto es que el paciente con enfermedad neoplástica puede tener una anemia de origen complejo, resultado de la disminución en la producción de sangre, resultado de deficiencia -

de metabolitos esenciales, infección o hipoplasia producida por agentes químicos o físicos.

Pérdida de sangre; excesiva destrucción de corpusculos rojos, falta de producción en células rojas.

El diagnóstico correcto debe ser determinado por procedimientos cuidadosos y un intento hecho preoperatoriamente hacia la anemia, el tratamiento de la anemia será por supuesto hecho en base a la causa, la transfusión con sangre fresca, la eliminación de organismos agresores o quimioterápicos, irradiación cuidadosa y una adecuada nutrición representan el tratamiento óptico para la anemia. Aunque sustancias androgénicas pueden ocasionalmente tener un efecto hematopoyético estimulante, nosotros encontramos estos agentes relativamente satisfactorios. Además de estos procedimientos terapéuticos -- una moderada anemia normocítica puede persistir y es generalmente por caquexia.

LEUCOPENIA:

El paciente con cáncer puede tener anomalías de leucositos y plaquetas, ordinariamente los leucocitos están elevados por infección, la anemia mieloplástica también puede producir leucoeritroblastosis asociada con el desprendimiento de células blancas inmaduras, recíprocamente la leucopenia puede reflejar la presencia de infecciones gramnegativas, radioterapias o sensibilidad a algún fármaco, los analgésicos (aminopirina), dipirone, fenilbutazona, fenotbasinas (clorpromacina, bromacina, nepacina), sulfonamidas, tranquilizantes (metrobato). Unidades procainicas y barbituratos han sido asociados con leucocemia, la caquexia puede producir leucocemia, la caquexia y tumores específicos (linfomas y leucemias), puede estar asociada con inhibición diferencial de un tipo específico de células. La neutropenia es de importancia desde niveles absolutamente por debajo de 1.500 neutrofilos por milímetros cúbicos, pudiendo predisponer al paciente a una infección, el manejo de los periodos primarios de reposo de la leucopenia, en el dilucidamiento del agente etiológico y su remoción vigorosa antibioterapia, el juicioso uso de quimioterapia antitumoral, la radiación y el mantenimiento de una aceptable nutrición son importantes. La infección en presencia de leucopenia es mejor manejada por la utilización de agentes bactericidas como son penicilinas y estreptomycinas.

TROMBOCITOPENIA :

Las causas de trombocitosis y de trombocitopenia en el paciente con cáncer oral son generalmente semejantes a la leucopenia. Los niveles de plaquetas pueden ser involucrados y producir trombosis (raramente con tumores orales), o ser disminuidos y resultar en purpura la trombocitopenia puede ser producida por irradiación de rayos X, quimioterapia antitumoral u otros agentes terapéuticos, la trombocitopenia ha sido apreciada después de la terapia con neprobano, fenorbital, sulfonamida, estreptomycinas, oxitetraciclina cloranfenicol, felcilatol y fenil-butazona, los niveles de plaqueta por debajo de 60.000 - 20.000 ml. cúbicos - pueden ser asociados con una hemorragia, otra vez la terapia será dirigida a la eliminación del agente etiológico. La prednisona 30 ml. por vía oral puede ser asiente de trombocitopenia purpura, la transfusión de plaquetas pueden ser usadas durante la trombocitopenia severa. Los efectos temporales y los anticuerpos pueden desarrollarse.

El manejo ejercido del paciente tratado de cán-

cer:

El tratamiento de cáncer oral es pocas veces realizado por el médico de cáncer oral, sin embargo, él es el primero en reconocer la enfermedad y asiste al especialista, aparece la confusión siendo común en la mente del paciente y su médico, así como también es llevado fuera del periodo seguido al post-tratamiento, los procedimientos mantenidos deben ser explícitamente detallados al paciente y la necesidad para frecuentes exámenes deberán ser enfatizadas, el radioterapeuta o el cirujano deberán generalmente asumir la responsabilidad, pero el ideal del tratamiento continuo deberá ser basado sobre un plan de cooperación con visitas alternadas a cada consultorio.

LESIONES PRIMARIAS MÚLTIPLES:

La superficie nasal, faringea y laringe y la mucosa oral tienen un significativo de alta incidencia en las lesiones primarias múltiples de los cánceres orales, por lo tanto es obligatorio que después del descubrimiento de un tumor en una de estas áreas, una reexaminación de tres a seis meses debe ser hecha por el conocimiento de una alta inciden-

cia de cáncer secundario cuyas lesiones pueden ser reconocidas tempranamente a menudo antes de sus síntomas pueden ser tratados con menor terapia radical que es a menudo necesaria con la enfermedad primaria, algunos otros factores ejercidos en el paciente son tan importantes como la reexaminación, a intervalos frecuentes y constante vigilancia de las lesiones secundarias mientras que muchos pacientes con cáncer oral -- tienen antecedentes de consumo de alcohol y tabaquismo no ha sido demostrado que la prohibición de estos hábitos, necesariamente alteran la propensión a degeneración maligna de la membrana mucosa, por lo tanto si bien pueden ser aceptados, el consejo de no fumar y no tomar alcohol será cuidadosamente seguido por el paciente.

Usando el espejo laríngeo para examinar indirectamente la nasofaringe, faringe y laringe es recomendable -- que el dentista quien tiene más oportunidad, de observar frecuentemente las membranas mucosas orales y continuamente usa el espejo para una evaluación oral, comience a familiarizarse con la anatomía de la faringe y la laringe.

Rara es la vez que haciendo la palpación de la lengua o piso de la boca, la observación indirecta, de la la ringofaringe, requiera anestesia topica. El dentista desempeña un papel importante en el reconocimiento temprano de lesiones dentro de esta area anatomica el retractor del paladar blando el cateter y la intubación nasal pueden seguir mejor que la innacecible nasofaringe y ser incluida en la examinación de la cavidad oral.

Esta no es completa a menos que las membranas mucosas y lenguas sean observadas, y palpadas.

El desarrollo incidioso de nuevas enfermedades primarias especialmente el tejido posterior de la cabeza y area del cuello es necesario hacer cuidadosamente la palpación y realizar biopsias.

Las lesiones de la cavidad oral pueden ser facilmente tomadas en la biopsia y controladas por presión o cauterización con nitrato de plata, esto sugiere que la capacidad del dentista para valorar este procedimiento de diagnóstico sea eficaz de lo contrario se presentará la duda si el-

paciente regresará con el medico).

NODULOS LINFOIDES PALPABLES EN EL CUELLO.

Siempre son sospechosos como recurrencia o metastasis del tumor, igualmente en la parte lateral del cuello se guidos de desecación radical del cuello, en lado de la cirugía, del cáncer primario la contralateral metastasis están in volucreadas comunente como lesiones proximas a la linea media. La biopsia de éstas lesiones puede ser considerada solamente después por medio de la exáminación sin embargo, la biopsia está contraindicada y la resección radical del cuello es considerada en base a la sospecha de enfermedad metastática si la biopsia nodular está indicada. El dictamen deberá ser usado en la plancación de la incisión si es que esta puede ser recomendada.

C O N C L U S I O N

El contenido de este trabajo en sus cuatro capítulos está enfocado a preceptos tan importantes los cuales deben estar presentes en el conocimiento ejemplo: la evaluación de dientes permanentes en personas con cáncer oral, así como también algunos aspectos de la salud oral durante la terapia de cáncer y puntos importantes como son los cambios histopatológicos de las glándulas salivales, así como tener conocimientos de los planes que se siguen para la construcción de prótesis para pacientes con cáncer oral y los materiales que se usan en la construcción de estas.

En sí estos son algunos de los aspectos que se siguieron en este trabajo además de algunos procedimientos en casos como la xerostomía, el estado nutricional del paciente por los cambios que presenta el tumor maligno.

En conclusión la idea de esta tesis es dar una idea general de los cuidados y varios aspectos del tratamiento-

y etapas que se siguen en aspectos físicos, químicos, psicológicos en una adecuada terapia para el paciente con cáncer oral

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Einhom, J. Incidence of oral Carcinoma in Patients - With Leujoplakia of the oral mucosa *Cáncer* 20: 2189 - 2193, 1967.
- 2.- Shedd. D.P. et al, Cáncer of the buccal mucosa palate and gingiva in connecticut, 1935, 1959 *Cáncer* 21: 440 - 446. 1968.
- 3.- Cáncer of the mouth in connecticut 1935 - 1959. *Cáncer*- 21: 97- 101.1968.
- 4.- Gais ford J. and. Pueckeot, F. Osteoradiamecrosis. of - the mandible. *Plast. & Reconstruct Sur.* 18:436-447, - 1956.
- 5.- Adisman I.K. and Birnbach S. Surgical Prosthesis For- reconstructive mandibular surgery. *J. Pros. Dan* 15: 988 991,1966.
- 6.- Conn. J.H. et al the presentation of vadio osteomyelitis, in the mandible and maxila. *surg. g y nec & obst* 123: - 114 - 116, 1966.

- 7.- Meyer I: osteoradionecrosis. of the Jawa. Chicago. year Boo,. Publishers. 1958.
- 8.- Salomon, Harold et al. Extraction of teeth after cancer-ridal doses of Radio therapy to the head and neck an.- J. surg. 115: 349 - 351, 1965.
- 9.- Boucher L.J. and Heupel E.M. prosthetic restoration of a maxilla and associated structures J. Pros. Den. 16: -- 154 - 168, 1966.
- 10- Boucher L.J. and Heupel E.M. prosthetic restoration of a maxilla and associated structures J. pros. Den. 16: - 154- 168. 1966.