



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Odontología**

**CUIDADOS ORALES PARA EL PACIENTE  
CON CANCER ORAL.**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

P r e s e n t a :

**LUIS GARCIA Y PEREZ**

México, D. F.

1981



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

I N D I C E .

	Pags.
INTRODUCCION . . . . .	1
CAPITULO I El Manejo de los Dientes relacionados al tratamiento del cáncer oral. . . . .	2
CAPITULO II Planes protésicos para pacientes con cáncer oral. . . . .	14
CAPITULO III El manejo de los tejidos blancos 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

## INTRODUCCION.

Actualmente es muy discutido el tema de cáncer, cuyo procedimiento puede desarrollarse en cualquier parte del - - cuerpo humano.

Por esta razón, trataré de exponer un tema que asiste paralelo al padecimiento mencionado y que es:

C A P I T U L O I .

EL MANEJO DE LOS DIENTES RELACIONADO AL

TRATAMIENTO DEL CANCER ORAL.

## CUIDADOS ORALES PARA EL PACIENTE CON CANCER ORAL.

La Oncología que se encarga del estudio del cáncer, trata de encontrar, por medio de sus acogedores estudiosos, nuevos procedimientos para evitar la mutilación y muerte de los enfermos con este padecimiento. Haciendo investigaciones de carácter científico, con el fin de terminar totalmente con esta enfermedad penosa y mortal . . .

**Es doloroso observar la serie de trastornos sistémicos, - indicaciones y estados psicológicos a que está sujeto este paciente, sumándose los de carácter social y moral.**

Esta es la razón por la que enfocamos nuestra ideología - hacia el cáncer de la cavidad oral, y sus cuidados.

Al presentarse el cáncer oral, respecto de la movilidad y la rehabilitación siguiendo la terapia.

Cuando es necesaria la cirugía de la mandíbula u otros -- segmentos a eliminar algún diente en el lugar del cáncer o parte del extraído espécimen, sin embargo, la evaluación y tratamiento de dientes permanentes es importantísimo para el cáncer oral del paciente; Exámenes clínicos y radiográficos, deberán determinar el plan de tratamiento.

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

- 1.- Eliminación de la infección o sepsis intensa por la extracción periodontal (putrefacción).
- 2.- Remover las raíces no estaurables de la envoltura -- periapical del diente.
- 3.- Eliminar la inflamación gingival y periodontal y la -- infección de la costra, corrección de la higiene oral.
- 4.- Restauración de caries extensas.
- 5.- Se sugiere terapia endodóntica, para mantener el -- diente como soporte específico en caso de prótesis.

Estos dientes que de otra forma serían extraídos pueden - mantenerse por medio de procedimientos de rehabilitación en cirugía para mantener a la mandíbula en posición fun-- cional y resistir la contracción de la herida, pueden ser vir como medios de anclaje para prótesis, esto va a con-- servar la función masticatoria y el grado de estética muy importantes para la moral.

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

#### EL PAPEL DEL DIENTE.

El diente es una vía de tránsito propicia para la infec-- ción, la cual puede invadir hueso, las caries, exposicio-



nes de la pulpa, espacios periodontales, que habren avenidas para la infección.

El trauma de la mucosa oral, es un mecanismo de gatillo - en la historia del cáncer oral, los pacientes que han sido curados por una lesión primaria son más vulnerables -- que otros para una lesión secundaria y heridas por dientes agudos, ampliaciones dentales de los tejidos suaves - de la boca constituyen un azar, por esto los pacientes -- tratados deben ser sobrevigilados por el especialista dental y el terapeuta de cáncer primario para guardarlo contra tal 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 engerias radioactivas y las dosis variantos adicionales de la sa-lud oral del paciente, sus hábitos con tabaco y el al- -

cohol y su total estado nutricional y general de su organismo, contribuirán en forma adicional a formar fenómenos impredecibles.

#### OSTEORADIONECROSIS.

Los adelantos 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 del 13 % al 3 %. Después -- del tratamiento de cáncer oral, es ahora estimada en un 2 % ó menos, en un centro de tratamiento (1955-1966) de 593 casos de radiación mandibular intensiva, solamente se desarrollaron seis casos de Osteoradionecrosis, de éstos, cuatro fueron pacientes con carcinoma del piso de la boca y seis fueron alcohólicos crónicos. La severidad en los

cambios del hueso, se han moderado desde la adición del - cobalto y otras técnicas de supervoltaje, las adiciones - de una área necrótica de hueso no largamente consistente, dolorosa y progresiva exposición del hueso y pérdida de - la mandíbula entera. Expande los vasos del hueso compara - do con una radiación de ortovoltaje; vemos más habilidad para secuestrar varias piezas de hueso cortical y repara - ción del suave tejido de la superficie por granulación, - que cuando se usa terapia de megavoltaje, sin embargo, ca - sos de movilidad total con destrucción mandibular son vis - tos 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 abastecimiento vascular y su viabilidad.

Después de 1965, se han usado varias técnicas, pero se - guardaban otros factores de terapia constante, un nuevo - programa de conservación oral y de los dientes, fue ins - tituído antes y después de la terapia de la radiación, -

desde aquel tiempo no se ha perdido mandubula.

#### EXTRACCION DE DIENTES ANTES DE TERAPIA DE RADIACION.

Investigando 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 en tera y no son restringidos por las radiaciones primarias, 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 eli--minar toda irregularidad o files puntiagudos del hueso y - para proveer el cierre de los tejidos del hueso que ha si--do irradiado no será remodelado, y si algunas de las más - penosas exposiciones de extracción por radiación descritas por Wildermouth, levantan cuestros penetrando la mucosa -- cuando la alveolotomía no fué 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 abración, durante la rutina de laringoscopia, técnicas generales de anestecia, otras abraciones intraorales por instrumentos o un nuevo cáncer primario podrá embarazar mas tarde el abastecimiento de sangre y dañar tejidos suaves, los cuales protejían el hueso, por estas razones un completo contorno del hueso alveolar del área de extracción cubierto por una adecuada área de antibiótico 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 empiece la radiación, esto representa un compromiso para una adecuada curación y el deseo de acelerar la terapia del cáncer, un diente que está impactado fuertemente sobre hueso y tejido no necesita ser removido. El hueso no reabsorverá en el tiempo siguiente a la remo-

ción y puede posponerse la terapia de radiación en un tiempo justificable. La parcial erupción de terceros molares puede ser vulnerable a infecciones, y puede curarse irradiando el hueso consecuentemente, teniendo que ser considerado para extracción, el grado trauma en esta especial situación influenciada por la remoción de estos dientes y el contorneado del hueso, puede reducir problemas de curación con 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 flúor para preveer 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 formado durante la base de mucositis y serostomía.

EXTRACCION DE DIENTES DESPUES DE LA TERAPIA DE  
RADIACION.

Las anteriores experiencias en la presencia de osteoirradiaciones siguiente a la extracción, después de un largo tiempo, después de la irradiación ha hecho que las clínicas concernientes a la remoción de los dientes con la ventaja de irradiación negavoltaje y ahorrar a la mandíbula de 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, puede tratarse por medio de endodoncia, los dientes grotescos hipermovibles, pueden ser más factibles a que se alogen un esfoleado, cuando las extracciones lo requieran, 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  
CÁNCER.

Un improvisamiento en el grado de duración del cáncer oral, hace una atención inmediata concerniente a la irradiación de la enfermedad y la preservación de la masticación y el arte de ingerir, hablar. Está establecido que la caries es un problema de posteirradiación aunque hay que considerar la variación de opiniones, estas dos posiciones son las más aceptadas.

1. La caries es producida por un efecto de la irradiación sobre el diente.
2. La caries es secundaria a la xerostomía.

La original susceptibilidad de caries, ~~los~~ pacientes con-



gran preirradiación son más vulnerables.

La resección gingival con la exposición de la superficie sementaria de la raíz es vulnerable a caries cervical, - que es clásica a seguir después de la radiación. El establecimiento de la higiene oral con pasadas placas se - desarrolla en toda superficie, la xerostomía 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 xerostomía, producen placas ricas en carbohi- - dratos 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 acresentado por la xerostomía y resulta un marcado incremento de actividad de caries.

#### CAMBIOS HISTOPATOLÓGICOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Por la irradiación al principio del tratamiento, se incrementa un cambio inicial en la parótida, presentando edema y degeneración parenquimatosa generalizada de cualquiera de los lóbulos de la gándula (acini), por la atrofia de una atrofia de una fibra y el residual epitelio que no se regenera, las células parecen cuboidales sin gránulos 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, (aptialismo) el contenido de mucina es reducido y la total secreción reducida disminuída.

Las glándulas submaxilar, sublingual y las glándulas salivales accesorias, el proceso inicial es un daño glicoproteico de la mucina, con irradiación continua, las células completamente desaparecen y las células regeneradas son limitadas. 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 más el monto de la saliva delgada es responsable de la xerostomía (boca seca) y no hay esperanza para regenerar la glándula y no existen métodos para estimular el epitelio atrófico de los niveles funcionales en reportes de pacientes que comienzan a irradiarse por cáncer oral tienen una pequeña tención en:

1. La actividad cariogénica del paciente.
2. La intensidad de los factores cariogénicos.
3. La medida preventiva para controlar la actividad de caries.

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

C A P I T U L O   I I .

PLANES PROTESICOS PARA PACIENTES CON CANCER

ORAL.

## PLANES PROTESICOS PARA PACIENTES CON CANCER ORAL.

Existen indicaciones definitivas para el uso de planes --  
prostéticos en el tratamiento del cáncer oral. Del cual-  
quier manera el uso de estos planes prostéticos en el tra-  
tamiento de cáncer oral: No es extenso y bien estableci-  
do, además el cuidado rehabilitador protético en los pa-  
cientes de cáncer oral no ha recibido la atención requeri-  
da para producir una disciplina sofisticada.

Pocas personas se han esforzado para vencer la opinión --  
convenida en técnicas, descubrir o aplicar nuevos mate--  
riales. Ni hemos obtenido un adecuado conocimiento del -  
tejido predecible a responder a las prótesis y otros pla-  
nes mecánicos a través de una guía detallada, no aceptada  
universalmente a nuestro 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 standart, 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 resultados óptimos funcionales y estéticos, 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 la opinión, coordinación y esfuerzo de varios consultantes y terapéutas - para tratar al paciente en forma individual, física, social y económicamente considerando sus problemas.

La cirugía plástica, proetodoncia, radioterapia, cosmeto-

logía 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 son comprometidos sin que el dentista hubiera -- participado en el diagnóstico y planeamiento.

#### SERVICIOS DENTALES PARA EL TRATAMIENTO.

En los servicios dentales que tengan como preferencia la irradiación y la inversión quirúrgica, están directamente siguiendo los objetivos.

I. El desarrollo de los records permanentes, los cuales facilitan la reconstrucción plástica o prostética de un paciente de cáncer oral, frecuentemente dependen 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 enfermedad localizada, la tención mínima que necesita este objetivo.

- a. Es una profilaxis total.
- b. Una medida de control de caries, que incluya 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 re-- tenes y estabilizadores de nuestra aplicación - son invaluable.
- d. Un tratamiento endodóntico preliminar de los -- dientes que son necesarios para retención y es- tabilizadores de la prótesis.

III. Modificación de las estructuras orales, anticipando- se a las necesidades de los subsecuentes procedimientos - del tratamiento.

- a. La preparación quirúrgica de las porciones eden en tulas del proceso alveolar, remoción de los se-

nos prominentes y tejidos hiperplásticos 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. Hacia la remoción de prominencias puntiagudas y crestas.
- d. Gingiboplastia para proveer la exposición coronaria, alambre interdental, barras de arco y -- broches.
- e. Restauración que puede desplazar la porción coronaria es indicada para la aplicación de la retención.

IV. Modificación de las aplicaciones dentales existentes, 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 minimisar - 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 traumas y 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 hemata toma 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 abseso de emergencia a la - cavidad oral.
- j. Mantenimiento nasofaringeo, nasooral, para facil

litar la velocidad de mordida, la fuerza y la -  
deglución.

K. La fijación de partes.

EL USO DE PLANES PROTESICOS EN EL PLAN DE TERAPIA RADIAC-  
TIVA.

Aplicando varias modalidades de la terapia radiactiva para mantenimiento del cáncer oral, el radiólogo puede frecuentemente obtener valiosa asistencia de un prostodoncia ta varios planes y aplicaciones puede ser hechas fuera de tratamiento con asistencia de una apropiada dirección de los destellos de radiación para proveer protección 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 cabezay cuello para localizar y definir la entrada del --  
tratamiento y llenar los espacios de aire alrededor de --

las superficies desiguales con bolas entre los conos de tratamiento, o con limitadores de la piel, tendrán una larga reorganización como ayudas útiles de 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 disimetría en el tumor y tejidos normales, cuando los destellos de la terapia radiactiva sean administrados principios similares sin 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 ser acompañado en el lado lateral de este, por una entrada unilateral de 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 prostodontista, 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 óptimo 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 radiactiva 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 atendidos por el cirujano, debe ser acompañado durante -- los primeros tres días siguientes a la cirugía, después -- de este período, las astillas removibles quizá usualmente son retiradas o limpiadas.

Un blando lavado de boca de bicarbonato de sodio o 50 % -- de leche de magnesia y agua quizá sean usados, porque las dificultades individuales quizá hagan que el uso ordinaria-

rio de un lavado de boca sea difícil, el paciente debe -- ser alertado antes de que él adopte al azar el lavado de boca por sí mismo.

En casos de eminandibulectomía, y trismus quizá hagan imposible para el paciente usar el lavado de boca, en estos casos la limpieza puede ser acompañada con un lienzo suave alrededor del dedo y remojado en la solución de lavado de boca, es de mejor consideración que lo haga el doctor o la enfermera y extremar el cuidado, para manipular el sitio operativo actual, las áreas de tejido ingertados o áreas de los tejidos de carrillos.

El cepillado se suspenderá durante dos semanas siguientes a la cirugía, quizá sea usado donde una astilla cubra el sitio de operación; con radiación como modalidad de trata miento, es fácil de mantener durante la primera semana de terapia radiactiva, después de esto una progresiva mucosi tis y glositis es presentada y el dolor aumenta gradual-- mente en la mucosa oral (desgarramientos), hace que el --



mantenimiento de la higiene oral progresivamente de dificultades, la mucosa oral siendo tan sensible, hace que el cepillo dental, y otros medios mecánicos no se usen, y lo más propio será el lavado de boca. En el transcurso de la tercera semana de terapia de radiación el paciente podrá notar, la boca seca, causa debida a la irradiación de todas las glándulas salivales, tanto mayores como menores.

Una mezcla de glicerina en variados porcentajes con el -- propio lavado de boca como ha sido sugerido, conservará -- la higiene oral y lubricará la mucosa, por lo tanto, si -- el diente presenta un pequeño 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 narcótico -- que puede formar hábito y debería ser usado solamente durante el período más difícil de disconfort, oral; lavados de peróxido de hidrógeno pueden usarse con cuidado duran-

te las siguientes formas de terapia, porque el peróxido podría irritar las desnudas áreas de la mucosa, las soluciones de anestesia tópica deben evitarse durante la terapia de radiación, ya que usualmente se inicia una irritación local, si algunos dientes son retenidos, la aplicación de flúor al diente, puede ser iniciada al mismo tiempo como la terapia de radiación.

El desconsuelo del paciente quizá proponga esta aplicación local durante las últimas 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, con gran cuidado debe ser tomado para evitar el contacto de la solución de flúor 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 tópicas de flúor para prevención de caries, antes de la irradiación no es conocida, por lo tan-

to puede ser asumida para dar alguna protección hasta que alguna evidencia contraria sea demostrada. Una lesión de caries debe tratarse en forma ordinaria, remoción y restauración.

### EL PROGRAMA DEL PROSTODONCISTA EN

#### CIRUGIA.

**El Prostodoncista.** Debería participar activamente durante el lapso del tratamiento quirúrgico en el cuidado del paciente, esto implica su presencia en la sala de operaciones para advertir o ejecutar su talento si es necesario, alguna pregunta con relación maxilomandibular preceden, y de inmediato sigue el procedimiento de extirpación es la mejor respuesta que puede dar el prostodoncista la final posición y fijación o algún plan de fijación oral, o inmediatas prótesis, dentro de esta área de servicio de primera importancia es el restablecimiento de la oclusión nor-

mal de los dientes restantes.

Esto se indica especialmente si alguna forma de reemplazo mandibular es incertado, siguiendo algún grado de mandibulectomía o si fragmentos mandibulares edentulos están relacionados a la maxila, al establecerse los márgenes de defecto y subcutáneos, ambos deseables e indeseables son tópicos de discusión para su resolución al tiempo de la cirugía y son mejor resueltos por consulta instantánea si el lado del estoma oral es influenciado por una cicatriz final, el problema de futuro absceso por procedimientos prostéticos debe ser discutido.

#### ANTES DEL TRATAMIENTO.

Los factores generales fundamentales que conciernen a la prótesis, el cuidado no está limitado a la erradicación del padecimiento, esto no es aceptable para deshacerse del paciente si está libre de la enfermedad, pero con es-

tos efectos de inutilización que quizá la causen aislarse como recluso, en la vida, este concepto implica una forzosa reparación de los efectos resultantes del primer tratamiento quirúrgico o biológico, estas reparaciones tal vez 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 reemplaza- - miento de los huesos faciales, convencionale o modifica-- das, dentaduras removibles o prótesis faciales para reem- plazamiento de tejidos perdidos.

Todas las aplicaciones dentales para el paciente de cán-- cer oral, deben funcionar bajo no usuales y exageradas condiciones, por lo tanto, estas aplicaciones deben ser congtruídas con severas consideraciones básicas en mente.

1. Un máximo lubricamiento a las áreas de mucosa intac-

ta sin desplazamientos de los bordes de los tejidos o protección 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 permita 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 glanula--  
res y abrazan los tejidos.

MATERIALES QUE SE USAN EN LA FABRICACION DE PROTESIS MAXI-  
LOFACIALES.

Se presnetan una variedad de problemas que encierran la -  
obtención de impresiones y la construcción de moldes, para  
las formas tan complejas. Los tropiezos en la reestaura-  
ción facial, presentan al prostodoncista una provocativa  
empresa, en adición a la heterogeneidad de tonos y som- -  
bras, 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 pa  
ra obtener efectos realistas, además la propiedad mecáni-  
ca y grados de permanencia, radica en los materiales.

Algunos de los materiales más comunmente usados en la fa-

bricación de prótesis, incluyen goma latex polimetrimeta-  
crilato, resinas de vinil, silicoles y recientemente go-  
mas silicónicas, vulcanizadas a temperatura ambiente, es  
muy interesante hacer notar que estos materiales estaban  
desarrollados para el comercio y otros usos y no específi-  
camente para la fabricación de prótesis), un material que  
podría ser hecho en casa tendría la necesidad de poseer -  
algunas importantes características: como una textura ex-  
celente, receptivo, no tóxico, no alérgico, debe prestar  
por sí mismo exactamente la forma y la claridad con la --  
retención de finos detalles y sin la introducción de ob-  
vias líneas de distorción, un cierto grado de translucen-  
cia es requerido y el material debe ser esencialmente me-  
nos colorado cuando se está fundiendo, así es que quizá -  
es entintado para simular tonos; el material debe ser du-  
rable, así como resistir la abración y el uso que se le --  
pueda dar fuera, comunmente se usan teñidos, deben de - -  
demostrar los materiales alguna tendencia o decolorarse y



no presentar un teñido irreversible, pero deben ser fáciles 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 de permanecer flexible - sobre los rasgos de temperatura ambiente, el material debe de ser adherido segura y comodamente y debe exhibir una fina línea marginal de contacto, el criterio químico para las prótesis debe ser.

1. Ser flexibles 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 basiado cuyo índice refractivo es equivalente al polímero base, así

que las películas translucidas pueden ser alcanzadas.

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

C A P I T U L O    I I I .

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

El cáncer de la cavidad oral, practicamente, está constituido por células escamosas cancerosas y más o menos el 98 % de los pacientes; generalmente se extiende hacia los linfáticos del cuello, antes de penetrar al torrente circulatorio; su tratamiento, con frecuencia depende del método exacto por el cual es hecho el diagnóstico. Muchas de las veces el diagnóstico lo hace el dentista, invariablemente así debe ser.

Efectivamente el dentista o el médico tienen algún conocimiento para no olvidar el diagnóstico del cáncer oral, pero tienen un índice bajo de probabilidades de sospechar - al descubrir una úlcera dentro de la boca. Cualquier lesión que sea sospechosa, como indicio de cáncer, debe hacerse biopsia con la técnica indicada.

El dentista verá muchas lesiones pequeñas no malignas que deben ser remitidas para estudios patológicos, si la lesión es clínicamente sospechosa. Sin embargo, la inci-

ción debe ser hecha por la persona que tiene experiencia en este campo, para su cuidado; porque frecuentemente tales incisiones oscurecen los márgenes exactos del tumor primario y desvían a un inadecuado tratamiento.

El considerable esfuerzo realizado en el transcurso de 20 años, se han empleado en incrementar la efectividad de ex tir par 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 manera, actualmente 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 nú mero limitado de Centros Médicos y aún todavía, sólo espo r á d i c a m e n t e.

En principio, éste cuidado óptimo puede ser impartido si hay un plan de pretratamiento multidisciplinario, es decir: que se incluyan especialistas en oncología, radioterapia, cirugía plástica, cirugía dental, prótesis, otolaringología, quimioterapia; en suma, servicios competentes requeridos en patología, anestesia, medicina física, servicios sociales, psiquiatría y rehabilitación del lenguaje o fonetría.

El cáncer oral es un padecimiento de alta peligrosidad, - el cual debe tratarse apropiadamente, con prontitud y esmero de lo contrario va a causar severas mutilaciones, o la muerte. Por lo tanto es imprescindible que los que -- tienen la responsabilidad del tratamiento del paciente -- con cáncer oral, tengan un especial entrenamiento y experiencia 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. Posteriormente a la intervención quirúrgica, el paciente debe privarse de fumar o ingerir licores, durante el período requerido, esto ayudará a reducir las reacciones inflamatorias en la mucosa.

Debe de usarse un método suave de limpieza, esto incluye una limpieza mecánica, lavados de boca con agua mezclando sal 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 en los tejidos gingivales. Un cepillado suave debe ser usado por el paciente y cualquier bolsa de pus debe presionarse con suavidad, por el dentista. Aunque

el lavado de boca es deseable, la manipulación excesiva - debe ser evitada en un período anterior de tres días para la extirpación del tumor.

#### EXTRACCIONES DENTALES.

Si hay inflamación en los tejidos gingivales a consecuencia de los dientes con enfermedades radiculares deben de ser extraídos, la limpieza dental no debe de ser enérgica antes de cualquier irradiación o cirugía, las extracciones con frecuencia 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 -



y cuidado antes del tratamiento, cualquier furúnculo, debe ser aclarado y un lavado diario de la piel reducirá el conteo bacteriológico.

#### CUIDADOS DE LA MUCOSA.

No hay un método conocido de pretratamiento que sea usado en reducir la reacción secundaria a la irradiación, como en estas 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 modificado paulatinamente por el cambio de las dosis y cantidad de aplicación de la terapia de radiación.

#### PLAN DEL PRIMER TRATAMIENTO DE INSICIONES PARA FACILITAR LA RECONSTRUCCION.

El tiempo de reconstrucción requiere un planeamiento del

primer tratamiento de incisiones de cara o cuello y un -- gran cuidado para devolver estética y función a la cavidad oral o dar reemplazamientos de la lengua, mejilla o paladar; la presencia del cirujano es práctica en el equipo, - posiblemente sea de gran valor en la fase del primer tratamiento.

Las incisiones que comunmente se usan para la disección - del cuello, posiblemente necesitan del uso de aletas de - piel, regionales, las que 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 solamente para tratata

mientos paleativos o adjuntos, la quimioterapia aún está 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 morbisi--dad con la posibilidad de complicaciones.

Al consentir la cirugía radical o aceptación radioactiva, depende en gran parte de la calidad y rapidez de recons--trucción y rehabilitación del paciente.

EL DETALLADO MANEJO DE TEJIDOS SUAVES ENCABEZAN EL PROGRA--  
MA PRIMARIO DE TRATAMIENTO.

Resección y reconstrucción quirúrgica.

El peculiar tratamiento quirúrgico de la cavidad de cáncer oral, a menudo enfrenta anchas remociones del cáncer pri--mario 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 descontinua 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 nódulos regionales esté complementado de una operación simple.

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

El tumor dentro de la boca o cuello no debe ser manipula-

do 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 quirúrgica y facilitar 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 si porciones amplias de la mandíbula y lengua requieren remoción, las incisiones de cuello para remover los nódulos linfáticos cervicales tal vez algunas veces modificados en acordancia con la localización del tumor primario y la biología del cáncer.

El diagnóstico de secciones congeladas de las posibles estaciones de cáncer, deben determinarse con la ayuda de una biopsia, los materiales para este propósito deben ser ob-

tenidos de las heridas, que desde las márgenes del espécimen relacionado que contenga el cáncer primario. La incisión a través del tumor de cáncer, tal vez reduzcan la posibilidad de usar la radiación postoperativa, 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 la faringe y laringe.

#### INDICACIONES PARA RESECCION DE 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 nódulos cervicales son indicados como sigue:

- a. En la presencia y evidencia clínica de expansión del nódulo linfático del cuello, como evidencia de una -

masa 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 anaplásica, pero localizado donde los patólogos indican una expectación de alta incidencia y de extensión de los nódulos del cuello, ejemplo:  
**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 ocupa la posición media, haciendo difícil la resección de nódulos de los lados del cuello en operaciones.

La disección unilateral del cuello es por lo tanto algunas veces necesaria cuando el trato de radio activo del medio de la base de la lengua supraglótica, laringe e hipofaringe, cuando más lados del cuello requieren la disección de nódulos 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 glosectomía y últimamente requieren la laringoctomía para preveer pos-operativas aspiraciones y neumonías, a menudo los cirujanos repetirán



Por consiguiente, salvar la laringe después de la glosectomía, bajo suaves circunstancias debe ser revelado el sacrificio de uno o más de los nervios superiores laríngeos, en muchos pacientes cuando ambos miembros superiores laríngeos 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 métodos quirúrgicos inmediatos en el quirófano si los mecanismos suspensorios entre la laringe y la mandíbula (complejo mandibular).

#### MÉTODOS DE INMEDIATA RECONSTRUCCION.

El tiempo de reconstrucción de la cavidad oral, debe ser terminada por la capacidad de un cirujano y su conocimiento de técnicas reconstructivas, una apropiada e inmediata reparación total, es la finalidad, más esto no siempre es

posible, pero claro, muchas más restricciones primarias - deben ser emprendidas en el futuro, que es de acostumbrar se al tiempo presente, es evidente que la adición de aumento adicional del tiempo de operación causado por inmediatas construcciones no significa un incremento de la mortalidad quirúrgica y los procedimientos apropiados reducen generalmente la deformidad 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 eg

te procedimiento la reconstrucción inmediata a menudo será el más evidente método de paleación, el mantenimiento de las relaciones anatómicas intraorales en el período -- pos-operatorio.

CONDICIONES QUE CURSAN CON LEUCOPENIA.

1. Las infecciones sobreagudas, o finales (4)
2. Las infecciones por virus, con algunas excepciones - (Viruela, poliomielitis, hidrofobia, herpes zoster, serían las principales.
3. Las salmonelis tifoídicas y la brucelosis.
4. Las infecciones pulmonares por el bacilo de Friedlander (Carlos).
5. El lupus eritematoso diseminado en sus etapas de evolutividad.
6. Hiperesplenismo.
7. Los estados de desnutrición.

8. Los estados de depresión de la médula ósea, total o solo de la serie granulocítica; sensibilidad a determinados agentes tóxicos, que pueden llegar a la agranulocitosis.
9. En el choque anafiláctico.
10. En las anemias megaloblásticas y ferroprivas, cuando son intensas.

C A P I T U L O   I V .

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

Mantenimiento de higiene oral, y salud periodontal: En los cuidados de salud que el paciente recibe para el cáncer oral 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, puede resultar un menor grado de insidencia de la caries dental.

En pacientes que comienzan a tratarse de cáncer oral, -- desafortunadamente 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 de suma importancia y necesario encontrar, así como mantener el nivel de la higiene oral, dando al paciente anticipadamente y con rapidez un apropiado tratamiento peridontal.

La posterapia, 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 éstas técnicas requieren varias secciones de instrucción y tratamiento.

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

#### REMOCION DE LA PLACA.

Nuevos estudios clínicos señalan que en el orden de la -- prevención, la ocurrencia o recurrencia de cambios inflamatorios en el periodonto, depósitos calcarios 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 microbiales localizadas en una masa orgánica, - está frecuentemente presente en el tercio cervical de los dientes, con enfermedad periodontal, esta se adhiere al - esmalte y también al cemento e intervienen como una regla primaria en la causa de las lesiones inflamatorias en la zona gingival, que está en íntimo contacto con la placa.

Para remover la placa dental en el paciente, puede ser de fácil manera, identificandola con 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: cepillo dental, seda dental, los palillos, evidentemente la limpieza de los dientes tienen 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.

Posiblemente el mejor instrumento para remover la placa, es el cepillo, las superficies proximales de los dientes deberán ser limpiadas por el uso de la seda dental y los estimodents, son también de utilidad en la remoción de la placa.

La técnica de higiene oral para 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, en -- tre el margen gingival y la parte coronal de la adheren-- cia epitelial, un cepillo de cerdas múltiples es indicado. El final de las cerdas de este cepillo deberán ser redon-- deadas para evitar la ulceración de la gingiva.

La técnica de cepillado deberá ser una que limpie totalmen -- te la corona clínica.

Por incapacidad algunos pacientes pueden practicar mejor su higiene oral, con un cepillo eléctrico, es una forma de remover la placa, esta técnica de limpieza de los dientes incluirá el uso de un dentífrico, la finalidad es la remoción de la placa dentaria.

Varios reportes han 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 ser útiles para la educación de los pacientes, ayudándolos con películas, fotografías, folletos, etc., enfocándolos a la enfermedad para que el paciente aprecie tal finalidad.

La regla de la terapia periodontal en el tratamiento del paciente general, también deberá ser usado para el que tenga cáncer oral, pero considerando ciertas precauciones (metástasis). Tales como la administración de antibióti--

cos que reducirán la infección microbiana.

#### PROBLEMAS DIETETICOS 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, porque el paciente debilitado por cáncer, es afectado por caquexia, estos efectos producidos por neoplasmas que no son de resultado inmediato de la interferencia mecánica con las estructuras reconocibles. La caquexia es un síndrome caracterizado por anorexia y reflexión, y anormalidades electrolíticas y una progresiva pérdida de funciones vitales, además de estos síntomas se presentan manifestaciones como apatía, desunión y ansiedad, son las características. Estas características tardías representan la participación del medio en la difusión 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 deflexión de cuerpos nitrogenados o una incapacidad de usar nitrógeno en la -- síntesis de proteínas, debido a la interferencia por el - tumor.

La pérdida de grasa es generalizada, estas son pérdidas - 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 pérdida de sangre y los - efectos de cirugía, radiación y quimioterapia contribuyen a la anorexia y a su estado nutricional, dentro de estas circunstancias es razonable una buena nutrición de suplementos vitamínicos y dietas de alto nivel proteico, uni-- versalmente se emplea como ayuda 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 tra tamiento. Las situaciones más comunes en la que la infec ción, es posible que ocurra con el cáncer y en el que el que el tratamiento puede significar complicaciones infec ciosas, será el de auxiliarse de un reconocimiento preven tivo.

Las situaciones más frecuentemente observadas en el cán-- cer oral son las siguientes:

I. La eroción local, cuando la piel o las membranas mu-

cosas 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 es una región central necrótica; prevista de un excelente medio de cultivo.
4. Disminución de la resistencia del paciente, el paciente ocasional, con un neoplasma oral que afecta la --mielo-proliferación de los tejidos, puede tener esparcimiento o anormalidades leucosíticas. El resultado es una resistencia local inefectiva 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 posterior<sub>mente</sub> diseminadas por la caquexia, así como también por la radioterapia y la quimioterapia.

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

La insidencia 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 encontrada, estará ulcerada, el dentista puede presu-- mir 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 aparece en pacientes con cáncer oral, como respuesta a las - infecciones de monilia oral. La mayor parte de los especialistas mencionan un estado en que los organismos infectiosos son miembros de la flora normal, otras autoridades son más específicas en la implicación del estafilococo, - estreptococo, proteus 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 sistemáticas, cuando es detectada la causa más frecuente de bacteremia son organismos gran negativos; los estafilococos aparecen predominantemente en el paciente con infecciones del tracto respiratorio, recientemente la incidencia de encontrar infecciones no bacteriales, hongos o lactibación de infecciones latentes, -



ejemplo: toxoplasmosis. La aparente en parte, la sucesiva injuria y supervivencia del paciente con cáncer subsecuentemente la quimioterapia puede dar defensas en el paciente, esta es aparentemente y más comunmente reconocer las infecciones.

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

1. Moniliasis oral.
2. Otras infecciones orales diferentes de la moniliasis.
3. Infecciones sistémicas.

Moniliasis oral.- Con frecuencia se presenta en pacientes con cáncer oral y los resultados de una variedad de causas como debilidad, mala nutrición, alcoholismo crónico, radio terapia, disfunción posquirúrgica, quimioterapia del cáncer y medicamentos terapéuticos que incluyen el uso de antibióticos y agentes psicofarmacológicos y --

corticoesteroides, las infecciones de monilia en la boca son generalmente acompañadas por síntomas de quemadura en forma blanda y seca, pero su apariencia clínica presenta algunas otras combinaciones variando de simple a inespecífica difusa e inflamación extensa (estomatitis), variando en el tamaño, observando en la adherencia zonas grisáceas necróticas.

Un diagnóstico debe establecerse a través de este cultivo, hay varios aprovechamientos efectivos de manejo de la moniliasis oral.

1. Enjuagues frecuentes después de la comida de tres o cuatro veces al día con micostatín suspensión (2 ml.). 100,000 UI por ml., la suspensión deberá ser usada con enjuagues vigorosas durante un minuto, aplicaciones tópicas de micostatín es otra alternativa.
2. Mantener una higiene oral cuidadosa y máxima atención a su mantenimiento.

3. Una buena dieta nutricional complementada con -  
una terapeutica multivitaminica.

Otros agentes tópicos aplicados pueden ser empleados cuando no es aceptado el micostatín por el paciente, de modo que se incluyen:

- a) Titura, ejemplo: violeta de genciana.
- b) Bradsol.
- c) Anfoterisina B.

**Infecciones orales, incluyendo la moniliasis:**

Los factores que más comunmente siguen a una infección se cundaria, 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 ins-

tituidas y mantenidas durante el pretratamiento y posttratamiento, siempre que sean posibles las medidas profilácticas, deberán incluir un régimen exculpulozo para el mantenimiento de un alto grado de higiene oral, por medio del uso del cepillo (normal o eléctrico), y la administración de antibacterianos, como también de derivamiento de 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 necesarios de restauración dental, deberán 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 ó mas formas de combinación: irrigaciones, enjuagues, aplicaciones tónicas, Sorvs, etc. Numerosas sustancias antiinfecciosas están presentes para la administración tónica, incluyendo antibióticos como la bacitracina, neomicina

y polimixina B; astringentes como el cenacol, agua oxigenada, peróxido de zinc y colorantes como la violeta de genciana.

Cuando la infección oral es más severa o no responde a la terapia tónica o cuando el aprovechamiento sistémico es más débil por el disturbio o el impedimento de función oral, la administración de antibióticos 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, debido 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 estado inicial. El dentista no puede diferenciarlo completamente con presencia de quemadura suave y casi siempre el 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 varía la sensibilidad innata de cada persona al calor. 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 del tumor; invasión neoplástica del hueso y estructuras nerviosas; la escuela directa de procedimientos quirúrgicos, terapia radioactiva y quimioterapia del cáncer. El dolor es también un síntoma asociado con moniliacis y osteora-

ción necrosis. Se enfatiza que en algunos casos el dolor resulta del uso de agentes irritantes como comidas y líquidos, incluyéndose el PH ácido y el uso del alcohol, tabaco y también de prótesis dental, es lógico que el paciente con cáncer oral, está dispuesto a anomalías dentales (caries, infecciones odontogénicas y enfermedades periodontales) y que en estas condiciones puede ser el dolor con mayor intensidad -- 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 primero recomendar y mantener preoperatoriamente y postoperatoriamente 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 son: ardor local, blandura y dolor pueden ser adecuadamente llevadas por medio del uso de uno o más métodos incluyendo:

1. Aplicaciones tónicas de pastas adhesivas en dentaduras, para el control sintomático de inflamación, eroción y ulceración.
2. Aplicación térmica paliativa (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 de -- calidad, intensidad y sitios de los síntomas), -- son los siguientes:
  - a) Analgésicos (aspirina, durbón, cadeina).
  - b) Anestésicos tónicos (xilocaína, pasta en aerosol, bensocaína pasta).
  - c) Agentes antimicrobianos para el control del



dolor sintomatológico, asociado con infección (antibióticos tópicos y sistemáticos). Peróxidos.

- d) Astringentes (enjuagues bucales).
- e) Agentes psicofarmacológicos, agentes anti ansiedad (Wiltown) (librium, barbituratos); agentes anticicóticos (thoragine y antidepresores, trofamid).
- f) Corticosteroides tónicos, para la supresión de síntomas asociados con la inflamación de erosiones y ulceraciones, dolor franco:

La causa del dolor franco, debido al curso de éste es determinado antes de una inflamación terapéutica, algunas veces la infección asociada, puede ser la causa del dolor constante. -

El dolor severo puede estar presente cuando el tumor comprime los nervios sensitivos, el dolor óseo causado por infección metastásica puede ser debido a la radioterapia local o 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 localizado en una área pequeña, no es común para el paciente con cáncer oral, la aplicación de analgésicos potentes, cuando la terapia médica es considerada, se deberá evaluar 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 podrá aplicarse el uso de la aspirina. La combinación de la aspirina y un sedante mayor pueden ser suficientes para el paciente, cuando son requeridos los narcóticos 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 puede ser removido como una medida posterior, a menudo la neurotonía periférica y la sección nerviosa - - craneal, pueden dar excelentes resultados en el dolor intratable en el cáncer oral, dependiendo de la locali

zación del cáncer, un resultado puede ser obtenido por una posterior risotomía (corte de nervios), trigemino, glosofríngeo y vago, solos o en combinación si el dolor de cuello está asociado con el dolor facial, la sección de las raíces cervicales superiores pueden estar presentes, la lobotomía prefrontal, puede cambiar la reacción del paciente hacia el dolor. Este procedimiento puede ser hecho por medio de una técnica -- criogénica y si ésta es considerada solamente en -- fracción de minuto, por los pacientes quienes sufren absolutamente de dolor intratable, asociado con ansiedad y disturbios sínceros emocionales.

#### XEROSTOMIA.

A menudo se acompaña por síntomas de dolor blandura - de la mucosa oral, como también alteraciones, y sensaciones, es una secuela frecuente y directa del paciente con cáncer oral, particularmente cuando las glándulas salivales han sido expuestas a la radiación o cirugía mayor, también se ha encontrado en pacientes que

tienen infección por monilia, están recibiendo agentes psicofarmacológicos, cuando la intensidad la reseque-  
dad de la boca es frecuente involucrada por el grosor de la comida y los alimentos secos y el acompañamiento de suavidad y dolor, son a menudo exacerbados por contacto con frutas, comidas condimentadas, alcohol, líquidos calientes, carbonatos y tabaco, igualmente irritaciones menores, como también las que producen prostodoncia removibles, cúspides de dientes -- agudos, márgenes desiguales de coronas vaciadas y los ganchos y barras de las prótesis, pueden crear episodios de intenso dolor. En algunos casos las irritaciones pueden seguir un rompimiento de la reseque-  
dad y atrofia de la mucosa oral dando por resultado la -- formación de erociones, ulceraciones e infecciones, -- igualmente por necrosis, esto no es individual e inva-  
riable en el manejo de los componentes asociados con la reseque-  
dad de la boca, no obstante, varios procedimientos y sustancias numerosas han sido provocadas para ser útiles en el alivio temporal.

TABLA I.

TABLA DE DIETAS.

Agua 2.700 ml.	Riboflavina 5 mg.
Aminoácidos 100 mg.	Niacina 100 mg.
Calorías en proteínas 1.220	Calcio 20 mg.
Total de Calorías 1620	Piridoxina 2 mg.
Na-6 mg.	Ac. ascórbico 300 mg.
Potasio 30 mg.	As. Fólico. 1.5 mg.
Tiamina H.cl 5 mg.	Vitamina B <sub>12</sub> 1 mg.

TABLA II.

DIETA LIQUIDA.

Desayuno.

Jugo de naranja 4-07  
Leche 1 vaso.  
Café 1 cucharada sobera.  
Azúcar 2/1- cucharas.

Lunch.

Sopa de Vegetales.  
Gelatina.  
Leche 1 vaso.  
Café, té, azúcar.

Comida.

Sopa de crema de pollo.  
Helado.  
Jugo de tomate.  
Leche.  
Café, té, azúcar, leche.

TABLA III

Calorías	1,763	Tiamina	1.5 mg.
Proteínas	150 mg.	Riboflamina	8.1 mg.
Carbohidratos	2 a - 8 grm.	Niacina	4.6 mg.
Calcio	gm.	Ac. Ascórbico.	31.6 mg.
Vit. "A"	1,380 I.U	Sodio	2.3 mg.
		Potasio.	6.5 mg.

TABLA IV.

ANALISIS NUTRICIONAL DE LA DIETA.

Calorías	2.550	Tiamina	1.5 mg.
Proteínas	111 mg.	Riboflamina	6.41 mg.
Calcio	2.34 mg.	Niacina.	23.2 mg.
Vit. "A"	55.00 I.U	Ac. Ascórbico.	264 mg.

TABLA V.

FORMULA TERAPEUTICA.

Tiamina Hd	10 mg.	Periódoxina Hd	2 mg.
Riboflamina	10 mg.	Ac. Fólico.	1.5 mg.
Niacina	100 mg.	Ac. Ascórbico.	300 mg.
Calcio pantoténico.	20 mg.	Vit. B 12	4 mg.

## COMPLICACIONES HEMATOLOGICAS.

### **ANEMIA:**

La anemia asociada con el cáncer es generalmente moderada, aunque en las estadísticas no es válida. La causa más común de una anemia en el paciente con cáncer es probablemente una combinación de una aguda hemorragia crónica, infección y mal nutrición, la lesión local es generalmente el origen de 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 epática, con deficiencia de síntesis de proteínas comprometidas en la coagulación normal, por ejemplo: Hipoprotomibinemia, de nuevo la elaboración de anticuagulantes que se hallan circulando a la presencia de disproteïnemia en el paciente con un linfoma maligno.

La infección asociada con complicaciones hematológicas puede ser local o sistémica en un principio, pero es generalmente de algunas semanas de duración, nuestro --

que el promedio de vida de los eritrositos 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 intensamente, 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 estreptomicina. Períodos hemolíticos pueden tam-- bién ocurrir en pacientes con defectos hereditarios - como hemoglobinopatías y deficiencias enzimáticas o - después de transfusiones sanguíneas, los estados hemo- líticos también pueden estar asociados con neoplasmas de origen linfóide. Finalmente cuando metástasis dis- tantes ocurren en el cáncer oral, la médula ósea puede ocasionalmente ser involucrada y cuando la anemia -



mieloplástica o la leucoeritroblastosis puede presentarse, pero las metastásis 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 corpúsculos rojos, falta de producción en células rojas.**

El diagnóstico correcto debe ser determinado por procedimientos cuidadosos y un intento hecho preoperativamente 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 presentan el tratamiento óptimo para la anemia. Aunque sustancias androgénicas pueden ocasionalmente tener un efecto Hematopoyético.

tico estimulante, nosotros encontramos estos agentes relativamente satisfactorios. Además de estos procedimientos terapéuticos una moderada anemia normocítica crónica, puede persistir y es generalmente causada por caquexia.

### LEUCOPENIA.

El paciente con cáncer puede tener anomalías de leucocitos y plaquetas, ordinariamente los leucocitos están elevados por infección, la anemia mieloblástica también puede producir leucoeritroblastosis asociada con el desprendimiento de células blancas inmaduras, recíprocamente la leucopenia, puede reflejar la presencia de infecciones gran negativas, radioterapia o sensibilidad a un fármaco, los analgésicos aminopirina) dinirone, fenil butazona fenotbasinas (cloronproma cina, bromacina, menasina), sulfonamidas, tranquilizantes (menrobanato). Unidades procaínicas y barbituratos, han sido asociados con leucopenia, la caquexia puede producir leucopenia y tumores específicos (lin-

fomas v leusemias), puede estar asociada con inhibición diferencial de una tipo específico de células. La neutropenia es de importancia desde niveles absolutamente por debajo de 1500 neutrófilos por mm<sup>3</sup>., pudiendo predisponer al paciente a una infección, el manejo de los períodos primarios de reposo de la leucopenia, en el diluamiento del agente etiológico v su remoción vigorosa antibióticoterapia, 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 penicilina v estreptomycin.

#### TROMBOCITOPENIA.

Las causas de trombocitosis v trombocitopenia en el paciente con cáncer oral, son en general semejantes a la leucopenia. Los niveles de plaquetas pueden ser involucrados v producir trombosis (raramente con tumores orales), o ser disminuidos v resultar en púrpura, la trombocitopenia puede ser producida por irradiación de

rayos X, quimioterapia antitumoral u otros agentes terapéuticos, la trombocitopenia ha sido apreciada después de laterania con meprobanato, fenobarbital, sulfonamidas, estreptomicina, oxitetraciclina, cloranfenicol, salicilatos y fenilbutazona, los niveles de plaquetas por debajo de 60 mil - 20 mil mm<sup>3</sup>., pueden ser asociados con una hemorragia, otra vez la terapia será dirigida a la eliminación del agente etiológico.

La prednisolona aproximadamente 30 mg. por día oral, puede ser asiente de trombocitopenia púrpura, la transfusión de plaquetas puede ser usadas diariamente durante la trombocitopenia severa. Los efectos temporales y los anticuerpos pueden desarrollarse.

#### EL MANEJO EJERCIDO DEL PACIENTE TRATADO DE CANCER.

El tratamiento de cáncer oral, es pocas veces realizado por el médico de cáncer oral, sin embargo, 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 lle-

vado fuera del período seguido al pos-tratamiento, los procedimientos mantenidos deben ser explícitamente detallados al paciente y la necesidad para frecuentes -- exámenes, deberán ser enfatizados, 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 al ternadas del paciente a cada consultorio.

#### LESIONES PRIMARIAS MÚLTIPLES.

La superficie nasal, faríngea y laríngea y la mucosa -- oral tienen significativo de alta incidencia en las -- lesiones primarias múltiples de los cánceres orales, por lo tanto, es obligatorio que después del descubri -- miento de un tumor de una de estas áreas, una reexami -- nación de 3 a 6 meses debe ser hecha por el conoci -- miento de una alta incidencia 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, ningunos otros factores -  
ejercidos en el paciente, son tan importantes como la  
reexaminación, a intervalos frecuentes, constante vigi-  
lancia de las lesiones secundarias, mientras que mu--  
chos pacientes con cáncer oral tienen antecedentes de  
consumo excesivo de alcohol y tabaquismo, no ha sido  
demostrado que la prohibición de estos hábitos, nece--  
sariamente alteran la propensión a degeneración maligna  
de las membranas mucosas, por lo tanto si bien pue--  
den ser aceptados, el consejo de no fumar o ingerir -  
alcohol será aceptado por el paciente cuidadosamente.

Usando el espejo laringeo para examinar indirectamen--  
te la nasofaringe, faringe y laringe; es recomendable  
que el dentista que tiene más oportunidad de observar  
frecuentemente las membranas mucosas orales y conti--  
nuamente, usa el espejo para una evaluación oral, co--  
mienza a familiarizarse con la anatomía de la faringe  
y laringe.

Rara es la vez, que haciendo la palpación de la len--  
gua o piso de boca, la observación indirecta de la --

laringofaringe, es requerida anestecia t6pica. El --  
dentista desempeña un papel importante en el reconoci-  
miento temprano de lesiones dentro de esta 6rea anat6-  
mica, el retractor del paladar blando, el cateter y -  
la intubaci6n nasal, puede seguir mejor que la inacce-  
sible nasofaringe y ser incluida en la examinaci6n de  
la cavidad oral.

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

El desarrollo insidioso de nuevas enfermedades prima-  
rias, especialmente el tejido posterior de la cabeza  
y 6rea del cuello es necesario hacer cuidadosamente -  
la palpaci6n y realizar biopsias.

Las lesiones de la cavidad oral, pueden ser facilmen-  
te tomadas en la biopsia y controladas por presi6n o  
cauterizaci6n con nitrato de plata, esto sugiere que  
la experiencia del dentista para valorar este proce-  
dimiento de diagn6stico sea efectivo, de lo contrario  
se presentar6 la duda. ¿El paciente regresar6 con el  
m6dico?

### NODULOS LINFOIDES PALPABLES EN EL CUELLO.

Siempre son sospechosas como recurrencia o metástasis del tumor, igualmente en la parte lateral del cuello, seguidos de desecación radical del cuello, en el lado de la cirugía del cáncer primario la contralateral me tástasis están involucradas comunmente como lesiones próximas a la línea media. La biopsia de estas lesio nes puede ser considerada solamente después por medio de la examinación, sin embargo, la biopsia está contra indicada y la resección radical del cuello es considerada en base a la sospecha de enfermedad metás tica, si la biopsia nodular está indicada. El dictamen deberá ser usado en la planeación de la insición si es que esta puede ser recomendada.



## CONCLUSION.

Lo que encierra este trabajo, en cuatro capítulos, se enfoca a aspectos tan importantes, los que deben estar presentes en el conocimiento. Ejemplo: La evaluación de dientes permanentes en personas con cáncer -- oral y algunos aspectos de la salud oral, durante la terapia de cáncer y puntos de importancia como son los cambios histopatológicos de las glándulas salivales, y tener el conocimiento de los planes para construir prótesis para pacientes con cáncer en la cavidad oral, así como los materiales que se deben usar en la construcción de éstas.

En esencia éstos son algunos de los puntos que se mencionaron en este trabajo. Además de algunos procedimientos a seguir en casos como la xerostomía, el estado nutricional del paciente por los cambios que representa el tumor maligno.

La idea de concluir esta tesis, es dar una imagen o idea general, sobre los cuidados y aspectos del trata

niento; las etapas que se siguen en los aspectos físicos, químicos, psicológicos en una terapia para el paciente con cáncer oral.

### BIBLIOGRAFIA.

1. Einhorn, J. and Wensall, J. Incidence of oral Carcinoma in Patient With-Leujoblakis of the oral mucosa Cáncer 20: 2189- 2193, 1967.
2. Shedd D.P. et al, Cáncer of the bucal mucosa palatale and gingiva in Connecticut, 1935, 1959. Cáncer 21: 440-- 446-- . 1968.
3. Cáncer of the floor of the mouth in Connecticut -- 1935, 1959. Cáncer 21:97--101... 1968.
4. Gaisford J. and Pusckot, F. Osteoradionecrosis. (Osteoradionecrosis). Of the mandible. Plast. Reconstruct Surg.18:436--447--1956.
5. Adisman I. K. and Birnbach S. Surgical Prosthesis For reconstructive mandibular surgery. J. Pros. - Den--15--988--991--, 1966.
6. Conn.J.H. et al the presention of radio osteomyelitis, in the mandible and maxilla, surg. & y nec. obst. 123.- 114--116-- , 1966.
7. Meyer I:Osteoradionecrosis of the Jaws. Chicago. year Boo. Publishers. 1958.

8. Salomón, Harold et al. Extraction of teeth after canceridal doses of radio-therapy to the head and neck am. J. surg. 115: 349--351-- ,1968.
9. Boucher L.J. and Heupel E.M. prosthetic restoration of a maxila and associated structures J. Pros. Den. 16:154--158-- ,1966.
10. Boucher L.J. and Heupel E.M. prosthetic restoration of a maxila and associated structures J. pros. Den Den 16: 154--168-- , 1966.