



REPORTE DE CASO

Intervención odontológica preventiva de mucositis en carcinoma oral de células escamosas de cabeza y cuello: reporte de caso

José Enrique Catpo-Villa^{1a} | Silvana Cristina Cumpa-Dávila^{1a}

1. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Escuela de Odontología. Chiclayo, Perú.

a. Interno de odontología

Correspondencia:
Jose Enrique Catpo-Villa
Correo: catpovillae@gmail.com

Resumen

Los carcinomas de células escamosas de cabeza y cuello representan la sexta forma más frecuente de cáncer en el mundo, siendo la cavidad oral el sitio primario en alrededor del 40 % de los casos. Se presenta el caso de una paciente 53 años, con antecedente de consumo ocasional de tabaco y alcohol, quien desarrolló una lesión palatina progresiva diagnosticada como carcinoma oral de células escamosas. La paciente recibió atención multidisciplinaria, incluyendo quimioterapia y manejo odontológico preventivo mediante desfocalización, fluorización y educación en higiene oral. A pesar de ello, la evolución fue desfavorable por baja adherencia al tratamiento oncológico. Este caso resalta la importancia de la intervención odontológica integral antes, durante y después de la terapia oncológica, así como su valor educativo en la prevención de mucositis oral y complicaciones derivadas del tratamiento de cáncer de cabeza y cuello.

Palabras clave: Neoplasias de Cabeza y Cuello, Estomatitis, Tratamiento Restaurativo Atraumático Dental (fuente: DeCS MeSH).

Preventive dental intervention for mucositis in oral squamous cell carcinoma of the head and neck: case report

Abstract

Squamous cell carcinomas of the head and neck represent the sixth most common form of cancer worldwide, with the oral cavity being the primary site in approximately 40% of cases. We present the case of a 53-year-old patient with a history of occasional tobacco and alcohol use who developed a progressive palatal lesion diagnosed as oral squamous cell carcinoma. The patient received multidisciplinary care, including chemotherapy and preventive dental management through decongestive procedures, fluoride treatments, and oral hygiene education. Despite this, her prognosis was unfavorable due to poor adherence to cancer treatment. This case highlights the importance of comprehensive dental intervention before, during, and after cancer therapy, as well as its educational value in preventing oral mucositis and complications arising from head and neck cancer treatment.

Key words: Head and Neck Neoplasms, Stomatitis, Dental Atraumatic Restorative Treatment(source: DeCS/ MeSH)

INTRODUCCIÓN

Según lo indicado por el Instituto Nacional del Cáncer (INC), el cáncer de cabeza y cuello comprende un grupo de neoplasias que se originan en los tejidos y estructuras ubicadas en esta región anatómica, tales como la laringe, faringe, garganta, labios, lengua, amígdalas, cavidad nasal, senos paranasales y glándulas salivales.

A nivel global, los carcinomas escamosos que afectan esta zona constituyen la sexta forma más frecuente de cáncer, con una incidencia anual que supera los 500 000 casos nuevos ⁽¹⁾. Alrededor del 40 % de los carcinomas de células escamosas (CCE) se presentan como tumores primarios, mientras que el 60 % restante compromete otras estructuras de la región cefálica

y cervical; además, esta neoplasia maligna representa el 90 % de los cánceres de la cavidad oral^(2,3).

La atención odontológica resulta fundamental en todas las fases del tratamiento con radiación: antes, durante y después. Sin embargo, muchos pacientes no cuentan con acceso adecuado a cuidados dentales especializados. Por ello, es crucial destacar la importancia de identificar y manejar oportunamente las patologías dentales en el contexto perioperatorio; esto incluye, una evaluación prequirúrgica del estado dental y, en entornos con recursos limitados, la posibilidad de realizar intervenciones preventivas durante el acto quirúrgico, como la extracción de piezas dentarias con riesgo de generar complicaciones a largo plazo⁽⁴⁾.

La mucositis oral (MO) representa una de las complicaciones más comunes, caracterizándose por una inflamación de la mucosa bucal que constituye una de las principales manifestaciones agudas de la toxicidad inducida por la quimioterapia (QT) y la radioterapia (RT). Diversos estudios han señalado múltiples factores que agravan la mucositis oral inducida por radiación (MOR), como una higiene bucal inadecuada, el consumo de tabaco, la combinación con quimioterapia, niveles bajos de hemoglobina, un estadio ganglionar avanzado, un índice de masa corporal mayor a 24 kg/m² y un índice neutrófilo-linfocito elevado. En pacientes sometidos a QT, esta condición afecta principalmente zonas con mucosa queratinizada como labios, lengua, paladar blando y piso de boca, mientras que en aquellos tratados con RT, las áreas comprometidas suelen ser aquellas directamente expuestas al campo de radiación en la región de cabeza y cuello⁽⁵⁾.

El objetivo del estudio es comunicar el caso de una paciente con carcinoma oral de células escamosas, con énfasis en la prevención de mucositis oral y el manejo odontológico de los efectos adversos post exposición a quimioradioterapia en el Servicio de Oncología del Hospital Regional Lambayeque (HRL).

REPORTE DE CASO

Paciente de sexo femenino de 53 años, consumidora ocasional de tabaco y alcohol hasta hace dos años y sin antecedentes médicos relevantes conocidos. Mantenía una dieta variada sin restricciones alimentarias reportadas, además de una inadecuada higiene bucal. No refirió antecedentes familiares de cáncer ni comorbilidades sistémicas diagnosticadas. La paciente residía con su familia y contaba con acceso regular a servicios de salud, sin antecedentes genéticos o factores predisponentes identificados.

Acude a consulta particular de odontología en el mes de agosto del año 2024 para extracciones quirúrgicas de remanentes radiculares del cuadrante superior izquierdo. Pasado un mes acude al Servicio de Odontología del policlínico por presentar una lesión voluminosa en el paladar, de 3 cm x 3 cm (Fig 1), por lo que realizaron un raspado para descartar una infección micótica.



Figura 1. Estadio inicial de la lesión intraoral

Un mes después acude a otra consulta particular para solicitar exámenes imagenológicos auxiliares, tales como fotografías clínicas extra e intraorales y radiografía panorámica (Figura 2). Algunas semanas después regresa a la consulta del servicio en el policlínico por el crecimiento progresivo de la lesión ubicada en la hemiarcada superior izquierda y proceden a realizar un nuevo raspado como descarte de infección micótica.

Antes de la confirmación histopatológica, se consideraron como diagnósticos diferenciales la candidiasis crónica hiperplásica, la leishmaniasis mucocutánea y la tuberculosis oral, debido a la localización palatina, la ulceración persistente y el aspecto infiltrativo de la lesión. Sin embargo, la evolución rápida, el incremento progresivo del tamaño y la consistencia firme orientaron hacia una neoplasia maligna, lo cual fue confirmado mediante el examen anatomopatológico.

Por tal motivo, tres meses después al notar cambios en la lesión en cuanto a sus dimensiones y características, retorna al mismo servicio y deciden realizar una biopsia incisional para enviarlo a estudio anatomopatológico, semanas después el informe indica carcinoma oral de células escamosas ubicado en el paladar.

Al quinto mes de la primera atención, la paciente ingresa por el servicio de emergencia debido a hemorragia en la lesión y dolor de 8/10 según escala EVA, con una PA: 110/72 mmHg, FC: 87 lpm, FR: 18 rpm y SatO₂: 99 %. Como protocolo de atención le administraron ácido tranexámico (100mg/ml I.V) para controlar la hemorragia. Después de un mes acude nuevamente a emergencia por exacerbación de las complicaciones del anterior ingreso, la lesión tenía dimensiones de 10 x 10 cm que invadía la hemiarcada derecha, con márgenes irregulares y coloración rojo intenso y amarillento. Paciente empieza quimioterapia, valorando signos clínicos, el dolor fue de 4/10 según escala EVA, dificultad para hablar y halitosis.

De acuerdo con las características clínicas que presentaba la paciente, como lesión proliferativa, sangrante y de crecimiento rápido, además de los hallazgos tomográficos que evidenciaron áreas de necrosis, el caso se clasificó clínicamente



Figura 2. Imágenes auxiliares. Izq.: radiografía panorámica, centro izq.: fotografía oclusal intraoral; Centro der.: fotografía extraoral; Der.: fotografía oclusal intraoral al momento del segundo raspado.

como carcinoma oral de células escamosas estadio T4aN0M0, correspondiente a un carcinoma localmente avanzado. Este estadio se asocia con un pronóstico desfavorable, el cual se agravó por la baja adherencia al tratamiento oncológico y la interrupción de las sesiones de quimioterapia.

Al octavo mes después de su primera atención, la paciente recibe interconsulta en el Servicio de Odontología para realizar tratamientos preventivos y desfocalización. El protocolo preventivo incluyó una sesión única de destartraje y profilaxis, fluorización tópica de barniz al 5 % de fluoruro de sodio y fosfato tricálcico (22 600 ppm). Además, se brindó educación en higiene oral y recomendaciones dietéticas, reforzadas semanalmente durante el primer mes de seguimiento. Previamente, al inicio de las intervenciones odontológicas, se obtuvo el consentimiento informado y voluntario de la paciente, además de su aprobación para documentar los resultados de las mismas con fines académicos.

Al cabo de la primera fase de la intervención odontológica, la paciente mostró una actitud optimista con plena confianza para llevar sus terapias oncológicas sin temor a los efectos adversos que pueda padecer en la cavidad oral, puesto que era consciente del estado deficiente de su salud oral.

Transcurrido un año de su diagnóstico, la paciente ha recibido tres sesiones de quimioterapia DCF + FEC por 5 días: Docetaxel (70 mg/mm²), Cisplatino (75 mg/m²) 5 Fluoracilo (1000mg/m²), Filgrastim (300 ug). La evolución de la enfermedad no es favorable, debido a que no acude a tiempo a sus quimioterapias.

DISCUSIÓN

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) representa aproximadamente el 90 % de todos los cánceres orales, suele presentarse como una lesión ulcerativa que muestra una zona central necrótica, acompañada de márgenes elevados con aspecto enrollado. También puede manifestarse como una proliferación exofítica, una placa endurecida sin ulceración (de tipo endofítica), o una combinación de estas presentaciones clínicas, y se asocia estrechamente con factores de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol y una higiene oral deficiente⁽⁶⁾. En el caso descrito, la paciente presentó una evolución progresiva de una lesión palatina que, tras diversos procedimientos diagnósticos, fue confirmada como COCE. Su antecedente de consumo de tabaco y alcohol, aunque

suspendido dos años antes, puede haber contribuido al desarrollo del carcinoma, debido a que el uso combinado de ambos aumenta el riesgo, dado el efecto acumulativo y retardado de estos factores en la carcinogénesis oral⁽⁷⁾.

La intervención odontológica en pacientes oncológicos tiene una mayor relevancia si se realiza desde un enfoque preventivo, lo que permite en gran medida controlar o evitar el desarrollo y exacerbación de mucositis oral. Los tratamientos ideales son la eliminación de focos infecciosos, terapia periodontal, restauración de lesiones cariosas, reparar o suspender el uso de aparatología protésica en mal estado y aplicación tópica de flúor, dichos procedimientos tienen lugar dos semanas antes del inicio de la quimio/radioterapia^(8,9).

La función del odontólogo se divide en tres fases según las directrices del Colegio de Cirujanos de Inglaterra y la Sociedad Británica de Discapacidad y Salud Bucodental. Antes de iniciar la terapia oncológica se debe diagnosticar el estado del sistema estomatognático del paciente y tratar las patologías presentes. Durante la terapia oncológica es necesario controlar los efectos adversos propios de las sesiones de quimio/radioterapia, y finalmente evaluaciones periódicas de la cavidad oral, rehabilitación de la funcionalidad y aplicación tópica de flúor y pastas con alto contenido de este^(10,11).

La educación sobre higiene oral también es parte de las intervenciones odontológicas y cuenta con un gran potencial para brindar conocimiento de aditamentos básicos de higiene encabezados por enjuagues o colutorios de gluconato de clorhexidina y modificar ciertos hábitos para mantener una cavidad oral sana con una menor carga bacteriana; por otra parte, si la mucositis se ha desarrollado, es de gran utilidad usar enjuagues a base de bencidamina 15 ml tres veces al día y continuar con el mismo, post radioterapia^(12,13).

En este caso, la paciente recibió atención odontológica preventiva mediante profilaxis, fluorización y eliminación de focos infecciosos antes de continuar con las sesiones de quimioterapia, lo cual está alineado con las recomendaciones actuales de manejo integral del paciente oncológico. El uso de barniz de fluoruro de sodio al 5 % ha demostrado ser efectivo en la remineralización dental y en la prevención de caries asociadas a la xerostomía inducida por quimioterapia^(14,15).

La necesidad de la intervención de un equipo odontológico está respaldada por evidencia científica a lo largo de los años con el fin de garantizar el bienestar del paciente durante y

post sesiones de quimio/radioterapia empezando por un buen estado de salud bucal; de este modo, se logra conservar el equilibrio de la flora bacteriana en la cavidad oral y por ende se reduce la probabilidad que los pacientes sufran mucositis o cualquier otra patología bucodental que influya negativamente en el progreso de las sesiones oncológicas^(16,17).

Sin embargo, un factor crítico que puede comprometer el éxito del tratamiento, como se observa en este caso, es la falta de adherencia a las sesiones oncológicas, lo cual ha sido asociado a un peor pronóstico en pacientes con COCE avanzado. La progresión de la lesión y el deterioro de la calidad de vida podría estar relacionada tanto con la agresividad del tumor como con la discontinuidad del tratamiento y la falta de una atención integral desde el punto de vista odontológico⁽¹⁸⁾.

Este caso refuerza la importancia del abordaje multidisciplinario, donde el odontólogo cumple un rol indispensable antes de las terapias oncológicas, durante y después. Además, se resalta la relevancia significativa de estrategias educativas y de acompañamiento para mejorar la adherencia terapéutica del paciente para un manejo integral de su salud.

Con el objetivo principal de brindar una mejor calidad de vida para los pacientes oncológicos y reducir los efectos adversos de la quimio/radioterapia en la cavidad oral, se recomienda sistematizar y dividir en tres fases cruciales a las intervenciones odontológicas, siendo la más importante la primera que es la desfocalización dos semanas antes de la terapia oncológica, esto incluye exodoncias de remanentes radiculares o tratamiento de conductos de piezas con necrosis pulpar, terapia periodontal (destartraje y profilaxis) y fluorización.

En la segunda fase realizar un seguimiento de las primeras intervenciones, esta tendrá lugar a los 7 o 14 días post tratamiento oncológico, el refuerzo tópico con flúor debe ser prioridad para mantener la flora bacteriana oral en equilibrio constante, además la educación sobre la higiene oral y su importancia debe ir de la mano al finalizar cada intervención en esta fase, por último, en la tercera fase que tiene lugar al finalizar el tratamiento médico, se exhorta hacer un control bucodental general y empezar con la rehabilitación para devolver la funcionalidad masticatoria en caso de haberse realizado exodoncias en la primera etapa.

De este modo, es necesario recalcar que las futuras investigaciones de la misma línea deben concretar una guía clínica que detalle paso por paso el manejo de los pacientes oncológicos de cabeza y cuello con el fin de tener un orden cronológico para las intervenciones odontológicas.

Este reporte de caso recopila información muy importante sobre el carcinoma oral de células escamosas y la efectividad de las intervenciones odontológicas antes, durante y después de la terapia oncológica, por lo que a partir de esta investigación se pueden realizar estudios clínicos comprobando la efectividad sistematizada dichas intervenciones, además de impulsar a un consenso de guías prácticas para el manejo bucodental adecuado y preciso de los pacientes oncológicos.

En conclusión, el presente caso clínico resalta la importancia de la intervención e inclusión de los profesionales de la salud

bucodental en el manejo de pacientes con carcinoma oral de células escamosas sometidos a tratamiento oncológico mediante estrategias eficaces para reducir la incidencia y severidad de la mucositis oral, una de las principales complicaciones asociadas a la quimioterapia y radioterapia en cánceres de cabeza y cuello.

Financiamiento: autofinanciamiento.

Conflicto de interés: ninguno.

Contribución de autoría: Los dos autores contribuyeron por igual en la concepción, diseño y recolección de los datos. JCV realizó el análisis la interpretación y redactó el manuscrito. SCD realizó la revisión crítica del manuscrito. Ambos aprobaron y se hacen responsables del contenido publicado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alsañafi E, Begg K, Amelio I, Raulf N, Lucarelli P, Sauter T, et al. Clinical update on head and neck cancer: molecular biology and ongoing challenges. *Cell Death Dis.* 2019;10(8):540. doi: 10.1038/s41419-019-1769-9.
2. Alshami M, Al-Maliky M, Alsagban A, Alshaeli A. Epidemiology and incidence of oral squamous cell carcinoma in the Iraqi population over 5 years (2014-2018). *Health Sci Rep.* 2023;6(4):e1205. doi: 10.1002/hsr2.1205.
3. Manoharan M, Kalman N, Rabinowits G. Head and Neck Squamous Cell Carcinoma of Unknown Primary: A Diagnostic Work-Up. *Oncologist.* 2024;29(3):192-199. doi: 10.1093/oncolo/oyad311
4. Devi S, Singh N. Dental care during and after radiotherapy in head and neck cancer. *Natl J Maxillofac Surg.* 2014;5(2):117-25. doi: 10.4103/0975-5950.154812.
5. Navarro-Wike P, Leiva-Contreras C, Donoso-Hofer F. Mucositis Oral: Actualización en el Diagnóstico, Prevención y Tratamiento. *Int J Odontostomatol.* 2021;15(1):263-70. doi: 10.4067/S0718-381X2021000100263.
6. Muthusamy M, Ramani P, Arumugam P, Rudrapathy P, Kangusamy B, Veeraraghavan V, et al. Assessment of various etiological factors for oral squamous cell carcinoma in non-habit patients- a cross sectional case control study. *BMC Oral Health.* 2025;25(1):62. doi: 10.1186/s12903-024-05406-z
7. Eloranta R, Suvi-Tuuli V, Keinänen A, Salo T, Qannam A, Bello I, et al. Oral squamous cell carcinoma: Effect of tobacco and alcohol on cancer location. *Tob Induc Dis.* 2024;22:1-9. doi: 10.18332/tid/189303.
8. Wang Y, Huang Z, Xiao S, Zheng B, Zhao D, Liu W, et al. The relevance of dental management prior to radiation therapy with severe oral mucositis in head and neck cancer patients. *J Dent Sci.* 2025;20(1):522-8. doi: 10.1016/j.jds.2024.04.030.
9. Nunes F, Leal L. Dental management of patients undergoing head and neck radiotherapy at AFEC: Hospital SRC in Vitória/ES. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2025;139(5):e113. doi: 10.1016/j.oooo.2025.01.562.
10. Goh E, Beech N, Johnson N et al. The dental management of patients irradiated for head and neck cancer. *Br Dent J.* 2023;234(11):800-804. Doi: 10.1038/s41415-023-5864-z
11. Agurto M, Bozorgi S, Carpenter G. et al. Longitudinal study of the role of salivary proteins on radiation-related caries onset in head and neck cancer patients using 5000 ppm fluoride dentifrice up to one-year post-intensity modulated radiotherapy. *Clin Oral Investig.* 2024;28(7):379. Doi: 10.1007/s00784-024-05788-y
12. Kamel A, AlKindi F, AlHarrasi R. et al. The Role of Dental Oncology in Cancer Care: A Critical Component of Comprehensive Treatment,

- Education, and Interdisciplinary Collaboration – a Narrative Review. *J Canc Educ.* 2025. Doi: 10.1007/s13187-025-02639-6
13. Abed H. Dental considerations for head and neck cancer: A clinical review. *Saudi Dent J.* 2023;35(5):476-486. doi: 10.1016/j.sdentj.2023.05.009.
 14. Sheikh A, Khan FR, Tabassum S. Topical Fluorides for Head and Neck Cancer Patients Subjected to Surgical Resection and Radiation Therapy in Resource Restraint Settings. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2020;30(2):205-209. doi: 10.29271/jcpsp.2020.02.205.
 15. Owosho AA, DeColibus K, Hedgepeth B, Wood BC, Sansoni RE, Gleysteen JP, Schwartz DL. The Role of Dental Practitioners in the Management of Oncology Patients: The Head and Neck Radiation Oncology Patient and the Medical Oncology Patient. *Dent J (Basel).* 2023;11(5):136. doi: 10.3390/dj11050136.
 16. Singh M, Bagewadi A. Management of oral mucositis caused by radiotherapy – A comprehensive review. *SRM J Res Dent Sci* 2022;13(2):68-73. Doi: 10.4103/srmjrds.srmjrds_31_22
 17. Alves LDB, Menezes ACS, Costa AMD, et al. Strategies for the dentist management of cancer patients: narrative literature review. *J Cancer Prev Curr Res.* 2021;12(4):111-121. DOI: 10.15406/jcpcr.2021.12.00463
 18. Zami Z, Pachuau L, Bawihlung Z, Khenglawt L, Hlupuii L, Lalthanpuii C, et al. Treatment regimens and survival among patients with head and neck squamous cell carcinoma from Mizo tribal population in northeast India - a single centre, retrospective cohort study. *Lancet Reg Health Southeast Asia.* 2024;24:100377. doi: 10.1016/j.lansea.2024.100377.