

**TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS ORALES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN CUIDADOS
PALIATIVOS: REVISIÓN NARRATIVA.**

**Ana María Castillo Torres
Kimberly Chavez Afanador
Daniela Rincón Ortega**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE PATOLOGÍA ORAL Y MEDIOS DIAGNÓSTICOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ DC.- JULIO- 2022**

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

| | |
|---|---|
| Universidad | El Bosque |
| Facultad | Odontología |
| Programa | Patología Oral y Medios diagnósticos |
| Título: | Tratamiento de síntomas orales en pacientes oncológicos en cuidados paliativos: revisión narrativa. |
| Grupo de investigación | Unidad de Epidemiología Clínica Oral -UNIECLO |
| Línea de investigación: | Patología Oral |
| Otras Instituciones participantes: | Universidad de La Sabana |
| Tipo de investigación: | Posgrado-Grupo |
| Estudiantes: | Ana María Castillo Torres, Kimberly Chavez Afanador Daniela Rincón Ortega |
| Director: | Dra. María Rosa Buenahora, |
| Codirector | Dra, Yenny Garcia |
| Asesor metodológico: | Dra. Gloria Inés Lafaurie Villamil |
| Otros asesores: | Dr. Juan Esteban Correa Morales Dr. Leandro Chambrone |

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

| | |
|--|---|
| OTTO BAUTISTA GAMBOA | Presidente del Claustro |
| JUAN CARLOS LÓPEZ TRUJILLO | Presidente Consejo Directivo |
| MARIA CLARA RANGEL GALVIS | Rector(a) |
| NATALIA RUÍZ ROGERS | Vicerrector(a) Académico |
| RICARDO ENRIQUE GUTIÉRREZ MARÍN | Vicerrector Administrativo |
| GUSTAVO SILVA CARRERO | Vicerrectoría de Investigaciones. |
| CRISTINA MATIZ MEJÍA | Secretaria General |
| JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS | División Postgrados |
| MARIA ROSA BUENAHORA TOVAR | Decana Facultad de Odontología |
| MARTHA LILIANA GOMEZ RANGEL | Secretaria Académica |
| DIANA MARIA ESCOBAR JIMENEZ | Director Área Bioclínica |
| ALEJANDRO PERDOMO RUBIO | Director Área Comunitaria |
| JUAN GUILLERMO AVILA ALCALÁ | Coordinador Área Psicosocial |
| INGRID ISABEL MORA DIAZ | Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología |
| IVÁN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES | Coordinador Postgrados Facultad de Odontología |
| YENNY MARITZA GARCÍA TARAZONA | Directora Programa de patología oral y medios diagnósticos |

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

GUÍA DE CONTENIDO

| | |
|---|-------------|
| Resumen | |
| Abstract | |
| | Pág. |
| 1.INTRODUCCIÓN | 1 |
| 2.OBJETIVOS | 2 |
| 3.METODOLOGÍA | 3 |
| A. Tipo de estudio | 3 |
| B. Metodología para el desarrollo de la revisión | 3 |
| ● Pregunta(s) orientadoras | 3 |
| ● Estructura de la revisión | 3 |
| ● Búsqueda de información | 3 |
| ○ Selección de palabras claves por temática | 4 |
| ○ Estructuración de estrategia de búsqueda por temática | 9 |
| ○ Resultados de aplicación de estrategia de búsqueda por temática en bases de datos (Pubmed -Embase) | 13 |
| ○ Preselección de artículos por temática | 13 |
| ● Selección de artículos por temática. | 13 |
| ● Proceso de extracción de información de artículos por temática | 13 |
| 4.RESULTADOS. | 14 |
| 5.CONSIDERACIONES EN PROPIEDAD INTELECTUAL | 39 |
| 6.DISCUSIÓN | 40 |
| 7.CONCLUSIÓN | 42 |
| 8.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 45 |
| 9.ANEXOS | 54 |

RESUMEN

TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS ORALES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS: REVISIÓN NARRATIVA.

Antecedentes: los cuidados paliativos son el cuidado holístico activo de personas de todas las edades con condiciones graves relacionadas con la salud y su principal objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Por ello, es importante brindar atención al cuidado de la cavidad bucal y la paliación de los síntomas secundarios a las terapias oncológicas a las que son sometidos estos pacientes. Las manifestaciones bucales provocan compromiso en la calidad de vida y la dimensión psicosocial, lo que imposibilita en muchos aspectos de la vida diaria como la ingesta de alimentos, pérdida de peso y problemas psicológicos. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es describir el tratamiento de la xerostomía, disgeusia, candidiasis, queilitis angular, úlceras orales y estomatitis, que son las principales manifestaciones en la cavidad oral, con el fin de brindar mejores cuidados paliativos a estos pacientes. **Objetivo:** describir cinco manifestaciones orales incluyendo la intervención que se puede realizar desde el campo de la odontología para mejorar la calidad de vida y disminuir el dolor en pacientes en cuidados paliativos. **Objetivo:** describir seis manifestaciones orales incluyendo la intervención que se puede realizar desde el campo de la odontología para mejorar la calidad de vida y disminuir el dolor en pacientes en cuidados paliativos. **Métodos:** se realizó una revisión narrativa que incluyó artículos científicos que describen las manifestaciones orales de pacientes que se encuentran en cuidados paliativos. Se estableció una pregunta que orienta la revisión: en pacientes en cuidados paliativos con manifestaciones bucales, qué aspectos son importantes para el manejo del dolor y mejorar su calidad de vida. Teniendo en cuenta la pregunta, se estableció la estructura de la revisión de acuerdo con los temas que se desarrollarán. Introducción/historia/objetivo, metodología de búsqueda de información, descripción de las manifestaciones bucales (xerostomía, disgeusia, candidiasis bucal, queilitis angular, úlceras y estomatitis), epidemiología, tratamiento o manejo clínico, discusión, conclusión y referencias bibliográficas. **Resultados:** nuestra revisión narrativa compiló la evidencia disponible sobre diferentes tratamientos investigados para xerostomía, estomatitis, úlceras orales, disgeusia, candidiasis y queilitis angular en pacientes con diagnóstico de cáncer bajo manejo de cuidados paliativos. Encontramos más de 20 intervenciones para estas patologías de 86 estudios originales. Las interrupciones descritas han sido documentadas en revisiones sistemáticas previas, pero sin la descripción detallada de nuestro estudio. A pesar de la extensa colección de tratamientos, nuestro estudio tiene la limitación de que la mayoría de los estudios son heterogéneos en su metodología, con muestras pequeñas de pacientes y de carácter observacional. **Conclusiones:** la importancia del tratamiento en pacientes sometidos a terapias como quimioterapia y radioterapia radica en la adecuada valoración de las manifestaciones y gravedad de la enfermedad relacionada con las terapias que, como riesgo concomitante, pueden generar las manifestaciones orales descritas en nuestra revisión narrativa, por lo que se sugiere que los profesionales como odontólogos y/o médicos paliativos, que están en contacto directo con estos pacientes, tengan en cuenta criterios como: el tipo de terapia que se está manejando para cada uno de los pacientes, la frecuencia del tratamiento, las manifestaciones orales innatas que éstas producen y la pronta atención de los signos y síntomas que se presenten. **Palabras clave:** pacientes en cuidados paliativos, manifestaciones orales, manejo del dolor, calidad de vida

ABSTRACT

TREATMENT OF ORAL SYMPTOMS IN ONCOLOGY PATIENTS WHO ARE IN PALLIATIVE CARE; NARRATIVE REVIEW

Background: Palliative care is an active holistic care for persons of all ages with serious health conditions and its main objective is to improve theirs and their families' quality of life. That is why it's important to pay attention to the oral health and the secondary effects of oncological therapies. Oral manifestations compromise quality of life and the psychosocially, making difficult many aspects of daily life such as eating, weight loss and psychological problems. The objective of this study was to describe the treatment for xerostomia, dysgeusia, candidiasis, angular cheilitis, oral ulcers and stomatitis for being the principal oral manifestations of said patients. Objective: to describe six oral manifestations including the interventions that may be dentistry performed in order to improve quality of life of patients with palliative treatments. Method: A narrative review was carried out including scientific articles which described oral manifestations in palliative care patients. An orienting question was developed: Which aspects are important for pain management and improvement of quality of life in patients with palliative care who have oral manifestations? The review was structured according to the topics to be developed such as introduction, history, objective, search methodology, description of oral manifestations (xerostomia, dysgeusia, candidiasis, angular cheilitis, oral ulcers and stomatitis), epidemiology, treatment or clinical management, discussion, conclusion and references. Results: This review compiled the available evidence regarding different treatments for xerostomia, dysgeusia, candidiasis, angular cheilitis, oral ulcers and stomatitis in patients with cancer who are undergoing palliative care. More than 20 interventions were found in 72 original studies, the described interruptions have been documented in previous systematic reviews but without the detailed description as per the current study. There is the limitation however that most studies are heterogenous in the methodology, with small patient samples and observational in character. Conclusions: The importance of treatment for patients who undergo therapies such as chemotherapy and radiotherapy is based on the adequate assessment of manifestations, severity of the associated disease and how those may be related with the oral conditions described here. It is suggested that the professionals like dentists and palliative physicians who are in contact with said patients take into consideration criteria such as type of therapy, frequency, oral manifestations and the prompt attention to signs and symptoms.

Key words: patients with palliative care, oral manifestations, pain management, quality of life.

1. INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos son el cuidado holístico activo de personas de todas las edades con sufrimiento grave relacionado con la salud (SGRS) debido a una enfermedad grave y especialmente de aquellos que se acercan al final de la vida. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores (1). El SGRS se entiende como el sufrimiento asociado a una enfermedad o lesión de cualquier tipo que no puede aliviarse sin intervención médica y que compromete el bienestar físico, social, espiritual y/o emocional (2). La mayor proporción de SGRS se presenta en las enfermedades oncológicas cuya prevalencia se proyecta aumentará en 16 millones de personas, lo que representa un aumento porcentual del 109% para 2060 (3). Por tanto, es imperativo mejorar la calidad de la atención paliativa por medio de la investigación de las necesidades no resueltas o que han surgido a partir de los avances terapéuticos. Un campo de relevancia clínica en desarrollo es el cuidado de la cavidad oral y la paliación de síntomas bucales secundarios a terapias oncológicas de pacientes en cuidados paliativos. Si bien existen guías clínicas para ciertas complicaciones comunes como lo son la náusea por quimioterapia (4) o la mucositis inducida por radioterapia (5), otras complicaciones frecuentes y relevantes que presentan los pacientes oncológicos no reciben la atención necesaria ni el tratamiento paliativo requerido. Estas manifestaciones orales causan síntomas intensos que comprometen aspectos de la vida diaria como comer, comunicarse y dormir e impactan negativamente la calidad de vida y la dimensión psicosociales de los pacientes (6-8). El objetivo de este estudio es describir por medio de una revisión narrativa la evidencia científica para el tratamiento de la xerostomía, disgeusia, candidiasis, queilitis angular, úlceras orales, y la estomatitis con el fin de poder brindar una mejor atención paliativa.

2. OBJETIVOS.

2.1. Objetivo general:

Describir las seis manifestaciones orales incluyendo la intervención que se puede realizar desde el campo de la odontología para mejorar la calidad de vida y disminuir el dolor en pacientes sometidos a cuidados paliativos.

2.2. Objetivos específicos

- 2.2.1.** Identificar las seis manifestaciones orales más frecuentes en pacientes terminales con cuidados paliativos.
- 2.2.2.** Identificar los tratamientos y terapias para mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- 2.2.3.** Compendiar la evidencia encontrada con respecto a la participación del odontólogo en el manejo de pacientes que se encuentran bajo cuidados paliativos.

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio: Revisión narrativa.

3.2. Población y muestra: Artículos científicos donde se describan las manifestaciones orales de pacientes que se encuentran en cuidados paliativos.

3.3. Metodología para el desarrollo de la revisión:

Pregunta orientadora de la revisión: Se estableció la pregunta que orienta la revisión y es la que la revisión pretende responder:

En pacientes sometidos a cuidados paliativos y que presentan manifestaciones orales, qué aspectos son importantes para el manejo del dolor y mejorar su calidad de vida.

3.3.1. Estructura de la revisión:

Teniendo en cuenta la pregunta, se estableció la estructura de la revisión de acuerdo con las temáticas que se van a desarrollar.

- Introducción/ Historia /objetivo.
- Metodología de búsqueda de información.
 1. Descripción de las manifestaciones orales (Xerostomía, Disgeusia, candidiasis oral, queilitis angular, úlceras y estomatitis).
 2. Epidemiología de las manifestaciones orales (Xerostomía, Disgeusia, candidiasis oral, queilitis angular, úlceras y estomatitis).
 3. Tratamiento o manejo clínico de las manifestaciones orales (Xerostomía, Disgeusia, candidiasis oral, queilitis angular, úlceras y estomatitis).
- Discusión.
- Conclusión.
- Referencias.

3.3.2. Búsqueda de información:

Se estructuró la búsqueda de artículos de la revisión sistemática en las bases de datos PUBMED y EMBASE, en las cuales se incluyó los términos de la pregunta PICO; donde la letra P corresponde a paciente y/o problema de interés, la letra I corresponde a la intervención principal que puede ser un tratamiento, factor pronóstico, prueba diagnóstica, exposición, la letra C que se trata de la

comparación que para este caso de la revisión se tiene en cuenta y la letra O de outcome o resultados.

Se utilizaron las palabras claves o términos normalizados en las herramientas Mesh y DeSC de Pubmed, y la herramienta de normalización de EMBASE, una vez se definieron los términos a utilizar, se unen con operadores booleanos como OR y AND, con estos criterios se realizó la búsqueda para poder seleccionar los artículos.

Posterior a esto se puso en marcha la utilización de una aplicación MENDELEY, en la cual existe un filtro para evitar que los artículos que se incluyan en la búsqueda estén de manera repetida. Luego de esto se hizo una lectura inicial de los títulos y resúmenes de los artículos seleccionados para evaluar cuáles artículos si cumplían los criterios de inclusión y si podían ser utilizados dentro de la investigación en curso. Una vez se hizo esta lectura inicial se escogieron los artículo y se tabulo toda la información en un Excel para que el grupo de investigación tuviera el acceso a la información fundamental de cada artículo

3.3.3. Selección de palabras claves.

Se establecieron las variables para la temática a ser tratada en la revisión a partir de las cuales se establecieron las palabras claves para poder elaborar estrategias de búsqueda de cada una de las temáticas propuestas: definición de los términos Mesh, Decs y Sinónimos o términos relacionado para lo cual se diligenció la Tabla número 1.

Tabla 1. Palabras claves

| Tabla 1. Palabras claves: para definición de las variables de estudio | | | |
|--|----------------------------------|--|--|
| PICO | Variable | Palabras Claves | |
| P | Pacientes de cuidados paliativos | Palabra clave | Cuidados paliativos |
| | | Términos [MeSH] inglés | Palliative care Care, Palliative Palliative Treatment Palliative Treatments Treatment, Palliative Treatments, Palliative Therapy, Palliative Palliative Therapy Palliative Supportive Care Supportive Care, Palliative Palliative Surgery Surgery, Palliative |
| | | Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués | Cuidados paliativos Palliative care Cuidados paliativos |
| | | Sinónimos | Atención paliativa, Asistencia paliativa de apoyo, Apoyo en cuidados paliativos, Tratamiento paliativo, medicina paliativa |
| I | Manifestaciones orales | Palabra clave | Manifestaciones orales |
| | | Términos [MeSH] ingles | Manifestation, Oral Manifestations, Oral |

| | | | |
|--|-----------|--|--|
| | | | Oral Manifestation |
| | | Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués | Manifestaciones bucales Oral manifestation Manifestações Bucais |
| | | Sinónimos | |
| | Mucositis | Palabra clave | Mucositis oral |
| | | Términos [MeSH] ingles | Stomatitides Oral Mucositis Mucositides, Oral Oral Mucositides Oromucositis Oromucositides Mucositis, Oral |
| | | Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués | Ingles: Mucositis Español: mucositis Portugues. mucosite |
| | | Sinónimos | Stomatitides, Oromucositides Mucositis, Oral |
| | Úlceras | Palabra clave | Úlcera oral |
| | | Términos [MeSH] ingles | Oral ulcer Oral Ulcers Ulcer, Oral Ulcers, Oral Mouth Ulcer Mouth Ulcers Ulcer, Mouth Ulcers, Mouth |
| | | Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués | Inglés: oral ulcer Español: úlceras bucales Portugues: úlceras orais |

| | | | |
|--|------------------|--|---|
| | | Sinónimos | Mouth Ulcer Mouth Ulcers |
| | Aftas | Palabra clave | Afta |
| | | Términos [MeSH] inglés | Aphthous Stomatitides Aphthous Stomatitis Stomatitides, Aphthous Ulcer, Aphthous Aphthous Ulcer Aphthous Ulcers Ulcers, Aphthous Aphthae Canker Sore Canker Sores Sore, Canker Sores, Canker Periadenitis Mucosa Necrotica Recurrens |
| | | Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués | Español: afta , afta oral Ingles: oral aphthae |
| | | Sinónimos | Sore, Canker Sores, Canker Periadenitis Mucosa Necrotica Recurrens |
| | Candidiasis oral | Palabra clave | Candidiasis oral |
| | | Términos [MeSH] inglés | Candidiases, Oral Oral Candidiases Oral Candidiasis Thrush Moniliasis, Oral |

| | | | |
|---|------------------|--|---|
| | | | Moniliasas, Oral Oral Moniliasas Oral Moniliasis |
| | | Términos [DeSC] español/ | Candidiasis bucal Oral Candidiasis Candidíase Bucal |
| | | Sinónimos | Candidiasis oral Micosis Oral Muguet |
| C | manejo del dolor | Palabra clave | Manejo del dolor |
| | | Términos [MeSH] inglés | pain management Management, Pain Managements, Pain Pain Managements |
| | | Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués | Manejo del dolor/ Pain Management Manejo da Dor |
| | | Sinónimos | |
| O | calidad de vida | Palabra clave | Calidad de vida |
| | | Términos [MeSH] inglés | Life Quality Health-Related Quality Of Life Health Related Quality Of Life HRQOL |
| | | Términos [DeSC] español/ inglés/ portugués | Quality of Life Calidad de Vida Qualidade de Vida |
| | | Sinónimos | CVRS Calidad de Vida Relacionada con la Salud |

| | |
|--|---|
| | (Micosis Oral)) AND (((((((Calidad de vida) OR (Life Quality)) OR (Health-Related Quality Of Life)) OR (Health Related Quality Of Life)) OR (HRQOL)) OR (Quality of Life)) OR (Qualidade de Vida))) |
|--|---|

Tabla 3. Estructuración de estrategia de búsqueda en EMBASE

| Tabla 3. ESTRATEGIA DE BUSQUEDA EMBASE | |
|---|---|
| Temática | Estrategia PICO |
| #1 | ('palliative therapy'/exp OR 'palliation' OR 'palliative care' OR 'palliative consultation' OR 'palliative medicine' OR 'palliative radiotherapy' OR 'palliative surgery' OR 'palliative therapy' OR 'palliative treatment' OR 'symptomatic treatment') AND ('mouth disease'/exp OR 'diagnosis, oral' OR 'leukoedema, oral' OR 'leukooedema, oral' OR 'mouth abnormalities' OR 'mouth disease' OR 'mouth diseases' OR 'mouth submucous fibrosis' OR 'oral diagnosis' OR 'oral disease' OR 'oral leukoedema' OR 'oral manifestations' OR 'oral submucous fibrosis' OR 'stomatognathic diseases' OR 'oral leukooedema') AND ('analgesia'/exp OR 'analgesia' OR 'pain management' OR 'pain relief' OR 'sequential analgetic analgesia' OR 'surgical analgesia') AND ('quality of life'/exp OR 'hrql' OR 'health related quality of life' OR 'life quality' OR 'quality of life') |

3.3.4. Selección final de artículos por temática (criterios de selección e inclusión de artículos).

Los artículos preseleccionados se obtendrán en texto completo y se les aplicarán los siguientes criterios de selección de acuerdo con cada temática para la revisión final.

Criterios de selección de artículos: Se seleccionarán todos los artículos publicados sin restricción en tiempo y período de publicación.

3.3.5. Proceso de extracción de información de artículos por temática.

Se realizará una tabla en Excel para la extracción de datos de cada artículo, en las cuales se pondrá: referencias, abstracts y temáticas de cada artículo, y la extracción de datos de cada temática, para identificar de todos los artículos cuales aplican para cada una de las temáticas, las cuales serán identificadas con un sistema de semaforización de colores; Esto con el fin de sustraer de manera organizada la información y facilitar la redacción del artículo final- evitando el plagio.

A cada artículo de estudios se le extrajeron los siguientes datos que están consignados en una tabla de Excel:

- Citación estudio/ país.
- Tipo de Muestra descripción (*Población para estudios clínicos (Ej. Adulto/niño, edad (promedio y rango) , sexo (distribución))en estudios experimentales in vitro descripción Especímenes medidas forma ,etc].*
- Tamaño de muestra.
- Grupos de estudio (grupo de estudio y control).
- Método de evaluación.
- Parámetros de evaluación.
- Seguimiento.
- Análisis estadístico.
- Resultados descriptivos por variable grupo analizada.
- Significancia estadística (valor p).
- Conclusiones.
- Observaciones.

4. RESULTADOS

4.1. Manifestaciones orales en pacientes con cuidados paliativos.

Con frecuencia en los pacientes con condiciones como cáncer avanzado las afecciones orales pueden provocar síntomas incómodos como dolor orofacial, sequedad de boca, trastornos de la deglución, disgeusia y dificultades para hablar. Estos síntomas pueden comprometer diferentes aspectos de la vida diaria como comer, comunicarse y dormir con un impacto negativo en la calidad de vida (9).

4.1.1. Xerostomía.

La saliva es un líquido acuoso generalmente espumoso que se encuentra en la cavidad oral de animales y humanos, secretado por las glándulas, es una solución hipotónica hidratada que protege la cavidad oral. La saliva tiene diferentes funciones como son la lubricación para masticar y tragar, ayuda en la digestión, mejora la deglución y el habla, aumenta el gusto, hidrata la mucosa bucal. También juega un papel importante en la inmunidad oral, ya que contiene muchos componentes inmunológicos y tiene propiedades antimicrobianas. Estudios han demostrado que una producción reducida puede llegar afectar funciones como son el habla, problemas para masticar, bloqueo en la deglución y disminución de la percepción del sabor. La disminución de la producción de saliva generalmente va acompañada de enfermedades inducidas por la placa, como caries e inflamación de las encías (10).

La xerostomía se define como la queja subjetiva de boca seca. Curiosamente, los pacientes que se quejan de xerostomía con frecuencia no muestran ningún signo objetivo de hiposalivación y sus síntomas pueden ser secundarios a cambios cualitativos y/o cuantitativos en la composición de la saliva (11-12) La tasa normal de flujo salival estimulado tiene un promedio de 1,5 a 2,0 ml/min, mientras que la tasa de flujo salival no estimulado es de aproximadamente 0,3 a 0,4 ml/min 4,5. Se realiza un diagnóstico de hiposalivación cuando la tasa de flujo salival estimulado es $\leq 0,5$ a 0,7 ml/min. y la tasa de flujo salival no estimulada

es $\leq 0,1$ ml/min (5-7). La xerostomía en pacientes con hiposalivación objetiva se diagnostica cuando la tasa de flujo de saliva es menor que la tasa de absorción de líquido a través de la mucosa oral más la tasa de evaporación de líquido de la mucosa oral. (13). El diagnóstico de xerostomía e hipofunción de las glándulas salivales requiere una historia clínica completa. Se debe prestar especial atención a los síntomas informados, el uso de medicamentos y el historial médico anterior. Los pacientes con hipofunción de las glándulas salivales suelen quejarse de boca seca, dificultad para tragar y/o hablar; apenas toleran los alimentos picantes, ácidos y crujientes y muchas veces reportan cambios en el gusto o dificultad para usar prótesis dentales (14).

4.1.1.1. Causas.

En la mayoría de los casos, la boca seca es causada por hipofunción de las glándulas salivales que puede ser una manifestación aguda o crónica, con o sin xerostomía. La xerostomía es una condición molesta frecuente. Se estima que entre el 12 y el 47 % de las personas mayores y entre el 10 y el 19,3 % de las personas de 30 años han sufrido sequedad de boca (14). En personas mayores, la causa más común es el uso de medicamentos con potencial efecto xerostómico, principalmente anticolinérgicos, simpaticomiméticos, sedantes-hipnóticos, opiáceos, antihistamínicos y relajantes musculares. Otras situaciones que pueden desencadenar la manifestación de una boca seca se debe principalmente a la radiación recibida en pacientes con cáncer en el área de la cabeza y el cuello. La radioterapia (RT) juega un papel fundamental en el tratamiento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Es necesario que se incluya un enfoque de equipo multidisciplinario para evaluar, diagnosticar y manejar pacientes con cáncer de cabeza y cuello debido a las múltiples manifestaciones orales que pueden presentar (15). Aproximadamente el 80% (rango 73,9 - 84,4%) de todos los pacientes con algún tipo de cáncer de cabeza y cuello deberán ser sometidos a radioterapia al menos una vez durante el curso de su enfermedad (11). El principal mecanismo de acción de la Radioterapia es restringir el potencial reproductivo de las células tumorales a inducir la muerte celular a través de la apoptosis, necrosis, catástrofe mitótica, senescencia y autofagia (12). No solo las células tumorales se irradian, también se produce un daño en las células normales adyacentes al tumor.

Los medicamentos pueden actuar sobre el sistema nervioso central y/o en la unión neuroglandular. Las células secretoras reciben receptores muscarínicos M1 y M3, receptores adrenérgicos α 1 y β 1 y ciertos receptores peptidérgicos que participan en el inicio de la secreción salival . Por lo tanto, es comprensible que los fármacos que tienen acciones antagónicas sobre los receptores autonómicos pero que se usan para tratar disfunciones en los diversos efectores del sistema nervioso autónomo también puedan afectar las funciones de las glándulas salivales y causar así sequedad oral (16).

En la práctica clínica, la xerostomía o sequedad oral es una condición de enfermedad crónica encontrada por la mayoría de los dentistas e higienistas dentales, que a menudo causa un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud bucal del individuo afectado (15).

4.1.1.2. Tratamiento.

En los últimos años se han propuesto varias estrategias de tratamiento para el manejo de la xerostomía y todas tienen como objetivo reducir los síntomas de los pacientes y/o aumentar el flujo salival. Los tratamientos recomendados son una hidratación adecuada; aumento de la humedad durante la noche; evitar los dentífricos irritantes y los alimentos crujientes/duros; y el uso de chicles/golosinas sin azúcar. Los medicamentos incluyen lubricantes para las mucosas, sustitutos de la saliva y estimulantes de la saliva (17).

4.1.1.2.1. Tratamiento no farmacológico.

4.1.1.2.1.1. Educación del paciente: la persona afectada debe ser valorada por un profesional de la salud calificado en especial cuando se trata de las manifestaciones orales se debe incluir la participación del odontólogo para discutir los problemas y las preocupaciones sobre la condición actual del paciente. La etiología, el diagnóstico, el pronóstico y el manejo prospectivo deben discutirse con los pacientes para seguir el tratamiento recomendado con citas de control (18).

4.1.1.2.1.2. Mantenimiento de una higiene oral adecuada: Un estudio realizado en el hospital médico y dental de Tokio reveló que casi todos los pacientes hospitalizados en cuidados paliativos eran pacientes adultos mayores con un nivel de conciencia relativamente

bueno. De igual forma se observaron problemas relacionados con los tejidos blandos (lengua, encía y mucosa), la saliva y la limpieza oral, que son comunes entre los pacientes con cáncer en etapa terminal (19,20,21). Pacientes en este tipo de condiciones requieren de intervenciones dentales especializadas, como el cuidado bucal profesional por parte de odontólogos, incluidas las instrucciones de raspado y cepillado de dientes, y la reparación de prótesis dentales y el tratamiento de caries (21). Otro informe también encontró que la salud oral mejoró con la participación de profesionales dentales en la atención colaborativa multidisciplinaria durante la fase aguda (22). De acuerdo con esos hallazgos, los resultados de este estudio respaldan la necesidad de una participación activa de los profesionales de la odontología y de un manejo especializado de la salud bucal en los cuidados paliativos. En particular, es probable que el tratamiento por especialistas en odontología mejore manifestaciones orales como son la boca seca, la limpieza oral y la afectación de la mucosa oral. Las prótesis removibles a menudo se retiran en los hospitales debido a las complejidades del manejo de las prótesis dentales, los peligros de aspiración e ingestión accidental y el deterioro de la sensibilidad del paciente. En este estudio, más de la mitad de los participantes no usaron sus prótesis removibles a pesar de necesitarlas.

4.1.1.2.2. Tratamientos Farmacológicos

4.1.1.2.2.1. Sialólogos sistémicos:

- ***Pilocarpina y Cevimelina:*** La pilocarpina y la cevimelina son dos sialólogos sistémicos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. para el tratamiento de la boca seca. Su efecto depende de la presencia de tejido glandular funcional. La pilocarpina oral es un medicamento parasimpaticomimético con acción muscarínica. La pilocarpina generalmente se administra a una dosis de 5 mg tres veces al día durante al menos 3 meses. La pilocarpina está contraindicada en personas con glaucoma de ángulo cerrado e iritis, y debe usarse con precaución en personas con enfermedad pulmonar crónica, asma o enfermedades cardiovasculares (13).
La cevimelina es un estimulante de las glándulas salivales con una mayor afinidad por los receptores muscarínicos M3. La ingesta diaria de 30 mg de cevimelina mostró resultados clínicos notables en la mejora del flujo y la producción de saliva en pacientes con síndrome de Sjögren. Este fármaco se ha utilizado ampliamente en

pacientes que experimentan xerostomía posterior a la radiación (10). Los efectos secundarios incluyen: sudoración excesiva, vasodilatación cutánea, emesis, náuseas, diarrea, hipo persistente, broncoconstricción, hipotensión, bradicardia, aumento de la frecuencia urinaria y problemas de visión.

- **Anetoletritiona:** Se ha demostrado que este agente, que se usó por primera vez para aumentar la producción de bilis, mejora la salivación en pacientes que experimentan disfunciones salivales menores, como hipofunción senil. Se recomienda una dosis de 25 mg tres veces al día para aumentar el flujo salival y reducir la sequedad bucal (10).

4.1.1.2.2. Agentes tópicos intraorales: Se encuentran entre los tratamientos recomendados más comunes para el manejo de la xerostomía. Estos incluyen gomas de mascar, estimulantes de saliva y sustitutos. Un aerosol tópico de sialogogo que contiene 1% de ácido málico ha demostrado recientemente su eficacia en el manejo de los síntomas de xerostomía en pacientes con sequedad de boca inducida por antidepresivos o antihipertensivos; sin embargo, esto tiene el potencial de causar una erosión leve del esmalte. Los chicles y caramelos sin azúcar disponibles comercialmente también se pueden usar para simular el flujo salival (23). En particular, se ha demostrado que los chicles aumentan la secreción de saliva y disminuyen la fricción de la mucosa oral (24). Además del chicle, los estimulantes y sustitutos de la saliva (p. ej., gel, enjuague bucal y pasta de dientes) brindan alternativas de venta libre para el manejo de la hipofunción de las glándulas salivales. Otros aerosoles orales, específicamente el triéster de glicerol oxigenado, sirven como un tratamiento alternativo para la boca seca y se ha demostrado que son más efectivos que otros sustitutos de saliva disponibles comercialmente(25). Los sustitutos de saliva tienen como objetivo aumentar la viscosidad e imitar la saliva natural sin alterar el flujo salival (26). Estos agentes contienen minerales (por ejemplo, iones de fluoruro, calcio y fosfato), carboximetilcelulosa o hidroxietilcelulosa, agentes saborizantes y conservantes (por ejemplo, propil o metilparabeno), aunque su eficacia para el tratamiento de la xerostomía sigue siendo controvertida (23). Otros agentes tópicos (pasta dental, enjuague bucal, spray bucal y gel) que contienen aceite de oliva, la betaína y el xilitol pueden ser efectivos para mejorar la xerostomía secundaria al uso de medicamentos (27).

4.1.1.2.2.3. Saliva artificial: Las alternativas a la saliva, también llamadas saliva artificial, proceden básicamente de la hidratación del tejido oral desecado. Las características biológicas y físicas de la saliva artificial deben ser similares a las de la saliva humana normal(28). La saliva artificial suele ser una mezcla de agentes amortiguadores, derivados de celulosa y agentes aromatizantes. Los reemplazos de saliva están disponibles en diferentes agentes, como líquidos, aerosoles, geles, aceites, enjuagues bucales, gomas de mascar y pasta de dientes. Permite proporcionar funciones humectantes que son importantes para proteger los tejidos orales, el funcionamiento adecuado del habla y el propósito de comer. Además, actúa para minimizar la irritación en la cavidad oral causada por la naturaleza líquida a diferencia de la saliva natural.

4.1.1.2.3. Tratamientos alternativos

4.1.1.2.3.1. Acupuntura y estimulación eléctrica con láser: La estimulación de la secreción de las glándulas salivales con acupuntura y el alivio de la xerostomía solo se pueden ver cuando una porción de la glándula salival permanece funcional. Poco se conocen los mecanismos de la acupuntura que podrían explicar sus cualidades terapéuticas (29). Se encontró que la acupuntura es efectiva también en pacientes resistentes a la pilocarpina (30) y como medida preventiva. La acupuntura y la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea similar a la acupuntura (ALTENS, por sus siglas en inglés) se evaluaron en 5 ensayos clínicos aleatorizados y los cuales mostraron un beneficio clínico de moderado a alto en todos los estudios (31-32). Se observó un aumento en la secreción total de saliva y un alivio subjetivo de los síntomas relacionados durante al menos 6 meses después de la intervención (33) y hasta 3 años con terapia de acupuntura adicional (34). El perfil de toxicidad favorable de la acupuntura y ALTENS se asoció con una buena tolerancia al tratamiento en todos los estudios informados, lo cual es de suma importancia cuando se considera una estrategia de mantenimiento.

4.1.1.2.3.2. Terapia génica: Se basa en la inyección de un vector viral, que transmite información genética a un tejido para producir algún cambio beneficioso. Representa un nuevo enfoque prometedor para el tratamiento de la xerostomía inducida por radioterapia. Se descubrió que el tejido de las glándulas salivales es un buen objetivo para la transferencia de genes debido a las células epiteliales estables, bien diferenciadas que se dividen

lentamente, permite el acceso directo a través de los orificios de los conductos(35). El más estudiado es la transferencia de adenovirus del gen de la acuaporina-1 humana (hAQP1), que codifica una proteína del canal de agua involucrada en el movimiento osmótico del agua en las células epiteliales del conducto salival que sobreviven a la radiación en la glándula dañada. La estrategia demostró ser segura y efectiva en un estudio clínico en humanos previamente irradiados por Cáncer de cabeza y cuello, mostrando un aumento en la tasa de flujo de saliva y una reducción de los síntomas relacionados con la xerostomía que pueden continuar años después (36-37).

4.1.1.2.3.3. Células madre: En las glándulas salivales las células madre juegan un papel central en la homeostasis tisular (38). Como precursores de las células progenitoras, que tienen una menor capacidad de autorrenovación y pueden ser específicas de tejido, se centran en la investigación extensiva de regeneración tisular y bioingeniería salival a nivel de cultivo celular y en modelos animales, pero aún no en humanos. Las células madre/progenitoras de las glándulas salivales mayores y menores se han aislado, cultivado y transferido con éxito a glándulas de rata (39), aunque también se han identificado células madre mesenquimales derivadas de tejido adiposo, glándulas salivales menores y también se han identificado como una posible fuente de la reparación del tejido dañado por la radiación (40–41). Además, el potencial de autoduplicación de las células acinares ya diferenciadas, que también juegan un papel en la homeostasis de las glándulas salivales (es decir, el reemplazo de las células dañadas y envejecidas), parece ser otra opción para contrarrestar la disfunción de las glándulas salivales y la xerostomía (42).

4.1.1.3. Estándares clínicos actuales.

El primer paso empírico es introducir medidas sintomáticas recomendando estimulantes gustativos y masticatorios, lubricantes y sustitutos de la saliva. Sin embargo, muchos pacientes pueden preferir la humectación frecuente de los tejidos orales con agua en lugar del uso de sustitutos de la saliva debido a la corta duración de la misma y el alivio que proporcionan. Una recomendación publicada es probar diferentes sustitutos de la saliva en pacientes individuales para seleccionar el más efectivo, ya que su preferencia también puede ser de su interés importancia para el éxito de este tratamiento (43). En pacientes sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares y oculares (glaucoma, inflamación o

infección) o asma no controlada, se puede probar un curso de pilocarpina 5 mg con posible aumento a 10 mg en pacientes seleccionados que no experimenten efectos adversos. La terapia debe ajustarse a la eficacia del fármaco y los efectos secundarios ejercidos. Si está disponible, la acupuntura es una opción en aquellos que no son aptos o resistentes a la terapia con pilocarpina.

De igual forma en el año 2020 se realizó la publicación de una guía por parte de la Asociación Multinacional de Cuidados de Apoyo en Cáncer/Sociedad Internacional de Oncología Oral (MASCC/ISOO) aquí se realizó una convocatoria a un Panel de Expertos multidisciplinario para evaluar la evidencia y formular recomendaciones para el manejo de la xerostomía. Se realizaron búsquedas en bases de datos como PubMed, EMBASE y Cochrane Library de ensayos controlados aleatorios publicados entre enero de 2009 y junio de 2020. La guía también incorporó dos revisiones sistemáticas anteriores realizadas por MASCC/ISOO, que incluyeron estudios publicados desde 1990 hasta 2008. La mayoría de las pruebas se centraron en el entorno de la radioterapia para el cáncer de cabeza y cuello. Para la prevención de la hipofunción de las glándulas salivales y/o la xerostomía en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, existe evidencia de alta calidad para las modalidades de radiación con conservación de tejido. Para el tratamiento de la hipofunción y/o xerostomía de las glándulas salivales, la evidencia de calidad intermedia respalda el uso de lubricantes tópicos para la mucosa, sustitutos de la saliva y agentes que estimulan el reflejo salival (44). Dentro de las recomendaciones se incluye que para los pacientes que reciben radioterapia para el cáncer de cabeza y cuello, se deben usar modalidades de radiación con conservación de tejido cuando sea posible para reducir el riesgo de hipofunción de las glándulas salivales y xerostomía. Otras intervenciones para reducir el riesgo que se pueden ofrecer durante la radioterapia para el cáncer de cabeza y cuello incluyen la acupuntura. Para los pacientes que desarrollan hipofunción de las glándulas salivales y/o xerostomía, las intervenciones incluyen lubricantes tópicos para las mucosas, sustitutos de la saliva y pastillas o goma de mascar sin azúcar (44).

4.1.2. Disgeusia.

Los trastornos del gusto incluyen hipogeusia (sensación del gusto reducida), ageusia (pérdida de la sensación del gusto), disgeusia (sensación del gusto alterada), fantogeusia (alteración del gusto sin estímulo externo) y parageusia (distorsión a un estímulo específico). A pesar de los diversos términos, el más utilizado, como definición general de cualquier alteración del gusto normal, es “disgeusia” (45,46). La percepción del gusto está mediada por células receptoras del gusto, agrupadas en grupos llamados papilas gustativas. Cada papila gustativa contiene de 40 a 120 células, clasificadas en células receptoras del gusto, células de apoyo y células precursoras. Las papilas gustativas se localizan principalmente en el dorso de la lengua, pero también se pueden encontrar en la mucosa bucal, suelo de la boca, orofaringe, epiglotis, faringe, laringe y en el tercio superior del esófago (47,48,49,50,51). Se estima que algunas células del gusto tienen una vida media de 8 a 12 días, mientras que otras pueden alcanzar a tener una vida media de 24 días (15,16). Las señales gustativas son transmitidas por varios nervios: la cuerda del tímpano (rama del nervio facial), el glossofaríngeo, el laríngeo superior (rama del nervio vago) y el lingual (rama del nervio trigémino). La sensibilidad propioceptiva lleva a las sensaciones táctiles, térmicas y posicionales, así como las impresiones gustativas que nos permiten apreciar el sabor y la calidad de los alimentos. Aunque la fase oral de la deglución es voluntaria, depende de la integración de estímulos mecánicos (a través del contacto de los alimentos) y químicos (a través del olfato y el gusto), preparando todo el sistema gastrointestinal para recibir el alimento (49).

El carcinoma oral de células escamosas (COCE) es el tumor más común de la región de cabeza y cuello y la sexta neoplasia más común en todo el mundo, y representa más del 90 % de las neoplasias malignas orales (50). Anualmente se diagnostican más de 400.000 nuevos casos, y la tasa de mortalidad se mantiene entre las más altas y se ha mantenido estable durante más de 20 años (52). La tasa de supervivencia a corto plazo es inferior al 50 % y las estrategias de tratamiento disponibles no muestran una eficacia favorable a medio o largo plazo (53). La incidencia del carcinoma de células escamosas de orofaringe (COCEO) ha aumentado significativamente en los últimos años debido a los efectos cancerígenos del virus del papiloma humano (VPH)(54). El aumento de su incidencia, combinado con la edad más

temprana de inicio y el mejor pronóstico asociado con la infección por VPH, resalta la necesidad de optimizar los resultados de supervivencia en pacientes con (COCEO). El tratamiento oncológico del COCE se basa en técnicas quirúrgicas y terapias médicas adyuvantes y/o neoadyuvantes, según el estadio patológico y las características de riesgo adversas (55). Sus efectos secundarios incluyen una amplia gama de toxicidades agudas y tardías, como dolor orofacial, fibrosis oral y/o mucositis, disfagia, disgeusia, xerostomía, alteraciones salivales, osteonecrosis de los maxilares, náuseas, fatiga y dermatitis.

4.1.2.1. Disgeusia y su relación con los tratamientos en pacientes con cáncer oral y de orofaringe.

4.1.2.1.1. Terapia Multimodal: La disgeusia puede comenzar como daño de la mucosa debido a la citotoxicidad y la neurotoxicidad de la radioterapia y los medicamentos sistémicos (56). Estos tratamientos pueden destruir las células gustativas de alto recambio, disminuir sus receptores, alterar su estructura celular, inducir cambios en la superficie del receptor y/o interrumpir la transmisión nerviosa. La pérdida de células progenitoras del gusto puede resultar en una tasa de recuperación reducida de las papilas gustativas dañadas. Por lo tanto, una alteración crónica del gusto puede reflejar una menor renovación de las células receptoras, falta de conectividad entre las células receptoras y las neuronas y daño neuronal (56). Según Galitis et al., los trastornos del gusto son uno de los síntomas más importantes informados por los pacientes con COCE que se han sometido a quimiorradioterapia (QMRT)(57). Se estima que aproximadamente el 76% de los pacientes que se someten a Quimiorradioterapia en la zona de cabeza y cuello experimentan disgeusia. Los cambios en el gusto parecen empeorar significativamente entre la 4.^a y la 8.^a semana de QMRT, alcanzando su punto máximo durante la 8.^a semana de tratamiento. Además, los síntomas del gusto se han asociado con la modalidad de tratamiento (RT frente a QMRT), la dosis de radiación acumulada y hábitos como fumar (58,59). Fumar, llega a alterar la función gustativa, pues afecta la diferenciación gustativa. Esto sugiere que el reconocimiento gustativo de los fumadores es menor que el de los no fumadores, por lo que es necesario aumentar la concentración del estímulo propuesto para el reconocimiento adecuado del gusto (49). La toxicidad de los tratamientos multimodales afecta significativamente la agudeza gustativa de los pacientes con COCE y COCEO.

4.1.2.1.2. Quimioterapia: La quimioterapia (QMT) afecta significativamente el gusto; de hecho, entre el 46% y el 77% de los pacientes con COCE que se han sometido a QMT (51) experimentan alteraciones del gusto, lo que define a la disgeusia como el peor efecto secundario del tratamiento (60). La QMT puede tener efectos citotóxicos a través de la distribución sistémica y efectos directos a través de la secreción en la saliva y el líquido de las grietas gingivales. Las alteraciones de la QMT podrían ser causadas por el deterioro de la proliferación y reparación de las células gustativas, y por su citotoxicidad farmacológica (56). La QMT también puede afectar las actividades neuronales. La sensibilización anormal del nervio de la cuerda del tímpano puede dar lugar a sensaciones gustativas específicas sin estimular los receptores gustativos ni requerir la presencia de las moléculas de sabor correspondientes (56). Se ha encontrado que la alteración del gusto ocurre de manera constante dentro de los 3 a 5 días posteriores al inicio de la QMT y, por lo general, regresa dentro de las 3 semanas, aunque ha habido informes de persistencia de los síntomas durante más de 6 meses (49-52) La disgeusia representa un síntoma precoz que empeora drásticamente la calidad de vida de los pacientes sometidos a QMT, por efectos directos e indirectos sobre la proliferación celular y la actividad neuronal.

4.1.2.1.3. Radioterapia: La evidencia acumulada muestra que el deterioro de las células gustativas basales y diferenciadas es la causa principal de la disfunción gustativa inducida por radioterapia (56). La radioterapia (RT) puede alterar la estructura de los poros gustativos, lo que provoca una interrupción en el suministro de moléculas de sabor a las células receptoras o un adelgazamiento del epitelio de la papila. Las hipótesis para explicar el deterioro del gusto inducido por la radiación incluyen la inflamación de los nervios aferentes que inervan las papilas gustativas, el daño directo a las células gustativas diferenciadas y la ablación de progenitores en proliferación, lo que impide la renovación de las células gustativas (48). Especialmente, la supresión de las células basales parece disminuir las células del gusto tipo II, consideradas células receptoras de estímulo (48). A pesar de que en las fases previas a la terapia, los pacientes clasifican la disgeusia potencial como toxicidad menos importante, al final de la terapia y durante el período de seguimiento, la reducción del gusto se convierte en un problema importante que afecta la calidad de vida de los pacientes (50). El 70 % de los pacientes irradiados afectados por COCE (48,56) han

notificado alteraciones objetivas del gusto a largo plazo, mientras que el 40 % y el 88 % de los pacientes han notificado disgeusia antes y después de la RT, respectivamente. Además, se ha demostrado un aumento de 3 veces en los síntomas durante el tratamiento (57). Las dosis de radiación a los órganos sanos, como la lengua o las glándulas parótidas, se estiman aproximadamente; además, las dosis de tolerancia varían ampliamente, oscilando entre 27 y 65 Gray. Sin embargo, casi todos los pacientes experimentan una pérdida significativa de la agudeza gustativa con una dosis de 60 Gray. Las alteraciones gustativas especialmente moderadas comienzan durante la 2ª semana de RT, afectando al 40% de los pacientes, mientras que la disgeusia grave se experimenta a partir de la 3ª semana, alcanzando el pico de frecuencia y severidad de los síntomas en la 5ª semana (61). Desafortunadamente, algunos pacientes muestran una recuperación incompleta o nula incluso varios años después (47,62 50,51) Órganos importantes, como las glándulas salivales mayores y menores, la mucosa oral y los músculos maxilofaciales, se pueden salvar parcialmente de las altas dosis de radiación, lo que reduce la toxicidad sin afectar las tasas de control del tumor.

4.1.2.2. Tratamiento.

La alteración del gusto varía con cada paciente y las sugerencias específicas para el manejo de la disgeusia deben personalizarse. En primer lugar, los médicos deben centrarse en prevenir los síntomas relacionados con el tratamiento y ofrecer apoyo adicional durante la terapia. Por lo tanto, la notificación periódica de los síntomas por parte de los pacientes también ayuda al médico a proporcionar modalidades terapéuticas adaptadas. El paciente debe adoptar estrategias de autocuidado diariamente, como consumir alimentos fríos o tibios y frutas congeladas, agregar más condimentos y/o azúcar a los alimentos, elegir productos proteicos de sabor suave, reducir el consumo de alimentos con sabor amargo o metálico, beber más agua, comer comidas más pequeñas varias veces al día y evitar los alimentos con olores fuertes. Además, una higiene bucodental y un cepillado de la lengua óptimos son fundamentales para mejorar la agudeza gustativa. La suplementación con zinc se usa comúnmente para tratar las alteraciones del gusto. De hecho, es un mineral esencial para el desarrollo, mantenimiento y proliferación de las papilas gustativas, así como para la regulación y reparación de la función gustativa. Recientemente, Khan et al. demostraron umbrales de reconocimiento de sabor agridulce significativamente más altos en pacientes

que tomaban suplementos de zinc. Sin embargo, este tratamiento debe usarse con precaución ya que la ingesta excesiva de zinc puede afectar negativamente el sistema inmunológico (63). Se desconoce el papel específico del zinc en relación con la percepción del gusto, pero es un cofactor reconocido de la fosfatasa alcalina, que es la enzima más abundante dentro de la membrana de la yema gustativa. Además, el zinc puede desempeñar un papel en la conformación de proteínas involucradas en la regulación de los poros de las microvellosidades de las papilas gustativas (109-110).

Los agentes citoprotectores como la amifostina se han estudiado en relación con la prevención y/o el tratamiento de la disgeusia. La amifostina es un compuesto de tiol que protege los órganos y tejidos normales de los daños oxidativos inducidos por la terapia contra el cáncer mediante la eliminación de los radicales libres producidos por la quimioterapia o la radioterapia (111).

La suplementación oral debe incluirse en una evaluación más amplia de un plan de nutrición adecuado. De hecho, en pacientes con cáncer, particularmente en aquellos que sufren trastornos del gusto, la condición nutricional debe evaluarse y manejarse rápidamente de manera específica en cada paciente, en función de las condiciones nutricionales, el estado clínico, los tratamientos y los resultados esperados (64). El asesoramiento nutricional personalizado y la elaboración de un plan nutricional adecuado, basado en la ingesta espontánea y tolerada de alimentos y su eficacia, son parte integrante y los primeros pasos de una adecuada terapia nutricional. Una actividad racional encaminada a empoderar al sujeto y superar el enfoque dietético “descriptivo” puede influir positivamente en el pronóstico del paciente y en general mejorar la calidad de vida (64). En particular, si la ingesta de calorías y proteínas es inferior al 75% de la cantidad requerida, se selecciona al paciente para recibir asesoramiento y se recomienda el desarrollo de un plan de dieta personalizado, elaborado por personal competente, como un dietista, de acuerdo con el paciente, y reevaluado de acuerdo con diversas necesidades individuales (65).

4.1.3. Candidiasis Oral.

Las lesiones orales causan un impacto importante en la calidad de vida de los pacientes que se encuentran cursando por una enfermedad avanzada causando así dificultades para la ingesta de alimentos, pérdida de peso y problemas psicológicos (66).

4.1.3.1. Epidemiología.

Se estima una gran variación (27% al 77%) de candidiasis oral en pacientes con carcinoma de cabeza y cuello que reciben radioterapia el cual es un factor que contribuye en la formación de esta infección ya que la cavidad oral es uno de los primeros sitios en ser irradiados por lo que la frecuencia de la colonización de *Cándida* aumenta desde el inicio hasta la finalización de dicha terapia (74). Es claro entonces que esta infección fúngica se fructifica de un ambiente endeble provocado por la irradiación a la cavidad oral que causa la destrucción del tejido glandular, el cual es un factor que influye drásticamente en la presentación de candidiasis oral llevando a la reducción del flujo salival creando una atmósfera que provoca la formación y crecimiento de dicho patógeno (74). Conforme a ello se ha considerado que la incidencia de candidiasis en pacientes de cuidados paliativos es del 70% al 85% ya que los factores predisponentes a las infecciones por hongos incluyen una mala higiene bucal, xerostomía, inmunosupresión, uso de corticosteroides o antibióticos de amplio espectro, mal estado nutricional, diabetes y uso de dentaduras postizas (67). De igual forma, existen varias enfermedades sistémicas que afectan gravemente la morbilidad de los pacientes, complicando su estado nutricional, provocado por la falta de apetito que evidentemente conduce a la pérdida excesiva de peso, deshidratación crítica, desencadenando un cúmulo de afectaciones como la halitosis y alteraciones en la microflora normal de la cavidad oral, aparición de infecciones por bacterias, hongos o virus, que finalmente comprometen la calidad de vida de los pacientes. En pacientes con cáncer en cuidados paliativos puede empeorar su condición con morbilidad. Las infecciones orales resultan de un desequilibrio en la flora microbiana oral, causa de la xerostomía que afecta a muchos pacientes en cuidados paliativos debido a que varios tratamientos resultan en disfunción de las glándulas salivales, que son instrumentos de defensa. Aunado a esto, la candidiasis inducida por radioterapia puede causar dolor en la cavidad oral, garganta y problemas para tragar (67).

4.1.3.2. Causas.

La *Cándida albicans* es un patógeno oportunista el cual hace parte de la microbiota normal de los tractos gastrointestinal, respiratorio y genitourinario; *Cándida albicans* es el organismo infeccioso más común que se encuentra en la candidiasis. Es un habitante natural de la cavidad oral cuyo crecimiento excesivo normalmente es suprimido por otros microorganismos no patológicos y mecanismos de defensa naturales del huésped (67). Este patógeno ha sido la más frecuentemente encontrada en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, alcanzando un 82%, lo cual se asocia con cambios del gusto, disfagia y cambios nutricionales (68)(69). Por esta razón la prevalencia de enfermedades causadas por *candida* ha aumentado en los últimos años debido al gran número de lactantes, adultos mayores y pacientes que se encuentran en inmunosupresión (69).

4.1.3.3. Tipos.

Las infecciones por *cándida* se manifiestan como candidiasis pseudomembranosa, eritematosa o hiperplásica o queilitis angular:

4.1.3.3.1 Candidiasis pseudomembranosa: se presenta clínicamente como lesiones blancas gruesas con áreas eritematosas en la periferia; estas lesiones al ser frotadas y al retirar la superficie se evidencia una base eritematosa. Este tipo de lesiones pueden encontrarse en cualquier superficie de la mucosa oral y su presentación puede variar desde lesiones aisladas hasta grandes áreas comprometidas (67)(72).

4.1.3.3.2 Candidiasis eritematosa: se presenta clínicamente como lesiones rojas que se encuentran en mayor proporción la superficie dorsal de la lengua y el paladar duro; estas lesiones se presentan principalmente en pacientes con prótesis dentales de uso persistente y mala higiene oral de ellas lo cual favorece al crecimiento de dicho patógeno, también se incluye la administración de antibiótico de gran escala y el uso prolongado de corticosteroides (67)(72).

4.1.3.3.3 Candidiasis hiperplásica: se presenta clínicamente como lesiones blancas que al retirar la superficie no desprende, esta lesión es clínicamente similar a la leucoplasia y se

encuentran ubicadas en mayor proporción en el dorso de la lengua de igual manera en las comisuras labiales provocando dolor y molestia a la apertura bucal (67)(72).

Por lo tanto, la forma más común de candidiasis oral es el tipo pseudomembranoso el cual se diagnostica mediante un estudio histológico que se caracteriza por presentar hifas y pseudohifas de *cándida* y esto se debe correlacionar con la presentación clínica, de igual importancia depende de los factores de virulencia como lo son los factores locales y factores sistémicos de cada paciente. También es utilizado el cultivo para el diagnóstico el cual permite el aislamiento de levaduras dando así una precisión de las especies y favorece justificar la susceptibilidad del medicamento cuando se iniciará el tratamiento (74)(75). Para "La sociedad Internacional de Oncología Oral la prevalencia de candidiasis oral en todos los tratamientos contra el cáncer es del 7,5% y la prevalencia de colonización fúngica es del 48,3%" (72).

4.1.3.4. Tratamiento

Existe una gran variación para el tratamiento de infecciones para la candidiasis oral, los pacientes que utilizan prótesis dentales deben hacer limpieza de ellas ya que es el principal reservorio para las especies de *cándida*. También es muy importante tener conocimiento del estado hematológico, patológico y farmacológico de cada paciente para así administrar un tratamiento adecuado (76).

El tratamiento se centra en las especies de *cándida* el cual debe estar dirigido al grado de inmunosupresión y la afección del paciente. Asimismo, la literatura enfocada al tratamiento de la candidiasis y los cuidados paliativos que se encuentran pueden notarse desactualizadas. Sin embargo, se revisa la consecuencia de lo histórico con las recomendaciones de la IDSA (Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América) que, aunque no es para pacientes en cuidados paliativos, es el tratamiento de la candidiasis de manera general, de modo que se pudo comparar la última guía de la IDSA con lo hallado, para encontrar concordancias o discrepancias en los tratamientos referenciados (108).

En relación con lo anterior, se identifican dentro de los tratamientos dispuestos en Guía de práctica clínica para el manejo de Candidiasis: Actualización 2016 de la Sociedad de

Enfermedades Infecciosas de América para la candidiasis los cuales incluyen recomendaciones divididas por los tipos de candidiasis y pacientes (108).

Los agentes antifúngicos son el tratamiento recomendado los cuales se administran por vía sistémica o tópica, estos incluyen la Nistatina y la Anfotericina B las cuales no son absorbidas en el tracto gastrointestinal (67)(75). La acción de la Nistatina depende específicamente del tiempo en contacto con los tejidos orales afectados y es recomendado el seguimiento de dicho fármaco dos semanas después de la resolución clínica de la lesión (76)(81). La IDSA, indica por su parte que, para los pacientes neutropénicos, según la evidencia y su calidad empieza con una equinocandina como dosis inicial de terapia la cual está compuesta por caspofungina: con una dosis de carga de 70 mg que se disminuye a 50 mg por día, micafungina: 100 mg al día; anidulafungina: con carga inicial de 200 mg, luego 100 mg al día. Asimismo, la formulación de lípidos AmB, 3-5 mg/kg al día, es una alternativa, pero menos atractiva debido al potencial de toxicidad. De igual forma el fluconazol, 400 mg (6 mg/kg) diarios, se puede usar para la terapia escalonada que tienen aislamientos susceptibles (108).

En el caso de los fármacos absorbidos del tracto gastrointestinal como lo son el Ketoconazol, Fluconazol e Itraconazol tienen reducción en la incidencia de candidiasis oral (74). El Ketoconazol se puede administrar en forma tópica y oral, su absorción es adecuada, pero pueden surgir efectos secundarios como lo es la toxicidad hepática (76). El Itraconazol de 200 mg una vez al día sin alimentos durante 28 días es eficaz para el tratamiento de candidiasis en formas más profundas ya que su espectro de acción es más amplio (76).

El Fluconazol se recomienda para enfermedad de moderada a grave, se puede administrar 200 mg por vía oral una vez y luego 100 mg por vía oral una vez al día durante un total de 7 a 14 días, este tratamiento es útil para candidiasis en mucosas y cutáneas ya que su espectro de acción es bastante amplio; sus efectos adversos incluyen dolor abdominal y náuseas (66). De igual forma la IDSA señala que se han realizado múltiples estudios prospectivos aleatorizados de candidiasis orofaríngea involucrando a pacientes con SIDA y pacientes con cáncer. La mayoría de los pacientes responderán inicialmente a la terapia tópica (108).

Los fármacos absorbidos parcialmente del tracto gastrointestinal incluyen el Clotrimazol y Miconazol (76). Estos fármacos se administran localmente en gel, sin embargo, también se

utilizan los comprimidos mucoadhesivos. Esta presentación consta de tabletas de 50mg mucoadhesivo de Miconazol las cuales son utilizadas para la candidiasis orofaríngea durante la radioterapia (76)(82). La tasa de flujo salival, la capacidad amortiguadora y la eliminación de glucosa se puede ver reducida hasta 24 meses después de la radioterapia ya que esta terapia causa daño en las glándulas salivales y tiene varios efectos secundarios sobre la cavidad oral por lo tanto los pacientes que reciben tratamiento con parche oral de Miconazol tienen mejor respuesta y supresión de candidiasis oral (74)(76). Este tratamiento sigue vigente según la IDSA, pues indica que, para la candidiasis orofaríngea, las recomendaciones de tratamiento inicial para enfermedad leve con trociscos de clotrimazol, 10 mg 5 veces al día, o miconazol mucoadhesivo bucal tableta de 50 mg aplicada a las superficies de la mucosa sobre la fosa canina una vez al día. Se recomienda de 7 a 14 días de tratamiento. Sin embargo, la IDSA agrega que al tratamiento el Voriconazol, 400 mg (6 mg/kg) dos veces al día por 2 dosis, luego 200-300 mg (3-4 mg/kg) dos veces al día, se pueden usar en situaciones en las que se desea una cobertura de moho adicional. El voriconazol puede también puede usarse como terapia de reducción durante la neutropenia en paciente clínicamente estables que hayan tenido aclaramiento del torrente sanguíneo (108).

El tratamiento recomendado para los pacientes neutropénicos, según la evidencia y su calidad empieza con una equinocandina como dosis inicial de terapia la cual está compuesta por caspofungina: con una dosis de carga de 70 mg que se disminuye a 50 mg por día, micafungina: 100 mg al día; anidulafungina: con carga inicial de 200 mg, luego 100 mg al día. En todos los casos los tratamientos deben durar mínimo 2 semanas después de la eliminación de la Cándida del torrente sanguíneo, siempre y cuando se haya resuelto la neutropenia y los síntomas atribuibles a la candidemia. Un factor extremadamente importante que influye en el resultado de la candidemia en pacientes neutropénicos es la recuperación de neutrófilos durante la terapia. En múltiples estudios de cohortes de pacientes con cáncer que tenían candidemia, y análisis agrupados de ensayos aleatorios, la neutropenia persistente se asoció con una mayor probabilidad de fracaso del tratamiento (108).

4.1.4. Queilitis Angular

La queilitis es un término que indica inflamación del labio el cual incluye varios subtipos. Este tipo de lesiones puede presentarse espontáneamente o puede estar relacionada con factores

desencadenantes en los que se incluye inmunosupresión sistémica, infecciones fúngicas e irritaciones. También puede estar asociada a enfermedades y deficiencias nutricionales; por lo tanto, es una afección que requiere un enfoque multidisciplinario. Se han descrito varios subtipos clasificando así la queilitis en dos grandes grupos: reversible e irreversible (77) (78).

4.1.4.1. Tipos.

En primer lugar, la Queilitis reversible indica la aparición transitoria y corta duración de las manifestaciones; dentro de este grupo se incluyen la queilitis simple la cual es la presentación más común que se caracteriza por presentar grietas, descamación y fisuras principalmente en el labio inferior. Seguida por la Queilitis angular la cual se caracteriza por presentar pequeñas fisuras limitadas a las comisuras labiales, su etiología es extremadamente variable las cuales comprende causas sistémicas y locales. De esta manera las causas locales abarcan la dimensión vertical reducida, desnutrición, tabaquismo y pérdida de peso. Por otro lado, las causas sistémicas comprenden la deficiencia de hierro, xerostomía, radioterapia de cabeza y cuello, neoplasias salivales y trastornos neurológicos. La hiposalivación es un factor muy importante ya que promueve el agrietamiento y descamación, así como la infección por *Candida albicans* por lo que sugiere ser una enfermedad frecuente por aparición de infecciones bacterianas o candidiásicas. Al examen clínico el paciente puede presentar dolor a la palpación, eritema y fisuras labiales lo cual son signos característicos de dicha lesión (77)(79).

4.1.4.2 Tratamiento.

Se han descrito múltiples tratamientos para el manejo de la queilitis angular:

“Combinación de agentes antibacterianos y antimicóticos ya que proporcionan mejoría en los resultados clínicos. Se emplea el uso de Clotrimazol al 1% mezclado en proporción 1/1 con Mupirocina al 2%” (78). Agentes tópicos como aceites a base de silicona que contiene 3% de ácido bórico o 2% de mercurio amoniacal el cual alcanza una curación de tres a ocho días después del tratamiento. Agentes antifúngicos tales como tableta cuatro veces al día de 500.000 UI de Nistatina, 10 Mg de Anfotericina B los cuales muestran un 77% de remisión clínica de las lesiones (78).

Asimismo, la queilitis de contacto tiene características importantes siendo así una reacción inflamatoria de los labios causada por efectos alérgicos o irritantes de diferentes sustancias como productos de higiene oral, alimentos, colorantes y materiales dentales.

Esta lesión se caracteriza por presentar manifestaciones principalmente en la mucosa causando descamación, sequedad, eritema y fisuras (79)(80).

En segundo lugar, la Queilitis irreversible incluye una serie de lesiones las cuales requieren de una biopsia y estudio histopatológico para su verificación. Dentro de este grupo se aprecia la Queilitis actínica la cual es la presentación más común, se caracteriza por ser una afección potencialmente maligna. Al examen clínico las lesiones se presentan en el labio inferior causadas principalmente por la exposición a la radiación ultravioleta (78)(80).

En conclusión, teniendo en cuenta la gran complejidad de la etiopatogenia de la Queilitis Angular es importante buscar la resolución de las lesiones ya que es una enfermedad a la que no se le da la importancia requerida afectando así el bienestar del paciente; el tratamiento dependerá de su etiología y de su sintomatología (80).

4.1.5. Úlceras

Las úlceras orales son lesiones sintomáticas dolorosas bien delimitadas que representan un defecto epitelial que puede estar cubierto o no por una membrana de fibrina variando de un color amarillento a blanquecino (83), frecuentemente aquejan a todo tipo de pacientes oncológicos sin embargo son diferentes sus causas generales dentro de los cuales se destacan infecciones, neoplasias y traumas (84), de igual forma dentro de las secuelas orales del tratamiento del cáncer se encuentran las úlceras siendo factor de riesgo para infección debido a la pérdida de la integridad de la mucosa (85).

4.1.5.1. Epidemiología.

Aunque no es una de las principales manifestaciones orales de pacientes en tratamiento oncológico paliativo, si puede ser relativamente significativa su presentación como es el caso de un estudio realizado 104 pacientes con cáncer terminal que recibían tratamiento por parte de cuidados paliativos donde se evidenció que el 20% presentaba úlceras orales al momento de realizar el examen físico lo cual también tuvo repercusión en la presencia de dolor orofacial con impacto social en comparación de aquellos pacientes que no presentaban úlceras quienes manifestaban menos molestia (90); una situación similar se evidenció en una investigación realizada donde de 14 pacientes terminales que recibían tratamiento paliativo la mitad de los refirieron presentar ulceraciones en boca provocando dolor al momento de ingerir alimentos (91), a pesar de eso en la medida que el tratamiento oncológico avanza la aparición de úlceras se hace más evidente como es el caso de 144 pacientes que al primer examen intraoral solo 38,1% presentaron lesiones pero al examen final el 100% de los pacientes estaban clínicamente afectados por úlceras (92).

La presencia de úlceras bucales en pacientes oncológicos que están en tratamiento paliativo es una situación que llama la atención del personal de salud llevando a motivar la investigación sobre el tema como por ejemplo en la revisión sistemática donde se buscó las condiciones orales comunes en pacientes paliativos de 19 estudios que integraron 2 reportaron ulceración y malestar oral (93); en una revisión sistemática similar donde se buscaba la presencia de úlceras orales en pacientes en tratamiento oncológico se demostró que de 16 artículos donde habían 24 pacientes relacionados la edad media de afectación por

estas lesiones fue 65 años con un rango de 36-92 años de edad (94) dato importante para demostrar que las edades pueden variar y ser muy amplias.

4.1.5.2. Causas.

Las lesiones ulcerativas en la cavidad oral de pacientes oncológicos pueden estar relacionadas con mucositis resultantes de tratamientos con medicamentos como el fluorouracilo, metotrexato y doxorubicin, donde se ha reportado en pacientes tratados con estos medicamentos la aparición de lesiones intraorales ulcerativas aisladas o en conjunto (86); durante la quimioterapia las células de la capa basal del epitelio de la mucosa oral se destruyen y su renovación se vuelve más lenta dando como resultado la aparición de úlceras (87). Así mismo, los pacientes que son irradiados como tratamiento para cáncer de cabeza y cuello son propensos a desarrollar alteraciones gingivales que producen úlceras, donde factores de riesgo como higiene oral deteriorada y el uso de prótesis dentales en mal estado aumenta el riesgo de úlceras (88), se ha evidenciado que entre más dosis de radiación el paciente se vuelve más propenso al desarrollo de úlceras de forma recurrente en cavidad oral (89).

4.1.5.3. Tratamiento.

El primer manejo de elección que se emplea para el tratamiento de úlceras orales es el control del dolor con el uso de agentes locales como anestésicos tópicos, sucralfato y esteroides tópicos (95), sin embargo se sugiere la prevención de la aparición de este tipo de lesiones que resultan muy dolorosas e incapacitantes para los pacientes mediante una mejora en la dieta evitando alimentos picantes, salados y ácidos además de mantener un estado nutricional favorable, sin dejar a un lado el control odontológico donde se mejore y mantenga una buena higiene bucal complementando con la eliminación de traumas (88).

Dependiendo de la clínica del paciente se puede apoyar con el uso de analgesia como acetaminofén y opioides vía oral o intravenosa; también se debe evaluar el uso de opciones tópicas como enjuagues bucales con clorhexidina 0,12%, lidocaína 2% gel sobre las lesiones y realizar enjuagues bucales con 2.5ml de lidocaína diluida en 10ml de agua para hacer enjuagues bucales según la sintomatología del paciente (88), otra opción que también puede ser útil en otras patologías al igual que en las úlceras orales es el uso de 15 gotas de

dexametasona solución (0.5mg/5ml) en 6 ml de agua para realizar enjuagues bucales durante 2-3 minutos y luego expectorar repitiendo 3 a 4 veces al día, complementando con una profilaxis antimicótica posterior a cada enjuague con la aplicación tópica de gel de miconazol al 2% (121).

Existen casos donde el tratamiento farmacológico sistémico o tópico no da los resultados esperados y es ahí donde se puede evaluar la utilización de terapia adyuvante que volverá más fácil y rápida la cicatrización de estas lesiones que generan tanto dolor en el paciente; un ejemplo de terapia adyuvante es el uso de ozonoterapia en las lesiones que ha demostrado acelerar el proceso curativo gracias a la estimulación de leucotrienos, interleucinas y óxido nítrico que ayudan a disminuir la inflamación (96), demostró su eficacia en sesiones de 10 minutos cada dos días logrando con el pasar de los días la cicatrización de la lesión y mejorando otras situaciones como la producción de saliva y el dolor (87).

Siempre cualquiera que sea la terapia decidida para el tratamiento de las úlceras orales es importante la revisión periódica por parte de un profesional en el área del cuidado oral, debido que en algunos casos equipos de trabajo en el área de cuidados paliativos no se encuentran suficientemente entrenados para un examen clínico intraoral produciendo que estas lesiones se detectan cuando son muy dolorosas y evidentes para los pacientes, siendo el mismo personal de cuidados paliativos quienes recomiendan este manejo interdisciplinar (91).

4.1.6. Estomatitis

La estomatitis son lesiones de la mucosa que producen eritema, edema y atrofia llegando en algunos casos a ulcerar el área (97), afecta el tracto gastrointestinal incluyendo cavidad oral, faringe, laringe y esófago (98), produciendo en el paciente un dolor incapacitante que afecta la alimentación y el habla deteriorando así la calidad de vida, siendo de los efectos secundarios de terapias para combatir el cáncer, alterando el estado nutricional del paciente y el desarrollo del tratamiento porque en algunos casos la molestia es tan severa que se evalúa la interrupción del esquema terapéutico (97)(99).

4.1.6.1. Epidemiología.

Aproximadamente el 40% de los pacientes en quimioterapia sobre todo en la región cabeza y cuello presentan estomatitis (99), contando con diferentes los factores que pueden apoyar el desencadenamiento de la enfermedad como lo son alteraciones en la microbiota de cavidad (100), apoyando que la buena higiene oral del paciente juega un papel importante en el control y prevención de esta enfermedad; así mismo, la proliferación de *Candida albicans* en pacientes portadores de prótesis dentales también es un agente que favorece a la aparición de lesiones de esta clase que en este caso se conoce como estomatitis protésica (101).

4.1.6.2. Tratamiento

El examen clínico intraoral previo al tratamiento oncológico es fundamental para eliminar focos infecciosos y mejorar el estado de prótesis dentales que posteriormente puedan aumentar el riesgo de desarrollar estomatitis (102). Con respecto a la estomatitis protésica asociada a *Candida albicans* el uso de fluconazol tabletas 50-100mg por día vía oral durante 7 a 14 días es la primera elección sistémica, tópicamente nistatina ungüento 30 mg tópico 2 a 4 veces al día es de las primeras opciones a contemplar, ketoconazol gel 2% de uso tópico 3 veces al día, clotrimazol gel 1% de uso tópico 3 veces al día son opciones que también se deben tener en cuenta (101), de igual forma el aseo regular de las prótesis dentales y el retiro de la misma por las noches para dormir es fundamental y ayuda a frenar el desarrollo de las lesiones es por eso que se recomienda el uso de solución de bicarbonato de sodio al 5 % como agente limpiador de las prótesis debido a que se ha demostrado que puede interferir en la adherencia de la *Candida albicans* con el acrílico del cual está hecho la prótesis dental (103).

Como en otras lesiones observadas anteriormente la estomatitis produce dolor por lo que se debe evaluar el acompañamiento del tratamiento con el uso de anestésicos tópicos como lidocaína en crema al 1% o en gel al 2% directamente en las lesiones logrando así un manejo sintomático en pacientes que presentan múltiples lesiones orales (104).

En este orden, también se ha observado buenos resultados con el uso de analgésicos como la bencidamina realizando enjuagues bucal sin deglutir 15 ml 3 a 4 veces al día, enjuagues de morfina en solución al 0.2% teniendo mucha precaución de que el paciente pueda expectorar completamente y no deglutir al momento de realizar dicho enjuague logra disminuir la sintomatología considerablemente (105).

De igual forma se ha evaluado el uso de enjuagues de dexametasona como parte de la prevención y tratamiento de la estomatitis logrando disminuir la gravedad de las lesiones y en algunos casos la no aparición de la misma, gracias a su aplicación dos veces al día de una solución compuesta de fosfato de sodio de dexametasona 0.05g, carboximetilcelulosa sódica al 1% 5g, glicerina al 15% 75ml, polysorbato 2 gotas y agua 500ml (106).

Ahora bien, se han estudiado alternativas como el uso de enjuagues a base de manzanilla que han tenido resultados satisfactorios en el tratamiento de pacientes oncológicos que ya presentan lesiones por estomatitis y otros que no presentaron lesiones antes, durante y después del tratamiento con el enjuague durante 14 días (107).

5. CONSIDERACIONES EN PROPIEDAD INTELECTUAL

Este trabajo de posgrado se realizará bajo la normatividad que dispone la resolución 8430 de 1993, tomando el ARTÍCULO 11 como referencia y en donde hace mención a lo siguiente:

Investigación sin riesgo: Son aquellos estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (Ministerio de salud de Colombia, 1993).

6. DISCUSIÓN.

Existe una alta incidencia de afecciones orales entre los pacientes con cáncer en manejo por cuidados paliativos. A pesar de ello, existe un subregistro de las patologías orales (112). Una de las razones por lo cual esto sucede, es el hecho de que 40% de los pacientes pierden la capacidad de comunicar las necesidades de su salud bucal o aceptan las afecciones como un efecto secundario inevitable del tratamiento oncológico, aunque estas son susceptibles a ser tratadas (113). Otra explicación para el subregistro de las patologías orales, puede ser la priorización por parte del clínico paliativista de otros síntomas como el dolor, el delirium y la disnea, los cuales son más evidentes y para los cuales cuenta con un mayor arsenal terapéutico (114). Un ejemplo de esa jerarquía sintomática en la práctica clínica está representado en las escalas empleadas para la identificación de síntomas paliativos (ESAS, termómetro de distrés oncológico, SAS, etc.) que no incluyen síntomas orales. Además, la investigación científica que se ha llevado a cabo en el cuidado de la salud oral de pacientes oncológicos en cuidados paliativos se ha concentrado en ciertas patologías como lo son la mucositis o el vómito, pero poco se ha estudiado sobre otras afecciones que también tienen una alta prevalencia y generan una alta carga de sufrimiento (115). Tebidze et. al reportó que los pacientes con cáncer avanzado tienen una alta tasa de xerostomía, candidiasis oral y alteraciones del gusto que inducen a complicaciones como la malnutrición y las alteraciones en la comunicación (116). Rohr et al. y Wilberg et al. describieron cómo los síntomas orales originan trastornos comportamentales y emocionales como aislamiento social, ansiedad y depresión (117,118). Por lo cual es imperativo ser capaz de reconocer estos síntomas prevalentes, brindarles tratamiento y evitar sus complicaciones físicas y emocionales.

Nuestra revisión narrativa siguió la metodología de revisión narrativa para compilar de manera fehaciente la evidencia disponible sobre diferentes tratamientos investigados para la xerostomía, la estomatitis, las úlceras orales, la disgeusia y la queilitis angular en paciente con un diagnóstico oncológico en manejo por cuidados paliativos. Encontramos más de 20 intervenciones para estas patologías a partir de 72 estudios originales. Las intervenciones descritas han sido documentadas en revisiones sistemáticas previas, pero sin la descripción pormenorizada de nuestro estudio (119). Pese a la amplia recolección de tratamientos,

nuestro estudio presenta la limitación de que la mayoría de los estudios son heterogéneos en su metodología, con muestras pequeñas de pacientes y de índole observacional. La metodología no narrativa de nuestra revisión, el uso de sólo dos bases de datos y la no inclusión de literatura gris, implica además la posibilidad de haber omitido estudios relevantes. Todo ello impide generar recomendaciones sólidas a favor o en contra de alguna intervención, pero permite generar hipótesis de investigación para estudios futuros. Por último, es necesario extender el estudio de los síntomas y tratamientos orales a pacientes con patologías no oncológicas en cuidados paliativos, los cuales también presentan una alta tasa de afecciones orales, que requiere de atención paliativa integral y de calidad.

Las afecciones orales en los pacientes oncológicos en cuidados paliativos y el efecto sobre sus familiares, es un desafío prevalente y en desarrollo en la medicina paliativa. Por ello, es necesaria la vinculación y participación de profesionales de odontología en los equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos y la formación en necesidades y tratamientos paliativos a los estudiantes de odontología (120). Su incorporación podría disminuir el sufrimiento experimentado por los pacientes y mejorar su calidad de vida por medio de la atención de calidad en la prevención, tratamiento y desenlaces de los síntomas y patologías orales.

7. CONCLUSIÓN

Las manifestaciones orales tales como la xerostomía y la disgeusia se presentan en un porcentaje entre (77% y 80%) en pacientes están en manejo contra el cáncer especialmente en el área de la cabeza y el cuello, seguido de los pacientes que se encuentran en cuidados paliativos debido a diferentes condiciones médicas. La importancia del tratamiento radica en la adecuada valoración de las manifestaciones y la gravedad de la enfermedad relacionada con terapias como la quimioterapia y la radioterapia, que como riesgo concomitante puedan generar manifestaciones orales descritos en nuestra revisión narrativa, por lo cual se sugiere a los profesionales de la salud ya sean odontólogos y médicos paliativistas que estén en contacto directo con estos paciente, tener en cuenta criterios como: el tipo de terapia que se esté manejando para cada uno de los pacientes, la frecuencia del tratamiento, las manifestaciones orales innatas que estas producen y la pronta atención de los signos y síntomas que se desarrollan. Existen actualmente guías como la de la Asociación Multinacional de Cuidados de Apoyo en Cáncer/Sociedad Internacional de Oncología Oral (MASCC/ISOO) que incorpora la prevención de la hipofunción de las glándulas salivales en pacientes con cáncer de cabeza y cuello seguido de opciones de tratamiento para la hipofunción. Dentro de las recomendaciones incluye que para los pacientes que reciben radioterapia para el cáncer de cabeza y cuello, se deben usar modalidades de radiación con conservación de tejido cuando sea posible para reducir el riesgo de hipofunción de las glándulas salivales y xerostomía. Otras intervenciones para reducir el riesgo que se pueden ofrecer durante la radioterapia para el cáncer de cabeza y cuello incluyen la acupuntura, estimulación eléctrica con láser y terapias con células madre, entre otros.

La incidencia de Candidiasis en pacientes de cuidados paliativos es del 70% al 85% la cual consta de varios factores predisponentes que provocan alteraciones en la microflora normal de la cavidad oral; estas afecciones resultan de un desequilibrio causando diferentes manifestaciones características de dicha afección. La candida albicans es el organismo infeccioso más común que se encuentra en la candidiasis oral. Las infecciones por cándida se manifiestan como candidiasis pseudomembranosa, eritematosa e hiperplásica; estas infecciones desarrollan lesiones blancas gruesas con áreas eritematosas en la periferia, lesiones rojas y lesiones blancas que al retirar la superficie no desprenden. El diagnóstico de

la candidiasis oral se debe realizar mediante un estudio histológico que se caracteriza por presentar hifas y pseudohifas de *Candida* y esto se debe correlacionar con la presentación clínica, de igual importancia depende de los factores de virulencia de cada paciente. El tratamiento se centra en el grado de inmunosupresión y la afección del paciente, según la IDSA (Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América) los agentes antifúngicos son el tratamiento recomendado los cuales se administran por vía sistémica o tópica, estos incluyen la Nistatina y la Anfotericina B las cuales no son absorbidas en el tracto gastrointestinal. También se administran los fármacos absorbidos del tracto gastrointestinal como lo son el Ketoconazol, Fluconazol e Itraconazol y los fármacos absorbidos parcialmente del tracto gastrointestinal como lo son el Clotrimazol y Miconazol.

La queilitis es una afección que requiere de un enfoque multidisciplinario ya que puede estar relacionada con factores desencadenantes en los que se incluye inmunosupresión sistémica, infecciones fúngicas e irritaciones. Las manifestaciones más comunes incluyen grietas, descamaciones y fisuras principalmente en el labio inferior. También la hiposalivación es un factor muy importante ya que promueve el agrietamiento y descamación, así como la infección por *Candida albicans*. El tratamiento incluye la combinación de agentes antibacterianos y antimicóticos; de igual manera el uso de agentes tópicos y agentes antifúngicos.

Las úlceras orales hacen parte de las lesiones con múltiples etiologías que más afectan a los pacientes oncológicos, el gran dolor que éstas producen hace que sean molestas para el paciente a tal punto de poder ser razón para interrumpir un tratamiento, situación complicada puesto que el mismo medicamento antitumoral puede ser desencadenante para que las úlceras aparezcan. El uso de agentes tópicos como anestésicos, esteroides, clorhexidina es la primera opción sin embargo se puede complementar con analgesia sistémica y en tal caso de ser posible otros tratamientos adyuvantes poco convencionales como la terapia con ozono.

Con respecto a la estomatitis, puede ser una alteración que afecta la calidad de vida del paciente de manera importante debido a que puede deteriorar parte del tracto gastrointestinal más allá de la cavidad oral. Para el tratamiento es necesario conocer si está

asociado a otras alteraciones como la presencia de candida o si es debido al tratamiento farmacológico del paciente oncológico; se ha establecido como opción terapéutica el uso de antifúngicos como en fluconazol vía oral y clotrimazol gel tópico, así mismo el uso de analgésicos y anestésicos tópicos que pueden ser complementados con terapias naturales como enjuagues a base de manzanilla.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage* 2020;60(4):754-764.
2. Knaul FM, Krakauer EL, De Lima L, et al.: “Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report.” *Lancet* 2018;391:1391–1454.
3. Sleeman, K. E., de Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I. J., Gomes, B., & Harding, R. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The Lancet. Global health*, 7(7), e883–e892. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30172-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30172-X)
4. Davis M, Hui D, Davies A, Ripamonti C, Capela A, DeFeo G, et al. Medical management of malignant bowel obstruction in patients with advanced cancer: 2021 MASCC guideline update. *Supportive Care Cancer* 2021;29(12):8089-8096.
5. Elad S, Cheng KKF, Lalla RV, Yarom N, Hong C, Logan RM, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer* 2020;126(19):4423-4431.
6. Wilberg P, Hjerstad MJ, Ottesen S, et al. Oral health is an important issue in end-of-life cancer care. *Support Care Cancer*. 2012;20:3115–22.
7. Fischer DJ, Epstein JB, Yao Y, et al. Oral health conditions affect functional and social activities of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 2014;22:803–10.
8. Ezenwa MO, Fischer DJ, Epstein J, et al. Caregivers’ perspectives on oral health problems of end-of-life cancer patients. *Support Care Cancer*. 2016; 24:4769–77.
9. Magnani, C., Mastroianni, C., Giannarelli, D., Stefanelli, M. C., Di Cienzo, V., Valerioti, T., & Casale, G. (2019). Oral Hygiene Care in Patients With Advanced Disease: An Essential Measure to Improve Oral Cavity Conditions and Symptom Management. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 104990911982941. doi:10.1177/1049909119829411
10. Alhejoury HA, Mogharbel LF, Al-Qadhi MA, Shamlan SS, Alturki AF, Babatin WM, Mohammed Alaishan RA, Pullishery F. Artificial Saliva for Therapeutic Management of Xerostomia: A Narrative Review. *J Pharm Bioallied Sci*. 2021 Nov;13(Suppl 2):S903-S907. doi: 10.4103/jpbs.jpbs_236_21. Epub 2021 Nov 10. PMID: 35017895; PMCID: PMC8686887.
11. Gil-Montoya JA, Silvestre FJ, Barrios R, Silvestre-Rangil J. Treatment of xerostomia and hyposalivation in the elderly: A systematic review. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2016;21(3):e355–66.
12. Deloch L, Derer A, Harmann J, Frey B, Fietkau R, Gaipl US. Modern radiotherapy concepts and the impact of radiation on immune activation. *Front Oncol*. 2016; 6:141. [PubMed: 27379203]
13. Villa, A., Connell, C., & Abati, S. (2014). Diagnosis and management of xerostomia and hyposalivation. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 45. doi:10.2147/tcrm.s76282

14. Mortazavi H, Baharvand M, Movahhedian A, Mohammadi M, Khodadoustan A. Xerostomia due to systemic disease: a review of 20 conditions and mechanisms. *Ann Med Health Sci Res.* 2014 Jul;4(4):503-10. doi: 10.4103/2141-9248.139284. PMID: 25221694; PMCID: PMC4160670.
15. Beech, N., Robinson, S., Porceddu, S., & Batstone, M. (2014). Dental management of patients irradiated for head and neck cancer. *Australian Dental Journal*, 59(1), 20–28. doi:10.1111/adj.12134
16. Wolff A, Joshi RK, Ekström J, Aframian D, Pedersen AM, Proctor G, Narayana N, Villa A, Sia YW, Aliko A, McGowan R, Kerr AR, Jensen SB, Vissink A, Dawes C. A Guide to Medications Inducing Salivary Gland Dysfunction, Xerostomia, and Subjective Sialorrhea: A Systematic Review Sponsored by the World Workshop on Oral Medicine VI. *Drugs R D.* 2017 Mar;17(1):1-28. doi: 10.1007/s40268-016-0153-9. PMID: 27853957; PMCID: PMC5318321
17. Villa, A., Connell, C., & Abati, S. (2014). Diagnosis and management of xerostomia and hyposalivation. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 45. doi:10.2147/tcrm.s76282
18. Furuya, J., Suzuki, H., Hidaka, R. et al. Factors affecting the oral health of inpatients with advanced cancer in palliative care. *Support Care Cancer* 30, 1463–1471 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06547-5>
19. Tsai JS, Wu CH, Chiu TY, Hu WY, Chen CY (2006) Symptom patterns of advanced cancer patients in a palliative care unit. *Palliat Med* 20:617–622. <https://doi.org/10.1177/2F0269216306071065>
20. Venkatasalu MR, Murang ZR, Ramasamy DTR, Dhaliwal JS (2020) Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review. *BMC Oral Health* 20:79. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01075-w>
21. Schimmel M, Schoeni P, Zulian GB, Müller F (2008) Utilisation of dental services in a university hospital palliative and long-term care unit in Geneva. *Gerodontology* 25:107–112. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2007.00212.x>
22. Obana M, Furuya J, Matsubara C, Tohara H, Inaji M, Miki K, Numasawa Y, Minakuchi S, Maehara T (2019) Effect of a collaborative transdisciplinary team approach on oral health status in acute stroke patients. *J Oral Rehabil* 46:1170–1176. <https://doi.org/10.1111/joor.12855>
23. Furness S, Worthington HV, Bryan G, Birchenough S, McMillan R. Interventions for the management of dry mouth: topical therapies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD008934.
24. Olsson H, Spak CJ, Axéll T. The effect of a chewing gum on salivary secretion, oral mucosal friction, and the feeling of dry mouth in xerostomic patients. *Act Odontol Scand.* 1991;49(5):273-279
25. Mouly SJ, Orlor JB, Tillet Y, et al. Efficacy of a new oral lubricant solution in the management of psychotropic drug-induced xerostomia: a randomized controlled trial. *J Clin Psychopharmacol.* 2007;27(5):437–443. [PubMed] [Google Scholar]
26. van der Reijden WA, Vissink A, Veerman EC, Amerongen AV. Treatment of oral dryness related complaints (xerostomia) in Sjögren's syndrome. *Ann Rheum Dis.* 1999;58(8):465–474. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
27. Ship JA, McCutcheon JA, Spivakovsky S, Kerr AR. Safety and effectiveness of topical dry mouth products containing olive oil, betaine, and xylitol in reducing xerostomia

- for polypharmacy-induced dry mouth. *J Oral Rehabil.* 2007;34(10):724–732. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
28. Łysik D, Niemirowicz-Laskowska K, Bucki R, Tokajuk G, Mystkowska J. Artificial saliva: Challenges and future perspectives for the treatment of xerostomia. *Int J Mol Sci.* 2019;20:3199
 29. Stone JAM, Johnstone PAS. Mechanisms of action for acupuncture in the oncology. *Curr Treat Options Oncol.* 2010;11:118–27.
 30. Johnstone PA, Peng YP, May BC, Inouye WS, Niemtow RC. Acupuncture for pilocarpine-resistant xerostomia following radiotherapy for head and neck malignancies. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2001;50:353–7.
 31. Blom M, Dawidson I, Fernberg JO, Johnson G, Angmar-Mansson B. Acupuncture treatment of patients with radiation-induced xerostomia. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1996;32B:182–90.
 32. Wong RK, Deshmukh S, Wyatt G, Sagar S, Singh AK, Sultanem K, et al. Acupuncture-like transcutaneous electrical nerve stimulation versus pilocarpine in treating radiation-induced xerostomia: results of RTOG 0537 phase 3 study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2015;92:220–7
 33. Wong RKW, Jones GW, Sagar SM, Babjak AF, Whelan T. A phase I–II study in the use of acupuncture-like transcutaneous nerve stimulation in the treatment of radiation-induced xerostomia in head-and-neck cancer patients treated with radical radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2003;57:472–80.
 34. Blom M, Lundeborg T. Long-term follow-up of patients treated with acupuncture for xerostomia and the influence of additional treatment. *Oral Dis.* 2000;6:15–24.
 35. Samuni Y, Baum BJ. Gene delivery in salivary glands: from the bench to the clinic. *Biochim Biophys Acta.* 2011;1812:1515–21
 36. Alevizos I, Zheng C, Cotrim AP, Liu S, McCullagh L, Billings ME, et al. Late responses to adenoviral-mediated transfer of the aquaporin-1 gene for radiation-induced salivary hypofunction. *Gene Ther.* 2017;24:176–86. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 37. Wang Z, Zourelis L, Wu C, Edwards PC, Trombetta M, Passineau MJ. Ultrasound-assisted non-viral gene transfer of AQP1 to the irradiated minipig parotid gland restores fluid secretion. *Gene Ther.* 2015;22:739–49. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 38. Aure MH, Arany S, Ovitt CE. Salivary glands: stem cells, self-duplication, or both? *J Dent Res.* 2015;94:1502–7
 39. Jeong J, Baek H, Kim YJ, Choi Y, Lee H, Lee E, et al. Human salivary gland stem cells ameliorate hyposalivation of radiation-damaged rat salivary glands. *Exp Mol Med.* 2013;45:e58.
 40. Lu L, Li Y, Du MJ, Zhang C, Zhang XY, Tong HZ, et al. Characterization of a self-renewing and multi-potent cell population isolated from human minor salivary glands. *Sci Rep.* 2015;5:10106.
 41. Li Z, Wang Y, Xing H, Wang Z, Hu H, An R, et al. Protective efficacy of intravenous transplantation of adipose-derived stem cells for the prevention of radioation-induced salivary glandu damage. *Arch Oral Biol.* 2015;60:1488-96
 42. Aure MH, Arany S, Ovitt CE. Salivary glands: stem cells, self-duplication, or both? *J Dent Res.* 2015;94:1502–7

43. Momm F, Volegova-Neher NJ, Schulte-Mönting J, Guttenberger R. Different saliva substitutes for treatment of xerostomia following radiotherapy. A prospective crossover study. *Strahlenther Onkol.* 2005;181:231–6
44. Mercadante V, Jensen SB, Smith DK, Bohlke K, Bauman J, Brennan MT, Coppes RP, Jessen N, Malhotra NK, Murphy B, Rosenthal DI, Vissink A, Wu J, Saunders DP, Peterson DE. Salivary Gland Hypofunction and/or Xerostomia Induced by Nonsurgical Cancer Therapies: ISOO/MASCC/ASCO Guideline. *J Clin Oncol.* 2021 Sep 1;39(25):2825-2843. doi: 10.1200/JCO.21.01208. Epub 2021 Jul 20. PMID: 34283635.
45. Andrade C.L., de Lima D.J.B., de Sousa Melo A., Peixoto Medrado A.R.A., Botelho Martins G., Ramos Lima H., Carrera M. Dysgeusia in cancer patients undergoing radiotherapy: Etiology, diagnosis and therapy. *J. Oral Diag.* 2019;4:e20190013. doi: 10.5935/2525-5711.20190013. [
46. Mascitti M., Zhurakivska K., Togni L., Caponio V.C.A., Almangush A., Balercia P., Balercia A., Rubini C., Muzio L.L., Santarelli A., et al. Addition of the tumour–stroma ratio to the 8th edition American Joint Committee on Cancer staging system improves survival prediction for patients with oral tongue squamous cell carcinoma. *Histopathology.* 2020;77:810–822. doi: 10.1111/his.14202
47. Tomita S., Terao Y., Hatano T., Nishimura R. Subtotal glossectomy preserving half the tongue base prevents taste disorder in patients with tongue cancer. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2014;43:1042–1046. doi: 10.1016/j.ijom.2014.02.006.
48. Sapir E., Tao Y., Feng F., Samuels S., El Naqa I., Murdoch-Kinch C.A., Feng M., Schipper M., Eisbruch A. Predictors of Dysgeusia in Patients With Oropharyngeal Cancer Treated With Chemotherapy and Intensity Modulated Radiation Therapy. *Int. J. Radiat. Oncol.* 2016;96:354–361. doi: 10.1016/j.ijrobp.2016.05.011.
49. Da Cunha M.D., Terto D.D.S., Diniz J., Assis R.B. Assessment of the gustatory function in patients with advanced oral cavity and oropharyngeal cancer. *CoDAS.* 2020;32:e20190122. doi: 10.1590/2317-1782/20202019122.
50. Asif M., Moore A., Yarom N., Popovtzer A. The effect of radiotherapy on taste sensation in head and neck cancer patients—A prospective study. *Radiat. Oncol.* 2020;15:144. doi: 10.1186/s13014-020-01578-4.
51. Chen W.-C., Tsai M.-S., Tsai Y.-T., Lai C.-H., Lee C.-P., Chen M.-F. Long-Term Taste Impairment after Intensity-Modulated Radiotherapy to Treat Head-and-Neck Cancer: Correlations with Glossectomy and the Mean Radiation Dose to the Oral Cavity. *Chem. Senses.* 2019;44:319–326. doi: 10.1093/chemse/bjz018
52. Troiano G., Rubini C., Togni L., Caponio V.C.A., Zhurakivska K., Santarelli A., Cirillo N., Muzio L.L., Mascitti M. The immune phenotype of tongue squamous cell carcinoma predicts early relapse and poor prognosis. *Cancer Med.* 2020;9:8333–8344. doi: 10.1002/cam4.3440.
53. Amin M.B., Greene F.L., Edge S.B., Compton C.C., Gershenwald J.E., Brookland R.K., Meyer L., Gress D.M., Byrd D.R., Winchester D.P. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J. Clin.* 2017;67:93–99. doi: 10.3322/caac.21388.

54. El-Naggar A.K., Chan J.K.C., Grandis J.R., Takata T., Slootweg P.J., editors. WHO Classification of Head and Neck Tumours. 4th ed. Volume 9 IARC Press; Lyon, France: 2017
55. Pfister D.G., Spencer S., Adelstein D., Adkins D., Anzai Y., Brizel D., Bruce J.Y., Busse P.M., Caudell J.J., Cmelak A.J., et al. Head and Neck Cancers, Version 2.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J. Natl. Compr. Cancer Netw.* 2020;18:873–898. doi: 10.6004/jnccn.2020.0031.
56. Epstein J.B., Villines D., Epstein G.L., Smutzer G. Oral examination findings, taste and smell testing during and following head and neck cancer therapy. *Support. Care Cancer.* 2020;28:4305–4311. doi: 10.1007/s00520-019-05232-y.
57. Galitis E., Droukas V., Tzakis M., Psarras V., Galiti D., Kyrodimos E., Trichas M., Psyrris A., Papadogeorgakis N., Kouri M., et al. Trismus and reduced quality of life in patients with oral squamous cell carcinoma, who received post-operative radiotherapy alone or combined with chemotherapy. *Forum Clin. Oncol.* 2017;8:29–36. doi: 10.1515/fco-2015-0023.
58. Chen S.-C., Lai Y.-H., Huang B.-S., Lin C.-Y., Fan K.-H., Chang J.T.-C. Changes and predictors of radiation-induced oral mucositis in patients with oral cavity cancer during active treatment. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 2015;19:214–219. doi: 10.1016/j.ejon.2014.12.001.
59. Abbas S., Tariq M.U.U., Raheem A., Saeed J., Hashmi S.S., Karim M., Nizam M. Assessment of Factors Affecting Quality of Life in Oral Squamous Cell Carcinoma Patients Using University of Washington Quality of Life Questionnaire. *Cureus.* 2019;11:e3904. doi: 10.7759/cureus.3904.
60. Braud A., Boucher Y. Taste disorder's management: A systematic review. *Clin. Oral Investig.* 2020;24:1889–1908. doi: 10.1007/s00784-020-03299-0.v
61. Palmieri M., Sarmento D.J.S., Falcão A.P., Martins V.A.O., Brandão T.B., Morais-Faria K., Ribeiro A.C.P., Hasséus B., Giglio D., Braz-Silva P.H. Frequency and Evolution of Acute Oral Complications in Patients Undergoing Radiochemotherapy Treatment for Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Ear Nose Throat J.* 2021;100:449S–455S. doi: 10.1177/0145561319879245.
62. Rajeev-Kumar G., Moreno J., Kelley A., Sharma S., Gupta V., Bakst R. Emotional Quality of Life After Radiation Therapy for Oropharyngeal Carcinoma. *Adv. Radiat. Oncol.* 2019;4:674–682. doi: 10.1016/j.adro.2019.05.001.
63. Khan A.H., Safdar J., Siddiqui S.U. Efficacy of zinc sulfate on concurrent chemoradiotherapy induced taste alterations in oral cancer patients: A double blind randomized controlled trial. *Pak. J. Med. Sci.* 2019;35:624–629. doi: 10.12669/pjms.35.3.503.
64. Ravasco P., Monteiro-Grillo I., Vidal P.M., Camilo M.E. Dietary Counseling Improves Patient Outcomes: A Prospective, Randomized, Controlled Trial in Colorectal Cancer Patients Undergoing Radiotherapy. *J. Clin. Oncol.* 2005;23:1431–1438. doi: 10.1200/JCO.2005.02.054
65. De van der Schueren M.A. Use and effects of oral nutritional supplements in patients with cancer. *Nutrition.* 2019;67–68:110550. doi: 10.1016/j.nut.2019.07.002.
66. Venkatasalu MR, Murang ZR, Ramasamy DTR, Dhaliwal JS. Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review. *BMC Oral Health.* 2020;20:79. doi: 10.1186/s12903-020-01075-w

67. Wiseman M. El tratamiento de problemas orales en el paciente paliativo. *Asociación J Can Dent.* 2006;72:453–458.
68. Mäkinen AI, Mäkitie A, Meurman JH. Prevalencia de *Candida* en saliva antes y después del tratamiento del cáncer oral. *Cirujano.* 2021;19:e446–451. doi:10.1016/j.surge.2021.01.006
69. Sanjaya PR, Gokul S, Gururaj Patil B, Raju R. *Candida* en precáncer oral y cáncer oral. *Hipótesis Med.* 2011;77:1125–1128. doi:10.1016/j.mehy.2011.09.018
70. Gall F, Colella G, Di Onofrio V, Rossiello R, Angelillo IF, Liguori G. *Candida* spp. en cáncer oral y lesiones precancerosas orales. *Nuevo Microbiol.* 2013;36:283–288.
71. Shibata T, Yamashita D, Hasegawa S, Saito M, Otsuki N, Hashikawa K, et al. Candidiasis oral simulando cáncer de lengua. *Auris Nasus Larynx.* 2011;38:418–420. doi: 10.1016/j.anl.2010.11.007
72. Sweeney MP, Bagg J. La boca y los cuidados paliativos. *Am J Hosp Palliat Care.* 2000;17:118–124. doi:10.1177/104990910001700212
73. Chitapanarux I, Wongsrita S, Sripan P, Kongsupapsiri P, Phakoetsuk P, Chachvarat S, et al. Una trampa subestimada de candidiasis oral en pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a radioterapia: un estudio de observación. *BMC Salud Bucal.* 2021;21:353. doi:10.1186/s12903-021-01721-x
74. Deng Z, Kiyuna A, Hasegawa M, Nakasone I, Hosokawa A, Suzuki M. Candidiasis oral en pacientes que reciben radioterapia para el cáncer de cabeza y cuello. *Cirugía Otorrinolaringológica de Cabeza y Cuello.* 2010;143:242–247. doi:10.1016/j.otohns.2010.02.003
75. Worthington HV, Clarkson JE. Prevención de la mucositis oral y la candidiasis oral en pacientes con cáncer tratados con quimioterapia: revisión sistemática Cochrane. *J Dent Educ.* 2002;66:903–911. doi:10.1002/j.0022-0337.2002.66.8.tb03559.x
76. Funahara R, Soutome S, Funahara M, Tsuda S, Hasegawa T, Umeda M, et al. Effects of a miconazole oral patch on preventing development of oral candidiasis in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy: results of a preliminary study quantifying the prevalence of *Candida albicans* in saliva. *Support Care Cancer.* 2022;30:907–914. doi:10.1007/s00520-021-06480-7
77. Cabras M, Gambino A, Broccoletti R, Lodi G, Arduino PG. Tratamiento de la queilitis angular: una revisión narrativa y la experiencia clínica de los autores. *Oral Dis.* 2019;26:1107–1115. doi:10.1111/odi.13183
78. Lugović-Mihić L, Pilipović K, Crnarić I, Šitum M, Duvančić T. Diagnóstico diferencial de la queilitis: ¿cómo clasificar la queilitis? *Acta Clin croata.* 2018;57:342–351. doi:10.20471/acc.2018.57.02.16
79. Hellstein JW, Marek CL. Candidiasis: Manifestaciones rojas y blancas en la cavidad oral. *Patol de cabeza y cuello.* 2019;13:25–32. doi:10.1007/s12105-019-01004-6
80. Samimi M. Chéilites: orientación diagnóstica y tratamiento. *Presse Med.* 2016;45:240–250. doi:10.1016/j.lpm.2015.09.024
81. Lyu X, Zhao C, Hua H, Yan Z. Eficacia de la nistatina para el tratamiento de la candidiasis oral: revisión sistemática y metanálisis. *Drug Des Devel Ther.* 2016;1161. doi:10.2147/dddt.s100795
82. Zhang LW, Fu JY, Hua H, Yan ZM. Eficacia y seguridad del miconazol para la candidiasis oral: una revisión sistemática y un metanálisis. *Oral Dis.* 2016;22:185–195. doi:10.1111/odi.12380

83. Marín Zuluaga DJ. Cuidados paliativos buco-dentales. Un campo desatendido en odontología. *Acta Odontológica Colomb* [Internet]. 2017;7(2):33–47. Available from: <https://ezproxy.unbosque.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=137763508&lang=es>
84. Schemel-Suárez M, López-López J, Chimenos-Küstner E. Oral ulcers: Differential diagnosis and treatment. *Med Clínica (English Ed)*. 2015 Dec 7;145(11):499–503.
85. Jones DL, Rankin KV. Management of the oral sequelae of cancer therapy. *Tex Dent J*. 2012 May;129(5):461–8.
86. Epstein JB, Thariat J, Bensadoun R-J, Barasch A, Murphy BA, Kolnick L, et al. Oral complications of cancer and cancer therapy: from cancer treatment to survivorship. *CA Cancer J Clin*. 2012;62(6):400–22.
87. Oldoini G, Frabattista GR, Saragoni M, Cosola S, Giammarinaro E, Genovesi AM, et al. Ozone Therapy for Oral Palatal Ulcer in a Leukaemic Patient. *Eur J case reports Intern Med*. 2020;7(2):1406.
88. Bruce AJ, Dabade TS, Burkemper NM. Diagnosing oral ulcers. *JAAPA*. 2015 Feb;28(2):1–10.
89. Gensheimer MF, Le Q-T. Adaptive radiotherapy for head and neck cancer: Are we ready to put it into routine clinical practice? *Oral Oncol* [Internet]. 2018;86:19–24. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1368837518303026>
90. Fischer DJ, Epstein JB, Yao Y, Wilkie DJ. Oral health conditions affect functional and social activities of terminally ill cancer patients. *Support care cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2014 Mar;22(3):803–10.
91. Rohr Y, Adams J, Young L. Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients. *Int J Palliat Nurs*. 2010 Sep;16(9):439–44.
92. Ahadian H, Yassaei S, Bouzarjomehri F, Ghaffari Targhi M, Kheirollahi K. Oral Complications of The Oromaxillofacial Area Radiotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017 Mar;18(3):721–5.
93. Venkatasalu MR, Murang ZR, Ramasamy DTR, Dhaliwal JS. Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review. *BMC Oral Health*. 2020 Mar;20(1):79.
94. Chamorro-Petronacci C, García-García A, Lorenzo-Pouso A-I, Gómez-García F-J, Padín-Iruegas M-E, Gándara-Vila P, et al. Management options for low-dose methotrexate-induced oral ulcers: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2019 Mar;24(2):e181–9.
95. Vaillant L, Samimi M. [Aphthous ulcers and oral ulcerations]. *Presse Med*. 2016 Feb;45(2):215–26.
96. Roy D, Wong PK, Engelbrecht RS, Chian ES. Mechanism of enteroviral inactivation by ozone. *Appl Environ Microbiol*. 1981 Mar;41(3):718–23.
97. Fall-Dickson JM, Mock V, Berk RA, Grimm PM, Davidson N, Gaston-Johansson F. Stomatitis-related pain in women with breast cancer undergoing autologous hematopoietic stem cell transplant. *Cancer Nurs*. 2008;31(6):452–61.
98. Lalla R V., Bowen J, Barasch A, Elting L, Epstein J, Keefe DM, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2014 May 15;120(10):1453–61.

99. Kuba S, Yamanouchi K, Matsumoto M, Maeda S, Hatachi T, Sakiko S, et al. Study protocol for efficacy and safety of steroid-containing mouthwash to prevent chemotherapy-induced stomatitis in women with breast cancer: a multicentre, open-label, randomised phase 2 study. *BMJ Open*. 2020 Feb;10(2):e033446.
100. Mascitti M, Togni L, Troiano G, Caponio VCA, Gissi DB, Montebugnoli L, et al. Beyond Head and Neck Cancer: The Relationship Between Oral Microbiota and Tumour Development in Distant Organs. *Front Cell Infect Microbiol*. 2019;9:232.
101. Gad MM, Fouda SM. Current perspectives and the future of *Candida albicans*-associated denture stomatitis treatment. *Dent Med Probl*. 2020;57(1):95–102.
102. O'Brien CP. Management of stomatitis. *Can Fam Physician*. 2009 Sep;55(9):891–2.
103. Madeswaran S, Jayachandran S. Sodium bicarbonate: A review and its uses in dentistry. *Indian J Dent Res Off Publ Indian Soc Dent Res*. 2018;29(5):672–7.
104. Sánchez-Bernal J, Conejero C, Conejero R. Recurrent Aphthous Stomatitis. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111(6):471–80.
105. Wiseman M. The treatment of oral problems in the palliative patient. *J Can Dent Assoc*. 2006 Jun;72(5):453–8.
106. Fernández-Sala X, Barceló-Vidal J, Tusquets I, Conde-Estévez D. Effectiveness and safety of a novel dexamethasone mouthwash formulation in managing stomatitis in cancer patients. *Farm Hosp organo Of Expr Cient la Soc Esp Farm Hosp*. 2020 Nov;45(1):41–4.
107. Kato S, Saito A, Matsuda N, Suzuki H, Ujiie M, Sato S, et al. Management of afatinib-induced stomatitis. *Mol Clin Oncol*. 2017 Apr;6(4):603–5.
108. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, et al. Clinical practice guideline for the management of candidiasis: 2016 update by the infectious diseases society of America. *Clin Infect Dis*. 2016;62:e1-50. Doi:10.1093/cid/civ933
109. Ohrn K et al (2001) Oral status during RT and CT: a descriptive study of patient experiences and the occurrence of oral complications. *Support Care Cancer* 9:247–257
110. Ripamonti C (1998) Taste alterations in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 16(6):349–351
111. Hong JH, Omur-Ozbek P, Stanek BT, Dietrich AM, Duncan SE, Lee YW, Lesser G. Taste and odor abnormalities in cancer patients. *J Support Oncol*. 2009 Mar-Apr;7(2):58-65. PMID: 19408458.
112. Chen X, Chen H, Douglas C, et al. Dental treatment intensity in frail older adults in the last year of life. *J Am Dent Assoc*. 2013;144:1234–42.
113. Fischer DJ, Epstein JB, Yao Y, et al. Oral health conditions affect functional and social activities of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 2014;22:803–10.
114. Saini R, Marawar P, Shete S, et al. Dental expression and role in palliative treatment. *Indian J Palliat Care*. 2009;15:26–9.

115. Kvalheim SF, Strand GV, Husebø BS, et al. End-of-life palliative oral care in Norwegian health institutions. An exploratory study. *Gerodontology*. 2016; 33:522–9.
116. Tebidze N, Jincharadze M, Margvelasvili V. Oral complications of palliative patients with advanced cancer. *Transl Clin Med - Georg Med J*. 2017;2:20–3.
117. Rohr Y, Adams J, Young L. Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients. *Int J Palliat Nurs*. 2010;16:439–44.
118. Wilberg P, Hjermsstad MJ, Ottesen S, et al. Oral health is an important issue in end-of-life cancer care. *Support Care Cancer*. 2012;20:3115–22.
119. Venkatasalu MR, Murang ZR, Ramasamy DTR, Dhaliwal JS. Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review. *BMC Oral Health*. 2020 Mar 18;20(1):79. doi: 10.1186/s12903-020-01075-w. PMID: 32188452; PMCID: PMC7079519.
120. Delgado MB, Plessas A, Burns L, Neilens H, Griffiths S, Latour J. Oral care experiences of palliative care patients, their relatives/carers and healthcare professionals. *Int J Palliat Nurs*. 2021 Dec 2;27(10):504-514. doi: 10.12968/ijpn.2021.27.10.504.
121. Nicolatou-Galitis O, Nikolaidi A, Athanassiadis I, Papadopoulou E, Sonis S. Oral ulcers in patients with advanced breast cancer receiving everolimus: a case series report on clinical presentation and management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2013 Aug;116(2):e110-6.

9. ANEXOS

9.1. Búsqueda de artículos

| Numero de artículo | Título y referencia Vancouver | Año De Publicación | Idioma | Journal | Nivel De Impacto De La Revista (Scimago) | H-Index | Pais | Abstract | Tipo De Estudio | Tipo De Intervención |
|--------------------|--|--------------------|--------|-----------------|--|---------|-------------|--|----------------------|--|
| 1 | Venkatasalu, Munikumar Ramasamy et al. "Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review." BMC oral health vol. 20, 1 79. 18 Mar. 2020, doi:10.1186/s12903-020-01075-w | 2020 | ingles | BMC oral health | Q1 | 50 | Reino unido | Antecedentes: Se ha informado una alta incidencia de afecciones orales tratables entre pacientes paliativos. Sin embargo, una gran proporción de pacientes paliativos pierden la capacidad de comunicar sus sufrimientos. Por lo tanto, puede dar lugar a un subregistro de las condiciones orales entre estos pacientes. Esta revisión sintetizó sistemáticamente la evidencia publicada sobre la presencia de afecciones orales entre pacientes paliativos, el impacto, el manejo y los desafíos en el tratamiento de estas afecciones. Métodos: Se realizó una revisión integradora con una estrategia de búsqueda definida en cinco bases de datos y una búsqueda manual en revistas clave y listas de referencias. Se incluyeron estudios que | Revision sistematica | La estrategia de búsqueda fue ideada por el equipo de investigación eligió cinco bases de datos en un período específico en idioma inglés con términos de búsqueda completos para no omitir ningún estudios primarios potenciales relevantes. Los criterios de inclusión especificaron que los estudios deben ser: (1) en texto completo, (2) publicado entre los años 2000 a 2017, y (3) artículos primarios centrados en pacientes paliativos y sus condiciones bucales. La búsqueda combinada inicial identificó 25 311 artículos de 5 bases de datos y de otras fuentes (búsqueda manual y mediante referencias). La eliminación de duplicados resultó en 13 263 estudios. La selección de resúmenes relevantes resultó en 1230 estudios. Como resultado, se realizaron más exámenes de detección para los criterios de inclusión en 67 estudios que se leyeron para asegurar la aplicabilidad a nuestro estudio. Esto resultó en la exclusión de 28 artículos. Todos los revisores analizaron y discutieron los hallazgos preliminares. para llegar a un consenso sobre los estudios que se incluirán que resultó en un total de 19 artículos para un análisis más detallado. Se analizaron los datos extraídos de todos los estudios incluidos utilizando los principios de Whittemore y Knafl de integración revisión con cuatro etapas: reducción de datos, visualización de datos, comparación de datos, conclusión y verificación. En los datos etapa de reducción, las 19 fuentes primarias |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | <p>se centraron en las condiciones orales de pacientes paliativos y publicados entre los años 2000 a 2017.</p> <p>Resultados: La xerostomía, la candidiasis oral y la disfagia fueron las tres afecciones orales más frecuentes entre los pacientes paliativos, seguidas de la mucositis, el dolor orofacial, el cambio del gusto y la ulceración. También encontramos impacto social y funcional de tener ciertas condiciones orales entre estos pacientes. En cuanto al manejo, se han utilizado terapias complementarias como la acupuntura, pero no se han explorado bien.</p> <p>La falta de conocimiento entre los proveedores de atención médica también planteó un desafío en el tratamiento de las afecciones orales entre los pacientes paliativos.</p> <p>Conclusiones: Esta revisión es la primera en su tipo en sintetizar sistemáticamente la evidencia publicada sobre el impacto, el manejo y los desafíos en el manejo de las condiciones orales entre los pacientes paliativos. Aunque todavía faltan estudios que investiguen el cuidado oral paliativo</p> | <p>incluidas en la revisión integradora se dividieron en subgrupos; inicialmente basado en tipos de estudio (cualitativo y cuantitativo), muestra (pacientes con cáncer, condiciones paliativas no malignas y condiciones orales entre pacientes paliativos) y luego por una clasificación conceptual predeterminada alineando con los objetivos de esta revisión y luego analizados por tema. Cada fuente primaria se redujo a una sola página (disponible a petición de los autores). Esto nos ayudó a sistemáticamente comparar fuentes primarias sobre temas específicos.</p> <p>Condiciones orales comunes entre pacientes paliativos De 19 estudios, 13 informaron xerostomía o sequedad de boca Ocho estudios informaron candidiasis o aftas bucales. Seis estudios informaron disfagia o dificultades para tragar Cinco informaron mucositis y 5 dolor orofacial Cuatro estudios informaron cambios en el gusto y dos informaron ulceración, tos y malestar oral.</p> <p>Otras afecciones orales informadas son estomatitis [11], eritema de la mucosa con hipofunción salival, infección por hongos periodontitis herpes labial, caries dental, inflamación gingival, recubrimiento e inflamación de la lengua, manchas sangrantes, placa, partículas de alimentos e infección por hongos llagas y costras saliva viscosa y viscosa y labios agrietados , halitosis problemas con el uso de dentaduras postizas , problemas con la boca secreciones , disartria, transporte de levadura oral, Fricción de la mucosa Y episodios de ulceración e infección.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| | | | | | | | | entre grupos específicos de pacientes, como pacientes con demencia, pacientes geriátricos o pediátricos con cáncer avanzado, sin embargo, esta revisión ha proporcionado conocimientos básicos que pueden guiar a los profesionales de la salud en entornos paliativos. | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|------|--------|---|----|----|----------------|--|---------------|--|
| 2 | Nakajima, Nobuhisa. "Characteristics of Oral Problems and Effects of Oral Care in Terminally Ill Patients With Cancer." The American journal of hospice & palliative care vol. 34,5 (2017): 430-434. doi:10.1177/1049909116633063 | 2017 | ingles | American Journal of Hospice and Palliative Medicine | Q3 | 51 | estados unidos | <p>Resumen</p> <p>Propósito: Varias angustias aparecen en la etapa terminal del cáncer. Los problemas orales como boca seca, estomatitis y candidiasis son uno de los problemas importantes que deben resolverse. El propósito de este estudio fue investigar los problemas bucales en esta etapa y la mejora de la boca seca mediante el cuidado bucal.</p> <p>Métodos: Los sujetos del estudio fueron pacientes con cáncer terminales consecutivos admitidos en los últimos 2 años. Los pacientes se dividieron según el estado de la ingesta de alimentos por vía oral en un grupo de buena ingesta de alimentos por vía oral ($\geq 30\%$) y un grupo de mala ingesta de alimentos por vía oral. Los siguientes 3 ítems fueron investigados retrospectivamente: 1) La incidencia de estos problemas orales, 2) La gravedad de la boca seca y la complicación con otros problemas orales, 3) Mejora de la boca seca usando el cuidado bucal estándar por parte del personal de enfermería y el cuidado bucal especializado, incluidos los dentistas como</p> | Retrospectivo | Los pacientes del estudio fueron pacientes consecutivos en fase terminal. con cáncer ingresado en el Departamento de Paliativos Medicina (unidad de cuidados paliativos y sala general) de Higashi Hospital de Sapporo durante los últimos 2 años (octubre de 2011- Septiembre 2013). Los siguientes 3 elementos fueron retrospectivamente investigado en estos pacientes: Había 115 y 158 pacientes en el grupo de buena ingesta oral y grupo de mala ingesta oral, respectivamente. Con respecto a los antecedentes de los pacientes, no hubo diferencias significativas en la proporción de edad o sexo entre los 2 grupos, pero la PS fue significativamente más pobre en el grupo de ingesta oral deficiente ($p < 0,0001$). La tasa de pacientes con El cáncer primario de los órganos digestivos fue mayor en los grupo de ingesta ($p = 0,11$; tabla 2). Hubo 13 pacientes con cáncer de cabeza y cuello (grupo de buena ingesta oral: 5 casos y grupo de mala ingesta oral: 8 casos), pero no hubo ningún paciente con cáncer de cavidad oral. Incidencias de los problemas bucales en la etapa terminal de cáncer Las incidencias de boca seca, estomatitis y candidiasis oral. (grupo de buena ingesta oral vs grupo de mala ingesta oral) fueron 38,3% (44 casos) versus 81,0% (128 casos; $p < 0,0001$), 10,4% (12 casos) frente al 16,5% (26 casos; $p = 0,15$) y el 6,6% (7 casos) frente al 22,8% (36 casos; $p = 0,0002$), respectivamente (tabla 3). Todos pacientes con estomatitis y candidiasis oral fueron acompañados por boca seca. Incidencia y gravedad de la sequedad bucal en la terminal Estadio del cáncer Se observaron casos graves (grados 2 y 3) en 20,0% y 64,8% en el grupo de buena ingesta oral y en el grupo de mala ingesta oral, respectivamente ($P < 0,0001$; tabla 4). De los otros problemas bucales en pacientes con sequedad de boca, la tasa de complicaciones de la candidiasis oral fue significativamente mayor en el grupo de ingesta oral deficiente ($p = 0,0002$). Efecto de la intervención de cuidado bucal en la boca seca La tasa de mejora de la sequedad bucal mediante una intervención |
|---|---|------|--------|---|----|----|----------------|--|---------------|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|---|
| | | | | | | | <p>necesario.</p> <p>Resultados: Hubo 115 y 158 pacientes en los grupos de buena y mala ingesta oral, respectivamente. 1) Las incidencias de boca seca, estomatitis y candidiasis fueron significativamente mayores en el grupo de ingesta oral deficiente ($p < 0,001$). 2) Se observaron casos graves de boca seca (Grado 2 y 3) en el 20,0 % y el 64,8 % en los grupos de buena y mala ingesta oral, respectivamente ($p < 0,0001$). La tasa de complicaciones por candidiasis fue significativamente mayor en el grupo de mala ingesta oral ($p = 0,0002$). 3) La tasa de mejora de la boca seca mediante el cuidado bucal fue del 100 % en el Grado 1, del 86 % en el Grado 2 y del 81 % en el Grado 3.</p> <p>Conclusión: Los problemas orales ocurren en muchos de los pacientes con cáncer terminal. El diagnóstico preciso de los problemas orales y las correspondientes intervenciones apropiadas son importantes para mejorar la calidad de la atención al final de la vida.</p> <p>Palabras llave: boca seca; atención al final de la vida; cuidado</p> | <p>de cuidado bucal. fue investigado por la severidad (Tabla 5). Todos los casos de grado 1 mejoraron con el cuidado bucal estándar (grupo de buena ingesta oral: 8/8, 100%; grupo de mala ingesta oral: 12/12, 100%). Grado 2 seco la boca mejoró con el cuidado bucal estándar en 12 (85%) de 14 en grupo de buena ingesta oral y 25 (71%) de 35 en ingesta oral deficiente grupo. Seis casos ineficaces del grupo de ingesta oral deficiente fueron tratado con cuidado bucal especializado, lo que resulta en una mejora tasa del 83% (29 de 35). La sequedad de boca de grado 3 mejoró por cuidado bucal estándar en 2 (40%) de 5 en el grupo de buena ingesta oral, y 2 casos ineficaces fueron tratados con cuidado bucal especializado, resultando en una tasa de mejora del 80% (4 de 5). En mala ingesta oral grupo, la mejoría se logró con el cuidado bucal estándar en 24 (67%) de 36, y 8 casos ineficaces fueron tratados con Oespecialistas cuidado bucal, lo que resulta en una tasa de mejora del 81% (29 de 36). Por lo tanto, estas intervenciones mejoraron la boca seca en un 80% o más de los pacientes tanto en el grupo de buena ingesta oral como en el deficiente grupo de ingesta</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|---|

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| | | | | | | | | bucal; problemas bucales; Cuidados paliativos; pacientes terminales con cáncer. | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------|--------|---------------------------|----|-----|----------|--|---------------|--|
| 3 | <p>Matsuo, K et al. "Associations between oral complications and days to death in palliative care patients." Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer vol. 24,1 (2016): 157-161. doi:10.1007/s00520-015-2759-9</p> | 2016 | Inglés | Supportive Care in Cancer | Q2 | 112 | alemania | <p>Propósito: Los síntomas orales adversos aparecen gradualmente en pacientes con cáncer avanzado a medida que avanza la enfermedad. Investigamos retrospectivamente las asociaciones entre la incidencia de problemas orales y los días hasta la muerte (DTD) en pacientes que reciben cuidados paliativos. Métodos: Se examinaron las fichas de evaluación odontológica y las historias clínicas de 105 pacientes ingresados en la unidad de cuidados paliativos de nuestro hospital. Los datos de casos incluyeron evaluaciones de las condiciones orales orgánicas y funcionales en el momento de la admisión para todos los pacientes. La cohorte se dividió en dos grupos según el DTD como el grupo corto (<28 días desde el momento de la evaluación dental hasta la muerte) y el grupo largo (≥28 días). Comparamos las incidencias de problemas orales orgánicos y funcionales entre estos grupos. Resultados: La boca seca, la inflamación de la lengua y las manchas sangrantes</p> | Retrospectivo | <p>Esta investigación retrospectiva de un solo centro se llevó a cabo en la unidad de cuidados paliativos de nuestro hospital desde abril de 2013 hasta marzo de 2014. El protocolo del estudio fue aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad de Salud de Fujita. Las evaluaciones de detección de la condición bucal junto a la cama se realizan como práctica clínica estándar en nuestro hospital para todos los pacientes recién ingresados en la unidad de cuidados paliativos por un dentista e higienista dental. Revisamos retrospectivamente las hojas de evaluación obtenidas entre abril de 2013 y marzo de 2014. De las 135 evaluaciones de pacientes recopiladas, 30 pacientes que se habían sometido a un tratamiento dental continuo o cuidado bucal profesional en el departamento de odontología de nuestro hospital antes de la admisión fueron excluidos. En última instancia, se utilizó un total de 105 conjuntos de datos (56 hombres y 49 mujeres; edad media 73,0 ± 9,9 años) en esta investigación. Para la evaluación de la condición oral orgánica, se evaluó la existencia de caries dental con un espejo dental. La presencia de recubrimiento en las papilas de la superficie dorsal de la lengua se juzgó mediante observación visual. Se consideró que existía inflamación de la lengua, encía u otra mucosa oral con úlceras, hinchazón o enrojecimiento en esas superficies. La candidiasis se evaluó mediante observación visual, al igual que las manchas hemorrágicas, los coágulos o la costra en la mucosa oral. No se realizó cultivo microbiológico para candidiasis. Se observó sequedad de boca cuando la sequedad de la mucosa oral fue moderada (burbujeante o pegajosa) o severa (sin saliva). Los aspectos funcionales de la condición oral se evaluaron utilizando los parámetros de capacidad de alimentación oral y disfagia. Si el paciente no podía ingerir más del 10% de la cantidad de una comida, juzgamos que no había capacidad de alimentación oral. La disfagia se determinó a partir de las historias clínicas en el momento del ingreso. También se evaluó</p> |
|---|--|------|--------|---------------------------|----|-----|----------|--|---------------|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | <p>fueron significativamente más frecuentes en el grupo corto que en el grupo largo (78 vs. 54 % para boca seca, 67 vs. 46 % para inflamación de la lengua, 35 vs. 14 % para sangrado). puntos, respectivamente; $p < 0,05$). La saburra de la lengua y la candidiasis fueron comparables entre los dos grupos. La disfagia fue significativamente más frecuente en el grupo corto (43 %) que en el grupo largo (20 %) ($p = 0,01$), al igual que la asistencia en el cuidado de la salud bucal (76 vs. 50 %) ($p = 0,01$). Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que, durante los cuidados paliativos, las complicaciones orales aparecen con mayor frecuencia cuanto menor es el período de DTD. Estos síntomas pueden ser indicadores útiles a la hora de decidir el momento adecuado de la intervención de cuidados bucales intensivos para disminuir los problemas bucales y el dolor en pacientes con enfermedades terminales.</p> | <p>la necesidad de asistencia para el cuidado bucal con respecto a las AVD. Como indicadores de inflamación y nutrición, los datos séricos del recuento de glóbulos blancos (WBC), proteína C reactiva (PCR, mg / dl) y el nivel de albúmina sérica (g / dl) se obtuvieron de expedientes médicos en el momento de la admisión. Índice de masa corporal (IMC) se calculó a partir de la altura y el peso del sujeto. Todos los pacientes permanecieron en cuidados paliativos hasta su muerte. La fecha de muerte de cada sujeto se determinó a partir de datos médicos. registros para calcular la DTD desde el día de la evaluación oral inicial. La distribución de la DTD se Dado que la mediana de DTD fue de 28 días (rango intercuartílico 15 a 50 días), los pacientes se dividieron en el grupo corto (DTD <28 días) y el grupo largo (DTD ≥ 28 días) para análisis mas extenso.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|------|--------|---|----|----|-----------|--|----------------------------------|---|
| 4 | Rohr Y, Adams J, Young L. Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients. Int J Palliat Nurs. 2010 Sep;16(9):439-44. doi: 10.12968/ijpn.2010.16.9.78638. PMID: 20871498. | 2010 | ingles | International Journal of Palliative Nursing | Q2 | 39 | Australia | <p>Se realizó un estudio cualitativo exploratorio con el objetivo de examinar las molestias orales desde la perspectiva de los pacientes terminales. Se realizaron entrevistas centradas en las experiencias y percepciones de la incomodidad oral y los efectos en el funcionamiento diario entre 14 pacientes de cuidados paliativos de un hospital de tamaño medio en una ciudad regional de Australia. Los hallazgos revelan que una variedad de problemas orales impactan significativamente en el bienestar físico, social y psicológico de los pacientes con enfermedades terminales en diversos grados, a veces durante largos períodos de tiempo. En particular, la sequedad de boca (xerostomía) se experimentó como un síntoma significativo y continuo, y también se discutieron con frecuencia episodios de ulceración e infección. Además, los participantes informaron una falta de evaluación oral y prácticamente ningún aporte de expertos dentales para ayudar a paliar los problemas orales. Una mejor comprensión del</p> | estudio exploratorio cualitativo | Se llevaron a cabo entrevistas centradas en las experiencias y percepciones del malestar oral y los efectos en el funcionamiento diario entre 14 pacientes de cuidados paliativos de un hospital de tamaño medio en una ciudad regional de Australia. |
|---|---|------|--------|---|----|----|-----------|--|----------------------------------|---|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | | <p>impacto de las molestias orales entre los pacientes terminales es un problema de atención importante para los equipos de cuidados paliativos y de cuidados paliativos, especialmente el personal de enfermería, y se requiere más investigación sobre este tema importante. Los resultados del estudio actual brindan evidencia preliminar para respaldar el aumento del enfoque clínico y la prioridad del cuidado bucal para pacientes con enfermedades terminales en todos los entornos..</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------|--------|---|----|----|---------|--|----------------------|---|
| 5 | Sweeney MP, Bagg J. The mouth and palliative care. Am J Hosp Palliat Care. 2000 Mar-Apr;17(2):118-24. doi: 10.1177/104990910001700212. PMID: 11406956. | 2000 | Ingles | American Journal of Hospice and Palliative Medicine | Q2 | 51 | Escocia | Las complicaciones orales son comunes entre los pacientes con cáncer avanzado, aunque se ha realizado relativamente poca investigación en este campo. Este artículo de revisión analiza el problema común de la xerostomía entre los enfermos terminales, junto con una descripción general de la candidosis oral, las infecciones virales orales, la mucositis asociada a la quimioterapia y la radioterapia, y las alteraciones en la sensación del gusto entre las personas con cáncer avanzado. Los regímenes de manejo sugeridos, basados en los datos limitados de ensayos clínicos disponibles, se proporcionan cuando corresponde. | Artículo de Revision | Este artículo de revisión analiza el problema común de la xerostomía entre los enfermos terminales, junto con una descripción general de la candidosis oral, las infecciones virales orales, la mucositis asociada a la quimioterapia y la radioterapia y las alteraciones en la sensación del gusto entre las personas con cáncer avanzado. Los regímenes de tratamiento sugeridos, basados en los datos limitados de ensayos clínicos disponibles, se proporcionan cuando es apropiado. |
|---|--|------|--------|---|----|----|---------|--|----------------------|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|------|--------|---|----|----|--------|--|--------------------------------|---|
| 6 | <p>Magnani C, Mastroianni C, Giannarelli D, Stefanelli MC, Di Cienzo V, Valerioti T, Casale G. Oral Hygiene Care in Patients With Advanced Disease: An Essential Measure to Improve Oral Cavity Conditions and Symptom Management. Am J Hosp Palliat Care. 2019 Sep;36(9):815-819. doi: 10.1177/1049909119829411. Epub 2019 Feb 12. PMID: 30754984.</p> | 2019 | Ingles | American Journal of Hospice and Palliative Medicine | Q2 | 51 | Italia | <p>Resumen</p> <p>Antecedentes: Los problemas orales son frecuentes en cuidados paliativos y pueden causar síntomas incapacitantes como dolor orofacial, disgeusia y xerostomía. Si bien el cuidado bucal es un aspecto esencial de la enfermería, a menudo no se considera una prioridad, especialmente cuando se deben manejar las necesidades de varios pacientes complejos. Objetivo: El objetivo de este estudio fue describir las condiciones orales y evaluar el impacto del cuidado bucal estándar en el control de los síntomas y la comodidad percibida por el paciente en una muestra de pacientes terminales. Método: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo entre 415 pacientes ingresados en hospicio. Los pacientes fueron reclutados antes de someterse a un procedimiento estándar asistido para el cuidado de la higiene oral. El estado de la cavidad oral, los síntomas y la comodidad se evaluaron en el momento del reclutamiento (T0) y después de 3 días (T2). Resultados: Setenta y cinco pacientes</p> | Estudio de cohorte prospectivo | <p>Se realizó un estudio de cohorte prospectivo entre 415 pacientes que ingresaron en hospicio. Los pacientes fueron reclutados antes de someterse a un procedimiento asistido estándar para el cuidado de la higiene bucal. El estado de la cavidad oral, los síntomas y la comodidad se evaluaron en el reclutamiento (T0) y después de 3 días (T2). 1. Las incidencias de sequedad de boca, estomatitis y candidiasis oral se investigaron como problemas bucales en el momento del ingreso. Los pacientes se dividieron en función del estado de la ingesta de alimentos por vía oral antes de la admisión en un grupo de buena ingesta oral (la ingesta de alimentos por vía oral fue del 30 % o más) y un grupo de ingesta oral deficiente (la ingesta de alimentos por vía oral fue inferior al 30 %) a modo de comparación. En pacientes terminales con cáncer de pronóstico limitado, se observó con frecuencia una ingesta oral disminuida, además de condiciones bucales deterioradas. Sin embargo, no se disponía de estándares claros para clasificar la ingesta oral como buena o mala.</p> |
|---|---|------|--------|---|----|----|--------|--|--------------------------------|---|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | <p>elegibles fueron reclutados. La puntuación de la Guía de evaluación oral disminuyó significativamente después del cuidado oral estándar (valor de $p < 0,0001$). El tiempo medio dedicado por el personal de enfermería al cuidado de la higiene bucal fue de 5,3 minutos. La disgeusia y la xerostomía se redujeron significativamente después del cuidado oral estándar ($P = 0,02$ y $P = 0,03$). Los pacientes relataron un alto nivel de comodidad (86,6%) después de los procedimientos para el cuidado de la higiene bucal. Conclusión: Los pacientes ingresados en hospicio presentan frecuentes alteraciones en la cavidad bucal con pérdida parcial de sus funciones que pueden comprometer su calidad de vida. Los procedimientos estándar para el cuidado de la higiene bucal son simples y rápidos de realizar y pueden mejorar las condiciones de la cavidad bucal, el control de los síntomas y la comodidad de los pacientes</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | |
|---|--|------|--------|-----------------------------------|----|----|-------|----------|---|
| 7 | Saini R, Marawar P, Shete S, Saini S, Mani A. Dental expression and role in palliative treatment. Indian J Palliat Care. 2009 Jan;15(1):26-9. doi: 10.4103/0973-1075.53508. PMID: 20606852; PMCID: PMC2886216. | 2009 | Inglés | Indian Journal of Palliative Care | Q3 | 26 | India | REVISION | <p>La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Los cuidados paliativos para los enfermos terminales se basan en un enfoque multidimensional para brindar un cuidado de comodidad de la persona en su totalidad mientras se mantiene una función óptima; El cuidado dental juega un papel importante en este enfoque multidisciplinario. El objetivo del presente estudio es revisar la importancia del papel del dentista para determinar si el cuidado bucal se evaluó e implementó de manera efectiva en el entorno de cuidados paliativos. Los problemas orales experimentados por el paciente de cabeza y cuello del hospicio afectan claramente la calidad de su vida restante. El odontólogo juega un papel fundamental en los cuidados paliativos por el mantenimiento de la higiene bucal; El examen dental puede identificar y curar infecciones oportunistas y enfermedades dentales como caries, enfermedad</p> <p>La competencia del dentista juega un papel importante en los cuidados paliativos y el tratamiento. El cuidado tradicional de la higiene oral puede no ser apropiado para los residentes que están gravemente enfermos, inconscientes, que no responden o que tienen una enfermedad terminal. El cuidado oral paliativo se enfoca en estrategias para mantener la calidad de vida de los residentes y la comodidad de la boca. Los objetivos de salud bucodental de los cuidados paliativos incluyen una atención de calidad, libre de dolor e infección, el individuo se siente cómodo, la boca húmeda y libre de placa dental, cálculos o restos de comida. Como las lesiones bucales son indicadores de enfermedad, la progresión y la cavidad bucal pueden ser una ventana a la salud general. La expresión dental en cuidados paliativos puede definirse como los servicios dentales extendidos con el objetivo central de brindar un cuidado oral factible y preeminente a pacientes con enfermedades terminales o muy avanzadas, donde las lesiones o condiciones orales tienen un gran impacto en la calidad de vida restante de los pacientes, el inicio y la progresión de las lesiones orales puede estar relacionada con la sucesión directa o indirecta de la enfermedad, su tratamiento o ambos. Los problemas orales en pacientes paliativos pueden estar relacionados con (a) efecto directo de la enfermedad primaria, (b) efecto indirecto de la enfermedad primaria, (c) tratamiento de la enfermedad primaria, (d) efecto directo/indirecto de una enfermedad coexistente, (e) tratamiento de enfermedades coexistentes, (f) combinación de los factores anteriores. La evaluación del problema oral es esencialmente similar a la evaluación de otros problemas médicos. Se trata de tomar una historia, realizar un examen y el uso de las investigaciones apropiadas, el examen oral implica la observación general, el examen intraoral y el examen extraoral[4] que incluyen el examen de los labios y las encías, dientes, mejillas, suelo y techo de la boca y ganglios linfáticos. Los síntomas orales son comunes en los pacientes de cuidados paliativo. Las</p> |
|---|--|------|--------|-----------------------------------|----|----|-------|----------|---|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|---|
| | | | | | | <p>periodontal, problemas de la mucosa oral o necesidad de prótesis. El cuidado bucal puede reducir no solo la carga microbiana de la boca, sino también el riesgo de dolor e infección bucal. Este enfoque multidisciplinario de los cuidados paliativos, incluido un dentista, puede reducir las debilidades orales que influyen en la capacidad del paciente para hablar, comer o tragar. Esta revisión destacó que sin una evaluación eficaz de la boca, no se podrá realizar la implementación adecuada de la atención. El cuidado dental paliativo ha sido fundamental en el manejo de pacientes con enfermedad activa, progresiva y muy avanzada en los que la cavidad bucal se ha visto comprometida ya sea por la enfermedad directamente o por su tratamiento; el foco de atención es la calidad de vida.</p> | <p>causas de las lesiones orales pueden ser fúngicas, virales, bacterianas, ulcerativas, inmunosupresión, radiaciones, falta de higiene bucal, etc. La mayoría de los pacientes tienen al menos un síntoma, muchos pacientes tienen varios. Las infecciones orales también son comunes en los pacientes de cuidados paliativos. Ha habido varios estudios que han analizado la candidiasis oral en este grupo. Se ha notificado caries dental activa en el 20-35 % de los pacientes y gingivitis activa en el 36 % de los pacientes. Los problemas orales comunes en pacientes paliativos incluyen xerostomía (boca seca), dolor de boca, aftas, problemas para tragar, labios adoloridos, sabor/olor, dolor debajo de la dentadura postiza, mucosidad espesa, dificultad para hablar y dolor por uno o más de estos problemas.</p> |
|--|--|--|--|--|--|---|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|------|--------|---------------|----|----|---------------------------|--|-------------------|---|
| 8 | Sweeney MP, Bagg J. Oral care for hospice patients with advanced cancer. Dent Update. 1995 Dec;22(10):424-7. PMID: 8948189. | 1995 | Ingles | Dental update | Q3 | 31 | Unite d Kingd om | El cuidado de la boca forma parte integral de los cuidados paliativos para pacientes de hospicio con cáncer avanzado. La enfermedad oral es común en estos pacientes y los cirujanos dentales y su personal participarán cada vez más en la atención multidisciplinaria esencial para una medicina paliativa eficaz. Este artículo describe algunos de los problemas más comunes que es probable que encuentre el odontólogo que atiende a estos pacientes y resume los tratamientos apropiados, basados en un enfoque que se ha desarrollado en un hospicio escocés durante los últimos 2 años. | RETROSP ECTIVO | Este artículo describe algunos de los problemas más comunes que el odontólogo que atiende a estos pacientes puede encontrar y resume los tratamientos apropiados, basándose en un enfoque que se ha desarrollado en un hospicio escocés durante los últimos 2 años. |
|---|---|------|--------|---------------|----|----|---------------------------|--|-------------------|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|------|--------|----------------------------|----|----|--------------------------|--|----------------|--|
| 9 | Butticaz G, Zulian GB, Preumont M, Budtz-Jørgensen E. Evaluation of a nystatin-containing mouth rinse for terminally ill patients in palliative care. J Palliat Care. 2003 Summer;19(2):95-9. PMID: 12955925. | 2003 | Ingles | Journal of Palliative Care | Q2 | 50 | Unite d State s | <p>Propósito: Evaluar el efecto antifúngico de un enjuague bucal de nistatina para el control de la candidiasis oral de pacientes adultos mayores en cuidados paliativos. Materiales y métodos: 52 pacientes con cáncer (edad media: 83 años) hospitalizados en un centro de larga estancia para pacientes geriátricos crónicos. Se realizó enjuague bucal con 15 ml de solución de nistatina (4.000 UI/ml) durante un minuto, seis veces al día, durante dos semanas. Las levaduras se recolectaron y sembraron en CHROMagar. El crecimiento se leyó cualitativa y cuantitativamente después de dos días de incubación a 37 grados C. Resultados: Se observaron signos clínicos de candidiasis oral en el 31% de los casos. Se observaron puntajes altos de levadura en el 58% de los residentes. Hubo una asociación entre signos de candidiasis oral y puntajes elevados de levadura ($p < 0,001$). El tratamiento durante dos semanas no provocó cambios clínicos ni redujo las puntuaciones de levadura. Conclusiones: ningún</p> | PROPECTI VO | 52 pacientes con cáncer (edad media: 83 años) hospitalizados en un centro de atención a largo plazo para pacientes geriátricos con enfermedades crónicas. Se llevó a cabo un enjuague bucal con 15 ml de solución de nistatina (4.000 UI / ml) durante un minuto, seis veces al día, durante dos semanas. Las levaduras se recolectaron y se sembraron en CHROMagar. |
|---|---|------|--------|----------------------------|----|----|--------------------------|--|----------------|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | | <p>efecto clínico o antifúngico de la suspensión de nistatina sugiere que la concentración de nistatina en el enjuague bucal era demasiado baja. Debería emplearse un procedimiento más efectivo para el tratamiento antifúngico de pacientes terminales. Se deben desarrollar y aplicar soluciones antimicrobianas apropiadas con actividad lubricante para prevenir enfermedades bucales.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|---------------------|---------------------------|-----|----------|---|-------------|--|
| 10 | Alt-Epping B, Nejad RK, Jung K, Gross U, Nauck F. Symptoms of the oral cavity and their association with local microbiological and clinical findings--a prospective survey in palliative care. Support Care Cancer. 2012 Mar;20(3):531-7. | 2012 | Inglés | Support Care Cancer | Not yet assigned quartile | 112 | Alemania | <p>Propósito: Los síntomas de la cavidad oral claramente abarcan más que la mucositis inducida por radiación o quimioterapia. Aún así, la carga de los síntomas orales en los cuidados paliativos apenas se ha abordado directamente, y las consideraciones sobre los procesos de enfermedades subyacentes a menudo se han extrapolado de los pacientes oncológicos. Métodos: Para ello, realizamos una encuesta exploratoria prospectiva con carácter piloto en pacientes de una unidad especializada de cuidados paliativos, describiendo patrón de síntomas (autoevaluación), signos clínicos, hallazgos bacteriológicos, micológicos y virológicos, y correlaciones de la historia clínica.</p> <p>Resultados: Alteraciones del gusto Se encontró que la sequedad de boca y la presencia de Candida eran los elementos más prevalentes y correlacionados. El amplio espectro de síntomas, signos y hallazgos adicionales no mostró correlaciones relevantes y no permitió</p> | Prospectivo | Encuesta exploratoria prospectiva con carácter piloto en pacientes de una unidad especializada de cuidados paliativos, describiendo patrón de síntomas (autoevaluación), signos clínicos, hallazgos bacteriológicos, micológicos y virológicos, y correlativos de la historia clínica. |
|----|---|------|--------|---------------------|---------------------------|-----|----------|---|-------------|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|--|---------------------------|-----|---------|---|---------------------|---|
| | | | | | | | | atribuciones causales unilaterales. Conclusiones: además del enfoque descrito en la colonización/infecciones por Candida, un enfoque polipragmático guiado por los síntomas parece ser justificable para los pacientes con síntomas orales en cuidados paliativos. | | |
| 11 | Wilberg P, Hjermsstad MJ, Ottesen S, Herlofson BB. Oral health is an important issue in end-of-life cancer care. Support Care Cancer. 2012 Dec;20(12):3115-22 | 2012 | Inglés | official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer | Not yet assigned quartile | 112 | Noruega | Propósito: Este estudio tiene como objetivo evaluar la prevalencia de la morbilidad oral en pacientes que reciben cuidados paliativos por cánceres fuera de la región de la cabeza y el cuello e investigar si se proporcionó información sobre problemas bucales. Métodos: Los pacientes fueron reclutados de dos unidades noruegas de cuidados paliativos | Estudio descriptivo | Los pacientes pasaron por una entrevista cara a cara, completaron el Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) que cubre 10 síntomas frecuentes relacionados con el cáncer y se sometieron a un examen oral que incluyó un hisopo bucal para detectar la presencia de Candida. |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | <p>para pacientes hospitalizados. Todos los pacientes pasaron por una entrevista cara a cara, completaron el Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) que cubre 10 síntomas frecuentes relacionados con el cáncer y se sometieron a un examen oral que incluyó un hisopo bucal para detectar la presencia de Candida. Resultados: 99 de 126 pacientes (79 %) aceptaron participar. Los pacientes examinados tenían una edad media de 64 años (rango, 36-90 años) y el 47 % eran hombres. La mediana de la puntuación de Karnofsky fue de 40 (rango, 20-80) y el 87 % tenía enfermedad metastásica. La esperanza de vida estimada fue <3 meses en el 73 %. La boca seca fue reportada por el 78 %. Las puntuaciones medias más altas en la escala ESAS modificada 0-10 fueron 4,9 (fatiga), 4,7 (boca seca) y 4,4 (falta de apetito). La candidiasis oral clínica se observó en el 34 % (86 % cultivos positivos). El 67 % informó dolor en la boca y el 56 % informó problemas con la ingesta de alimentos. Se observaron</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | <p>cantidades moderadas o abundantes de placa dental en el 24 %, y el número medio de dientes con lesiones cariosas visibles fue de 1,9. Un paciente fue diagnosticado con osteonecrosis de la mandíbula relacionada con bisfosfonatos. En general, el 78 % dijo que no había recibido información sobre los efectos adversos orales del tratamiento del cáncer.</p> <p>Conclusión: Los pacientes en unidades de cuidados paliativos necesitan un mejor cuidado de la boca. Es necesaria una mayor conciencia entre el personal sobre la presencia y la gravedad de los problemas orales. La información sistemática sobre los problemas orales es importante en todas las etapas del tratamiento del cáncer.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|------------------------|----|----|-------------|---------------------|--|
| 12 | Delgado, M. B., Burns, L., Quinn, C., Moles, D. R., & Kay, E. J. (2018). Oral care of palliative care patients – carers' and relatives' experiences. A qualitative study. <i>BDJ</i> , 224(11), 881–886. doi:10.1038/sj.bdj.2018.434 | 2018 | ingles | British Dental Journal | Q3 | 87 | reino unido | estudio cualitativo | <p>Introducción La cavidad oral, en pacientes de cuidados paliativos, es comúnmente el primer sitio de malestar y pérdida de función. El cuidado oral, sin embargo, a menudo se pasa por alto en estos pacientes. El cuidado oral paliativo es un área poco investigada y rara vez se exploran las experiencias de los pacientes, sus cuidadores y familiares. Objetivos Explorar las experiencias de cuidado bucal de los pacientes en cuidados paliativos, desde la perspectiva de sus cuidadores y/o familiares. Métodos Se utilizaron blogs y foros de discusión en sitios públicos de Internet como fuente de datos. Los datos se analizaron mediante análisis temático. Resultados Ocho blogs y ocho foros de discusión cumplieron los criterios de inclusión y fueron analizados. Se identificaron tres temas principales: Síntomas, procedimientos y emociones. Los autores describieron síntomas bucales que ellos mismos podían observar y que percibían como angustiantes. Hubo una asociación entre los procedimientos de cuidado oral y los síntomas orales</p> <p>El objetivo de esta investigación es explorar las experiencias de familiares y/o cuidadores de pacientes terminales en relación con su cuidado bucal. El investigador adoptó una posición epistemológica contextualista. La posición contextualista se sitúa entre el esencialismo y el construccionismo. Afirma que no hay una sola realidad, sino que las personas dan significado a su experiencia y que el contexto social también influye en esos significados, mientras que al mismo tiempo mantienen el enfoque en la realidad. Se adoptó un enfoque fenomenológico para estudiar las experiencias subjetivas "vivas" de los cuidadores y/o familiares. Los datos textuales, encontrados en blogs y foros de discusión, proporcionaron fuentes útiles para explorar la hermenéutica de las experiencias de estos pueblos. Internet es, sin duda, la fuente más completa de material escrito y datos de fácil acceso. Los datos se pueden generar sin que los investigadores interactúen directamente con los participantes, lo que evita algunas de las preocupaciones éticas. Sin embargo, a pesar de que los blogs y los foros de discusión son de dominio público, algunos autores argumentan que aún se requiere el consentimiento. Por lo tanto, para los fines de este estudio, el investigador analizó los datos que se encontraban en los sitios públicos de Internet. Todos los datos recopilados y analizados se mantuvieron en el anonimato.</p> |
|----|--|------|--------|------------------------|----|----|-------------|---------------------|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | <p>observados. Sin embargo, los procedimientos de cuidado oral de rutina se describieron de manera deficiente. Conclusión Los datos sobre cuidado bucal proporcionados por los blogs y foros de discusión incluidos fueron escasos. Sin embargo, proporcionó información preliminar sobre esta área escasamente investigada. En este grupo, la importancia del cuidado bucal de los pacientes terminales se pasaba por alto con frecuencia hasta que la calidad de vida de la persona se veía comprometida por su sintomatología bucal.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|----------------------------|----|----|-------------|--|-----------------------------|--|
| 13 | <p>Wu, TY., Liu, HY., Wu, CY. et al. Professional oral care in end-of-life patients with advanced cancers in a hospice ward: improvement of oral conditions. <i>BMC Palliat Care</i> 19, 181 (2020). https://doi.org/10.1186/s12904-020-00684-0</p> | 2020 | INGLES | <i>BMC Palliative Care</i> | Q1 | 39 | Reino unido | <p>Antecedentes: en los pacientes al final de su vida con cánceres avanzados, el examen oral, el cuidado oral y el nuevo examen oral son cruciales. Aunque los síntomas orales se encuentran entre las principales quejas de los pacientes al final de la vida, pocos estudios se han centrado en el cuidado bucal de estos pacientes. En este estudio, se examinó la asociación entre los síntomas orales y la sequedad bucal entre los pacientes al final de la vida, y se cuantificó la mejora de las condiciones orales después de las intervenciones de cuidado bucal realizadas por un dentista profesional. Métodos: Este estudio prospectivo de intervención incluyó a 27 pacientes terminales con cánceres avanzados en una sala de cuidados paliativos. El cuidado oral profesional se administró todas las mañanas y la mejora de las condiciones orales se evaluó comparando las condiciones orales antes y después de la intervención. La evaluación oral se realizó utilizando la Herramienta de evaluación de salud oral (OHAT) y la Guía</p> | Prospectivo de intervención | <p>Se realizó un estudio clínico prospectivo de intervención en pacientes al final de la vida con cánceres avanzados. El protocolo de estudio fue certificado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional (IRB)/Comité de Ética de la Universidad Médica de Kaohsiung (KMU) Chung-Ho Memorial Hospital (Número de IRB: KMHIRB-SV(1)-20,180,050). Todos los pacientes fueron admitidos en la sala de cuidados paliativos del Hospital KMU entre marzo y agosto de 2019, y los pacientes voluntarios o sus cuidadores principales escribieron el consentimiento informado. Realizamos este estudio en dos fases. Antes de brindar atención oral, definimos los criterios de inclusión y exclusión, establecimos un método para evaluar la calidad de la atención, confirmamos la validez y confiabilidad de nuestra herramienta de evaluación (un cuestionario) y calculamos el tamaño de muestra requerido. Finalmente, se inscribieron 27 pacientes al final de su vida con cánceres avanzados; se sometieron a un examen oral los días 1, 4 y 7 en el período de intervención. El cuidado oral profesional se administró diariamente por la mañana. Antes de proporcionar cuidado oral, realizamos un examen oral. Registramos las condiciones bucales en los días 1, 4 y 7. Por lo tanto, el cuidado bucal posterior no afectaría los datos del examen bucal inicial. Se realizó un análisis de potencia y se evaluó la mejora de las condiciones comparando las condiciones bucales antes y después de la intervención.</p> |
|----|---|------|--------|----------------------------|----|----|-------------|--|-----------------------------|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | <p>de evaluación oral. La sequedad oral se evaluó a través de la Clasificación de Diagnóstico Clínico de sequedad oral y un dispositivo de humedad oral. La limpieza oral se evaluó utilizando un contador bacteriano y se recogieron frotis de la lengua para el examen de Candida; además, se registró la función oral.</p> <p>Resultados: La presencia de mucositis oral se asoció estrechamente con la sequedad oral severa (odds ratio [OR] = 14,93; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,95-114,38). El nivel de retención de detritos bucales se relacionó significativamente con el grado de sequedad bucal (OR = 15,97; IC 95%: 2,06-123,72). El grupo con puntajes más altos (OHAT > 8), que representan malas condiciones orales, mostró sequedad bucal severa (OR = 17,97; IC 95%: 1,45-223,46).</p> <p>Puntuaciones totales de la OHAT (mediana: y la limpieza oral mostró una disminución significativa después de la intervención.</p> <p>Además, la aparición de mucositis (47,1 % frente a 0 %), la tasa de candidiasis (68,8 % frente a 43,8 %), la autosensación de sequedad oral (63,6 %</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | | <p>frente a 9,1 %) y los desechos orales graves (52,9 % frente a 11,8 %) disminuyeron significativamente. .</p> <p>Conclusiones: El cuidado bucal adecuado puede mejorar la salud e higiene bucal, reducir la tasa de mucositis, reducir la sensación de sequedad bucal, aumentar la humedad bucal y reducir las posibilidades de infecciones bucales entre los pacientes al final de la vida. El cuidado oral diario es necesario y puede aliviar las molestias bucales, aumentar la ingesta de alimentos y aumentar las posibilidades de comunicación entre los pacientes al final de la vida y sus familias. y la limpieza oral mostró una disminución significativa después de la intervención.</p> <p>Además, la aparición de mucositis (47,1 % frente a 0 %), la tasa de candidiasis (68,8 % frente a 43,8 %), la autosensación de sequedad oral (63,6 % frente a 9,1 %) y los desechos orales graves (52,9 % frente a 11,8 %) disminuyeron significativamente. .</p> <p>Conclusiones: El cuidado bucal adecuado puede mejorar la salud e higiene bucal, reducir la</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | <p>tasa de mucositis, reducir la sensación de sequedad bucal, aumentar la humedad bucal y reducir las posibilidades de infecciones bucales entre los pacientes al final de la vida. El cuidado oral diario es necesario y puede aliviar las molestias bucales, aumentar la ingesta de alimentos y aumentar las posibilidades de comunicación entre los pacientes al final de la vida y sus familias. y los desechos orales severos (52,9 % frente a 11,8 %) disminuyeron significativamente.</p> <p>Conclusiones: El cuidado bucal adecuado puede mejorar la salud e higiene bucal, reducir la tasa de mucositis, reducir la sensación de sequedad bucal, aumentar la humedad bucal y reducir las posibilidades de infecciones bucales entre los pacientes al final de la vida. El cuidado oral diario es necesario y puede aliviar las molestias bucales, aumentar la ingesta de alimentos y aumentar las posibilidades de comunicación entre los pacientes al final de la vida y sus familias. y los desechos orales severos (52,9 % frente a 11,8 %) disminuyeron</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | <p>significativamente. Conclusiones: El cuidado bucal adecuado puede mejorar la salud e higiene bucal, reducir la tasa de mucositis, reducir la sensación de sequedad bucal, aumentar la humedad bucal y reducir las posibilidades de infecciones bucales entre los pacientes al final de la vida. El cuidado oral diario es necesario y puede aliviar las molestias bucales, aumentar la ingesta de alimentos y aumentar las posibilidades de comunicación entre los pacientes al final de la vida y sus familias.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|-----------------------------------|----|----|---------|---|-----------------------------|--|
| 14 | <p>Kvalheim SF, Marthinussen MC, Haugen DF, Berg E, Strand GV, Lie SA. Randomized controlled trial of the effectiveness of three different oral moisturizers in palliative care patients. Eur J Oral Sci. 2019 Dec;127(6):523-530. doi: 10.1111/eos.12655. Epub 2019 Jul 20. PMID: 31325345.</p> | 2019 | ingles | European Journal of Oral Sciences | Q1 | 93 | Noruega | <p>La mayoría de los pacientes en cuidados paliativos tienen problemas de boca seca causada por medicamentos o como resultado directo de su condición. La boca seca puede causar problemas que afectan negativamente a la enfermedad primaria y contribuyen a una peor calidad de vida en los pacientes paliativos. Este ensayo controlado aleatorio comparó la eficacia de tres humectantes orales diferentes: solución acuosa de glicerol al 17%; triéster de glicerol oxigenado (comercializado como Aequasyl en Europa y como Aquoral en los EE.UU.); y un producto recientemente desarrollado, Salient. De los tres productos, el glicerol proporcionó el mejor alivio de la xerostomía inmediatamente después de la aplicación, pero no tuvo efecto después de 2 h. Por el contrario, los efectos de Aequasyl y Salient se mantuvieron en gran medida durante el mismo período. Los hallazgos de molestias orales y dolor y problemas del habla mostraron un patrón similar. A pesar de su pobre efecto después de 2 h, los pacientes prefirieron el glicerol</p> | Ensayo controlado aleatorio | <p>Este ensayo controlado aleatorio comparó la eficacia de tres humectantes orales diferentes: solución acuosa de glicerol al 17%; triéster de glicerol oxigenado (comercializado como Aequasyl en Europa y como Aquoral en los EE.UU.); y un producto recientemente desarrollado, Salient</p> |
|----|--|------|--------|-----------------------------------|----|----|---------|---|-----------------------------|--|

| | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|-----------|----|----|--------------|--|---|
| | | | | | | | | <p>sobre Salient y Aequasyal, probablemente debido al sabor desagradable de Aequasyal y la consistencia y modo de aplicación de Salient. Dentro de las limitaciones de este estudio, ninguno de los tres productos probados resultó clínicamente completamente adecuado. Sin embargo, este grupo de pacientes prefirió la solución de glicerol, y su efecto de corta duración puede compensarse con aplicaciones frecuentes.</p> | |
| 15 | <p>Kong, A. C., George, A., Villarosa, A. R., Agar, M., Harlum, J., Wiltshire, J., ... Parker, D. (2020). Perceptions of nurses towards oral health in palliative care: A qualitative study. Collegian. doi:10.1016/j.colegn.2020.04.001</p> | 2020 | ingles | Collegian | Q1 | 32 | Países bajos | <p>Antecedentes: Los problemas de salud oral entre las personas que reciben cuidados paliativos son comunes y pueden afectar significativamente la calidad de vida. Las enfermeras están en la primera línea de los cuidados paliativos en Australia. Sin embargo, no se sabe cómo las enfermeras paliativas abordan la atención óptima de la salud</p> | <p>Cualitativo transversal</p> <p>Este artículo analizó la percepción de las enfermeras de cuidados paliativos entorno a la prestación de atención de salud bucal mediante un estudio semiestructurado basado en grupos focales los cuales estuvieron conformados por 10 enfermeras de cuidados paliativos de pacientes hospitalizados (IN) y ocho enfermeras de cuidados paliativos comunitarios (CN).</p> |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | <p>bucodental en la práctica clínica.</p> <p>Objetivo: Explorar las percepciones de las enfermeras que trabajan en entornos de cuidados paliativos australianos para determinar la aceptabilidad, los desafíos y las recomendaciones que deben tenerse en cuenta para desarrollar e implementar un modelo de atención de la salud bucodental en entornos de cuidados paliativos. Métodos: Se realizaron dos grupos focales con enfermeras comunitarias (n = 8) y de pacientes hospitalizados (n = 10) que trabajaban en entornos urbanos de cuidados paliativos.</p> <p>Hallazgos: Se desarrollaron cuatro temas principales por consenso: 1) La salud bucal es importante en el entorno de cuidados paliativos; 2) La capacitación adicional podría mejorar lo que ya hacen las enfermeras; 3) Barreras para recibir cuidados bucales: un problema estructural; 4) Explorar caminos alternativos a los servicios dentales.</p> <p>Discusión: Los enfermeros reconocieron la importancia de la salud bucal en los cuidados paliativos; sin embargo, la escasez de</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | | <p>protocolos establecidos basados en las pautas existentes significaba que el cuidado bucal a menudo no estaba estructurado. Los factores sistémicos redujeron la cantidad de opciones disponibles para que las personas que reciben cuidados paliativos accedan a un tratamiento dental profesional. Aunque se exploraron soluciones alternativas, incluidos los servicios de teleodontología, hubo algunas limitaciones.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|--------------|----|----|-------------|--|-------------------------|--|
| 16 | Dhaliwal, Murang, Z. R., Haji Husaini, H. A., Idris, D. R., & Venkatasalu, M. R. (2020). The need for oral assessment and referral practices tool for palliative patients in Brunei Darussalam: A cross-sectional study. <i>Nursing Open</i> , 8(1), 39–47. Portico. https://doi.org/10.1002/no.p2.591 | 2020 | ingles | Nursing Open | Q2 | 15 | Reino unido | Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo investigar el conocimiento, las experiencias, las percepciones y las barreras de los profesionales de la salud con respecto a los cuidados bucales paliativos. Métodos: El estudio involucró a 169 profesionales de cuidados paliativos en Brunei. La herramienta de recopilación de datos se probó, validó y autoadministró con secciones sobre datos demográficos; conocimientos, actitudes y prácticas; derivación de pacientes; perspectivas; y barreras para los cuidados paliativos orales. Resultados: el 97,3% de los participantes creía que los pacientes paliativos necesitan cuidados bucales y el 11,6% de los participantes estaban capacitados en esta área. El 43,8% no estaba seguro sobre el proceso de derivación y el 66,1% de los participantes nunca había utilizado una herramienta para evaluar las condiciones orales de los pacientes paliativos. La condición oral más común encontrada fue mucositis (54,5%). El 74,1% de los participantes esperaba | Cualitativo transversal | Este artículo incorporó a 169 profesionales de la salud de cuidados paliativos que consistían en enfermeras, médicos y odontólogos a los cuales se les realizó cuestionario que constaron de 19 preguntas y cinco secciones para evaluar las habilidades de "Cuidados paliativos orales" |
|----|---|------|--------|--------------|----|----|-------------|--|-------------------------|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | <p>que los familiares fueran responsables, y la ausencia de pautas adecuadas para la evaluación (66,1%) fue el principal desafío en la prestación de cuidados bucales para pacientes paliativos.</p> <p>Conclusión: este estudio destaca las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud y la necesidad de mejorar la atención a través del desarrollo de una herramienta de evaluación oral y prácticas de derivación para pacientes paliativos.</p> | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|-------------------------------|----|----|---------------|---|------------------|---|
| 17 | Riley, Emma. "The importance of oral health in palliative care patients." <i>Journal of Community Nursing</i> 32.3 (2018). | 2018 | Ingles | Journal of communit y nursing | Q4 | 11 | Paise s bajos | <p>Resumen</p> <p>La boca es la 'puerta de entrada' al cuerpo; es central y fundamental para la forma en que comemos, nos comunicamos, reímos, lloramos y amamos. Por lo tanto, merece ser cuidado, nutrido y respetado como otras áreas del cuerpo. Si se les pregunta si el cuidado de la boca es importante para la salud y la calidad de vida de los pacientes, la mayoría de los profesionales de la salud en cualquier entorno de atención responderán "sí". ¿Por qué, entonces, se suele descuidar la boca o la cavidad oral? Este artículo explora diferentes condiciones orales que pueden desarrollarse en pacientes al final de la vida, y el impacto que pueden tener en su calidad de vida, y por qué se 'pierde' el cuidado bucal y cómo se puede cambiar esto.</p> | Revision de tema | Este articulo describe los cambios en el contexto de los cuidados paliativos y la atención especializada que requieren estos pacientes. También reconocer que la boca merece un adecuado cuidado en los enfermos en fase terminal representando un avance fundamental para el manejo integral y multidisciplinario. |
|----|--|------|--------|-------------------------------|----|----|---------------|---|------------------|---|

| | | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|-------------------|----|----|----------------|--|----------------|--|
| 18 | Wood H, Dickman A, Star A, Boland JW. Updates in palliative care - overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. Clin Med (Lond). 2018 Feb;18(1):17-22. doi: 10.7861/clinmedicine.18-1-17. PMID: 29436434; PMCID: PMC6330928. | 2018 | Ingles | Clinical Medicine | Q3 | 56 | Estados Unidos | Se ha informado una alta incidencia de afecciones orales tratables entre pacientes paliativos. Sin embargo, una gran proporción de pacientes paliativos pierden la capacidad de comunicar sus sufrimientos. Por lo tanto, puede dar lugar a un subregistro de las condiciones orales entre estos pacientes. Esta revisión sintetizó sistemáticamente la evidencia publicada sobre la presencia de afecciones orales entre los pacientes paliativos, el impacto, el manejo y los desafíos en el tratamiento de estas afecciones. Métodos: se realizó una revisión integradora con una estrategia de búsqueda definida en cinco bases de datos y búsqueda manual en revistas y publicaciones clave. lista de referencia. Se incluyeron estudios que se centraron en las condiciones orales de los pacientes paliativos y publicados entre los años 2000 a 2017. Resultados: La xerostomía, la candidiasis oral y la disfagia fueron las tres condiciones orales más comunes entre los pacientes paliativos, seguidas de la mucositis, el dolor orofacial, el cambio del gusto y la ulceración. | Ensayo clínico | Este artículo describe el manejo de un equipo interdisciplinario, que incluye la evaluación del dolor, la explicación al paciente/familiar, el tratamiento de los reversibles, los tratamientos no farmacológicos y la reevaluación centrándose en el tratamiento farmacológico del dolor oncológico y ofrece información general y actualizaciones sobre los avances recientes en este campo. |
|----|--|------|--------|-------------------|----|----|----------------|--|----------------|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | <p>También encontramos impacto social y funcional de tener ciertas condiciones orales entre estos pacientes. En cuanto al manejo, se han utilizado terapias complementarias como la acupuntura, pero no se han explorado bien.</p> <p>La falta de conocimiento entre los proveedores de atención médica también planteó un desafío en el tratamiento de las afecciones bucales entre los pacientes paliativos.</p> <p>Conclusiones: esta revisión es la primera de su tipo en sintetizar sistemáticamente la evidencia publicada sobre el impacto, el manejo y los desafíos en el manejo de las afecciones bucales entre los pacientes paliativos. Aunque todavía faltan estudios que investiguen el cuidado oral paliativo entre grupos específicos de pacientes, como pacientes con demencia, pacientes geriátricos o pediátricos con cáncer avanzado, sin embargo, esta revisión ha proporcionado conocimientos básicos que pueden guiar a los profesionales de la salud en entornos paliativos.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|------------------------------|----|-----|-------------|---|-----------------|--|
| 19 | <p>Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. J Adv Nurs. 2006 Mar;53(5):524-33. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03754.x. PMID: 16499673.</p> | 2006 | Ingles | Journal of Advance d Nursing | Q1 | 155 | Reino Unido | <p>Objetivos. Este artículo informa sobre un estudio comparativo de la experiencia de los síntomas, la salud física y psicológica, el control percibido de los efectos del cáncer y la calidad de vida de los pacientes con cáncer terminal que reciben cuidados paliativos hospitalarios y domiciliarios, y los factores que predicen la calidad de vida. Fondo. La calidad de vida es un objetivo importante en el cuidado de los pacientes con cáncer terminal. Además del manejo de los síntomas, la atención psicológica y la prestación de apoyo, la atención domiciliar se considera un determinante importante del bienestar del paciente. Una comprensión más integral del impacto del cáncer en los pacientes y sus familias informará la prestación de servicios de cuidados paliativos. Métodos. Cincuenta y ocho pacientes con cáncer terminal (32 pacientes hospitalizados, 26 en el hogar) fueron reclutados de los principales centros de cuidados paliativos en Australia en 1999. Un cuestionario estructurado diseñado</p> | casos y control | <p>Se estudiaron 58 pacientes con cáncer terminal (32 pacientes hospitalizados, 26 domiciliarios) de los principales centros de cuidados paliativos de Australia en 1999. Un cuestionario estructurado diseñado para obtener información sociodemográfica, detalles médicos y medidas estándar de síntomas, físicos y psicológicos. La salud, el control personal y la calidad de vida se administró mediante entrevista personal.</p> |
|----|--|------|--------|------------------------------|----|-----|-------------|---|-----------------|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | <p>para obtener información sociodemográfica, detalles médicos y medidas estándar de síntomas, salud física y psicológica, el control personal y la calidad de vida se administró mediante entrevista personal.</p> <p>Resultados. Los dos grupos eran similares en la mayoría de las medidas demográficas, aunque más pacientes de atención domiciliaria estaban casados, eran de ascendencia australiana y tenían cobertura de seguro médico privado. Los síntomas más prevalentes informados fueron debilidad, fatiga, sueño durante el día y dolor. Los pacientes que recibían servicios en el hogar tenían estadísticamente significativamente menos gravedad y angustia de los síntomas, puntajes de depresión más bajos y mejor salud física y calidad de vida que los que recibían atención hospitalaria. Los pacientes de atención domiciliaria también informaron de un mayor control estadísticamente significativo sobre los efectos de su enfermedad, la atención médica y el tratamiento recibido, y el curso de la</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | <p>enfermedad. Los análisis de regresión múltiple mostraron que una mejor salud física global, un mayor control sobre los efectos del cáncer y puntuaciones más bajas de depresión fueron predictores estadísticamente significativos de una mejor calidad de vida.</p> <p>Conclusiones. Los principales problemas que surgen de los hallazgos para las enfermeras son la detección temprana y el manejo de los síntomas tanto físicos como psicológicos, en particular la fatiga, el dolor, la ansiedad y la depresión, y la necesidad de utilizar estrategias que permitan a los pacientes tener un mayor sentido de control sobre sus enfermedad y tratamiento. Se necesita investigación para identificar otros factores que pueden afectar la calidad de vida y para establecer hasta qué punto la atención hospitalaria y domiciliaria satisface las necesidades tanto del paciente con cáncer terminal como de su familia.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|----------------------|----|----|----------------|--|-------------|--|
| 20 | Paunovich ED, Aubertin MA, Saunders MJ, Prange M. The role of dentistry in palliative care of the head and neck cancer patient. <i>Tex Dent J.</i> 2000 Jun;117(6):36-45. PMID: 11857854. | 2000 | Ingles | Texas dental journal | Q4 | 12 | Estados Unidos | <p>Si bien los cuidados paliativos para los enfermos terminales se basan en una filosofía multidimensional para brindar un cuidado de la comodidad de la persona en su totalidad mientras se mantiene una función óptima, por lo general no incluye la odontología en su enfoque de equipo. Los dentistas pueden tener un papel importante en el cuidado de estos pacientes al proporcionar un cuidado total y activo de la cavidad bucal. La función de la cavidad oral es esencial para la capacidad de crecimiento del paciente. Por lo tanto, el alivio del dolor y la prevención de infecciones en la cavidad oral deben ser una prioridad para brindar una comodidad total y activa al paciente. Los problemas orales experimentados por el paciente de cabeza y cuello del hospicio afectan claramente la calidad de su vida restante. A través de evaluaciones e intervenciones de rutina por parte de un dentista en el equipo de cuidados paliativos (Figura 4), el cuidado de la comodidad del paciente puede mejorarse mediante el mantenimiento de la</p> | Cualitativo | <p>Este artículo se enfocó en la atención multidimensional para evaluar los problemas orales experimentados por los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. El enfoque multidisciplinario de los cuidados paliativos, incluido un dentista, puede reducir las debilidades orales que influyen en la capacidad del paciente para hablar, comer o tragar.</p> |
|----|---|------|--------|----------------------|----|----|----------------|--|-------------|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | <p>higiene oral y los procedimientos para hidratar la mucosa oral. Además, las evaluaciones dentales de rutina pueden identificar enfermedades dentales y facilitar las intervenciones dentales para caries, enfermedad periodontal, problemas de la mucosa oral o necesidades protésicas. La atención a tales detalles puede reducir no solo la carga microbiana de la boca, sino también el riesgo de dolor e infección oral. Este enfoque multidisciplinario de los cuidados paliativos, incluido un dentista, puede reducir las debilidades orales que influyen en la capacidad del paciente para hablar, comer o tragar. El mantenimiento de la salud oral no solo tiene un impacto en la calidad de vida, que ya es cuestionada por la enfermedad, sino que también ayuda en la capacidad de los pacientes para prosperar durante el tiempo precioso que les queda</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|--|----|----|--------|---|-------------|---|
| 21 | Wiseman M. The treatment of oral problems in the palliative patient. J Can Dent Assoc. 2006 Jun;72(5):453-8. PMID: 16772071. | 2006 | Ingles | Journal of the Canadian Dental Association | Q3 | 59 | Canada | Los pacientes de cuidados paliativos requieren atención dental especial, que va desde la atención quirúrgica y preventiva hasta el apoyo a las necesidades emocionales. El papel del dentista en los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida del paciente. Este artículo describe algunos problemas comunes encontrados en la odontología de cuidados paliativos para adultos con cáncer terminal y el tratamiento adecuado de estos problemas. | Descriptivo | Este artículo evalúa el papel del odontólogo en los cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de los pacientes describiendo los problemas más comunes encontrados en adultos cuidados paliativos con cáncer terminal para así brindar un tratamiento adecuado |
|----|--|------|--------|--|----|----|--------|---|-------------|---|

| | | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|------------------------|----|----|-------------|---|----------------------|--|
| 22 | Jawad, H et al. "A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 1." British dental journal vol. 218,2 (2015): 65-8. doi:10.1038/sj.bdj.2015.28 | 2015 | ingles | British dental journal | Q3 | 82 | Reino unido | La incidencia de cáncer de cabeza y cuello va en aumento. La mayoría de los cánceres de cabeza y cuello se tratan con cirugía, radioterapia, quimioterapia o una combinación de estas modalidades. Los pacientes que reciben radioterapia pueden experimentar varios efectos secundarios orales no deseados, que tienen implicaciones tanto a corto como a largo plazo. Los médicos generales dentales deben ser conscientes de estas implicaciones y deben colaborar estrechamente con los consultores de restauración y el equipo de oncología para establecer la mejor vía de cuidado bucal. Esta serie de dos partes es una revisión de los cambios orales que ocurren durante y después de la radioterapia y el manejo oral de la oncología de cabeza y cuello antes, durante y después de la radioterapia. Este artículo trata tanto las secuelas inmediatas como celulitis, mucositis, disfagia, disgresia y pérdida de peso como las secuelas a largo plazo como caries rampante, trismo, xerostomía y osteorradionecrosis. | Revision sistemática | Esta revisión evalúa el tratamiento dental en pacientes con cáncer de cabeza y cuello siendo de esencial importancia la atención dental experta antes, durante y después de la radioterapia. También abarca la necesidad de una evaluación previa a la radioterapia y problemas específicos como los efectos secundarios de los tratamientos contra el cáncer. |
|----|--|------|--------|------------------------|----|----|-------------|---|----------------------|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|----------------------|----|----|----------------|--|------------------|--|
| | | | | | | | | También abarca la importancia y la necesidad de una evaluación previa a la radioterapia. | | |
| 23 | Jones, Daniel L, and K Vendrell Rankin. "Management of the oral sequelae of cancer therapy." Texas dental journal vol. 129,5 (2012): 461-8. | 2012 | ingles | Texas dental journal | Q4 | 12 | Estados Unidos | El cáncer oral y las secuelas orales del tratamiento de las neoplasias malignas orales y de otro tipo pueden afectar significativamente la salud oral y sistémica de un paciente, así como tener un profundo impacto en la calidad de vida. La salud oral comprometida antes, durante y después de la terapia contra el cáncer puede afectar | Revision de tema | El cáncer oral y las secuelas orales del tratamiento de las neoplasias malignas orales y de otro tipo pueden afectar significativamente la salud oral y sistémica de un paciente, así como tener un impacto profundo en la calidad de vida. La salud oral comprometida antes, durante y después de la terapia contra el cáncer puede afectar los resultados del tratamiento. Cada vez más, los profesionales dentales de la comunidad están siendo llamados para brindar atención a estas personas. La radioterapia se usa habitualmente para los tumores de la cabeza y el cuello, administrando una dosis concentrada de radiación al tumor, pero también al tejido circundante inmediato. Las |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | <p>los resultados del tratamiento. Cada vez más, los profesionales dentales de la comunidad están siendo llamados para brindar atención a estas personas. La radioterapia se usa habitualmente para los tumores de la cabeza y el cuello, administrando una dosis concentrada de radiación al tumor, pero también al tejido circundante inmediato. Las complicaciones orales están relacionadas con el sitio irradiado y la dosis total de radiación. La quimioterapia contra el cáncer se proporciona como tratamiento primario para algunos tipos de cáncer y como modalidad complementaria para otros tipos de cáncer. El objetivo es erradicar las células del tumor que crecen rápidamente, pero la quimioterapia suele ser tóxica para otras células que se dividen rápidamente con normalidad, incluida la mucosa oral. El uso de quimioterapia y radiación combinadas ahora se considera estándar para la mayoría de los tumores localmente avanzados de la cabeza y el cuello. Las toxicidades de esta terapia combinada son esencialmente las</p> | <p>complicaciones orales están relacionadas con el sitio irradiado y la dosis total de radiación. La quimioterapia contra el cáncer se proporciona como tratamiento primario para algunos tipos de cáncer y como modalidad complementaria para otros tipos de cáncer. El objetivo es erradicar las células del tumor que crecen rápidamente, pero la quimioterapia suele ser tóxica para otras células que se dividen rápidamente con normalidad, incluida la mucosa oral. El uso de quimioterapia y radiación combinadas ahora se considera estándar para la mayoría de los tumores localmente avanzados de la cabeza y el cuello. Las toxicidades de esta terapia combinada son esencialmente las mismas que con la radiación sola, pero se desarrollan más rápidamente y suelen ser más graves cuando alcanzan el nivel máximo. Las secuelas orales más comunes del tratamiento del cáncer son: xerostomía, la sensación de boca seca como resultado del daño en las glándulas salivales y/o medicamentos; mucositis, la inflamación y ulceración de la mucosa oral; e infección como resultado de la pérdida de la integridad de la mucosa. El manejo de la salud oral durante la terapia del cáncer incluye la identificación de los pacientes en riesgo, la educación del paciente, las intervenciones previas al tratamiento adecuadas y el manejo oportuno de las complicaciones. Las medidas preventivas y terapéuticas adecuadas ayudarán a minimizar el riesgo de complicaciones orales y sistémicas asociadas, mejorarán los resultados del tratamiento y mejorarán la calidad de vida del paciente.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | | <p>mismas que con la radiación sola, pero se desarrollan más rápidamente y suelen ser más graves cuando alcanzan el nivel máximo. Las secuelas orales más comunes del tratamiento del cáncer son: xerostomía, la sensación de boca seca como resultado del daño en las glándulas salivales y/o medicamentos; mucositis, la inflamación y ulceración de la mucosa oral; e infección como resultado de la pérdida de la integridad de la mucosa. El manejo de la salud oral durante la terapia del cáncer incluye la identificación de los pacientes en riesgo, la educación del paciente, las intervenciones previas al tratamiento adecuadas y el manejo oportuno de las complicaciones. Las medidas preventivas y terapéuticas adecuadas ayudarán a minimizar el riesgo de complicaciones orales y sistémicas asociadas, mejorarán los resultados del tratamiento y mejorarán la calidad de vida del paciente.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|---|----|----|---------|---|------------------|--|
| 24 | Brody, Sarah et al. "The dentist's role within the multi-disciplinary team maintaining quality of life for oral cancer patients in light of recent advances in radiotherapy." Journal of the Irish Dental Association vol. 59,3 (2013): 137-46. | 2013 | ingkes | Journal of the Irish Dental Association | Q4 | 16 | irlanda | <p>Cada año en Irlanda, más de 400 personas son diagnosticadas con cáncer de cabeza y cuello. El cáncer oral, un tipo específico de cáncer de cabeza y cuello, generalmente se trata con cirugía y, a menudo, requiere radioterapia (RT). Sin embargo, los efectos secundarios del tratamiento con RT, que incluyen mucositis, xerostomía, caries por radiación, trismo y osteorradionecrosis, pueden comprometer seriamente la calidad de vida del paciente. El tratamiento de los pacientes con cáncer oral se maneja en un equipo multidisciplinario. Los odontólogos generales (GDP), los odontólogos consultores/especialistas y los cirujanos bucomaxilofaciales juegan un papel importante en la atención de estos pacientes. Los avances recientes en la administración de RT no solo han mejorado el control locorregional y las tasas de supervivencia, sino que también han reducido la incidencia y la gravedad de los efectos secundarios asociados con la RT; sin embargo, ningún modo de administración de RT ha eliminado con éxito los efectos secundarios. El papel</p> | revisión de tema | <p>Los nuevos métodos de administración de RT han reducido los efectos secundarios de la RT para los cánceres orales; sin embargo, todavía se induce un daño irreversible a largo plazo en las glándulas salivales, los tejidos conectivos, la vasculatura y los huesos, lo que provoca efectos secundarios inevitables. Publicaciones recientes han intentado definir roles dentro del equipo dental y estandarizar la atención del paciente con cáncer oral, en particular la importancia del apoyo regular a largo plazo dentro de la comunidad y la atención especializada cuando sea necesario. Sin embargo, las recomendaciones actuales para la odontología el manejo del paciente con cáncer oral tiende a basarse en la opinión de expertos en lugar de estudios basados en evidencia. El equipo dental aún enfrenta muchos desafíos, incluida la falta de un tratamiento eficaz para aliviar los síntomas y las secuelas de la xerostomía, el alto número de pacientes perdidos durante el seguimiento, el cumplimiento deficiente del paciente y la prevención de la ORN.⁴⁵ Además, muchos pacientes con cáncer oral no reciben atención dental especializada; algunos son referidos a sus GDP antes de la RT, mientras que otros no reciben atención dental antes de la RT. La evidencia científica ha demostrado que una buena salud bucal está directamente relacionada con la calidad de vida del paciente y, por lo tanto, con el papel del equipo dental en el proceso. el manejo del paciente con cáncer oral antes, durante y después de la RT sigue siendo crítico. Se espera que en el futuro estos desafíos se aborden mediante una mayor comunicación entre todos los miembros del equipo de cáncer, incluidos los dentistas, y con la formulación de criterios basados en la evidencia directrices, centrándose en particular en destacar el papel del PIB. También se espera que la atención dental continúe evolucionando al mismo tiempo que los nuevos métodos de administración de RT, maximizando así la calidad de vida inevitablemente reducida del paciente con cáncer oral.</p> |
|----|---|------|--------|---|----|----|---------|---|------------------|--|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | <p>de los dentistas es esencial para mantener la salud oral y todos los pacientes deben someterse a un examen dental antes de comenzar la RT. Informes recientes han intentado estandarizar la calidad de la atención al paciente con cáncer oral y han resaltado la importancia del papel del GDP. A pesar de los avances en la administración de RT, el equipo dental aún enfrenta una serie de desafíos, que incluyen la gran cantidad de pacientes perdidos durante el seguimiento de la atención dental, la falta de un tratamiento eficaz para la xerostomía, el cumplimiento deficiente del paciente y la falta de estándares estandarizados. directrices y financiación. Abordar estos desafíos implicará una mayor comunicación entre todos los miembros del equipo multidisciplinario y una mayor participación del GDP, lo que garantizará que la atención dental continúe evolucionando al mismo tiempo que los nuevos métodos de administración de RT</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|--|----|----|-------|---|------------------|---|
| 25 | Mod, D et al. "Oral and dental complications of head and neck radiotherapy and their management." Journal of Nepal Health Research Council vol. 11,25 (2013): 300-4. | 2013 | ingles | Journal of Nepal Health Research Council | Q3 | 13 | Nepal | <p>Resumen</p> <p>Los pacientes con cáncer que reciben un diagnóstico temprano o reciben una terapia antitumoral eficaz pueden esperar vivir muchos años después del tratamiento y, por lo tanto, la preservación de la función normal del tejido es crucial para garantizar una calidad de vida a largo plazo. Las complicaciones bucales afectan al cien por cien de los pacientes que reciben radioterapia en campos que afectan a la cavidad bucal y la modalidad de tratamiento combinado con quimioterapia puede agravar estos efectos. La cavidad oral es muy susceptible a los efectos secundarios, ya que la radioterapia se dirige a las células que se dividen rápidamente y las células del revestimiento de la mucosa de la boca se dividen rápidamente y, por lo tanto, se lesionan. Todos los pacientes que vayan a recibir radioterapia en la región de cabeza y cuello deben ser enviados a consulta odontológica previo al inicio de su tratamiento para disminuir las secuelas agudas y crónicas post tratamiento.</p> | Revision de tema | Esta revisión abarca las complicaciones orales a las cuales están sometidos los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que reciben radioterapia centrándose en las afecciones orales que rápidamente afectan la calidad de vida del paciente, tales como mucositis, xerostomía y candidiasis oral. |
|----|--|------|--------|--|----|----|-------|---|------------------|---|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | | Palabras clave: Manejo dental; cánceres de cabeza y cuello; radioterapia. | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|---------------|----|----|-----------|---|------------------------|---|
| 26 | Wiseman, M A. "Palliative care dentistry." Gerodontology vol. 17,1 (2000): 49-51. doi:10.1111/j.1741-2358.2000.00049.x | 2000 | ingles | Gerodontology | Q2 | 54 | dinamarca | La importancia del cuidado dental a menudo se pasa por alto debido a la omisión del dentista como miembro del equipo de cuidados paliativos. Sin embargo, muchos pacientes terminales presentan dificultades orales que afectan su calidad de vida. Los dentistas de cuidados paliativos deben mostrar empatía y compasión, y deben ser excelentes comunicadores. Los dentistas pueden desempeñar un papel importante en el alivio del dolor físico y psicológico de la muerte. Este artículo describe el papel de la odontología en los cuidados paliativos. | Revision de literatura | Este artículo describe el papel de la odontología en los cuidados paliativos centrándose en investigar el miedo que puede indicar dolor e incomodidad para el paciente y familiar. También se enfoca la prevención oral basada en el dolor a medio y largo plazo, desgaste y pérdida de dientes logrando que el equipo de cuidados paliativos mantenga y mejore la higiene oral del paciente. |
|----|--|------|--------|---------------|----|----|-----------|---|------------------------|---|

| | | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|--|----|----|-------|---|--------------------|--|
| 27 | Alhejoury, Hajer Ayed et al. "Artificial Saliva for Therapeutic Management of Xerostomia: A Narrative Review." Journal of pharmacy & bioallied sciences vol. 13, Suppl 2 (2021): S903-S907. doi:10.4103/jpbs.jpbs_236_21 | 2021 | ingles | Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences | Q3 | 42 | india | <p>Resumen</p> <p>En la práctica clínica, la xerostomía o sequedad oral es una condición de enfermedad crónica encontrada por la mayoría de los dentistas e higienistas dentales, que a menudo causa un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud bucal del individuo afectado. La xerostomía es causada por una disfunción de las glándulas salivales. Se relaciona con la disminución de la secreción salival o la ausencia de flujo de saliva, más frecuentemente, presenta cambios cualitativos en las concentraciones de proteínas e inmunoglobulinas de la saliva que surgen debido a la disfunción de las glándulas salivales. Esta condición causa incomodidad e interfiere con las actividades orales normales, y las personas afectadas tienen un alto riesgo de caries. Existen varias opciones para el tratamiento y manejo de los síntomas: estimulantes salivales, agentes tópicos, sustitutos de la saliva y sialogogos sistémicos. Esta revisión explora el estado actual del</p> | revision narrativa | Esta revisión describe el manejo terapéutico para la xerostomía como lo son los estimulantes salivales, agentes tópicos, sialogogos sistémicos y sustitutos de la saliva siendo el odontólogo quien juega un papel crucial para aliviar los síntomas de la xerostomía y mejorar la calidad de vida de estos pacientes por lo tanto se ha descubierto que los agentes salivales artificiales o los agentes estimulantes de la saliva son beneficiosos para reducir los síntomas subjetivos asociados con la xerostomía. |
|----|--|------|--------|--|----|----|-------|---|--------------------|--|

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | <p>manejo terapéutico de los pacientes afectados de xerostomía e hiposalivación mediante saliva artificial.</p> <p>Palabras llave: Odontología mínimamente invasiva; reología; alternativas a la saliva; xerostomía.</p> | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|---|----|----|---------------|--|--------------------|---|
| 28 | <p>Villa, Alessandro et al. "Diagnosis and management of xerostomia and hyposalivation." Therapeutics and clinical risk management vol. 11 45-51. 22 Dec. 2014, doi:10.2147/TCRM.S76282</p> | 2014 | ingles | Therapeutics and clinical risk management | Q2 | 59 | Nueva Zelanda | <p>La xerostomía, la queja subjetiva de boca seca y la hiposalivación siguen siendo una carga importante para muchas personas. El diagnóstico de xerostomía e hipofunción de las glándulas salivales depende de una historia clínica cuidadosa y detallada y de un examen oral completo. Existen muchas opciones para el tratamiento y manejo de los síntomas: estimulantes salivales, agentes tópicos, sustitutos de la saliva y sialogogos sistémicos. El objetivo de esta revisión es investigar el estado actual del conocimiento sobre el manejo y tratamiento de pacientes afectados por xerostomía y/o hiposalivación.</p> <p>Palabra clave: estimulación de la saliva, sequedad de boca, sustitutos de la saliva, sialogogos</p> | Revisión narrativa | <p>Se revisaron artículos científicos para establecer las diferentes etiologías de la xerostomía e hiposalivación, existen muchas opciones de tratamiento como los son agentes tópicos para aliviar y/o prevenir la xerostomía, terapia sistémica o dispositivos más nuevos</p> |
|----|---|------|--------|---|----|----|---------------|--|--------------------|---|

| | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|----------------------|----|----|----------------|------------------|---|
| 29 | Jones, Daniel L, and K Vendrell Rankin. "Management of the oral sequelae of cancer therapy." Texas dental journal vol. 129,5 (2012): 461-8. | 2012 | ingles | Texas dental journal | Q4 | 12 | Estados Unidos | Revisión de tema | <p>El cáncer oral y las secuelas orales del tratamiento de las neoplasias malignas orales y de otro tipo pueden afectar significativamente la salud oral y sistémica de un paciente, así como tener un profundo impacto en la calidad de vida. La salud oral comprometida antes, durante y después de la terapia contra el cáncer puede afectar los resultados del tratamiento. Cada vez más, los profesionales dentales de la comunidad están siendo llamados para brindar atención a estas personas. La radioterapia se usa habitualmente para los tumores de la cabeza y el cuello, administrando una dosis concentrada de radiación al tumor, pero también al tejido circundante inmediato. Las complicaciones orales están relacionadas con el sitio irradiado y la dosis total de radiación. La quimioterapia contra el cáncer se proporciona como tratamiento primario para algunos tipos de cáncer y como modalidad complementaria para otros tipos de cáncer. El objetivo es erradicar las células del tumor que crecen rápidamente, pero la quimioterapia suele ser</p> <p>El cáncer oral y las secuelas orales del tratamiento de las neoplasias malignas orales y de otro tipo pueden afectar significativamente la salud oral y sistémica de un paciente, así como tener un impacto profundo en la calidad de vida. La salud oral comprometida antes, durante y después de la terapia contra el cáncer puede afectar los resultados del tratamiento. Cada vez más, los profesionales dentales de la comunidad están siendo llamados para brindar atención a estas personas. La radioterapia se usa habitualmente para los tumores de la cabeza y el cuello, administrando una dosis concentrada de radiación al tumor, pero también al tejido circundante inmediato. Las complicaciones orales están relacionadas con el sitio irradiado y la dosis total de radiación. La quimioterapia contra el cáncer se proporciona como tratamiento primario para algunos tipos de cáncer y como modalidad complementaria para otros tipos de cáncer. El objetivo es erradicar las células del tumor que crecen rápidamente, pero la quimioterapia suele ser</p> |
|----|---|------|--------|----------------------|----|----|----------------|------------------|---|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|---|
| | | | | | | | <p>tóxica para otras células que se dividen rápidamente con normalidad, incluida la mucosa oral. El uso de quimioterapia y radiación combinadas ahora se considera estándar para la mayoría de los tumores localmente avanzados de la cabeza y el cuello. Las toxicidades de esta terapia combinada son esencialmente las mismas que con la radiación sola, pero se desarrollan más rápidamente y suelen ser más graves cuando alcanzan el nivel máximo. Las secuelas orales más comunes del tratamiento del cáncer son:</p> <ul style="list-style-type: none"> xerostomía, la sensación de boca seca como resultado del daño en las glándulas salivales y/o medicamentos; mucositis, la inflamación y ulceración de la mucosa oral; e infección como resultado de la pérdida de la integridad de la mucosa. El manejo de la salud oral durante la terapia del cáncer incluye la identificación de los pacientes en riesgo, la educación del paciente, las intervenciones previas al tratamiento adecuadas y el manejo oportuno de las | <p>terapéuticas adecuadas ayudarán a minimizar el riesgo de complicaciones orales y sistémicas asociadas, mejorarán los resultados del tratamiento y mejorarán la calidad de vida del paciente.</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|---|---|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | | <p>complicaciones. Las medidas preventivas y terapéuticas adecuadas ayudarán a minimizar el riesgo de complicaciones orales y sistémicas asociadas, mejorarán los resultados del tratamiento y mejorarán la calidad de vida del paciente.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|---|----|----|---------|--|----------------------|---|
| 30 | Sweeney MP, Bagg J. The mouth and palliative care. Am J Hosp Palliat Care. 2000 Mar-Apr;17(2):118-24. doi: 10.1177/104990910001700212. PMID: 11406956. | 2000 | Ingles | American Journal of Hospice and Palliative Medicine | Q2 | 51 | Escocia | Las complicaciones orales son comunes entre los pacientes con cáncer avanzado, aunque se ha realizado relativamente poca investigación en este campo. Este artículo de revisión analiza el problema común de la xerostomía entre los enfermos terminales, junto con una descripción general de la candidosis oral, las infecciones virales orales, la mucositis asociada a la quimioterapia y la radioterapia, y las alteraciones en la sensación del gusto entre las personas con cáncer avanzado. Los regímenes de manejo sugeridos, basados en los datos limitados de ensayos clínicos disponibles, se proporcionan cuando corresponde. | Artículo de Revisión | Este artículo de revisión analiza el problema común de la xerostomía entre los enfermos terminales, junto con una descripción general de la candidosis oral, las infecciones virales orales, la mucositis asociada a la quimioterapia y la radioterapia y las alteraciones en la sensación del gusto entre las personas con cáncer avanzado. Los regímenes de tratamiento sugeridos, basados en los datos limitados de ensayos clínicos disponibles, se proporcionan cuando es apropiado. |
|----|--|------|--------|---|----|----|---------|--|----------------------|---|

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|-------------------------------|----|----|----------------|--|----------|--|
| 31 | <p>Paine CC 2nd, Snider JW 3rd. When saliva becomes a problem: the challenges and palliative care for patients with sialorrhea. Ann Palliat Med. 2020 May;9(3):1333-1339. doi: 10.21037/apm.2020.02.34. Epub 2020 Mar 25. PMID: 32279509.</p> | 2020 | Ingles | Annals of Palliative Medicine | Q1 | 19 | Estados Unidos | <p>Sialorrea, o exceso relativo de excreción salival, es un problema molesto para muchos pacientes. Este síntoma es precipitado por la disfunción en uno de dos procesos interrelacionados: la producción salival y la limpieza orofaríngea. Mientras que los medicamentos precipitan principalmente lo primero, la disfagia, a menudo debida a una disfunción neurológica, a menudo causa lo segundo. Esta sobreabundancia de saliva junto con la dificultad para tragar puede predisponer a los pacientes a problemas respiratorios, infecciones y mala calidad de vida. Hay, sin embargo, una miríada de opciones de tratamiento que han demostrado eficacia clínica en el tratamiento de esta disfunción. El propósito de este artículo es presentar algunos antecedentes y la etiología detrás de la sialorrea, así como presentar las opciones de tratamiento: no farmacológico, farmacológico, quirúrgico</p> | Revision | <p>Sialorrea, o exceso relativo de excreción salival, es un problema molesto para muchos pacientes. Este síntoma es precipitado por la disfunción en uno de dos procesos interrelacionados: la producción salival y la limpieza orofaríngea. Mientras que los medicamentos precipitan principalmente lo primero, la disfagia, a menudo debida a una disfunción neurológica, a menudo causa lo segundo. Esta sobreabundancia de saliva junto con la dificultad para tragar puede predisponer a los pacientes a problemas respiratorios, infecciones y mala calidad de vida. Hay, sin embargo, una miríada de opciones de tratamiento que han demostrado eficacia clínica en el tratamiento de esta disfunción. El propósito de este artículo es presentar algunos antecedentes y la etiología detrás de la sialorrea, así como presentar las opciones de tratamiento: no farmacológico, farmacológico, quirúrgico</p> |
|----|---|------|--------|-------------------------------|----|----|----------------|--|----------|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|------------------------|----|----|-------------|---|----------------------|---|
| 32 | Jawad, H et al. "A review of dental treatment of head and neck cancer patients, before, during and after radiotherapy: part 1." British dental journal vol. 218,2 (2015): 65-8. doi:10.1038/sj.bdj.2015.28 | 2015 | ingles | British dental journal | Q3 | 82 | Reino unido | La incidencia de cáncer de cabeza y cuello va en aumento. La mayoría de los cánceres de cabeza y cuello se tratan con cirugía, radioterapia, quimioterapia o una combinación de estas modalidades. Los pacientes que reciben radioterapia pueden experimentar varios efectos secundarios orales no deseados, que tienen implicaciones tanto a corto como a largo plazo. Los médicos generales dentales deben ser conscientes de estas implicaciones y deben colaborar estrechamente con los consultores de restauración y el equipo de oncología para establecer la mejor vía de cuidado bucal. Esta serie de dos partes es una revisión de los cambios orales que ocurren durante y después de la radioterapia y el manejo oral de la oncología de cabeza y cuello antes, durante y después de la radioterapia. Este artículo trata tanto las secuelas inmediatas como celulitis, mucositis, disfagia, disgresia y pérdida de peso como las secuelas a largo plazo como caries rampante, trismo, xerostomía y osteorradionecrosis. | Revision sistemática | Se realizó una revision de articulos para establecer las alteraciones orales que presentan los pacientes en tratamientos oncologicos por cabeza y cuello, donde de igual forma se observó la importancia de una atencion odontologica previa para poder disminuir el riesgo de desarrollar estas manifestaciones. |
|----|---|------|--------|------------------------|----|----|-------------|---|----------------------|---|

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|---------------|----|----|------------------|--|----------------|---|
| | | | | | | | | También abarca la importancia y la necesidad de una evaluación previa a la radioterapia. | | |
| 33 | Sweeney MP, Bagg J. Oral care for hospice patients with advanced cancer. Dent Update. 1995 Dec;22(10):424-7. PMID: 8948189. | 1995 | Ingles | Dental update | Q3 | 31 | Unite d Kingd om | El cuidado de la boca forma parte integral de los cuidados paliativos para pacientes de hospicio con cáncer avanzado. La enfermedad oral es común en estos pacientes y los cirujanos dentales y su personal participarán cada vez más en la atención multidisciplinaria esencial para una medicina paliativa eficaz. Este artículo describe algunos de los problemas más comunes que es probable que encuentre el odontólogo que atiende a estos pacientes y resume los tratamientos apropiados, basados en un enfoque que se ha desarrollado en un hospicio escocés durante los últimos 2 años. | RETROSP ECTIVO | Este artículo describe algunos de los problemas más comunes que el odontólogo que atiende a estos pacientes puede encontrar y resume los tratamientos apropiados, basándose en un enfoque que se ha desarrollado en un hospicio escocés durante los últimos 2 años. |

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|----------------------------|----|----|--------------------------|--|----------------|--|
| 34 | Butticaz, G., Zulian, G. B., Preumont, M., & Budtz-Jørgensen, E. (2003). Evaluation of a Nystatin-Containing Mouth Rinse for Terminally Ill Patients in Palliative Care. <i>Journal of Palliative Care</i> , 19(2), 95–99. doi:10.1177/082585970301900204 | 2003 | Ingles | Journal of Palliative Care | Q2 | 50 | Unite d State s | Propósito: Evaluar el efecto antifúngico de un enjuague bucal de nistatina para el control de la candidiasis oral de pacientes adultos mayores en cuidados paliativos. Materiales y métodos: 52 pacientes con cáncer (edad media: 83 años) hospitalizados en un centro de larga estancia para pacientes geriátricos crónicos. Se realizó enjuague bucal con 15 ml de solución de nistatina (4.000 UI/ml) durante un minuto, seis veces al día, durante dos semanas. Las levaduras se recolectaron y sembraron en CHROMagar. El crecimiento se leyó cualitativa y cuantitativamente después de dos días de incubación a 37 grados C, Resultados: Se observaron signos clínicos de candidiasis bucal en el 31% de los casos. Se observaron puntajes altos de levadura en el 58% de los residentes. Hubo una asociación entre signos de candidiasis oral y puntajes elevados de levadura ($p < 0,001$). El tratamiento durante dos semanas no provocó cambios clínicos ni redujo las puntuaciones de levadura. Conclusiones: Ningún | PROPECTI VO | Se evaluó la eficacia de los enjuagues de nistatina en pacientes oncologicos que estan en cuidados paliativos. |
|----|---|------|--------|----------------------------|----|----|--------------------------|--|----------------|--|

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | efecto clínico o antifúngico de la suspensión de nistatina sugiere que la concentración de nistatina en el enjuague bucal era demasiado baja. Debería emplearse un procedimiento más efectivo para el tratamiento antifúngico de pacientes terminales. Se deben desarrollar y aplicar soluciones antimicrobianas apropiadas con actividad lubricante para prevenir enfermedades bucales. | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|---|------|--------|---|---------------------------|-----|----------|--|-------------|--|
| 35 | Alt-Epping B, Nejad RK, Jung K, Gross U, Nauck F. Symptoms of the oral cavity and their association with local microbiological and clinical findings--a prospective survey in palliative care. Support Care Cancer. 2012 Mar;20(3):531-7. | 2012 | Inglés | - | Not yet assigned quartile | 112 | Alemania | <p>Propósito: Los síntomas de la cavidad oral claramente abarcan más que la mucositis inducida por radiación o quimioterapia. Aún así, la carga de los síntomas orales en los cuidados paliativos apenas se ha abordado directamente, y las consideraciones sobre los procesos de enfermedades subyacentes a menudo se han extrapolado de los pacientes oncológicos. Métodos: Para ello, realizamos una encuesta exploratoria prospectiva con carácter piloto en pacientes de una unidad especializada en cuidados paliativos, describiendo el patrón de síntomas (autoevaluación), signos clínicos, hallazgos bacteriológicos, micológicos y virológicos, y correlaciones de la historia clínica. Resultados: Las alteraciones del gusto, la sequedad de boca y la presencia de Candida resultaron ser los ítems más prevalentes y correlacionados. El amplio espectro de otros síntomas, signos y hallazgos no mostró correlaciones relevantes y no permitió atribuciones causales</p> | Prospectivo | Encuesta prospectiva exploratoria con carácter piloto en pacientes de una unidad especializada de cuidados paliativos, describiendo patrón de síntomas (autoevaluación), signos clínicos, bacteriológico. Llevamos a cabo una encuesta prospectiva en un solo centro, centrándonos en todos los pacientes ingresados consecutivamente en la unidad de cuidados paliativos. |
|----|---|------|--------|---|---------------------------|-----|----------|--|-------------|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | | <p>unilaterales. Conclusiones: Además del enfoque descrito en la colonización/infecciones por Candida, un enfoque polipragmático guiado por los síntomas parece ser justificable para pacientes con síntomas orales en cuidados paliativos.</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|----|--|------|--------|--|----|-----|--------|-------------------|---|---|
| 36 | Innocenti M, Moscatelli G, Lopez S. Efficacy of gelclair in reducing pain in palliative care patients with oral lesions: preliminary findings from an open pilot study. J Pain Symptom Manage. 2002 Nov;24(5):456-7. doi: 10.1016/s0885-3924(02)00524-9. PMID: 12547044. | 2002 | ingles | Journal of Pain and Symptom Management | Q1 | 140 | italia | casos y controles | <p>La mucositis oral o estomatitis se caracteriza por úlceras recurrentes, eritematosas y dolorosas, y es una complicación común de las dosis estándar y altas de quimioterapia o radioterapia en el cáncer de cabeza y cuello.1, 2, 3 La afección afecta aproximadamente al 40 % de los pacientes que reciben quimioterapia de dosis estándar4 y ocurre en aproximadamente el 75% de los pacientes que reciben quimioterapia de dosis alta o trasplantes de médula ósea.5, 6, 7 Casi todos los pacientes que reciben radioterapia para cánceres de cabeza y cuello experimentaron mucositis oral,8 y también es una condición común en pacientes con una respuesta inmunitaria reducida, como los pacientes con VIH/SIDA.</p> <p>La ulceración oral puede causar un dolor intenso y, a menudo, puede significar que los pacientes no pueden comer ni beber normalmente. Los problemas de alimentación e hidratación a menudo pueden conducir a la hidratación intravenosa y/o alimentación enteral</p> | <p>En la actualidad, las formas de tratamiento más comunes incluyen anestésicos locales, corticoides, analgésicos sistémicos y fármacos antiinflamatorios sistémicos o tópicos. Actualmente no hay un tratamiento estándar para aliviar el dolor. Una revisión Cochrane reciente encontró que no había tratamiento probado y satisfactorio disponible. Estudiamos una nueva opción de manejo del dolor, Gelclair, que se muestra prometedora para reducir el dolor de las afecciones bucales, como la mucositis, lesiones orales postoperatorias de la boca y . Estudiamos Gelclair en un total de 30 hospicios pacientes de ambos sexos que presentaban lesiones bucales graves. La edad de los pacientes oscilaba entre los 30 y 60 años y se esperaba que estuvieran en sus últimos meses de vida. Todos los pacientes padecían patologías inflamatorias del cavidad oral de diversa etiología, Se pidió a los pacientes del estudio que evaluaran el dolor gravedad en una escala numérica de 11 puntos. Puntuaciones de dolor se registraron al inicio (antes de la intervención) ya las 5-7 horas de la intervención. Dolor las puntuaciones también se registraron al inicio del estudio y luego entre 7-10 días después de la intervención.</p> |
|----|--|------|--------|--|----|-----|--------|-------------------|---|---|

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | | <p>o incluso parenteral. En un estudio,⁹ el 70 % de los pacientes requirieron analgésicos opioides intravenosos para aliviar el dolor bucal después de un trasplante de médula ósea. En muchos pacientes, la intensidad del dolor significa que la terapia contra el cáncer se reduce o se detiene por completo, lo que probablemente afecte el resultado de la terapia oncológica de ese paciente. En general, la mucositis oral es una complicación costosa de manejar: un investigador informó que el manejo de un episodio de mucositis de grado 1 o 2 cuesta en promedio US\$ 913.10</p> <p>Actualmente, las formas de tratamiento más comunes incluyen anestésicos locales, corticoides, analgésicos sistémicos y antiinflamatorios sistémicos o tópicos. Actualmente no existe un tratamiento estándar de oro para aliviar el dolor. Una revisión Cochrane reciente encontró que no había ningún tratamiento probado y satisfactorio disponible.¹¹ Estudiamos una nueva opción de manejo del dolor, Gelclair, que se muestra prometedora</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| | | | | | | | | para reducir el dolor de las afecciones orales, | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|

9-2 Anexo tratamiento.

| Síntoma Oral | Referencia De Artículo En El Texto | Año | Autor | Título | Journal | Objetivo Del Artículo | Tipo De Estudio | Resultados | Conclusiones Del Artículo |
|--------------|------------------------------------|------|---|--|--|---|--------------------|---|---|
| Xerostomia | 10 | 2021 | Ihejoury HA, Mogharbel LF, Al-Qadhi MA, Shamlan SS, Alturki AF, Babatin WM, Mohammed Alaishan RA, Pullishery F. | Saliva artificial para el manejo terapéutico de la xerostomía: una revisión narrativa. | Journal of pharmacy & bioallied sciences | Esta revisión explora el estado actual del manejo terapéutico de los pacientes afectados de xerostomía e hiposalivación mediante saliva artificial. | Revision Narrativa | <p>En este artículo de revisión describen que las manifestaciones de la boca seca . Estas pueden pasar de una irritación oral menor a una dolencia oral notable que puede afectar la salud, el consumo de alimentos y la calidad de vida de los pacientes. Es necesario reconocer y controlar la causa real de esta afección para brindar una atención dental ideal. Por esta razón realizan una descripción de las opciones de tratamiento actuales en las que se incluyen las siguientes terapias: saliva artificial ,Principios generales a seguir en el manejo de la xerostomía. Terapéutica para la Disfunción Salival:Se han sugerido medicamentos sistémicos que comprenden cloruro de betanecol, piridostigmina, clorhidrato de pilocarpina, bromhexina tritioparametoxi fenilpropeno, ácido nicotínico y vitamina A. Terapias de mejora salival: Terapias tópicas y locales Los chicles y pastillas con sabor mejorarán la salivación y actuarán como un pilar para el tratamiento de la xerostomía. También se recomienda utilizar chicles, pastillas, caramelos o mentas sin azúcar para aliviar la sequedad oral. Terapias sistémicas : pilocarpina:en dosis de 5-10 mg 3-4 veces al día podría minimizar los signos de xerostomía y producir más saliva. Cevimelina: se ha probado su eficacia, y la</p> | <p>La xerostomía es un importante problema de salud oral que aumenta la actividad de la caries, el agrandamiento de las glándulas salivales, el mal olor oral, la sialoadenitis, las infecciones como la candidiasis y la inflamación de diversas estructuras orales, lo que causa un profundo impacto no solo en la calidad de vida relacionada con la salud bucal, sino también en salud general calidad de vida. Los dentistas juegan un papel crucial para aliviar los síntomas de la xerostomía y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Se ha descubierto que los agentes salivales artificiales o los agentes estimulantes de la saliva son beneficiosos para reducir los síntomas subjetivos asociados con la xerostomía. Más que esto, la mayoría de los métodos discutidos anteriormente contemplan el nuevo concepto de promoción de la salud oral "Odontología Mínimamente Invasiva".</p> |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | <p>ingesta diaria de 30 mg de cevimefina ha mostrado resultados clínicos notables en la mejora del flujo y la producción salival.</p> <p>Anetholetritiona: se recomienda una dosis de 25 mg tres veces al día para aumentar el flujo salival y reducir la sequedad bucal</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | |
|------------|----|------|-------------------------------|--|---|--|--------------------|--|
| Xerostomia | 17 | 2015 | Villa A, Connell CL, Abati S. | Diagnóstico y manejo de la xerostomía y la hiposalivación. | Therapeutics and Clinical Risk Management | El objetivo de esta revisión es explorar el estado actual del conocimiento sobre el manejo y tratamiento de los pacientes afectados por xerostomía e hiposalivación. | Revision narrativa | <p>En este artículo de revision los autores describen las diferentes opciones que existen para el manejo de la hiposalivacion y la xerostomia. El diagnóstico de xerostomía e hipofunción de las glándulas salivales requiere una historia clínica completa. Se debe prestar especial atención a los síntomas informados, el uso de medicamentos y el historial médico anterior. Los pacientes con hipofunción de las glándulas salivales suelen quejarse de boca seca, dificultad para tragar y/o hablar; Apenas toleran los alimentos picantes, ácidos y crujientes y, a menudo, informan cambios en el gusto o dificultad para usar dentaduras postizas. Se han propuesto varios cuestionarios para identificar a los pacientes con xerostomía e hiposalivación. Fox et al desarrollaron un cuestionario sobre la severidad de la boca seca, que puede predecir una verdadera hiposalivación. Una respuesta positiva a todas las preguntas se asoció con bajas tasas de flujo de saliva. Dentro del manejo de xerostomía se incluyen tratamientos como :sialogogos como la pilocarpina, Anetol tritiona. Topicos intraorales estos incluyen gomas de mascar, estimulantes de la saliva y sustitutos</p> <p>La xerostomía y la hiposalivación siguen siendo una condición debilitante para muchas personas. Esta revisión resume los enfoques diagnósticos y terapéuticos para manejar la xerostomía y la hiposalivación. Los médicos con un paciente que se queja de xerostomía tienen la oportunidad de identificar a los pacientes con una verdadera hipofunción de las glándulas salivales con criterios de diagnóstico y pruebas funcionales eficaces y, por lo tanto, prevenir los efectos secundarios. Aunque no hay pautas de tratamiento estándar disponibles, existen muchas opciones de tratamiento para el manejo de la xerostomía y la hiposalivación: agentes tópicos para aliviar y/o prevenir la xerostomía, terapia sistémica o dispositivos más nuevos. Si bien los agentes sistémicos como la pilocarpina o la cevimelina se han estudiado en gran medida, los nuevos dispositivos médicos requieren grandes ensayos clínicos bien diseñados.</p> |
|------------|----|------|-------------------------------|--|---|--|--------------------|--|

| | | | | | | | | | |
|------------|----|------|--|--|----------------------|---|---------------------|---|---|
| Xerostomia | 18 | 2021 | Furuya J, Suzuki H, Hidaka R, Koshitani N, Motomatsu Y, Kabasawa Y, Tohara H, Sato Y, Minakuchi S, Miyake S. F | Factores que afectan la salud oral de pacientes hospitalizados con cáncer avanzado en cuidados paliativos. | Support Care Cancer. | Este estudio transversal tuvo como objetivo dilucidar la salud bucal de los pacientes con cáncer en etapa terminal que son pacientes hospitalizados que reciben cuidados paliativos en la fase aguda y revelar los factores que afectan su salud bucal. | Estudio Transversal | Se observaron problemas con los tejidos blandos, la saliva y la limpieza oral. La ausencia de soporte dental oclusal en la parte posterior era común y el uso de prótesis removibles a menudo era inadecuado. Por el contrario, la función de deglución estaba relativamente bien conservada y el 46,3% de los participantes eran capaces de ingerir nutrientes únicamente por vía oral. | En conclusión, el hallazgo del estudio (que los pacientes con cáncer terminal que reciben cuidados paliativos tenían una salud bucal más deficiente relacionada con el nivel de conciencia, el nivel de pronóstico y el método de ingesta nutricional, a pesar de recibir atención bucal de rutina por parte de las enfermeras) sugiere la utilidad de que los profesionales dentales participen en el práctica colaborativa multidisciplinaria de cuidados paliativos. |
| Xerostomia | 19 | 2006 | Tsai, J.-S., Wu, C.-H., Chiu, T.-Y., Hu, W.-Y., & Chen, C.-Y. | Patrones de síntomas de pacientes con cáncer avanzado en una unidad de cuidados paliativos | Palliative Medicine | El objetivo de este estudio fue realizar evaluaciones longitudinales del manejo de los síntomas y definir los patrones de síntomas de los pacientes con cáncer avanzado en la Unidad de Cuidados Paliativos Universitario Nacional de Taiwán. | Estudio prospectivo | La mediana de síntomas al ingreso fue de 11 (rango: 1-18), siendo los más frecuentes la debilidad, la fatiga, la anorexia, el dolor y la depresión. Una comparación de las puntuaciones iniciales de gravedad de los síntomas con las de una semana después del ingreso y dos días antes de la muerte sugirió seis patrones de cambio de síntomas: A: estática continua (inquietud/calor, plenitud abdominal, estreñimiento, mareos e insomnio); B: aumento estático (fatiga, debilidad, náuseas/vómitos, alteración del gusto, disfagia, diarrea, sequedad de boca y sudores nocturnos); C: disminución-estática (dolor y depresión); D: disminución-aumento (anorexia y disnea); E: disminución estática (agresión); y F: disminución gradual (ansiedad). Estos seis patrones de síntomas se pueden dividir en dos categorías según la gravedad relativa de los síntomas entre una semana | Dado que el manejo de los síntomas es un componente esencial de los cuidados paliativos, la atención holística, que abarca los aspectos físicos, psicosociales y espirituales, representa un enfoque racional para el alivio de estos síntomas incurables en la etapa final de la vida de estos pacientes. |

| | | | | | | | | | |
|------------|----|------|---|---|-----------------|---|----------------------|--|--|
| | | | | | | | | después del ingreso y dos días antes de la muerte. La primera categoría incluía los patrones A, C, E y F, y los síntomas mejoraron con cuidados paliativos. Sin embargo, los síntomas de la segunda categoría (patrones B y D), que se asociaron con el síndrome de anorexia-caquexia y disnea, no mostraron mejoría. | |
| Xerostomia | 20 | 2020 | Venkatasalu, M.R., Murang, Z.R., Ramasamy, D.T.R. et al | Problemas de salud oral entre pacientes paliativos y terminales: una revisión sistemática integrada | BMC Oral Health | Esta revisión sistemática tuvo como objetivo sintetizar la evidencia publicada sobre las condiciones orales entre los pacientes paliativos, el impacto, el manejo y los desafíos en el manejo de las condiciones orales entre los pacientes paliativos. | Revision sistematica | La xerostomía, la candidiasis oral y la disfagia fueron las tres afecciones orales más frecuentes entre los pacientes paliativos, seguidas de la mucositis, el dolor orofacial, el cambio del gusto y la ulceración. También encontramos impacto social y funcional de tener ciertas condiciones orales entre estos pacientes. En cuanto al manejo, se han utilizado terapias complementarias como la acupuntura, pero no se han explorado bien. La falta de conocimiento entre los proveedores de atención médica también planteó un desafío en el tratamiento de las afecciones orales entre los pacientes paliativos. | Esta revisión es la primera en su tipo en analizar sistemáticamente y sintetizar la evidencia publicada sobre el impacto, el manejo y los desafíos en el manejo de las condiciones orales entre los pacientes paliativos. Aunque todavía faltan estudios que investiguen el cuidado oral paliativo entre un grupo específico de pacientes, como pacientes con demencia, pacientes geriátricos o pediátricos con cáncer avanzado, esta revisión, sin embargo, ha proporcionado conocimientos básicos que pueden guiar a los profesionales de la salud en entornos paliativos. |

| | | | | | | | | | |
|------------|----|------|---|---|---------------|--|---------------------|---|---|
| Xerostomia | 21 | 2008 | Schimmel, M., Schoeni, P., Zulian, G. B., & Müller, F | Utilización de los servicios dentales en una unidad de cuidados paliativos y de larga duración de un hospital universitario en Ginebra. | Gerodontology | El objetivo del estudio fue evaluar la demanda de tratamiento y la viabilidad de la atención dental en una unidad de cuidados paliativos y cuidados a largo plazo en un entorno geriátrico | Estudio transversal | Se dispuso para el análisis de 275 cuestionarios de un total de 102 pacientes. La mediana de edad de los pacientes fue de 83 años (SD 10,3, rango 49-101 años), 63 eran mujeres, 39 hombres. La mayoría de las primeras citas fueron iniciadas por un médico (n = 49 de 102), principalmente a causa del dolor (n = 62 de 275). El 10,5% de las citas fueron canceladas el mismo día. Solo una quinta parte de los pacientes pudieron llegar a la consulta a pie. Seis usaban un bastón y 54 dependían de una silla de ruedas. Dieciocho pacientes necesitaban ser vistos en su cama. Los procedimientos realizados con mayor frecuencia fueron extracciones y remoción de puntos dolorosos de la dentadura postiza (n = 67 de 275), seguidos de la fabricación de dentaduras postizas nuevas (n = 38 de 275). En más del 17% de las citas no se realizó ningún tratamiento en particular | La utilización de servicios dentales en pacientes ancianos con enfermedades terminales y gravemente comprometidos justifica un servicio dental en un entorno hospitalario de cuidados paliativos y geriátrico. El perfil particular de los tratamientos descritos en este estudio requiere empatía y experiencia. |
|------------|----|------|---|---|---------------|--|---------------------|---|---|

| | | | | | | | | | |
|------------|----|------|--|---|---|--|----------------------|--|--|
| Xerostomia | 30 | 2001 | Johnstone, P. A., Peng, Y. P., May, B. C., Inouye, W. S. y Niemtzw, R. C. | Acupuntura para la xerostomía resistente a la pilocarpina después de la radioterapia para tumores malignos de cabeza y cuello. | International Journal of Radiation Oncology*Biología*Physics, | Este informe describe el uso de la acupuntura como paliación para pacientes con cáncer | Estudio transversal | A dieciocho pacientes con xerostomía refractaria a la terapia con pilocarpina después de XRT por cáncer de cabeza y cuello se les ofreció acupuntura como paliación. Todos los pacientes no tuvieron evidencia de recurrencia del cáncer en el sitio primario. Se proporcionó acupuntura en tres puntos auriculares y un punto digital bilateralmente, con electroestimulación utilizada de forma variable. La acupuntura contribuyó al alivio de la xerostomía en diversos grados. | La acupuntura con puntos auriculares y digitales contribuye al alivio temporal de la xerostomía en algunos pacientes con síntomas refractarios después de la Xerostomia por radioterapia. El seguimiento más prolongado, la optimización de la técnica y la medición objetiva prospectiva de la respuesta continúan en nuestra clínica. |
| Xerostomia | 32 | 2015 | Wong RK, Deshmukh S, Wyatt G, Sagar S, Singh AK, Sultanem K, Nguyen-Tân PF, Yom SS, Cardinale J, Yao M, Hodson I, Matthiesen CL, Suh J, Thakrar H, Pugh SL, Berk L | Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea similar a la acupuntura versus pilocarpina en el tratamiento de la xerostomía inducida por radiación: resultados del estudio de fase 3 RTOG 0537 | International Journal of Radiation Oncology - Biology - Physics | Este informe presenta el análisis del estudio aleatorizado multicéntrico RTOG 0537 que comparó la estimulación transcutánea similar a la acupuntura (ALTENS) con la pilocarpina (PC) para aliviar la xerostomía inducida por radiación (XIR) | Estudio aleatorizado | 148 pacientes fueron aleatorizados. Solo 96 pacientes completaron el XeQOLS requerido y fueron evaluables a las 9 mfr (lo que representa solo el 68,6 % del poder estadístico). Setenta y seis pacientes fueron evaluables a 15 mfr. La mediana del cambio en el XeQOLS general en los grupos ALTENS/PC a las 9 y 15 mfr fue de -0,53/-0,27 (P=0,45) y -0,6/-0,47 (P=0,21). Los porcentajes correspondientes de respondedores positivos fueron 81%/72% (P=0,34) y 83%/63% (P=0,04). Los cambios en WSP no fueron significativamente diferentes entre los grupos. Los eventos adversos de grado 3 o menos, en su mayoría de grado 1, se desarrollaron en el 20,8 % de los pacientes del grupo ALTENS y en el 61,6 % del grupo PC. | El tamaño del efecto observado fue menor que el hipotético y el poder estadístico fue limitado, ya que solo 96 de los 148 pacientes reclutados fueron evaluables. El criterio principal de valoración, el cambio en la carga de síntomas de XIR a las 9 mfr, no fue significativamente diferente entre los grupos ALTENS y PC. Hubo significativamente menos toxicidad en los pacientes que recibieron ALTENS. |

| | | | | | | | | | |
|------------|----|------|-----------------------|--|-------------------------------|--|------------------|--|---|
| Xerostomia | 35 | 2011 | Samuni Y, Baum BJ. | Entrega de genes en glándulas salivales: del banco a la clínica. | Biochimica et Biophysica Acta | En este documento, seguimos el progreso, abordamos algunos problemas y evaluamos las perspectivas de las aplicaciones clínicas de la administración de genes de las glándulas salivales. | Revision de tema | Esta revisión ofrece una hoja de ruta de la investigación clínica utilizando aplicaciones de transferencia de genes de glándulas salivales como ejemplo. Se describen las ventajas de las glándulas salivales como sitios diana de transferencia de genes. Se enfatiza una aplicación clínica clave (reparación de glándulas dañadas por radiación). Se consideran las oportunidades y dificultades asociadas con la investigación de banco a clínica. | Existe en este momento literatura publicada para demostrar la viabilidad de usar la entrega de genes a las glándulas salivales para aplicaciones clínicas. Si bien hasta la fecha, solo hay un único ensayo clínico aprobado que emplea la administración de genes de las glándulas salivales, ya se han confirmado algunas ventajas clave de dirigirse a este tejido en los pacientes. Como en todos los modelos animales, no sorprende que haya un fácil acceso y suministro de volúmenes de vector específicos del paciente a las glándulas objetivo, y el vector también parece estar bien contenido dentro de la glándula. |
|------------|----|------|-----------------------|--|-------------------------------|--|------------------|--|---|

| | | | | | | | | |
|------------|----|------|-----------------------------------|--|-------------------------------|---|------------------|---|
| Xerostomia | 42 | 2015 | Aure MH, Arany S, Ovitt CE. | Glándulas salivales: ¿células madre, autoduplicación o ambas? | Journal of Dental Research | Proponemos que se revise la visión de las glándulas salivales como posmitóticas y dependientes de las células madre para su renovación a fin de reflejar la actividad proliferativa de las células acinares y su papel en la homeostasis de las glándulas salivales | Revision de tema | <p>El manejo de la xerostomía representa un desafío clínico exigente y no resuelto. La opinión predominante es que las nuevas células acinares y de conductos secretoras se generan a partir de células madre adultas residentes. En un estudio reciente, se encontró que el mantenimiento de las células acinares se deriva de la autoduplicación. Aunque el daño por radiación generalmente no se revierte, la regeneración ocurre en las glándulas salivales después de algunas lesiones. La ligadura del conducto excretor principal, el modelo de lesión más utilizado, da como resultado la pérdida de células acinares y deja los conductos relativamente intactos. A la eliminación de la ligadura le sigue la regeneración y el reemplazo de las células acinares, lo que se cree que ocurre a través de la activación de las células madre presentes en los conductos supervivientes. Este resultado, aunque sorprendente, se ha observado en estudios que destacaron la proliferación como un factor en el mantenimiento de las glándulas salivales.</p> <p>Se ha observado ampliamente la proliferación activa de células acinares diferenciadas en las glándulas salivales, y ahora se ha visualizado directamente la autoduplicación de células acinares. Esto sugiere que el modelo para la homeostasis de las glándulas salivales se modifique para incluir la autoduplicación de células acinares como un medio para reemplazar las células envejecidas o lesionadas. Sin embargo, la evidencia de células madre en la glándula salival también es convincente. Aunque encontramos poca contribución de las células madre a la homeostasis normal, aún no se sabe si las células madre son necesarias para la regeneración de las glándulas salivales. Los experimentos para determinar el origen de las células regeneradas después de una lesión en las glándulas salivales podrían responder a esta pregunta y se han convertido en una prioridad. Mientras tanto, los avances recientes en el conocimiento de las poblaciones potenciales de células madre, así como la capacidad proliferativa intrínseca de las células acinares diferenciadas, ofrecen opciones interesantes para las estrategias para tratar la disfunción de las glándulas salivales y la xerostomía.</p> |
|------------|----|------|-----------------------------------|--|-------------------------------|---|------------------|---|

| | | | | | | | | |
|-----------|----|------|--|--|--------------------------------------|--|-------------------|---|
| Disgeusia | 63 | 2019 | Khan A.H., Safdar J., Siddiqui S.U | Eficacia del sulfato de zinc en las alteraciones del gusto inducidas por quimiorradioterapia concurrente en pacientes con cáncer oral: un ensayo controlado aleatorio doble ciego. | Pakistan Journal of Medical Sciences | Observar la eficacia del sulfato de zinc sobre las alteraciones del gusto en pacientes con cáncer oral que reciben quimioterapia con radioterapia concurrente. | Casos y controles | <p>Setenta pacientes fueron asignados al azar al grupo de intervención y control en la Sección de Oncología del Centro Médico de Energía Atómica de Karachi desde septiembre de 2017 hasta marzo de 2018. Un grupo recibió cápsulas de sulfato de zinc (50 mg de TDS al día después de las comidas) y el otro grupo recibió placebo (tres veces después de las comidas). Se aconsejó a los pacientes que comenzaran a tomar cápsulas el primer día de su quimiorradiación. Ambos grupos continuaron con las cápsulas un mes después de que terminara su quimioterapia con radioterapia concurrente (CCRT)</p> <p>En el presente ensayo, el zinc mejoró ligeramente la agudeza gustativa en pacientes que tomaban suplementos de zinc; sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa entre ambos grupos. La razón prevista para que los resultados del presente estudio difieran de los estudios anteriores fue la modalidad de tratamiento seleccionada para los pacientes con cáncer oral y la metodología. Los sujetos no fueron seguidos por mucho tiempo. Por lo tanto, no se pudieron estudiar los efectos a largo plazo y la seguridad de la terapia con zinc. Los estrictos criterios de exclusión en nuestro estudio también dificultaron la selección de los pacientes. No se midieron los niveles séricos de zinc. Solo incluimos pacientes con cáncer de cavidad oral; sin embargo, también se observan alteraciones del gusto en otros cánceres.</p> |
|-----------|----|------|--|--|--------------------------------------|--|-------------------|---|

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|------|--|--|------------------------------|--|--|---|---|
| Disgeusia | 64 | 2005 | Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. | El asesoramiento dietético mejora los resultados de los pacientes: un ensayo prospectivo, aleatorizado y controlado en pacientes con cáncer colorrectal sometidos a radioterapia | Journal of Clinical Oncology | Investigar el impacto del asesoramiento dietético o los suplementos nutricionales en los resultados de los pacientes con cáncer: nutrición, morbilidad y calidad de vida (CdV) durante y 3 meses después de la radioterapia. | Ensayo prospectivo aleatorizado controlado | Un total de 111 pacientes ambulatorios de cáncer colorrectal remitidos para radioterapia, estratificados por estadificación, fueron asignados aleatoriamente: grupo 1 (G1; n = 37), asesoramiento dietético (alimentos regulares); grupo 2 (G2; n = 37), suplementos proteicos; y grupo 3 (G3; n = 37), ingesta a voluntad propia. Se evaluó la ingesta nutricional (antecedentes dietéticos), el estado (Evaluación global subjetiva de Ottery) y la CdV (Cuestionario de calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer, versión 3.0) al inicio, al final y 3 meses después de la radioterapia. Al finalizar la radioterapia, la ingesta de energía aumentó en G1/G2 ($P < 0,04$), G1 más que G2 ($P = 0,001$) y disminuyó en G3 ($P < 0,01$). La ingesta de proteínas aumentó en G1/G2 ($P < 0,007$), G1 menos que G2 (no significativa) y disminuyó en G3 ($P < 0,01$). A los 3 meses, G1 mantuvo la ingesta nutricional y G2/G3 volvió a la línea de base. Después de la radioterapia y a los 3 meses, las tasas de anorexia, náuseas, vómitos y diarrea fueron más altas en el G3 ($p < 0,05$). Al finalizar la radioterapia, en G1 todas las puntuaciones de la función CdV mejoraron proporcionalmente a la ingesta adecuada o al estado nutricional ($p < 0,05$); mientras que en G2 solo tres de seis puntajes funcionales mejoraron proporcionalmente a la ingesta de proteínas ($P = 0,04$), y en G3 todos los puntajes | Durante la radioterapia, ambas intervenciones influyeron positivamente en los resultados; El asesoramiento dietético tuvo un beneficio similar o mayor, mientras que incluso 3 meses después de la RT, fue el único método para mantener un impacto significativo en los resultados de los pacientes. |
|-----------|----|------|--|--|------------------------------|--|--|---|---|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | <p>empeoraron ($P < 0,05$). A los 3 meses, los pacientes G1 mantuvieron/mejoraron la función, los síntomas y las puntuaciones de un solo ítem ($P < 0,02$); en G2, solo mejoraron algunas escalas de función y síntomas ($p < 0,05$); en G3, la CdV siguió siendo tan mala como después de la radioterapia. En G1/G2, respectivamente, la mejora/deterioro de la CdV se correlacionó con una mejor o peor ingesta o estado nutricional ($P < 0,003$)</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | |
|-----------|----|------|-------------------------|---|--------------------------|---|------------------|---|
| Disgeusia | 65 | 2019 | de van der Schueren MAE | Uso y efectos de suplementos nutricionales orales en pacientes con cáncer | The Journal of Nutrition | Descripcion del uso y efectos de los suplementos nutricionales orales | Revision de tema | <p>Los suplementos nutricionales orales(SNO) son productos líquidos, semisólidos o en polvo de múltiples nutrientes producidos comercialmente que proporcionan macro y micronutrientes con el objetivo de aumentar la ingesta nutricional oral. Los SNO están destinados a la alimentación exclusiva o parcial de pacientes cuyos requerimientos nutricionales no pueden ser satisfechos con alimentos normales. Los ONS son diferentes de los suplementos que aportan vitaminas, minerales y oligoelementos en formato de píldora (también conocidos como complementos alimenticios) y su etiquetado y composición deben cumplir con el Reglamento Delegado (UE) 2016/128 de la Comisión, en vigor a partir de febrero 22, 2019.SNO deben recomendarse entre o después de las comidas y no antes de las comidas o como un reemplazo de comidas. Esto ayuda a maximizar la eficacia y no afectar el apetito por las comidas habituales. Para que la ONS sea eficaz, se deben prescribir al menos dos porciones diarias, durante un período de 3 meses . Los pacientes a los que se les recetó ONS deben ser revisados a intervalos regulares para controlar la adherencia, evaluar el progreso hacia los objetivos del tratamiento o decidir si es necesaria la interrupción en caso de, por ejemplo, progresión de la enfermedad o final de la vida, o en caso de mala adherencia</p> <p>Suplementos nutricionales oral(SNO), juegan un papel importante en ayudar a los pacientes a alcanzar sus objetivos nutricionales recomendados durante el tratamiento del cáncer. Se han demostrado efectos positivos consistentes para el aumento de la ingesta nutricional y el aumento del peso corporal. Los efectos positivos sobre los resultados clínicos no están tan bien demostrados, pero las revisiones más amplias, no específicas del cáncer, mostraron efectos positivos. Para que sea eficaz, la SNO debe adaptarse a la dieta bajo la supervisión de un dietista, como parte del asesoramiento nutricional, teniendo también en cuenta los síntomas que afectan la ingesta nutricional, como dolor, náuseas, vómitos y estreñimiento. Hay indicaciones cuidadosas de que los ONS enriquecidos con ácidos grasos v-3 u otros agentes inmunomoduladores pueden ser beneficiosos para subgrupos de pacientes con cáncer.</p> |
|-----------|----|------|-------------------------|---|--------------------------|---|------------------|---|

| | | | | | | | | | |
|-----------|-----|------|-------------------------------|--|--|---|-------------------------|---|---|
| Disgeusia | 109 | 2001 | Ohm KE, Wahlin YB, Sjödén PO. | Estado oral durante la radioterapia y la quimioterapia: un estudio descriptivo de las experiencias de los pacientes y la aparición de complicaciones orales. | Support Care Cancer. | El objetivo del presente estudio fue describir las experiencias de los pacientes sobre su estado oral y su relación con las complicaciones orales durante la radioterapia y la quimioterapia. | Descriptivo prospectivo | <p>La muestra estuvo compuesta por 41 pacientes consecutivos ingresados para radioterapia con 1 40 Gy incluyendo la cavidad oral por tumores en el área de cabeza y cuello, o para quimioterapia de neoplasias hematológicas. Al comienzo de la radioterapia o del segundo/tercer ciclo de quimioterapia, los pacientes calificaron sus experiencias de síntomas bucales en una escala analógica visual de 100 mm con criterios de valoración "sin malestar bucal" y "el peor malestar bucal imaginable". Se evaluó la mucositis y se recogió saliva total no estimulada. Los pacientes fueron examinados regularmente cada 10 Gy de aumento de radioterapia o una vez por semana durante la quimioterapia, y después de completar el ciclo de radioterapia o quimioterapia. Además, los pacientes que recibieron radioterapia calificaron sus experiencias de síntomas orales 1 mes después del tratamiento. Los pacientes que recibieron radioterapia experimentaron un aumento significativo de los síntomas orales con el tiempo. Un mes después del tratamiento varios síntomas bucales seguían presentes. La gravedad de la mucositis aumentó con el tiempo. La tasa de secreción salival no estimulada mostró una rápida disminución después del inicio de la radioterapia, seguida de una lenta recuperación.</p> | <p>En general, los pacientes informaron un aumento de los síntomas orales, que disminuyeron principalmente después del final del tratamiento. Esto fue respaldado por exámenes clínicos. Cabe señalar que hubo una amplia variación individual en la mayoría de las variables, lo que puede dificultar la predicción individual del desarrollo de los síntomas. Esto enfatiza que el personal hospitalario y dental debe recopilar datos sobre las experiencias de los pacientes con los síntomas orales además de realizar exámenes clínicos, quienes demostraron que la historia clínica subdocumentaba severamente la prevalencia de mucositis en comparación con una entrevista, quienes encontraron que los pacientes con cáncer avanzado no informaron sobre el dolor y la sequedad bucal. Sin embargo, los exámenes y las pruebas clínicas proporcionan indicadores importantes del alcance de las complicaciones bucales y deben utilizarse como complemento de los datos sobre las experiencias de los pacientes. Se necesita más investigación para explorar los predictores de complicaciones y síntomas orales.</p> |
| Disgeusia | 110 | 1998 | Ripamonti C, Fulfarò F. | Alteraciones del gusto en pacientes con cáncer. | Journal of Pain and Symptom Management | Descripción de las alteraciones del gusto en pacientes con cáncer | Carta al editor | <p>La frecuencia de las alteraciones del gusto (hipogeusia, disgeusia, ageusia) en pacientes con</p> | <p>Las sales de zinc se consideran una nueva clase de radioprotectores. Se ha descubierto que las sales de</p> |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | <p>cáncer no se conoce, probablemente porque estas alteraciones del gusto rara vez son investigadas y casi nunca reportadas espontáneamente por los pacientes. Estas alteraciones a menudo se consideran una consecuencia inevitable del cáncer y/o de los tratamientos oncológicos.</p> <p>También se consideran intratables. Nos gustaría resaltar este problema clínico y la importancia potencial de la terapia con zinc. Algunos estudios han demostrado que los metales pesados, como el zinc, están involucrados en la fisiología del gusto. Aunque se desconoce el papel específico del zinc en el control del gusto, el zinc está funcionalmente involucrado en varios niveles de organización celular. A nivel del receptor, el zinc es el cofactor de la fosfatasa alcalina, la enzima más abundante aislada de la membrana de las papilas gustativas. Las células de las papilas gustativas están provistas de microvellosidades que están en comunicación directa con la cavidad oral a través de un poro apical. Una proteína (gatekeeper) regula el diámetro y la permeabilidad del poro y su membrana, que a su vez controla la cantidad de estímulos que pasan a través del poro por unidad de tiempo. Los cambios conformacionales en estas moléculas de proteína están controlados por el equilibrio de los metales y, en consecuencia, se informa que una deficiencia de algunos metales, en particular el zinc, está asociada con la hipogeusia. Si la proteína</p> | <p>zinc orgánicas son superiores a las sales de zinc inorgánicas y que el aspartato de zinc proporciona radioprotección contra la letalidad por radiación de todo el cuerpo y el daño hematológico. se ha descubierto que la sal inorgánica de zinc, el cloruro de zinc, protegía in vitro a las células de hámster contra la toxicidad del melfalán. Debido a que el melfalán, al igual que otros agentes citotóxicos, muestra propiedades radiomiméticas, parecía posible que las sales de zinc también pudieran proteger contra las lesiones tisulares inducidas por la radiación. Además, no hay evidencia de intolerancia a la administración de zinc que requiera la suspensión del tratamiento. Teniendo en cuenta los buenos resultados de los estudios mencionados, se cree que la administración de zinc debe convertirse en una rutina en la práctica clínica para pacientes oncológicos con alteraciones del gusto. Las alteraciones del gusto deberían estar incluidas en la lista de síntomas que evaluamos periódicamente en la visita de un paciente</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | |
|-------------|----|------|---|--|--------------------------------------|--|---|--|
| | | | | | | | guardiana reduce el diámetro del poro y la permeabilidad de la membrana a un valor menor que el normal, los umbrales de detección se elevarían porque se necesitaría una mayor concentración de un compuesto para elevar el flujo neto a través del poro y su membrana a un valor mínimo. nivel que iniciaría un evento neural. Si se administran metales pesados, como cobre o zinc, el guardián podría volver a su conformación normal, aumentar el tamaño de los poros y la permeabilidad de la membrana, y reducir la concentración requerida para desencadenar un evento neural. | |
| Candidiasis | 74 | 2010 | Zeyi Deng, MD, Asanori Kiyuna, MD, Masahiro Hasegawa, MD, Isamu Nakasone, Atsushi Hosokawa, MD, and Mikio Suzuki, MD, PhD | Candidiasis oral en pacientes que reciben radioterapia por cáncer de cabeza y cuello | Otolaryngology–Head and Neck Surgery | Investigar la candidiasis oral en pacientes con cáncer de cabeza y cuello antes, durante y después de la radioterapia, y explorar su asociación con síntomas clínicos orofaríngeos | Estudio de cohorte | <p>La incidencia de candidiasis oral durante la RT fue significativamente mayor en el grupo OIRR (Grupo irradiado) (55,2%) que en el grupo ONIRR (11,8%). Del mismo modo, la aparición de xerostomía durante el RT fue significativamente mayor en el grupo OIRR (86,2 %) que en el grupo ONIRR (Grupo no irradiado) (52,9 %). En el grupo OIRR, la puntuación MTS media en la fracción 20 de RT fue significativamente mayor en pacientes con candidiasis (media - DE, 5,8 - 2,1) que en aquellos con mucositis inducida por RT sin candidiasis (3,7 - 2,0). En el grupo OIRR, el 65,2 por ciento de los pacientes que experimentaron disfgia desarrollaron candidiasis oral, en comparación con solo el 10 por ciento en el grupo ONIRR.</p> <p>El presente estudio demostró que la irradiación de la cavidad oral en pacientes con cáncer de cabeza y cuello se asoció con el desarrollo de mucositis oral y el posterior desarrollo de candidiasis oral. La candidiasis oral inducida por RT (Radioterapia) puede causar SMT(Dolor de boca y garganta) grave y disfagia. Las medidas para prevenir la candidiasis oral deberían ayudar a reducir la incidencia de los molestos síntomas orofaríngeos que con frecuencia interrumpen el tratamiento</p> |

| | | | | | | | | | |
|-------------|----|------|---|--|--------------------------------------|---|----------------------|---|---|
| Candidiasis | 75 | 2002 | H.V. Worthington, Ph.D.; J.E. Clarkson, Ph.D | Prevención de mucositis oral y candidiasis oral en pacientes con cáncer tratados con quimioterapia: Revisión sistemática Cochrane | Journal of Dental Education | Evaluar la efectividad de los agentes profilácticos orales para la Candidiasis oral y la mucositis oral en pacientes con cáncer (excepto el cáncer de cabeza y cuello) tratados con quimioterapia, en comparación con placebo o ningún tratamiento. | Revisión sistemática | La incidencia de candidiasis oral en el grupo de control con placebo o sin tratamiento en los 15 estudios oscilo entre el 12% y el 100%. Los fármacos se clasificaron en tres grupos: Absorbidos por el tracto gastrointestinal (fluconazol, intraconazol, ketoconazol); los absorbidos parcialmente (miconazol, clotrimazol); y los no absorbidos por el tracto gastrointestinal (nistatina, anfotericina B, natamicina y clorhexidina) | Los agentes antifúngicos absorbidos o parcialmente absorbidos fueron beneficiosos para prevenir la candidiasis oral, y los fármacos parcialmente absorbidos tuvieron un mayor beneficio. |
| Candidiasis | 76 | 2021 | Ryuichiro Funahara, Sakiko Soutome, Madoka Funahara, Shoma Tsuda, Takumi Hasegawa, Masahiro Umeda, Masaya Akashi. | Efectos de un parche oral de miconazol en la prevención del desarrollo de candidiasis oral en pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a radioterapia: resultados de un estudio preliminar que cuantifica la prevalencia de <i>Candida albicans</i> en saliva | Supportive Care in Cancer | Examinar si la administración de un parche oral de Miconazol reducía la cantidad de <i>Candida Albicans</i> en la saliva y la prevención en el desarrollo de candidiasis oral durante la radioterapia | Casos y controles | 16 pacientes (37,5%) del grupo control desarrollaron candidiasis oral a los 10-50 Gy (mediana de 35 Gy). A diferencia de 12 pacientes del grupo de intervención solo un paciente (8,3%) desarrolló candidiasis oral a 50 Gy. Estos hallazgos indican que la administración del parche oral de Miconazol durante 14 días podría reducir el riesgo de desarrollar candidiasis oral durante la radioterapia. | El uso profiláctico de un parche oral de Miconazol fue efectivo para suprimir el crecimiento de <i>C. Albicans</i> en el recuento de saliva durante la radioterapia de cabeza y cuello. Además, se sugirió que puede conducir a la prevención de la candidiasis oral durante la radioterapia. |
| Candidiasis | 81 | 2016 | Xin Lyu, Chen Zhao, Zhi-min Yan, Hong Hua | Eficacia de la nistatina para el tratamiento de la candidiasis oral: revisión sistemática y metanálisis | Drug Design, Development and Therapy | Revisar y evaluar sistemáticamente la eficacia, los diferentes protocolos de tratamiento (formulación, dosificación y duración) y la seguridad de la nistatina para el tratamiento de la candidiasis oral. | Revisión sistemática | Las investigaciones sobre la estomatitis protésica y la candidiasis oral en lactantes, niños y pacientes con VIH/SIDA mostraron que las tasas de curación clínica y micológica fueron del 9 % al 63,5 % y del 6 % al 13 %. La combinación durante 2 semanas podría lograr una tasa de curación clínica y micológica más alta, y el uso de pastillas de Nistatina solas podría tener una tasa de curación micológica más alta, en comparación con el uso de las suspensiones de Nistatina solas. | La pastilla de Nistatina fue significativamente superior al placebo en el tratamiento de la estomatitis protésica, mientras que la suspensión de nistatina no fue superior al fluconazol en el tratamiento de la candidiasis oral en lactantes, niños o pacientes con VIH/SIDA. |

| | | | | | | | | | |
|-------------|-----|------|--|--|------------------------------|--|----------------------|---|---|
| Candidiasis | 82 | 2016 | L-W Zhang, J-Y Fu, H Hua, Z-M Yan | Eficacia y seguridad del miconazol para la candidiasis oral: revisión sistemática y metanálisis | Oral Diseases | Evaluar la eficacia y seguridad del miconazol para el tratamiento de la candidiasis oral. | Revisión sistemática | Los resultados mostraron que el Miconazol fue superior a la Nistatina en los resultados clínicos y micológicos (OR clínico = 13,00, IC del 95 %: 3,05–55,29; OR micológico = 6,40, IC del 95 %: 1,3829,60. | El miconazol fue más eficaz que la Nistatina para la candidiasis. También esta revisión sistemática y metanálisis indicó que el Miconazol puede ser una opción opcional para el tratamiento de la candidiasis. |
| Candidiasis | 108 | 2016 | Peter G. Pappas, Carol A. Kauffman, David R. Andes, Cornelius J. Clancy, Kieren A. Marr, Luis Ostrosky-Zeichner, Annette C. Reboli, Mindy G. Schuster, Jose A. Vazquez, Thomas J. Walsh, Theoklis E. Zaoutis, and Jack D. Sobel. | Guía de práctica clínica para el manejo de la candidiasis: actualización de 2016 de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América | Clinical Infectious Diseases | Desarrollo de pautas que han sido adoptadas por la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (IDSA), que incluyen un método sistemático para calificar tanto la calidad de la evidencia (muy baja, baja, moderada y alta) como la solidez de las recomendaciones (débil o fuerte). | Guía clínica | Tratamiento de la candidiasis orofaríngea: Para la enfermedad leve, trociscos de clotrimazol, 10 mg 5 veces al día, o tabletas bucales mucoadhesivas de miconazol de 50 mg aplicadas a la superficie mucosa sobre la fosa canina una vez al día durante 7 a 14 días (Fuerte recomendación; evidencia de alta calidad). Las alternativas para la enfermedad leve incluyen suspensión de nistatina (100 000 U/mL) 4 a 6 mL 4 veces al día, O 1 a 2 pastillas de nistatina (200 000 U cada una) 4 veces al día, durante 7 a 14 días (Fuerte recomendación; evidencia de calidad moderada). Para la enfermedad de moderada a grave, se recomienda fluconazol oral, 100 a 200 mg al día, durante 7 a 14 días (Fuerte recomendación; evidencia de alta calidad). Para la enfermedad resistente al fluconazol, se recomienda la solución de itraconazol, 200 mg una vez al día o la suspensión de posaconazol, 400 mg dos veces al día durante 3 días, luego 400 mg al día, hasta por 28 días. | La guía de práctica clínica para el manejo de la candidiasis desarrolló pautas aprobadas por la (IDSA), estas pautas no pretenden reemplazar el juicio clínico en el manejo de los pacientes si no establecer una descripción detallada de los métodos, antecedentes y resúmenes de evidencia que respaldan cada recomendación. |
| Queilitis | 78 | 2018 | Liborija Lugović-Mihić, Kristina Pilipović, Iva Crnarić, Mirna Šitum, | Diagnóstico diferencial de queilitis. ¿Cómo clasificar la queilitis? | Acta Clin Croat | Revisar la clasificación de la queilitis, se presentó una clasificación en tres grupos principales con subtipos adicionales. | Revisión sistemática | Se sugirió la clasificación de la queilitis como principalmente reversible (transitoria); principalmente irreversible (persistente); y queilitis asociada con dermatosis particulares y enfermedades | Esta clasificación supondría un beneficio considerable ya que simplificaría el reconocimiento y el diagnóstico, asegurando así un tratamiento adecuado. Se descubrió que el paso |

| | | | | | | | | | |
|-----------|----|------|-------------------|--|------------|--|----------------------|---|--|
| | | | Tomislav Duvančić | | | | | <p>sistémicas. Este tipo de clasificación se basaría en diferencias primarias en el curso y la etiología de los grupos individuales de queilitis. Por lo tanto, el grupo de queilitis reversibles (de duración temporal) incluye en su mayoría tipos de queilitis más leves, que generalmente retroceden significativamente después de la eliminación del factor etiológico. Las queilitis del tipo irreversible tienen un carácter más duradero, que por lo general requiere un estudio histológico (biopsia).</p> | <p>crucial es obtener un historial médico detallado del paciente con toda la información posible sobre los posibles factores atenuantes. El historial médico completo, el cuadro clínico y el diagnóstico adecuado son los factores clave para reconocer el tipo correcto de queilitis y su tratamiento exitoso.</p> |
| Queilitis | 80 | 2015 | Mahtab Samimi | Queilitis: Orientación diagnóstica y tratamiento | Presse Med | <p>Orientar el diagnóstico y el tratamiento para la queilitis. Se requiere de un examen clínico completo de la cavidad oral, mucosas y piel. También se requiere establecer los factores predisponentes como la inmunosupresión sistémica, irritaciones locales para así establecer un correcto tratamiento.</p> | Revisión sistemática | <p>Es necesario examinar toda la cavidad bucal, pero también las demás mucosas y la piel que la recubre. Los factores irritantes (climáticos, cáusticos, mecánicos, etc.) son la causa más frecuente de queilitis y también puede ser alérgica. La queilitis actínica crónica es una enfermedad potencialmente maligna que debe ser sistemáticamente biopsiada para descartar displasia severa, o incluso carcinoma y así orientar el tratamiento adecuado.</p> | <p>La queilitis es una lesión de indicación de varias enfermedades generales. Los factores causales son diversos, y aunque su agente etiológico fundamental es la Candida albicans. El tratamiento estará en dependencia de su etiología, y como la queilitis obedece a causas múltiples, el tratamiento en ocasiones es complejo, pero con mayor frecuencia se utiliza tratamiento local con agentes tópicos, el que se puede combinar con tratamientos orales.</p> |

| | | | | | | | | | |
|---------|----|------|--|--|--|--|-----------------------|---|---|
| Úlceras | 87 | 2020 | Oldoini G, Frabattista GR, Saragoni M, Cosola S, Giammarinaro E, Genovesi AM, et al. | Ozonoterapia para la úlcera bucal palatina en un paciente leucémico | European journal of case reports in internal medicine | Presentar un caso clínico de úlcera en paladar causada por quimioterapia que fue tratada con ozonoterapia. | Reporte de caso. | Se observó que apartir de la cita de control dos días posterior a la primera sesión de ozono habian mejorado el aspecto clínico de la úlcera en el paladar. Después de esta segunda sesión, la producción de saliva aumentó, la infección por Candida se redujo y el paciente suspendió la ingesta de opioides. Se continuó con la ozono terapia hasta que la lesión tuvo un proceso de cicatrización avanzado para continuar con la terapia antitumoral del paciente por su leucemia, la ozono terapia continuo durante 22 días observando una mejoría considerable en el area afectada. | Los resultados de este caso clínico son muy esperanzadores, aunque es necesario seguir investigando para estandarizar el procedimiento clínico de la ozonoterapia y sus indicaciones con muestras de gran tamaño y estudios prospectivos. |
| Úlceras | 88 | 2015 | alison j bruce , Tushar S Dabade , Nicole M Burkemper | Diagnóstico de úlceras orales. | Official journal of the American Academy of Physician Assistants | Establecer las causas y opciones de tratamiento de las úlceras orales. | Revision narrativa. | Se estableció que el origen de úlceras orales puede ser por trauma, infección de diferente tipo y por procesos inflamatorios. Se mencionó opción terapeutica para cada uno de los casos. | Las úlceras orales tienen muchas causas, desde benignas hasta malignas. Aunque esto presenta un desafío para los proveedores, seguir un enfoque algorítmico puede señalar el diagnóstico correcto. Los elementos críticos en la historia y el examen físico del paciente incluyen la duración de la lesión, su apariencia y ubicación, y la presencia de síntomas constitucionales. Ocasionalmente, pruebas adicionales, como como una biopsia, es necesario. |
| Úlceras | 91 | 2010 | Yvonne Rohr, jon adams , lindy joven. | Molestias orales en cuidados paliativos: resultados de un estudio exploratorio de las experiencias de pacientes terminales | International journal of palliative nursing | Examinar las molestias orales desde la perspectiva de los pacientes terminales | Estudio exploratorio. | Los hallazgos revelan que una variedad de problemas orales impactan significativamente en el bienestar físico, social y psicológico de los pacientes con enfermedades terminales en diversos grados, a veces durante largos períodos de tiempo. | Los resultados del estudio actual brindan evidencia preliminar para respaldar el aumento del enfoque clínico y la prioridad del cuidado bucal para pacientes con enfermedades terminales en todos los entornos. |

| | | | | | | | | | |
|---------|-----|------|---|--|--|--|----------------------------|--|---|
| Úlceras | 95 | 2016 | Loïc Vaillant, mahtab samimi. | Úlceras aftosas y úlceras orales. | Presse médicale | Presentar causas y tratamiento de úlceras bucales. | Revision narrativa. | Las úlceras orales pueden estar relacionadas con una amplia gama de condiciones que constituyen el diagnóstico diferencial de las úlceras aftosas. Las úlceras bucales se clasifican en tres grandes grupos: úlceras agudas de aparición brusca y corta duración, úlceras recurrentes (principalmente por eritema multiforme posherpético) y úlceras crónicas (de aparición lenta y progresión insidiosa). Así de variado es su origen lo es su tratamiento. | Las úlceras orales crónicas pueden ser inducidas por fármacos o debidas a tumores benignos o malignos. Cada úlcera crónica solitaria oral debe ser biopsiada para descartar carcinoma de células escamosas. Una úlcera palatina solitaria puede estar relacionada con una sialometaplasia necrosante. |
| Úlceras | 96 | 1981 | D Roy , PK Wong , RS Engelbrecht , ES Chian | Mecanismo de inactivación enteroviral por ozono. | Applied and environmental microbiology | Mecanismo de acción del ozono. | Investigación experimental | Explicar como funciona el ozono ante microorganismos. | el uso de ozonoterapia en las lesiones que ha demostrado acelerar el proceso curativo gracias a la estimulación de leucotrienos, interleucinas y óxido nítrico que ayudan a disminuir la inflamación |
| Úlceras | 121 | 2013 | Ourania Nicolatou-Galitis, Adamantia Nikolái , Ilias Athanasiadis , Erofilii Papadopoulo , Esteban Sonis. | Úlceras orales en pacientes con cáncer de mama avanzado que reciben everolimus: reporte de una serie de casos sobre presentación clínica y manejo. | Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology | Reportamos las características clínicas y los resultados del manejo en 7 pacientes con estomatitis relacionada con everolimus. | Reporte de caso. | Siete pacientes desarrollaron estomatitis (46,6%). Todos los pacientes fueron tratados con solución tópica de dexametasona, mientras que everolimus se suspendió temporalmente en 4 pacientes. La estomatitis se resolvió en 1-2 semanas. Dos de los 4 pacientes, que habían interrumpido el tratamiento con everolimus, desarrollaron estomatitis recurrente después de reanudar el fármaco y el everolimus se suspendió nuevamente y se reinició después de 2 semanas. Hasta la fecha, 5 pacientes reciben everolimus en dosis completa. Los 2 pacientes que desarrollaron estomatitis | Las úlceras orales relacionadas con everolimus fueron frecuentes y obligaron a modificar la dosis. Se necesitan ensayos controlados, que respalden un consenso en la terminología, para evaluar las medidas de prevención y manejo de esta toxicidad única. |

| | | | | | | | | | |
|-------------|-----|------|--|--|--|---|----------------------|---|---|
| | | | | | | | | recurrente recibieron una dosis reducida. | |
| Estomatitis | 101 | 2020 | Mohamed Moustafa Gad, Shaimaa Mohamed Fouda. | Perspectivas actuales y el futuro del tratamiento de la estomatitis protésica asociada a Candida albicans. | Dental and medical problems | Revisar los efectos antifúngicos de los diferentes métodos que se han sugerido para la prevención y/o control del SD, así como la actividad antimicrobiana de los aditivos de resinas acrílicas para bases de prótesis dentales, incluidas las nanopartículas | Revision sistematica | Los agentes antifúngicos pueden controlar eficazmente el SD, pero la recurrencia de la enfermedad es común. En consecuencia, se ha sugerido que recubrir la superficie de la base acrílica de la dentadura puede resultar en una disminución de la adhesión fúngica. En los últimos años, la nanotecnología ha dominado la investigación y varias nanopartículas han demostrado efectos antifúngicos. | La incorporación de diferentes agentes antifúngicos en la base de prótesis de PMMA el material puede controlar DS, recubrir la dentadura resina base con agentes antifúngicos y aplicación tópica Los agentes de limpieza son efectivos en el tratamiento de DS en vitro. También faltan estudios que investiguen la los efectos a largo plazo de estos métodos de tratamiento y la relación entre las propiedades de la superficie y los aditivos de nanorrelleno. |
| Estomatitis | 102 | 2009 | Christopher P O'Brien | Manejo de la estomatitis. | Canadian family physician Médecin de famille canadien. | Describir diferentes manejos para la estomatitis dependiendo de lo que le origina. | Revision narrativa. | Importancia de la evaluación oral para poder realizar el enfoque preventivo y terapia. | La mayoría de los pacientes que reciben radioterapia de cabeza y cuello desarrollarán complicaciones orales, una evaluación oral previa al tratamiento ayudará a minimizar el riesgo; se debe establecer que medicamentos producen estomatitis teniendo en cuenta que la radioterapia produce xerostomia. |

| | | | | | | | | | |
|-------------|-----|------|--|--|--|--|---|---|---|
| Estomatitis | 103 | 2018 | Sathyasree Madeswaran, Sivakumar Jayachandran. | Bicarbonato de sodio: una revisión y sus usos en odontología. | Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research. | Describir las diferentes utilidades terapéuticas del bicarbonato de sodio. | Revisión sistemática | . Los productos químicos juegan un papel importante como coadyuvantes de la limpieza mecánica de dientes, implantes, tejidos circundantes y prótesis. Se informa que los enjuagues bucales actuales afectan los tejidos y las prótesis si se usan a largo plazo. Se ha informado que el bicarbonato de sodio, el bicarbonato de sodio común, es versátil | El bicarbonato de sodio, al ser un artículo doméstico común, con su fácil disponibilidad, seguridad, abrasividad mínima y propiedad bactericida lo convierte en un enjuague bucal amigable para el paciente, componente del dentífrico. |
| Estomatitis | 104 | 2020 | J Sánchez-Bernal, C Conejero, R Conejero. | Estomatitis aftosa recurrente. | Actas dermo-sifiliográficas | Describir la patogenia de la estomatitis aftosa recurrente así como la variedad de tratamientos disponibles | Revisión narrativa. | La estomatitis aftosa recurrente es una enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa bucal. Se caracteriza por úlceras bucales dolorosas que no pueden explicarse por una enfermedad subyacente. Las úlceras recurrentes de la mucosa oral requieren un diagnóstico diferencial adecuado para descartar otras posibles causas antes de diagnosticar la estomatitis aftosa recurrente. | la prevalencia de la condición va del 5 al 60% en diferentes series. Se desconoce su patogenia, pero se considera que intervienen múltiples factores. No hay tratamientos estandarizados para esta condición y ninguno de los tratamientos es curativo, donde lo principal es aliviar el dolor, reducir la duración de las úlceras y prevenir la recurrencia. |
| Estomatitis | 105 | 2006 | Michael Wiseman | El tratamiento de los problemas bucodentales en el paciente paliativo | Journal (Canadian Dental Association) | Este artículo describe algunos problemas comunes encontrados en la odontología de cuidados paliativos para adultos con cáncer terminal y el tratamiento adecuado de estos problemas. | Revisión narrativa. | Los pacientes de cuidados paliativos requieren atención dental especial, que va desde la atención quirúrgica y preventiva hasta el apoyo a las necesidades emocionales. El papel del dentista en los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida del paciente. | Los pacientes de cuidados paliativos requieren atención dental especial. Esto se extiende desde la atención quirúrgica y preventiva hasta la atención total al paciente que abarca tanto el aspecto físico y aspectos emocionales del bienestar. El papel del dentista en cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de los paciente. |
| Estomatitis | 106 | 2020 | Xènia Fernández-Sala, Jaime Barceló Vidal, Ignasi Tusquets, David Conde Estévez. | Eficacia y seguridad de una nueva formulación de enjuague bucal de dexametasona en el tratamiento de la estomatitis en pacientes con cáncer. | Farmacia hospitalaria : órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. | Presentar una nueva formulación de colutorio de dexametasona y analizar su eficacia y seguridad en pacientes que reciben agentes antineoplásicos productores de estomatitis. | Estudio observacional prospectivo de cohortes | Todos los pacientes lograron una reducción significativa en la gravedad de la estomatitis después de comenzar con la formulación de enjuague bucal de dexametasona. | La formulación de enjuague bucal con dexametasona podría considerarse como una alternativa adecuada para el manejo de la estomatitis. |

| | | | | | | | | | |
|-------------|-----|------|---|---|---------------------------------|---|--|--|--|
| Estomatitis | 107 | 2017 | Kato S, Saito A, Matsuda N, Suzuki H, Ujiie M, Sato S, et al. | Manejo de la estomatitis inducida por afatinib. | Molecular and clinical oncology | Evaluar la eficacia de dos medicamentos tradicionales a base de hierbas para controlar la estomatitis inducida por el tratamiento en una pequeña cohorte de pacientes con cáncer de pulmón tratados con afatinib. | Estudio retrospectivo de revisión de expedientes | Todas las lesiones en los 14 pacientes que desarrollaron estomatitis se aliviaron por completo después de 2 semanas de terapia con Aznol enjuague bucal, un extracto de manzanilla con efectos antiinflamatorios, y Hangeshashinto, una medicina tradicional a base de hierbas (Kampo) | Este tipo de atención y tratamiento puede reducir la incidencia de complicaciones asociadas con la terapia EGFR-TKI. |
|-------------|-----|------|---|---|---------------------------------|---|--|--|--|