

FECHA 6 PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Daniela Sacommano

¿Cómo proceder si el paciente con estomatitis ulcerativa crónica tiene los dientes firmes sin pérdida de sostén?

• Muchos pacientes con dientes firmes sin enfermedad periodontal avanzada presentan los síntomas. Mi indicación termina siendo la extracción. El depósito de placa bacteriana es prácticamente inmediato. Puede ser un desvidamiento en 24-48 hs las bacterias vuelven a la boca, muchas son habitantes habituales de la boca y vuelven a depositar haciendo que crezcan bacterias más dañinas. Muchas veces ocurre que muchos de estos pacientes por más que tengan dientes en buena condición la indicación es la exodoncia.

Que antibióticos pueden administrarse como complemento de tratamiento quirúrgico?

• Previo al tratamiento, durante y post va acompañado por antibiótico. Yo mencioné la Doxicilina pero los antibióticos de tipo comercial como estreptomicina, espiramicina, amoxiclavulánico en general también resultan y se pueden usar. Muchas veces se terminan usando en forma de pulso, o a una dosis menor en intervalos mayores para frenar la reproducción bacteriana sumado a la profilaxis hogareña para ayudar a que la carga bacteriana baje y las manifestaciones sean menores.

¿Por qué hay pacientes que tienen muchos sarro y no manifiesta la enfermedad y otros pacientes sin sarro la manifiestan?

• Es predisposición individual Hay pacientes que vienen a la clínica con piedras de sarro, la parte paradental como las encías, lenguas, bordes de labio que no tienen lesiones o sarro pero que en realidad sí tienen placa que no se evidencia y es esta misma placa la que junto a su predisposición individual genética probablemente haga que tengan estas manifestaciones. En las clínicas deberían usarse reveladores de placa bacteriana que es un gel que se usan en odontología humana y que muestran si hay depósito de placa y si el cepillado se está haciendo de manera correcta. Muchas veces por no ver el sarro creen que eso pueda ser lo que genera la lesión y estos reveladores de placa ayudan a mostrarle al propietario cuán bien están revisando el cepillado y que ayude al perro a tener menos manifestación.

A partir de que edad se presenta la enfermedad

• Por general a partir de los 3 años.

Matias Tellado

¿En caso de una masa nodular se puede realizar puff en vez de biopsiar?

• La punción citológica y la biopsia son métodos que no son excluyentes. La citología otorga cierta información muy valiosa sobre todo por ejemplo del tipo celular que estamos tratando en cavidad oral en poder clasificar el tumor y saber de antemano si es un tumor con mayor o menor tasa de metastasis, particularmente en cavidad oral la intervención o el planeamiento quirúrgico de un

melanoma, carcinoma o un sarcoma es parecido independientemente que uno tenga un diagnóstico u otro siempre es el planeamiento de cirugía con margen oncológico. Si uno tiene al paciente en la camilla con una masa en la boca y tienen que tomar una muestra para saber el diagnóstico a veces hacer una citología oral con el animal despierto es más difícil se hace habitualmente con el animal sedado, y en este caso para obtener una mejor información es preferible la biopsia.

¿cual es la principal razón por el cual luego de la cirugía residivan tan rápido los melanomas orales.

- Es muy frecuente que pase esto. Por un lado por las características del tumor. Pero fundamental por la dosis quirúrgica, el plano o margen quirúrgico que se realiza. La cavidad oral en cualquier área o estructura maxilar siempre requiere la recepción del tumor con margen óseo, el margen de seguridad de hueso. El margen va a estar dado por la distancia del tumor hasta dentro del tejido sano, la distancia que se va a tomar desde ese tumor macroscópicamente visible va a requerir el plano profundo que va a incluir el hueso. EL plano profundo no es como en la piel o el subcutáneo, el plano profundo va a incluir el hueso por eso para que los tumores no recidiben hay que hacer una cirugía oncológica con recepción de margen de hueso. Si está en una ubicación que no se puede realizar y se hace una cirugía sin margen de hueso es necesario si o si complementar esa intervención quirúrgica con otra terapia que habitualmente es la radioterapia o la electroquimioterapia, son las dos herramientas que van a permitir completar ese margen quirúrgico de una manera no extirpando el margen sino tratándolo.

A que se le atribuye la poca eficacia de la quimioterapia en el tratamiento de sarcomas

- El sarcoma es un tumor especialmente quimio resistente, tiene una tasa de muerte por quimioterapia baja. Habitualmente cuando la célula se diferencia terminan teniendo resistencia por los mecanismos descritos, son particularidades de esas células que las hacen más resistentes a las drogas oncológicas convencionales incluso a la radiación. La forma donde habitualmente responde de manera más adecuada es por ejemplo en la radiación subiendo la dosis radial, y cuando es quimioterapia las dosis siempre las trabajamos cerca del intervalo tóxico. Seguro que si las subimos podemos lograr una mayor efectividad pero nos cargaríamos al paciente o a la calidad de vida del paciente. Por eso los fibrosarcomas sobre todo orales son radioresistente es por eso se usan métodos que estimulen el ingreso de la droga a la célula. La electroquimioterapia funciona mejor porque es un mecanismo que concentra la droga de quimio hasta 700 veces más que la droga que uno da sistémica y eso logra que el tumor vuelva a ser sensible.

¿Hay riesgos de hemorragia en la biopsia?

- Ante una biopsia seguramente haya una hemorragia pero siempre es controlada. El paciente que ingresa para tomar una biopsia es recomendable primero hacer un cuagulograma. Si no tienen acceso a hacer un cuagulograma se puede hacer un

corte y hacer el tiempo de sangría que va a permitir tener información muy valiosa, es un parámetro clínico rápido y sin métodos complementarios que van a poder hacer fácilmente.

La biopsia normalmente de una masa en cavidad oral es una hemorragia controlable. Normalmente por hemostasia por presión simple, se hace punch de biopsia que es la herramienta para tomar una muestra entre 4 y 6 mm y luego se hace la hemostasia por presión, logrando que no haya grandes inconvenientes.

¿Recomendas que se saquen los ganglios submandibulares cuando hay tumores en la cavidad oral?

- Esto tiene que ver con el criterio de ampliación de la cirugía original. Si tengo un melanoma en la boca y tiene linfopatías positivas y se hace una citología y da positivo empiezan a actuar como un tumor primario. Cuando es colonizado es necesario sacarlo, si no están comprometidos opino que hay que dejarlos si no está metastásico porque es una barrera natural anti invasión de cualquier enfermedad puntualmente las oncológicas. Por otro lado porque es una señal y punto de control donde puedo palpar y tomar muestras para ir controlando al paciente periódicamente. Si el criterio es sacarlo en la misma cirugía mi opinión es si es positivo si hay que sacarlos, los negativos no.

¿Qué piensas de la quimioterapia antes de la cirugía, es posible que reduzca el tumor y así se pueda hacer una cirugía menor?

- La quimioterapia previa a la cirugía no permite realizar una cirugía menor, la cirugía es la misma. El margen quirúrgico es una planificación que uno hace para llegar a tener un buen margen histológico. Si el tumor se reduce la cirugía es la misma, el margen que voy a planificar va a ser el mismo porque el criterio es que cuando uno reduce el tejido tumoral la misma cirugía que antes tenía una determinada probabilidad de recidiva ahora va a tener una probabilidad menor.