

## **INFORME DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PARA INCLUIR EN LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD BUCODENTAL DE NAVARRA PRESTACIONES EN DENTICIÓN NO PERMANENTE PARA NIÑOS CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO**

Las complicaciones orales en el paciente oncológico pediátrico es una realidad que se objetiva en muchas revisiones de la literatura científica. El tratamiento del paciente oncológico se relaciona con complicaciones orales que se presentan durante y después del tratamiento antineoplásico; suelen ser frecuentes, condicionan la calidad de vida del paciente, agravando su situación clínica e incrementando los riesgos de infección. La frecuencia de aparición depende del tipo y la intensidad de las terapias empleadas.

Las complicaciones orales pueden ser agudas (desarrollándose durante la terapia) o crónicas (desarrollándose meses o años después de la terapia). Por lo general, la quimioterapia causa efectos secundarios agudos; mientras que la radioterapia, además de causar efectos orales agudos, también provoca lesiones permanentes.

La radioterapia puede causar boca seca, enfermedad gingival y caries.

Además, se ha descrito que las complicaciones orales pueden ser menores si se ha seguido un régimen de cuidados de higiene oral.

El aumento de la producción de caries tras la radioterapia está relacionado con varios factores, como la sequedad de boca, el aumento de bacterias cariogénicas (como *S.mutans*), alteraciones en la composición de la saliva o disminución de la cantidad de saliva. Esto conlleva que se adopte una dieta más blanda, con aumento de hidratos de carbono, lo que eleva el riesgo de caries. Este tipo de caries afectan normalmente a las caras cervicales o cuellos de los dientes, bordes incisales y cúspides. Como tratamiento, es imprescindible la realización de obturaciones, incluso en la dentición no permanente si así lo estima el clínico.

Si la caries en los dientes de leche no es tratada se pueden originar infecciones y pérdidas de piezas antes de tiempo, lo cual podría crear problemas posteriormente, ya que los dientes permanentes pueden desplazarse hacia los huecos que quedan y dificultar la posterior erupción de otras piezas definitivas, provocando que se tuerzan o haya problemas de apilamiento.

La extensión y localización de las anomalías dentales dependen de la edad del niño al inicio del tratamiento antineoplásico y del régimen específico de cáncer. Los niños menores de 5-6 años al inicio del tratamiento y la quimioterapia combinada con la radiación de cabeza-cuello y/o radiación corporal total tienen un alto índice de anomalías dentales comparado con pacientes mayores o pacientes que sólo reciben quimioterapia. Los defectos dentales localizados sedan en dosis de radiación tan bajas como los 4 Grays.

Respecto a la caries varias revisiones de la literatura han mostrado que al menos el 37% de los pacientes que recibieron radioterapia pueden presentar caries relacionada con ésta apareciendo entre 3 y 12 meses después de la finalización del tratamiento.

Parece pues razonable, que desde un punto de vista asistencial, la mayor prevalencia de caries en niños con tratamientos de quimioterapia y especialmente radioterapia justifica la financiación de la caries en dentición no permanente (la caries en dentición permanente ya está financiada en el PADI) siempre que el clínico lo considere adecuado.

En Navarra se diagnostican entre 25 y 30 nuevos cánceres infantiles al año, por lo que el impacto económico que pudiera suponer el tratamiento dental no incluido actualmente en el PADI es muy pequeño, tanto desde el punto de vista asistencial como económico.

En Pamplona, a 30 de enero de 2024.

EL DIRECTOR GENERAL DE SALUD