



CANCER DE CABEZA Y CUELLO

DEFINICIÓN Y TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA,
PREVENCIÓN Y CUIDADOS.

AUTORES DEL DOCUMENTO:

GRUPO MEDICO SEOR Y GEORCC

GRUPO DE ENFERMERÍA SEOR



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO:

El cáncer de cabeza y cuello (CCC) es un cáncer que surge en la cabeza o en la región del cuello. Por lo tanto, incluye numerosas localizaciones anatómicas con múltiples sublocalizaciones lo que conlleva diferentes comportamientos clínicos y resultados. Representan aproximadamente el 5% de todos los cánceres. El 90% son carcinomas de células escamosas. Aunque el pronóstico depende de múltiples factores, se puede generalizar que la tasa de supervivencia a 1 año es del 75% y del 42% a los 5 años.

Entre sus **características generales** están la ausencia de un diagnóstico temprano, muchos de ellos se presentan en fases avanzadas y con síntomas parecidos a enfermedades comunes que pueden retrasar el diagnóstico definitivo. Ausencia de un screening eficaz, la tendencia a la recaída local más que a dar metástasis a distancia, y el poder afectar a una o varias funciones importantes e incluso vitales como son la deglución, la respiración y el habla.

Los **factores de riesgo** clásicos relacionados de forma más directa con el desarrollo de CCC son el consumo de *tabaco y alcohol*, aunque existen otras situaciones relacionadas con su aparición. Respecto al tabaco, numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la relación entre el consumo de tabaco en todas sus formas y el CCC, así como la disminución del riesgo cuando se abandona este hábito. La actividad carcinogénica reside en las diferentes partículas que contiene el humo del tabaco que actúan como iniciadores, promotores o como cocarcinógenos. El incremento del riesgo de CCC en pacientes fumadores se sitúa entre tres y 15 veces respecto a los no fumadores, y está directamente relacionado con la dosis y duración del consumo y, como se ha visto más recientemente con la edad del inicio del consumo. La exposición prolongada al humo del tabaco en individuos no fumadores es un factor de riesgo reconocido y es especialmente elevado en mujeres y en trabajadores en ambiente de fumadores. Asimismo, el alcohol constituye un importante promotor de carcinogénesis en el CCC. De forma global, el consumo de tabaco y alcohol es causal de casi el 65% de los cánceres de cabeza y cuello. Este riesgo parece dependiente del contenido en alcohol de la bebida. Sin embargo el mayor efecto cancerígeno es debido a la potenciación del efecto del tabaco. Respecto al papel de ciertas infecciones, dos de ellas han sido relacionadas con la aparición de CCC. El *Virus de Epstein-Barr (VEB)* y el *virus del papiloma humano, subtipo 16 (VPH-16)*-La relación del VPH-16 con el CCC se ha puesto de manifiesto especialmente en neoplasias de orofaringe y sin relación con el consumo de tabaco. Se ha podido comprobar una mayor incidencia de este tipo de tumor en individuos con algunas prácticas sexuales. Estudios recientes relacionan la presencia de VPH en pacientes con tumores de orofaringe con la respuesta y la supervivencia. En lo que se refiere al VEB, la asociación con el cáncer de nasofaringe ha sido puesta de manifiesto en múltiples estudios epidemiológicos.

Otros factores menos importantes son los dietéticos, existiendo una relación inversa entre la incidencia de CCC y el consumo de frutas, verduras, productos frescos, y aceite de oliva y directa con el consumo de grasa animal, pescados ahumados y salados, así como alimentos fritos. Aunque globalmente la exposición a factores ocupacionales juega un papel limitado en el CCC, en algunos casos concretos constituye un aspecto relevante. Así, existe un claro incremento del riesgo de cáncer de senos paranasales en los trabajadores de la metalurgia, madera, industria textil y del cuero. Por último, en cuanto a la susceptibilidad genética, estudios poblacionales han demostrado un riesgo incrementado de tres a ocho veces de sufrir un CCC en personas con antecedentes en familiares de primer grado, lo que implica una susceptibilidad genética en su aparición.

La **clínica** es muy variada y depende de la localización. En general comienzan como síntomas inespecíficos y es la duración y progresión de los mismos los que orientan hacia una posible causa tumoral de los mismos. En efecto, y dependiendo de su localización, suelen debutar como induraciones, excrecencias, masas, alteraciones en la voz del tipo afonía o disfonía, obstrucción nasal unilateral, *secreción nasal*, dolor de oído, sangrado nasal, etc. También puede haber disfunciones orgánicas como pérdida de audición y, si existe invasión de la base del cráneo —especialmente en tumores de nasofaringe—, visión doble u otra sintomatología neurológica. Aproximadamente, el 5% de los pacientes debutan con ganglios cervicales palpables (*bultos en el cuello*) como primera manifestación de un CCC, llegando al 50% en el caso de los tumores de nasofaringe e hipofaringe, donde constituyen de forma frecuente el primer signo de la enfermedad. La mayoría de los tumores de glándulas salivares, se presentan como una masa —generalmente *no dolorosa*— en la glándula.

Para el **diagnóstico** debe realizarse una exploración física completa con especial atención al examen de la cavidad oral y orofaringe, *laringoscopia* indirecta, palpación cuidadosa de todas las cadenas ganglionares y otras exploraciones en función de las manifestaciones clínicas presentes. El diagnóstico definitivo viene dado por el estudio histológico del tumor primario o de los ganglios afectados si existieran. Otros análisis complementarios son: análisis completo, Tomografía Computarizada (TC) y/o Resonancia Magnética (RM) cervicofacial. El estudio de extensión a distancia incluye de forma rutinaria una radiografía de tórax y/o otras exploraciones en función del tumor primario y su sintomatología. Una vez diagnosticado el tumor, se procede a la clasificación por estadios del mismo. Esto se hace siguiendo unas guías aceptadas por toda la comunidad científica - guías TNM de la *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*- que se basan en los factores “T”, relacionado con el tamaño o extensión del tumor, “N” relacionado con la mayor o menor afectación ganglionar, y “M” con la presencia o no de metástasis a distancia.

Bases del tratamiento

Tratamiento locorregional. Cirugía y radioterapia

La **cirugía y la radioterapia** son las armas terapéuticas clásicas empleadas en el tratamiento de las neoplasias de cabeza y cuello. En líneas generales, en tumores pequeños (generalmente T1 y T2), ambas modalidades de tratamiento pueden considerarse igual de eficaces, optándose por una u otra en función fundamentalmente la localización tumoral y la experiencia del centro. En tumores de mayor volumen, suele ser necesario el empleo combinado de ambas modalidades. El *vaciamiento ganglionar cervical* permite eliminar las áreas de drenaje linfático en las que pudiera existir enfermedad, incluso microscópica. El vaciamiento puede ser radical o funcional.

En cuanto a la **Radioterapia**, esta se emplea sobre el tumor primario y las cadenas de drenaje linfático. Las modalidades de tratamiento que se pueden distinguir en función del objetivo perseguido son:

- Tratamiento primario inicial radical de tumores localizados. También en el caso de CCC localmente avanzado con o sin asociación de tratamiento sistémico. La radioterapia constituye el pilar fundamental del tratamiento. Se administra mediante sesiones, usualmente entre 30-35 de unos 10 minutos diarios, de lunes a viernes. Durante la radiación el paciente estará aislado en un búnker para evitar la radiación del resto del personal. Por supuesto existe en todo momento una conexión visual y acústica entre el paciente y sus cuidadores a través de un sistema de monitores y altavoces que permite la interacción entre ambos y la interrupción del tratamiento si fuera preciso. En la mayoría de los Centros se dispone ya de aceleradores de última generación que permiten administrar la radioterapia de forma segura, limitando las dosis recibidas por los llamados órganos de riesgo, con la intención de reducir los efectos tanto agudos como crónicos tan frecuentes en estos pacientes (la llamada IMRT o intensidad modulada, la IGRT o Radioterapia guiada por imagen, etc).
- Radioterapia complementaria: se emplea tras la exegesis quirúrgica del tumor, generalmente en lesiones localmente avanzadas con el fin de eliminar enfermedad residual a nivel locorregional.
- Radioterapia paliativa: se administra con la finalidad de controlar síntomas, como puede ocurrir con el dolor provocado por adenopatías voluminosas —radioterapia antiálgica—, lesiones con riesgo de sangrado, compromiso de la vía aérea, etc

La radioterapia tanto cuando se administra de forma radical como postoperatoria, puede potenciarse con la administración simultánea de ciertos fármacos quimioterápicos, siendo el más utilizado en los CCC el cisplatino, que ha demostrado su poder radiopotenciador tanto in vitro como in vivo. Efectivamente, hoy la radio-quimioterapia basada en el cisplatino constituye el tratamiento estándar en la mayoría de los pacientes con CCC

localmente avanzados. Lógicamente potencia tanto los efectos beneficiosos de la radioterapia (mayor muerte celular tumoral) como los efectos secundarios (mayor mucositis y alteraciones hematológicas) por lo que es de vital importancia la correcta selección de los pacientes para estos tratamientos, más eficaces pero a la vez más tóxicos. No obstante, para los pacientes con contraindicación para el cisplatino, existen otras drogas como el carboplatino o el cetuximab, un anticuerpo contra un factor (egfr) presente en la mayoría de los CCC que tiene un parecido efecto radiopotenciador pero con menor toxicidad que el cisplatino.

A pesar del buen pronóstico con tratamiento estándar (cirugía o radioterapia) de los pacientes con enfermedad precoz, la mayor parte de los pacientes tienen enfermedad en estadios localmente avanzados (III y IV). En estos estadios el tratamiento aunque puede ser curativo, resulta muy agresivo ya que generalmente incluye quimioterapia, radioterapia y/o cirugía. En casos de tratamientos con radioterapia (hiperfraccionada o con fraccionamiento estándar) y quimioterapia concomitante, más del 80% de los pacientes presentan grados altos (3-4) de toxicidad. El manejo correcto de ésta puede evitar o reducir los efectos secundarios y permitir la finalización del tratamiento, aumentando la probabilidad de control tumoral.

La toxicidad del tratamiento se puede dividir en aguda – durante la RT o en los próximos meses- o tardía, a partir de los 6 meses y que pueden considerarse secuelas del tratamiento. Ambas toxicidades, aguda y crónica, deben ser adecuadamente recogidas y registradas en el historial clínico del paciente. Con el fin de consensuar los efectos adversos y su gradación aplicables a todos los trabajos clínicos en oncología, independientemente de la modalidad terapéutica o de su cronicidad, el NCI (National Cancer Institute) propuso a un grupo de expertos una revisión extensa de las escalas existentes. Fruto de esta iniciativa resultó la publicación, en el año 2003, del CTCAE (Common Terminology Criteria Adverse Event) v3.0, cuya última modificación es la versión 4.0 recientemente publicada

Los cuidados de soporte van encaminados a prevenir y minimizar los riesgos derivados de los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos, tanto agudos como crónicos.

La mucositis, epitelitis, desnutrición, traqueítis y edema de aritenoides, xerostomía (boca seca), ageusia (falta de gusto), nefrotoxicidad, vómitos y mielosupresión (anemia, descenso de leucocitos y de las plaquetas) son los efectos agudos más importantes del tratamiento radioterápico en los pacientes con tumores de cabeza y cuello. Mientras que, entre los efectos tardíos, destacan los siguientes: xerostomía, hipogeusia, hipotiroidismo (hipofunción de la glándula tiroidea), alteraciones dentales, trismus (dificultad para la apertura de la boca), necrosis ósea o cartilaginosa, mielitis cervical, hipoacusia, cataratas y retinopatía. De todos los efectos agudos de la RT, la **mucositis** es el más frecuente e importante, constituyendo la

principal causa de la interrupción del tratamiento. Clínicamente se objetiva eritema, atrofia, ulceración y necrosis de las mucosas irradiadas, acompañados de dolor espontáneo y odinofagia (dolor al tragar), que en condiciones normales de tratamientos convencionales aparecen sobre la 2ª, 3ª semanas desde el inicio del tratamiento y se mantienen hasta tres semanas después de la finalización del mismo. Las áreas más comúnmente afectadas son el paladar blando, las áreas amigdalares, la mucosa bucal y bordes laterales de la lengua, la pared faríngea, y la mucosa laríngea. En cuanto a las estrategias generales de prevención de la mucositis son importantes asegurar el estado nutricional, evitar hábitos tóxicos como tabaquismo y enolismo, y evitar agresiones térmicas del tipo de comidas muy calientes o frías. En las semanas previas al tratamiento debería procederse a una estabilización bucodental a cargo del especialista en salud bucodental, incluyendo exodoncias de las piezas en mal estado, normas de higiene bucal, tratamiento de las infecciones crónicas orales y tratamiento precoz de la candidiasis.

Farmacológicamente se han utilizado diversas sustancias con resultados insatisfactorios, por lo que aún no disponemos en la práctica clínica de fármacos de obligada prescripción por su eficacia. Dado que la mucositis constituye la principal causa de la interrupción del tratamiento en estos pacientes, las medidas de soporte durante el mismo son de una importancia extrema. Este soporte es fundamentalmente sintomático contra el dolor y la inflamación, y debe acompañarse de medidas adicionales coordinadas por un equipo multidisciplinar en el que deberían estar incluidos, junto al oncólogo radioterápico, el dietista, el psico-oncólogo y el equipo de DUE encargado del cuidado del paciente. Otro efecto agudo de la RT es la *epitelitis* o inflamación de la piel del área irradiada. Existen diversos grados, desde el enrojecimiento local hasta la descamación húmeda con necrosis y sangrado. Una buena hidratación e higiene de la piel junto con la utilización de técnicas modernas de RT como la IMRT, ayudarán a minimizar esta complicación.

Entre las complicaciones tardías, la más frecuente y que mayor incidencia tiene sobre la calidad de vida es la xerostomía o boca seca que, en casos severos, puede llegar a imposibilitar la alimentación por boca o a tener que ingerir únicamente alimentos líquidos o pasados. Afortunadamente esta complicación que antes era muy frecuente entre los supervivientes a largo plazo, ahora gracias a la tecnología actual que permite limitar la dosis de RT sobre las glándulas parótidas, es mucho más infrecuente aunque sigue siendo habitual un cierto grado de sequedad bucal. En cuanto a las estrategias generales de prevención de estas complicaciones, son importantes asegurar el estado nutricional, evitar hábitos tóxicos como tabaquismo y enolismo, y evitar agresiones térmicas del tipo de comidas muy calientes o frías. En las semanas previas al tratamiento debería procederse a una estabilización bucodental a cargo del especialista en salud bucodental, incluyendo exodoncias de las piezas en mal estado, normas de higiene bucal, tratamiento de las infecciones crónicas orales y tratamiento precoz de la candidiasis. Asimismo es importante una hidratación adecuada, incrementando la ingesta de

líquidos. Los substitutos de la saliva (complejos con fluoratos, carboximetilcelulosa, mucina, glicoproteína, antimicrobianos y antifúngicos) son complejos con acción de corta duración, sabor desagradable y coste elevado, por lo que son poco utilizados en la práctica. Los cuidados dentales deben continuar durante toda la vida o hasta la recuperación total de la salivación. Además de la colaboración de los médicos de atención primaria, dietistas e higienistas, es fundamental contar con médicos estomatólogos en los servicios de oncología radioterápica o colaborando estrechamente con los mismos, con el fin de minimizar los efectos devastadores que la irradiación de estos tumores puede ocasionar, especialmente entre los pacientes con peor higiene bucodental y malos hábitos dietéticos.

Cuidados en el paciente sometido a Radioterapia de Cabeza y Cuello

CUIDADOS A SEGUIR PREVIAMENTE A LA IRRADIACIÓN

Para poder realizar un tratamiento de Radioterapia (Rdt) de Cabeza y Cuello es importante que sepa:

- En el momento de la planificación del tratamiento se le realizará una **máscara termoplástica** con la finalidad de inmovilizarle y facilitar la reproducción diaria del mismo tratamiento. Con la máscara puede respirar sin ningún problema. Si le angustia tener que utilizarla, hable con su enfermer@ para buscar alternativas viables y posibles (medidas farmacológicas, modificaciones, adaptaciones...) Se le citará para la realización de un TAC de simulación virtual. Los datos así obtenidos serán la base para realizar la planificación de su tratamiento. El tiempo de duración será de 20-30 minutos.
- Es posible que para la planificación su médico le solicite un **Tac con contraste endovenoso**. Cada centro tiene su propio protocolo pero recuerde como norma acudir en ayunas de 6 h y estar muy atento a cualquier reacción que pueda haberle sucedido con anterioridad, alergias, intolerancias .., en tal caso, coméntelo con su equipo previamente a la prueba.
- Es muy importante mantener el peso durante el tratamiento por varios motivos :
 - El principal es mantener un mismo volumen a irradiar, su Vd. adelgaza, su contorno y forma corporal varia y esto nos haría variar los cálculos realizados.
 - El segundo motivo es: la radioterapia de cavidad oral es muy tóxica para las mucosas, principalmente en boca y cuello y por ello el paciente que la sufre tiende a no alimentarse como es debido. El mantener un mismo peso comporta cierto esfuerzo por su parte, un compromiso vital y si no lo pudiera cumplir debería solicitar ayuda al equipo. Controles con la dietista y batidos complementarios.
 - También es recomendable, antes del inicio del tratamiento de Rdt en la cavidad oral, una **visita al dentista** con la finalidad de poder definir la situación de sus piezas dentales. Es preferible retirar piezas dañadas, antes del tratamiento, que sufrir complicaciones durante la irradiación. Cualquier modificación o complicación en su boca durante las sesiones de radioterapia, podría hacer

necesario una re-planificación del tratamiento y un retraso en su inicio o consecución.

- Si le han realizado una traqueostomía y utiliza cánula de plata, se la cambiarán por una de plástico durante el TAC y todos los días de tratamiento. Su enfermer@ ya le explicará los cuidados a seguir respecto al cambio y a su correcto mantenimiento.

Resumiendo, como recomendaciones generales le aconsejamos:

- **Correcta hidratación y nutrición.** Es importante hacer frente al tratamiento con radioterapia en un estado óptimo nutricional y de hidratación.
- **Dejar de fumar y beber alcohol** o disminuir el consumo lo máximo posible. Solicite ayuda a su enfermer@
- Piel hidratada, heridas cicatrizadas. Use la crema hidratante recomendada tres o más veces al día.
- Mantener una correcta higiene bucodental. Si utiliza colutorios, deberán ser sin alcohol y enriquecidos con Flúor. Enjuagues con agua y bicarbonato, para cambiar el ph de la boca y reducir riesgo de caries e infecciones por hongos.
- Evite rozaduras en la zona.
- Proteja la piel de agresiones externas, como frío o sol. No utilice collares, cadenas o similares en el cuello.
- Use protección solar si fuera necesario.
- Si ya hubiese eritema u otra alteración en la zona irradiada, consulte con el médico o enfermer@, para aplicar tratamiento adecuado.
- No aplique sobre la zona irradiada lociones que contengan alcohol ni yodo.
- No es recomendable aplicar cremas que no estén recomendadas por su médico o su enfermera.

CUIDADOS A SEGUIR DURANTE EL TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA

- La piel en el área de tratamiento puede ponerse roja, edematosa y con picores. Esto sucede habitualmente transcurridas 2-3 semanas desde el inicio de la radioterapia y es más frecuente en casos en los que el programa de tratamiento incluye quimioterapia asociada (concomitante). Avise a su enfermer@.
- Si sufre prurito, es decir picor en la piel, no se rasque ni use ropa ajustada. Hay medicación para paliar estos síntomas, enfermería le informará. Tras el lavado, seque la piel con una toalla suave con ligeros toques. Aplicar compresas húmedas de agua de tomillo o manzanilla puede aliviarle temporalmente.
- No exponga el área de tratamiento a cambios extremos de temperatura (ej. Agua caliente o hielo). Esta zona es siempre muy sensible.
- Evite la exposición directa al sol. Use crema solar de protección alta cuando pasee por la calle e intente no exponerse directamente al sol más agresivo de determinados horarios veraniegos.
- Recuerde lavarse la piel del área de tratamiento sólo con jabones neutros y sin restregar.
- Para realizar la irradiación la piel debe estar limpia, sin restos de cremas ni maquillajes en mujeres.
- Se puede producir alopecia, es decir pérdida de pelo o cabello, pero exclusivamente en el área de tratamiento.
- Los hombres deben afeitarse solamente con máquinas eléctricas y evitar el uso de lociones antes y después de afeitarse.
- Tras unas dos o tres semanas de tratamiento puede sentir que su boca o garganta estén irritadas o doloridas. Se le recomienda enjuagar y hacer gárgaras con solución de manzanilla amarga y miel, antes y después de comer y con la frecuencia que usted desee. Su médico o enfermera le podrá recetar algún producto y/o medicamento para el dolor si fuera necesario.
- Mantenga una buena higiene dental. Utilice un cepillo de cerdas blandas y una pasta fluorada para la higiene de su boca. Es aconsejable que se cepille los dientes tres

veces al día. Si el proceso es doloroso límpiense con unas gasas. Cuanto mejor sea la higiene de su boca sin producir erosiones, tendrá menos riesgo de infecciones .

- Debe evitar colutorios con alto contenido en alcohol. Puede enjuagarse la boca con agua de manzanilla.
- Para limpiar sus dientes no utilice palillos ni algún otro aditamento filoso o cortante que pueda dañar sus encías
- Si utiliza dentadura postiza, hay que tener en cuenta que, durante el tratamiento, puede ocasionarle lesiones en la mucosa de la boca. Recuerde que también deberá lavarla y cepillarla, así como hacerlas revisar y ajustar periódicamente por su dentista.
- Hay muchas cosas que son irritantes para la mucosa de la boca y garganta que pueden aumentar la severidad de los efectos secundarios y que debe de evitar durante el tratamiento:

- Uso de tabaco
- Uso de alcohol
- Bebidas gaseosas
- Zumos ácidos
- Comidas ásperas
- Comidas altamente sazonadas
- Bebidas muy calientes o muy frías
- Comidas muy calientes
- Enjuagues bucales comerciales
- Picantes, excesos de azúcares o salados



- Es muy importante mantener su peso mientras está en tratamiento. Coma cinco o seis veces por día, repartiendo la cantidad de comida, e incluya alimentos ricos en proteínas tales como carnes, batidos, huevos y quesos. Se controlará el peso frecuentemente.



- Siga las instrucciones proporcionadas por su nutricionista.
- Cambie la textura de las comidas para facilitar su ingesta.

- Deberá comunicar a la enfermer@ si el dolor en la zona de tratamiento le imposibilita comer.
- Al empezar su tratamiento podrá perder el sentido del sabor por un tiempo. La saliva aumenta de consistencia, espesándose. Si tiene la boca muy reseca añada salsas, jugos u otros líquidos, a sus alimentos para poder tragar con más facilidad. Posiblemente pierda gusto y olfato que le imposibiliten notar el sabor de los alimentos. Recomendamos utilizar una presentación atractiva de los platos, para que sea la vista la que transmita información a su cabeza de aquello que va a comer y así aumente su apetito.
- Frecuentes sorbos de agua pueden ayudar a aliviar la sequedad de boca. Con recomendación de su médico puede usar salivas artificiales para humedecer la boca. Pasará un período de tres a seis meses después de terminada su terapia antes de que mejore su sentido del sabor o su producción de saliva.
- Chupar productos sin azúcar (caramelos duros, polos o chicles) puede ayudar también a producir más saliva.
- Mantenga los labios húmedos con bálsamos labiales, cremas de cacao o vaselina.
- Realice todos los días ejercicios mandibulares. Solicite información a su enfermer@.
- Es frecuente que durante el tratamiento, se encuentre más cansado de lo habitual. Suele ser consecuencia del propio tratamiento, de otras terapias asociadas, y del desplazamiento diario al hospital. Esta sensación de cansancio es temporal y desaparece algún tiempo después de finalizar la radioterapia.
- Descanse todo lo que necesite. Duerma por lo menos 8 horas por la noche y la siesta. No haga esfuerzos. Lleve una dieta sana y equilibrada. Si necesita alguna ayuda coménteselo a su enfermer@.
- Recuerde que el cansancio es debido al tratamiento, no a que la enfermedad evoluciona desfavorablemente.

CUIDADOS E INFORMACIÓN AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO

- Aunque haya finalizado el tratamiento, los efectos de la radiación persisten durante un mes aproximadamente. En los primeros 15 días es posible que puedan acentuarse algunos síntomas.
- Evite ingerir comidas demasiado saladas, ácidas o demasiado calientes o frías hasta que la boca y garganta se hayan recuperado totalmente.
- Mantenga una adecuada higiene oral haciendo gárgaras con agua de manzanilla amarga. Use enjuagues libres de alcohol, así como limpieza dental con cepillo blando después de cada comida, utilizando una crema rica en flúor.
- Los hombres deben continuar utilizando la maquinilla eléctrica y evitar utilizar lociones antes y después del afeitado hasta que la piel se recupere.
- Evite el uso de dentaduras postizas, y sólo utilizarlas para comer. Revisar las dentaduras postizas a los seis meses de terminado el tratamiento para comprobar que continúan bien ajustadas.
- Mantenga la boca húmeda con ingesta abundante de líquidos.
- Báñese o dúchese con agua tibia. Emplee sus manos en vez de una esponja, sobre el área tratada tras la radioterapia.
- Si en algún momento necesita extraerse alguna muela o cualquier tipo de trabajo dental, consultar con su oncólogo radioterapeuta que le informará al respecto. Puede ser necesario que para manipular la zona irradiada deba acudir a un cirujano maxilofacial.
- Si después del tratamiento se tienen nuevos síntomas, ganglios, ulceraciones, o cualquier lesión sospechosa, póngase en contacto con su oncólogo radioterapeuta.
- Mantenga la piel siempre hidratada. Utilice cremas de protección solar.
- Si esta en seguimiento de curas por enfermería deberá seguir con sus citas.
- El equipo de enfermería estará a su disposición para cualquier cosa que necesite.