

Juárez Duarte, Pilar María

**Impacto del consumo de
cocaína en la salud
bucodental: presentación de
caso clínico**

**Trabajo final para obtención del título
de grado de Odontología**

Directora: Bonnin, Claudia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin
Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)

“Impacto del Consumo de Cocaína en la Salud Bucodental: Presentación de Caso Clínico”

Trabajo Integrador

Práctica Profesional Supervisada

Odontología

Año 2025

AUTOR: Juárez Duarte, Pilar María

TUTOR: Prof. Od. Lucca, Claudia Elena

TITULAR DE CÁTEDRA: Prof. Dra. Bonnin, Claudia Estela.

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
CASO CLÍNICO	8
DIAGNÓSTICO	11
PLAN DE TRATAMIENTO	12
PRONÓSTICO	16
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXO I	23
ANEXO II	24
ANEXO III	25

RESUMEN

La cocaína, sustancia psicoactiva estimulante que proviene de la hoja de erythroxylon coca, es una de las drogas cuyo consumo trae consigo un amplio abanico de problemas físicos, psíquicos, conductuales y de complicaciones a nivel sistémico, como también así en el sistema estomatognártico. Si bien el consumo de la cocaína se remonta a siglos atrás, la prevalencia actual de su uso ilícito en sus diferentes formas se ve cada vez más aumentada, representando un verdadero problema de salud pública a escala global¹.

El aumento de la demanda ha llevado consigo el aumento de la producción de la sustancia y a la formulación de múltiples formas de administración, llevando la consecuente reducción de su valor. Esto implica que el acceso a ella se ve cada vez más facilitado no sólo a crónicos sino también a nuevos usuarios. La OMS en su proyecto sobre las consecuencias adversas para la salud de la cocaína establece que, a medida que disminuye el precio, el hábito pasa a no ser exclusivo a clases sociales de alto poder adquisitivo, sino que también se ve más accesible a aquellas vulnerables, especialmente en la gente joven¹.

El impacto que pueden generar estas sustancias en la cavidad oral se va a ver desglosado en múltiples manifestaciones y patologías: caries dental, enfermedad periodontal, xerostomía, ageusia, pérdida prematura de elementos dentarios permanentes, bruxismo, disfunciones de la articulación temporomandibular, lesiones en tejidos blandos y hasta incluso en múltiples casos de consumo crónico y frecuente hasta la perforación de paladar². Esto, sumado a otros factores como la pobre higiene oral, el tabaquismo, la frecuente ingesta de azúcares y hábitos parafuncionales pueden agravar o incrementar la presencia de tales problemas³.

Este trabajo tiene como objetivo enfatizar en la prevención de su consumo, el diagnóstico precoz y temprana intervención de los profesionales de salud para reducir la población afectada y el tratamiento y rehabilitación integral de las estructuras y funciones de la cavidad bucodental cuando las consecuencias de su uso se vuelven irreversibles, a través de la presentación de un caso clínico.

Palabras clave: manifestaciones orales, cocaína, caries, enfermedad periodontal, droga.

ABSTRACT

Cocaine, a stimulant psychoactive substance derived from the Erythroxylon coca leaf, is one of the drugs whose consumption brings a wide range of physical, psychological, and behavioral problems, as well as systemic complications, including those affecting the stomatognathic system. Although cocaine use dates back centuries, the current prevalence of its illicit use in its various forms is increasing, representing a true public health problem on a global scale¹.

Rising demand has led to increased production of the substance and the formulation of multiple forms of administration, leading to a consequent reduction in its price. This means that access to it is becoming increasingly easier not only for chronic users but also for new ones. In its project on the adverse health consequences of cocaine, the WHO establishes that, as the price decreases, the habit is no longer exclusive to high-income social classes, but also becomes more accessible to vulnerable groups, especially young people¹.

The impact these substances can have on the oral cavity can be broken down into multiple manifestations and pathologies: dental caries, periodontal disease, xerostomia, ageusia, premature loss of permanent teeth, bruxism, temporomandibular joint dysfunction, soft tissue injuries, and even, in many cases of chronic and frequent users, palate perforation². This, coupled with other factors such as poor oral hygiene, smoking, frequent sugar intake, and parafunctional habits, can aggravate or increase the presence of such problems³.

This paper aims to emphasize the prevention of its consumption, early diagnosis, and prompt intervention by health professionals to reduce the affected population, as well as the integral treatment and rehabilitation of the structures and functions of the oral cavity when the consequences of its use become irreversible, through the presentation of a clinical case.

Key words: oral manifestations, cocaine, caries, periodontal disease, drug.

INTRODUCCIÓN

Si bien el uso y consumo de sustancias psicoactivas es una situación lejos de ser emergente en los últimos tiempos, es imposible negar la incesante e incremental globalización de esta práctica. La cocaína, sustancia que se extrae de la hoja de *erythroxylon coca*, es una de las de mayor popularidad. Originaria de los pueblos andinos, principalmente en las zonas de Perú, Bolivia y Norte de Argentina, hoy día poblaciones de todos los continentes tienen acceso a ella, y el desarrollo de las múltiples formas de presentación con sus respectivas vías de administración expande aún más su alcance, y por ende, sus consecuencias¹.

En el libro formulado como resultado del proyecto de Consecuencias Adversas para la Salud de la Organización Mundial de la Salud se identifican las siguientes preparaciones:

- 1) Cocaína propiamente dicha, coloquialmente llamada “nieve”, que refiere al producto refinado hidrocloruro de cocaína cuya pureza se verá determinada por su dilución en azúcares, cafeínas, anestésicos locales o anfetaminas.
- 2) La coca, la hoja que mascan los pueblos indígenas del noroeste sudamericano por su acción contra los mareos, el hambre y la fatiga, que incluye un 0,5 al 1,5% de cocaína en su estructura. Esta, al igual que la cocaína “nieve”, tienen mayor capacidad de absorción a través de mucosas que las demás presentaciones.
- 3) La pasta básica de cocaína, también llamada alcaloide de cocaína o base, que a través de diversos métodos se obtiene con el hidrocloruro de cocaína. Al tener un punto de evaporación menor a la cocaína propiamente dicha, pierde menor cantidad de su composición cuando se la calienta e inhala.
- 4) La pasta de cocaína o basuco, que generalmente se integra y mezcla con tabaco o marihuana en forma de cigarrillo¹.

La forma de administración más predominante en las últimas décadas ha sido la inhalación de la cocaína propiamente dicha, a través de las fosas nasales³. No obstante, es usual también que su consumo se vea combinado con el consumo de otras drogas, tales como opioides, tabaco y alcohol⁴.

La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) realizó un informe de caracterización química de cocaína en Argentina en 2021/2023 en el cual se presenta la siguiente información respecto a la prevalencia del consumo:

- 1) El 24% de la población ha consumido alguna droga ilícita alguna vez en su vida, lo que significa que alguna vez en su vida han hecho uso de medicamentos opioides, marihuana de uso no terapéutico, cocaína, alucinógenos, éxtasis pasta-base/paco, inhalables y/o solventes, metanfetaminas, anfetaminas, crack, gbh, ketaminas, etc.

- 2) El 3,9% de la población del país entre 16 y 75 años consumió cocaína alguna vez en su vida.
- 3) La tasa de consumo tanto de la cocaína por sí misma como de otras drogas ilícitas es superior en los hombres, presentando una diferencia significativa por sexo de 12,6p.p.
- 4) Respecto al inicio del uso de la cocaína, en promedio la primera vez fue a los 20 años, coincidente también con la moda (edad de inicio declarada por la mayoría de los encuestados). Muy pocos iniciaron el consumo luego de los 35 años (2,4%), lo que implica que el 98% de los consumidores se iniciaron antes de esta edad, siendo el 16% que lo iniciaron a los 16 años o antes.
- 5) En el año 2022, menos de un 1% refirió no haber consumido en los últimos 12 meses, dato utilizado como indicador del uso reciente. Nuevamente, fue mayor el porcentaje en hombres que en mujeres.
- 6) Un 0,5% refirió haber consumido en los últimos 30 días, dato utilizado como indicador de consumo actual. No obstante, este dato debe tomarse con precaución para asegurar que las estimaciones y solvencia estadística de los datos sean de calidad.
- 7) Los datos extraídos sobre la pureza de la cocaína en muestras secuestradas correspondientes a 782 pericias toxicológicas realizadas en 2021 y de 1987 pericias realizadas en 2022 por los gabinetes de Gendarmería Nacional Argentina y Policía Federal Argentina deben ser tomados con precaución, puesto que se estima que la gran mayoría de estas no estaban destinadas a la venta final sino al traslado al exterior para luego ser “estirada”, acondicionada y fraccionada para la venta minorista. Esto implica que no hay información suficiente para determinar la calidad de la cocaína utilizada por la población del país. No obstante, en las muestras adulteradas la sustancia más encontrada han sido los azúcares reductores⁵.

Podemos afirmar entonces que el polimorfismo de las formas farmacológicas tanto como el de su composición y calidad nos darán una gran gama de diferentes afecciones no sólo exclusivas en la cavidad bucal y fosas nasales, sino también a nivel psicológico que puede tener repercusiones agregadas al estado oral, así llevando al deterioro rápido de las estructuras, las funciones y la salud³. El fin de este trabajo radica en el análisis del impacto que tiene el consumo de la cocaína en un paciente de nuestra población, y de qué manera se puede adaptar y diseñar un plan de tratamiento integral para devolver los tejidos a la salud y rehabilitar las funciones para una óptima recuperación del sistema estomatognático en la medida de lo posible.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este trabajo es determinar y analizar el impacto del consumo prolongado de cocaína durante la adolescencia y juventud temprana en la salud oral, y las alteraciones residuales que se pueden dar en el sistema estomatognártico un vez suspendido el consumo en un paciente que concurre a la consulta odontológica en la Clínica Odontológica de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba en búsqueda de un tratamiento integral de rehabilitación funcional y estética, requiriendo un abordaje odontológico multidisciplinario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Realizar una historia clínica completa para recolectar los antecedentes personales patológicos y los antecedentes de la enfermedad actual y del consumo de sustancias.
- 2) Identificar las manifestaciones en la cavidad bucal asociadas al consumo de cocaína presentes en el paciente.
- 3) Evaluar el estado de las estructuras dentarias, periodontales, mucosas y articulares del paciente relacionados a su historia previa de consumo
- 4) Evaluar los hábitos de higiene y hábitos nocivos que pueden impactar en el estado bucal actual.
- 5) Determinar el grado de severidad de las secuelas derivadas del consumo en etapa temprana de la adolescencia.
- 6) Diseñar un plan de tratamiento integral para rehabilitar las funciones afectadas, devolver los tejidos perdidos, obtener una estética adecuada y prevenir futuras enfermedades en la cavidad oral.
- 7) Instruir en educación para la salud tanto en formación de hábitos de higiene adecuados como hábitos dietarios y la prevención para reducir o eliminar hábitos nocivos tales como tabaquismo para reducir factores de riesgo asociados.
- 8) Reflexionar sobre el rol del odontólogo a la hora de detectar las afecciones asociadas al consumo de cocaína de manera precoz y la promoción de educación en salud para la prevención del consumo tanto de la cocaína como de otras sustancias ilícitas.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 28 años acude a la consulta odontológica a la Clínica Odontológica de la carrera Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba en búsqueda de un tratamiento integral, refiriendo que no va al odontólogo en años y “no se acuerda de la última vez que se hizo ver”. Relata no poder comer cómodamente y molestia estética de manchas parduzcas en los elementos anteriores.

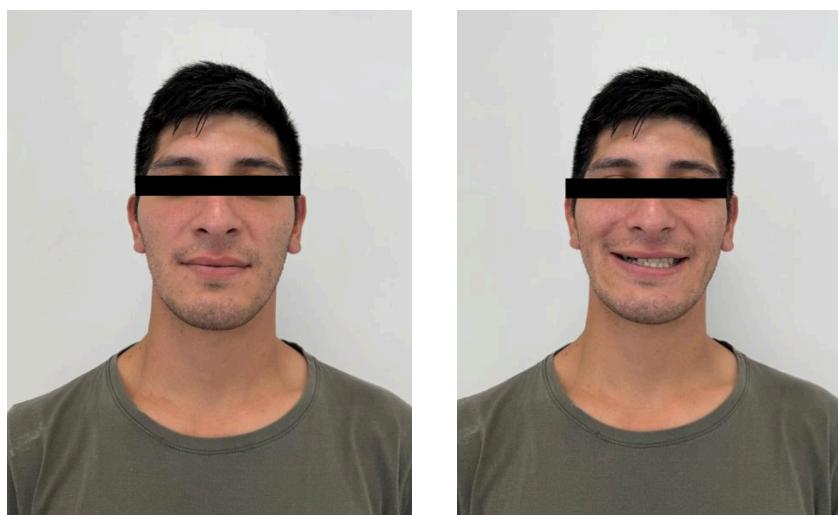


Figura 1 y 2: fotografías extraorales del paciente en reposo y sonriendo.

Se observa asimetría en la sonrisa y corredores bucales amplios.

A la inspección clínica observamos una mordida borde a borde, que podemos atribuir a la falta de soporte posterior por las piezas ausentes 16, 28, 36, 37, el 47 y 48; a restos radiculares de elementos 15, 17, 24, 26 y 27 (como también algunos difíciles de identificar pero posiblemente correspondientes con los elementos 36 y 37) y a la ausencia de guía canina por “decapitación” de elemento 13 y guía anterior alterada por resto radicular de elemento 12.



Figura 3: fotografía intraoral frontal en posición de máxima intercuspedeación (PMI).



Figura 4 y 5: fotografías intraorales laterales en PMI.

Observamos plano de oclusión quebrados por extrusión de los elementos 18 y 38, y múltiples elementos con lesión cariosa, tales como cara oclusal de 14, cara palatina-mesio-vestibular del 11, cara distal de 21, caras mesial y distal de 22, cara mesial y cara palatina-distal de 23, caras mesio-ocluso-distal de 25, cara oclusal de 38, cara oclusal y distal de 35, cara oclusal de 45 y caras ocluso-mesio-lingual de 46. Podemos también observar múltiples pigmentaciones a nivel vestibulocervical de elementos anterosuperiores con retracciones gingivales en 11 y 23 y acúmulo de placa en sector anteroinferior, con recesiones en elementos 43, 32, y 33. El elemento 38 ha sufrido un corrimiento mesial producto de la pérdida prematura de elementos 37 y 36, cuyos restos radiculares en retención mucosa representan la posibilidad de deterioro crónico de tales piezas de larga data.

También identificamos una línea dentaria media del maxilar superior desviada, que diverge de la línea media esquelética. Hay presencia de apiñamiento y ligera desviación de línea media del maxilar inferior. También se presenta con halitosis fuerte propia del tabaco.



Figuras 6 y 7: fotografías intraorales oclusales: maxilar superior e inferior.

En la anamnesis, el paciente declara consumo diario de cigarrillos, mate caliente y té. Revela antecedentes de consumo de cocaína de tipo “nieve”, iniciándose a los 12 años de edad y suspendiendo el uso a los 20 años. Ante el interrogatorio de manera de administración, el paciente relata haberla consumido de manera inhalatoria y el sobrante o restante era tomado con la yema del dedo y frotado en las encías. Al pedirle que imite la acción, observamos que el paciente es zurdo, y el lugar de elección para frotar la sustancia es en sector anterosuperior, especialmente del lado derecho. Esto es compatible con la zona mayormente afectada por estas caries de tipo rampante o rápido avance, que se diferencian de las demás lesiones al afectar a múltiples piezas dentarias en zonas que normalmente no suelen presentar lesión de caries (cuellos y caras libres)⁴, debido al gran contenido azucarado con el que se “estira” la sustancia para su venta minorista⁶. También es compatible con la asimetría en la forma de arcada del maxilar superior, que describe por vestibular un arco de forma ovoidea en el cuadrante 1 que pierde continuidad o presenta una depresión en el sector de las piezas 22 y 23. Podemos asumir entonces que del lado anterosuperior derecho se ha visto más afectado el tejido dentario, mientras que del lado izquierdo la acción ha alterado los tejidos de soporte del elemento. Paciente no relata historia previa de episodios de dolor asociados a tejidos dentarios en los últimos 10 años por lo menos, y no manifiesta dolor actual en ninguna de las piezas afectadas. No expresa antecedentes personales patológicos ni hereditarios. Se solicita ortopantomografía como estudio complementario para determinar un diagnóstico clínico y radiográfico adecuado.



Figura 8: ortopantomografía previa a la formulación de diagnóstico.

DIAGNÓSTICO

Para la formulación del diagnóstico utilizando la radiografía panorámica como complemento a la situación clínica se tomarán 5 regiones: maxilar superior, maxilar inferior, región de la articulación temporomandibular y dentición superior e inferior.

- **Región nasomaxilar:** observamos sutura intermaxilar desviada hacia el lado derecho y espina nasal inferior poco definida, que podemos atribuirlo a la forma de administración de la cocaína, ya que cubriendo el lado derecho para aspirar del izquierdo, el tabique sufre trauma constante en su superficie izquierda estimulando la remodelación del hueso a medida que se desplaza hacia el lado derecho⁷. Se ve gran neumatización del seno maxilar izquierdo consecuencia de restos radiculares de 26 y 27 de larga data, con el soporte óseo del sector de esas piezas evidentemente reducido y reabsorbido.
- **Región mandibular:** rebordes residuales reabsorbidos en sector posterior derecho e izquierdo entre elementos 35 y 38, con retención mucosa de restos radiculares de larga data de elementos 16 y 17. Trayecto de nervio dentario inferior normal.
- **Región de la Articulación Temporomandibular (ATM):** difícil de ver debido a la gran altura de la rama mandibular. Se puede observar una asimetría a nivel de la eminencia articular del maxilar superior de ambos lados, ya que del lado derecho tiene una superficie más bien irregular en comparación al lado izquierdo. A nivel clínico, la trayectoria de apertura y cierre se ve desviada y no en línea recta, y el paciente tiene problemas para mantener la boca abierta por mucho tiempo. Podemos determinar que la ATM se encuentra alterada³ debido a la pérdida del soporte posterior (que atribuimos al consumo de cocaína crónico y en tiempos cruciales del desarrollo), buscando una posición más adelantada para encontrar contacto en los elementos de sector anterior que tampoco están preparados para soportar tales fuerzas oclusales. También al encontrarse ausente la guía canina del lado derecho, los movimientos mandibulares de lateralidad se encuentran descoordinados y con falta de control.
- **Dentición superior:** de derecha a izquierda, observamos elemento 18 extruido quebrando plano de oclusión, con caries por oclusal debajo del esmalte. Restos radiculares de elemento 17 y 15 en retención mucosa con hueso alveolar en proceso de reabsorción evidenciado por ligamento periodontal ensanchado, ambos de larga data que no han tenido intervención odontológica sino cuyo deterioro crónico ha llevado a su expulsión lenta de sus respectivos alvéolos. Elemento 16 se encuentra ausente, cuya reabsorción de su alveolo ha generado una conexión entre las crestas alveolares de los elementos 17 y 15. Elemento 14 con buen estado periodontal, con presencia de caries ocluso-mesial con extensión bajo el esmalte cercano a la cámara pulpar, sin sintomatología pulpar. Resto radicular de 13 de larga evolución con ligamento periodontal ensanchado que ha sido desplazado fuera del alveolo poco a poco a lo largo del tiempo (comparando el largo radicular con su elemento homólogo del lado opuesto). Resto radicular de elemento 12 con radiolucidez a nivel periapical, con pulpa necrótica y sin remanente coronario suficiente para considerar una rehabilitación con prótesis fija. Elemento 11 con gran cavitación de caries por palatino mesio vestibular, con extensión cercana a la pulpa pero asintomática. Elemento 21 con buen estado periodontal y lesión de caries debajo del esmalte por distal. Elemento 22 con lesiones cariosas por mesial y distal en mayor medida, buen estado

periodontal. Elemento 23 con gran cavitación cariosa por distal y palatino extensa, con compromiso pulpar, con pulpa hiperémica y buen estado periodontal. Elemento 24 con pared palatino mesial restante, con destrucción total del resto de la porción coronaria, con posible giroversión debido a la posición radiográfica de ambas raíces, que se encuentran sumamente separadas, siendo la raíz palatina que se encuentra más mesializada y la vestibular más distalizada. Gran radiolucidez a nivel apical de la raíz palatina. Elemento 25 con buen estado periodontal, ligera radiolucidez a nivel cérvico distal y cérvico mesial con lesión cariosa mesio ocluso distal, de buen pronóstico. Restos radiculares de elementos 26 y 27, expulsados del poco restante de sus respectivos alveolos de evolución crónica. Elemento 28 ausente.

→ **Dentición inferior:** De derecha a izquierda, elementos 48 y 47 ausentes, 46 presenta gran cavitación de caries por oclusal, lingual y mesial atribuible a la pérdida o desalojo de una antigua restauración de amalgama (ya que vemos restos de esta presente en surco mesiovestibular de ella), con raíz distal corta y raíz mesial con gran proceso periapical, pulpa necrótica. Elemento 45 presenta caries superficial por oclusal y buen estado periodontal, mismo caso en 44 exceptuando la presencia de lesión caries, en cambio se observan fosas principales pigmentadas pero sin pérdida de mineral ni presencia de mancha blanca de caries activa (como se evidencia en la radiografía). Elementos 43, 42, 41, 31, 32 y 33 en buen estado estructural y periodontal. Elemento 34 con buen estado periodontal, fosas principales pigmentadas pero sin pérdida de estructura mineral al igual que 44. Elemento 35 con presencia de lesión de caries por oclusal y distal en dentina, pero superficial. Restos radiculares de evolución crónica cuyo deterioro gradual llevó al desalojo de sus alvéolos respectivos y la reabsorción de estos, dejando estos restos con dificultad de determinar a qué piezas corresponden, pero que pueden asumirse de elementos 36 y 37. Elemento 38 extruido y con corrimiento mesial, con gran cavitación de caries por oclusal de gran profundidad, ligamento periodontal con ligero ensanchamiento alrededor del ápice de la raíz mesial a costa de la cual hace su deslizamiento hacia mesial.

PLAN DE TRATAMIENTO

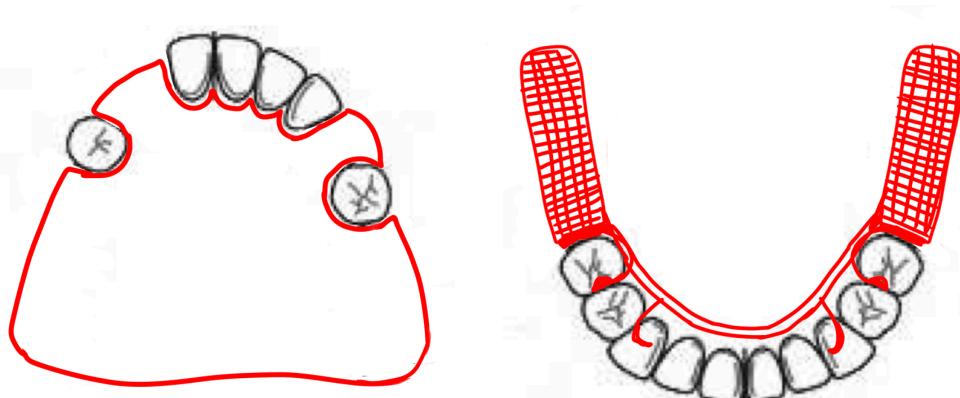
Se diseña un plan de tratamiento destinado a devolver no sólo las funciones de masticación, deglución y fonación, sino también a devolver el soporte en el sector posterior para eliminar el trauma oclusal en los elementos anteriores que puedan afectarlos o empeorar su pronóstico, reponiendo una oclusión mutuamente protegida que también busca quitar la sobrecarga en la articulación temporomandibular. Por último y no menos importante, también devolveremos armonía estética a la sonrisa. Es así que, aunque se trate de un paciente joven adulto, intervenimos para evitar un futuro deterioro y aumentamos su calidad de vida, definida por la OMS como "Percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Para el paciente, devolverle la capacidad de masticación posibilitando la ingesta adecuada de todo tipo de alimentos, removiendo la carga de fuerzas excesiva en sector anterior y devolviendo los elementos perdidos que comprometen la estética visual de su sonrisa podemos aumentar significativamente su calidad de vida.



Figura 9: diseño de plan de tratamiento en forma de esquema.

→ **Fase Higiénica o prevención:** Se busca no sólo la motivación para que el paciente vuelve semanalmente a la clínica para la realización de las diferentes intervenciones detalladas, sino también para que aplique desde el hogar las prácticas de control mecánico de la placa con cepillo de dientes de cerdas de nylon blandas a la misma altura y de cabezal pequeño; hilo dental para los espacios interproximales y uso de cepillo unipenacho para lograr la eliminación de la placa a nivel de las caras proximales libres a brechas desdentadas. También se realizan sugerencias de nutrición, recomendando la reducción de frecuencia de ingesta en el día, evitar los carbohidratos y azúcares pegajosos como los caramelos masticables de menta que consume usualmente para disimular la halitosis de tabaco y la incorporación de alimentos protectores de la caries tales como el consumo de lácteos y reemplazo de azúcares por edulcorantes como el xilitol cuyos productos no son metabolizados por el biofilm. Se indica técnica de Bass, con una dirección de las cerdas a 45° en el surco gingival realizando movimientos circulares envolventes y de arriba hacia abajo, tanto por las caras vestibulares como palatinas, y en caras oclusales de molares cepillar con movimientos de frotación. Se insiste en la adopción de una frecuencia de cepillado dos veces al día como mínimo durante 2 minutos, haciendo hincapié en el cepillado antes de dormir. Se recomienda el cambio de cepillo cada 3 meses. Se enfatiza en la importancia de seguir con control una vez acabado el tratamiento, al menos una o dos veces por año, para asegurar mantener la salud bucodental. La etapa de prevención se mantendrá constante a lo largo del tratamiento.

- **Fase Quirúrgica (exodoncias):** Se indican las exodoncias mencionadas con anterioridad en primera instancia intervenciva, debido a que debemos priorizar la eliminación de focos sépticos activos que representan también sitios de retención de biopelícula. De esta manera, no sólo eliminamos la carga séptica en boca, sino también otorgamos tiempo suficiente al hueso alveolar para reabsorberse y remodelarse hasta que se alcance la etapa de rehabilitación protésica, logrando una adecuada preparación del terreno protético.
- **Fase Correctiva (endodoncia):** Se indica tratamiento endodóntico de biopulpectomía total al elemento 23, que presenta diagnóstico de hiperemia pulpar asociado a un proceso carioso destructivo de gran extensión con cercanía a la cámara pulpar. Se considera posibilidad de necesidad de tratamiento endodóntico en elementos 14 y 11, que presentan procesos cariosos de profundidad con cercanía a la pulpa pero con diagnóstico de pulpa normal. Se aspira a la protección pulpar indirecta en ambas piezas, pero debiendo considerarse la eventualidad de tratamiento de biopulpectomía total en ambas piezas si la protección no tiene éxito clínico.
- **Fase Correctiva (operatorias):** Indicada la realización de restauraciones estéticas directas en elementos detallados en la figura 9, considerando viabilidad de colocar material como ionómero vítreo que devuelva módulo de elasticidad y soporte a aquellos elementos con gran pérdida estructural como el 14, 11 y 23.
- **Fase de Rehabilitación (prótesis):** Se opta por la confección de una prótesis parcial removible de tipo flex en maxilar superior con ganchos gingivales estéticos en forma de prolongaciones que abrazan el maxilar superior por vestibular y se proyectan hacia la línea media. En maxilar inferior se opta por la confección de una prótesis parcial removible acrílica sobre cromo, con diseño de apoyos RPI en elementos 35 y 45 (apoyo distal a la brecha desdentada con acceso lingual, placa distal al elemento dentario y barra de contacto de acceso gingival) y apoyos cingulares en elementos 33 y 43 con acceso distolingual para aportar retención indirecta.

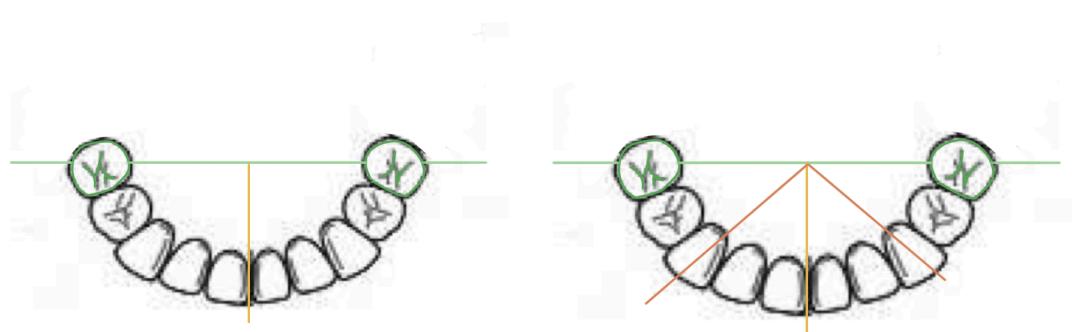


Figuras 10 y 11: diseño de prótesis removibles superior e inferior post exodoncias.

La selección de retenedores RPI en los elementos pilares de la prótesis parcial removible inferior se ve fundamentada por la situación clínica planificada: una vez finalizadas las exodoncias, la arcada inferior del paciente será desdentada parcial bilateral a extremo libre, es decir, corresponderá a una clase I en la clasificación de Kennedy. Este tipo de retenedores actúan como liberador de fuerzas sobre el diente pilar a través de la placa proximal por la cara distal de éste actuando en conjunto con el apoyo por mesial del elemento, también llamado distal a la brecha desdentada. Es así que aseguran una buena distribución del estrés masticatorio cuidando el estado periodontal, ya que las fuerzas oblicuas al eje largo del elemento se ven reducidas⁸.

La retención indirecta es sumamente necesaria en esta situación clínica, puesto que la presencia de dos pilares ubicados uno en cada hemiarcada generan un eje de rotación que puede permitir el desalojo de la prótesis al ser sometida a fuerzas masticatorias. La forma correcta de determinar el lugar donde se debe buscar el sitio ideal de retención indirecta es trazando un plano correspondiente al eje de rotación de ambos pilares, y a partir de él confeccionar un plano perpendicular a este y proyectarlo hacia los elementos dentarios remanentes. En este caso, el plano perpendicular al eje de rotación se encontraba en la línea media de incisivos inferiores, no obstante los elementos anteroinferiores son aquellos cuyas raíces tienen la menor resistencia a las cargas oclusales.

Para evitar la sobrecarga en los incisivos anteroinferiores, seleccionaremos los elementos más cercanos al punto ideal de retención indirecta con raíz de mayor soporte: los caninos inferiores. Así entonces es que logramos una óptima rehabilitación protésica adaptada a la situación clínica.



Figuras 12 y 13: los elementos en verde son los pilares, cuyo plano trazado del mismo color corresponde al eje de rotación o de fulcrum. La tangente amarilla representa la perpendicular al plano anterior, y las líneas naranjas determinan el sitio ideal de distribución de apoyos accesorios para lograr retención indirecta.

PRONÓSTICO

Se podría determinar que el pronóstico general es reservado con tendencia a favorable, puesto que si bien el paciente lleva más de 8 años de haber suspendido el consumo de cocaína y no presenta en la actualidad signos de recaída, las secuelas a nivel estructural (como el colapso oclusal debido a la pérdida de soporte posterior, la desviación del eje nasomaxilar y las retracciones gingivales en elementos de soporte radicular reducido) imponen un compromiso funcional de muchos años que necesitan de una rehabilitación compleja. Además, el paciente no muestra intención de abandonar hábitos nocivos que también han repercutido de manera crónica en su salud bucal tales como el tabaquismo y la ingesta de azúcares adhesivos en forma de caramelos mentolados para disimular halitosis. No obstante, la razón de su tendencia favorable reside en el compromiso del paciente para cumplir con el plan de tratamiento propuesto, ya que se encuentra motivado para no sólo recuperar su sonrisa, sino también recuperar la posibilidad de masticar todo tipo de alimentos sin preocuparse por dañar sus elementos restantes.

A nivel periodontal y óseo, el pronóstico es favorable condicionado, puesto que los agentes irritativos de la cocaína que produjeron en su momento el deterioro de las estructuras se encuentran ausentes en la actualidad. Se debe insistir en el mantenimiento de una estricta higiene oral y controles periódicos. Las zonas de rebordes absorbidos por ausencia de elementos dentarios podrá estabilizarse tras las exodoncias indicadas, siempre que la remodelación ósea sea óptima.

Respecto a nivel funcional, el plan de tratamiento propuesto hace énfasis en la redistribución de cargas masticatorias y la disminución del trauma oclusal en el sector anterior, mejorando así el pronóstico de conservación de la salud dentaria y articular. Si el paciente cumple con las indicaciones de uso y mantenimiento de las prótesis removibles y sus controles posteriores, se puede esperar una mejora progresiva en la función masticatoria y fonética.

Sobre el pronóstico estético, podemos establecer que es favorable. Son necesarios tratamientos de mayor complejidad ortodóncicos y en multidisciplina con especialista otorrinolaringólogo para lograr coincidir ambas líneas medias dentarias con la línea media facial, recursos que no se encuentran disponibles en la institución al tratarse de disciplinas fuera de nuestro alcance. A pesar de esto, serán devueltos el soporte labial mediante restauraciones estéticas en elementos anteriores y elementos protésicos, logrando a su vez una buena armonía en la sonrisa. Sin embargo será necesario el compromiso del paciente para mantener la estética para abandonar hábitos como el tabaquismo y la ingesta de bebidas pigmentadas que pueden condicionarla a lo largo del tiempo.

Si bien la interrupción temprana del consumo de cocaína y la buena disposición actual del paciente representan factores positivos para el resultado del tratamiento, las secuelas del uso crónico de cocaína con los demás factores nocivos sobreagregados confieren un pronóstico reservado con tendencia a favorable que dependen de la colaboración, control y mantenimiento a largo plazo.



Figuras 14 y 15: fotografías extraorales de frente en reposo y sonriendo finales al tratamiento, con ambas prótesis removibles colocadas.



Figuras 16 y 17: fotografías intraorales en PMI de frente sin y con prótesis respectivamente.



Figuras 18 y 19: fotografías intraorales en PMI laterales derechas sin y con prótesis respectivamente.



Figuras 20 y 21: fotografías intraorales en PMI laterales izquierdas sin y con prótesis respectivamente.



Figuras 22 y 23: fotografías intraorales oclusales superiores sin y con prótesis respectivamente. Se devuelve elemento 27 para lograr un buen sellado periférico a nivel del post damming.



Figuras 24 y 25: fotografías intraorales oclusales inferiores sin y con prótesis respectivamente. Se devuelve 47 como antagonista del elemento 16.

DISCUSIÓN

El plan de tratamiento establecido fue diseñado en base a los recursos alcanzables no sólo por el paciente, sino para la Cátedra de Práctica Profesional Supervisada. En el caso del paciente, que no sólo presenta afecciones en los tejidos bucodentales debido a su adicción sino también en zonas proximales como las fosas nasales, hubiese sido ideal el trabajo interdisciplinario con un especialista otorrinolaringólogo que pudiera evaluar el grado de afección de las estructuras nasales y paranasales, para configurar un plan de tratamiento de rehabilitación de la función respiratoria nasal. No obstante, al no contar con esta posibilidad en la Clínica Odontológica de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Católica de Córdoba, se descartó la posibilidad del trabajo en conjunto. Se recomienda igualmente al paciente una consulta con un especialista otorrinolaringólogo en su centro de salud de elección o en otras instituciones hospitalarias de la provincia donde le sea posible comenzar con un tratamiento.

Por otro lado, otra posibilidad reside en la realización de tratamiento ortodóncico previo a la realización de la rehabilitación protésica, para lograr acomodar ambas líneas medias dentarias coincidiendo con la línea media facial y para corregir la rotación del elemento 22, la palatinización del elemento 14 y el apiñamiento en el sector anteroinferior especialmente en los elementos 32 y 33. De esta manera hubiera sido posible la alineación correcta para una oclusión y estética adecuada, implicando una rehabilitación mucho más compleja. Este tratamiento alternativo se descarta, puesto que al tratarse de un paciente cuyos elementos dentarios llevan mucho tiempo sometidos a fuerzas no axiales generando un trauma oclusal, los movimientos ortodóncicos deberían ser sumamente cuidadosos, milimétricos y lentos. Así se evitaría agregar mayor trauma oclusal por fuerzas ortodóncicas indebidas, pero el tratamiento se prolongaría más del tiempo que se dispone para el tratamiento integral de este paciente. Además, debería realizarse en trabajo multidisciplinario con especialistas ortodoncistas, posibilidad con la que no contamos en la Cátedra. Finalmente, la colocación de aparatología fija en pacientes cuya higiene bucal no es adecuada o presentan hábitos nocivos como el tabaquismo es desalentada por profesionales, puesto que pueden significar una mayor retención de biofilm, volviéndose más propenso a la instalación o recidiva de lesiones cariosas.

Finalmente, otra alternativa de tratamiento por la que se podría haber optado es la colocación de implantes dentales para reponer las piezas dentales perdidas. Esta elección no sólo implica la necesidad de trabajo interdisciplinario con especialistas implantólogos, sino que también presenta una gran tasa de fracaso protésico en pacientes con hábito tabáquico como es el caso. Stiller, H. L. (2024) en su revisión sistemática sostiene que el tabaco tiene gran impacto tanto en los tempranos como tardíos estadíos de oseointegración implantaria afectando el proceso de cicatrización y su supervivencia a lo largo del tiempo⁹. Al tratarse de un paciente joven, optamos por la insistencia en la adopción de hábitos saludables y la eliminación de los hábitos nocivos, con la elección de confeccionar prótesis parciales removibles por los factores de riesgo individuales. En un futuro, si estos son controlados o reducidos, se puede pensar en una rehabilitación implantaria.

CONCLUSIONES

La lectura de múltiples artículos y trabajos de investigación respecto a las lesiones y deterioro de la salud bucodental asociado al consumo de la cocaína en conjunto la inspección clínica y tratamiento de rehabilitación integral sobre un paciente joven que ha usado la sustancia durante su adolescencia llevan a el planteo del rol del odontólogo y demás profesionales de la salud sobre la educación, promoción y prevención, y la detección temprana de los signos y síntomas respecto al consumo de esta y otro tipo de sustancias psicotrópicas, para el tratamiento del daño previo a que pase a estadíos de mayor riesgo.

Si bien no existen manifestaciones exclusivas resultado del consumo de esta sustancia (aunque sí características en grados avanzados como la perforación palatina, lesión no presente en el paciente a intervenir), podemos reflexionar respecto a cómo sumado a múltiples factores como la pobre higiene bucal, el consumo de carbohidratos y azúcares complejos, el tabaquismo, el consumo de bebidas de alta temperatura y hábitos como el mordisqueo y diapneusis de las mucosas su efecto es, en cierta medida, más violento. Incluso a 8 años de la última administración de la droga, las secuelas y daños son de carácter irreversible. Se ha tenido que recurrir a exodoncias múltiples, a la realización de variadas restauraciones estéticas directa en los elementos presentes afectados e infectados e incluso la realización de biopulpectomía total en uno de ellos, cuyo avance de la lesión cariosa era tal que comprometía la salud pulpar y vitalidad del elemento. No obstante, la cicatrización de los tejidos ha resultado más que óptima, con los tejidos intervenidos careciendo de sintomatología en el postoperatorio mayor a 24hs.

En otro contexto y situación, la aplicación de un plan de tratamiento en conjunto con un otorrinolaringólogo hubiese sido ideal para la rehabilitación de las fosas nasales y sus estructuras paranasales, ya sea con intervenciones locales o incluso quirúrgicas de ser necesario, para posibilitar el correcto pasaje del aire para la corrección de la respiración nasal. De esa manera, también se podría incentivar a la correcta posición de la lengua en la cavidad bucal, para evitar el empuje contra los elementos anteriores y prolongar su tiempo en boca, ya que al tratarse de un paciente joven con tal grado de afección –e incluso con pérdidas ya de elementos del sector anterior como las piezas 12 y 13– la permanencia de estos se encuentra comprometida a lo largo del tiempo.

Se debe reconocer el compromiso del paciente para seguir su tratamiento por un tiempo tan prolongado, iniciando en marzo con turnos semanales hasta el mes de noviembre. De no haber sido por esto, el pronóstico del plan de tratamiento se hubiera visto desfavorecido e inconcluso. Su eventual adhesión a las recomendaciones de control mecánico de día y de noche han otorgado al pronóstico una tendencia favorable.

En síntesis, el trabajo interdisciplinario entre las diferentes ramas de la odontología de grado han permitido que un paciente con años de deterioro pudiera finalmente volver a sonreír ampliamente, a disfrutar de todos los alimentos que se le apetezcan, y a la mejoría de su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arif, A. (1988) *Consecuencias adversas para la salud del uso indebido de cocaína*. Organización Mundial de la Salud.
2. Melo C. A. A., Guimarães H. R. G., Medeiros R. C. F., Souza G. C. A., Santos P. B. D. D., Tôrres A. C. S. P. (2022) *Oral changes in cocaine abusers: an integrative review*. Braz J Otorhinolaryngol.
3. Quaranta A, D'Isidoro O, Piattelli A, Hui WL, Perrotti V. (2022) *Illegal drugs and periodontal conditions*. Periodontology 2000 Wiley.
4. Yazdanian, M., Armoon, B., Noroozi, A. et al. (2020) *Dental caries and periodontal disease among people who use drugs: a systematic review and meta-analysis*. BMC Oral Health 20, 44.
5. Ministerio de Seguridad de la Nación & Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). (2023). *Informe de caracterización química de cocaína 2021/2023* (Sistema de Alerta Temprana - SAT).
6. Shekarchizadeh, H., Khami, M. R., Mohebbi, S. Z., & Virtanen, J. I. (2013). *Oral Health of Drug Abusers: A Review of Health Effects and Care*. Iran J Public Health.
7. Nitro, L., Pipolo, C., Fadda, G. L., Allevi, F., Borgione, M., Cavallo, G., Felisati, G., & Saibene, A. M. (2022). *Distribution of cocaine-induced midline destructive lesions: Systematic review and classification*. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 279(7), 3257-3267.
8. Mousa, M. A., Al-Khureif, A. A., Al-Subaihi, R. M., & Al-Harbi, F. A. (2021). *Biomechanics in removable partial dentures: A literature review*. J, 4(3), 456–469.
9. Stiller, H. L., Ionfrida, J., Kämmerer, P. W., & Walter, C. (2024). *The effects of smoking on dental implant failure: A current literature update (2020–2024)*. Dentistry Journal, 12(10), 311.

ANEXO I

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA**

**TRABAJO INTEGRADOR: Impacto del Consumo de Cocaína en la Salud Bucodental:
Presentación de Caso Clínico**

AUTOR: Juárez Duarte, Pilar María

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: Od. Dra. Lucca, Claudia



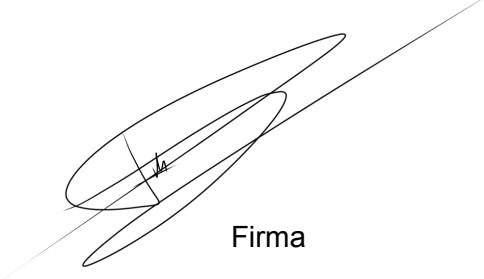
FIRMA DEL TUTOR:

FECHA: 10 DE DICIEMBRE DE 2025

ANEXO II

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo Juárez Duarte, Pilar María, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado “Impacto del Consumo de Cocaína en la Salud Bucodental: Presentación de Caso Clínico” DECLARO que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.



A handwritten signature in black ink, consisting of two overlapping ovals. The signature is oriented diagonally from the bottom left towards the top right. Below the signature, the word "Firma" is written in a small, standard font.

Córdoba, noviembre de 2025

ANEXO III

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Medicina
Carrera de Odontología



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Jesuita

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los ..21....días del mes de ...Mayo..... del año..2025....siendo las..15.:30...hs.
Autorizo el siguiente tratamiento Odontológico realizado por el
estudiante/practicante Juan Díaz Pérez..... DNI N° 44579026..... que habiendo
aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales,
oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los
profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados.

Apellido y Nombre del paciente: DNI

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a afecciones imprevistas, actualmente o no. Que el estudiante mencionado anteriormente o sus jefes de trabajos práctico puedan considerar necesarios o convenientes en el curso del tratamiento a realizar. Me ha sido explicado también que pueden haber riesgos para la salud asociado con la anestesia y dichos riesgos me han sido claramente explicados. Consiento en que se fotografien las operaciones o procedimientos que se han de ejecutar, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos, científicos o educacionales, siempre que mi identidad no sea revelada por las imágenes o textos que la acompañen. Consiento con el objeto de contribuir a la educación odontológica en la admisión de observadores en el lugar destinado para mi atención.

Dejo constancia de que se la ha explicado en forma verbal y ha dado su consentimiento con respecto a: los riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, indicaciones, medicación indicada, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto, y la decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, podría ser revocada si él quisiera.

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención quirúrgica una situación anatómico patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día...../...../..... Hora.....

El/la que suscribe DNI N°

con domicilio en calle..... otorgo mi consentimiento para que se
me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srita. Juan Díaz Pérez.....

Firma del paciente

Firma del Profesional a cargo:

CLAUDIO E. LUCCI
ODONTOLOGA
M.P. 5078