EL ESPEJO

AÑO 23 EDICIÓN Nº 56 NOVIEMBRE DE 2021





Laboratorio Digital SIIDO



EL ESPEJO

Editorial



José Augusto Ermoli M.P. 7541 Presidente Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba

Fotografía de tapa: RIVADENEIRA SALAZAR, Brian Raúl

CASO CLÍNICO







Ortopedia y Ortodoncia en niños con discapacidad en el ámbito hospitalario: ¿Es posible un tratamiento integral? Reporte de Casos *Autores: Baronello A., Blaseotto D. y Feijóo A.*

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA











Fibrina rica en plaquetas y leucocitos: una alternativa terapéutica en cirugía bucal

Autores: Morales A.P., Ledesma C.A y Cunningham C. E. (3)

CASO CLÍNICO









Filosofía preventiva en trastornos potencialmente malignos Presentación de un caso clínico Autores: Chaguri G., Limpitay M. A., Moreno V. C., Talavera A. Dl., Allende A. A., Ferreyra de Prato R. S. y López de Blanc S. A.

CASO CLÍNICO







Distrofia muscular de Duchenne. Importancia de la transdisciplina en su seguimiento. Caso clínico

Autora: Jerez, María Isabel



ISSN 2250-4133 - Año 23 - Edición Número 56 - Noviembre de 2021 Revista El Espejo es una publicación cuyo propietario es el Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba

DIRECTOR:

Od. José Augusto Ermoli

Comisión Científica

Dr. Pablo Fontanetti - Coordinador Dra. Rosana Morelatto Dr. Sebastián Fontana **Diseño**: Marlene von Düring / 351 5106135 mvonduring@gmail.com

Edición: Lizabeth Kent / 351 5559496 kentlizabeth@gmail.com

Autoridades

PRESIDENTE

José Augusto Ermoli Dpto. Río Segundo

VICEPRESIDENTE

Mónica Leonor Miras Dpto. Colón

SECRETARIA

Claudia Gerbaudo Doto Río IV

TESORERO

Santiago Martín Rodrigues Fourcade Dpto. Río Cuarto

VOCALES

Inés Lucila Betemps Dpto. Marcos Juárez Juan Pablo Moyano Pugge Dpto. Capital Gustavo Heraldo Giraudo Dpto. Tercero Arriba

VOCALES SUPLENTES

Franco Leoni Dpto. San Justo Janet Alejandra Scaglia Dpto. General San Martín Cecilia Claudia Coraglia Dpto. San Alberto

REVISORES DE CUENTA

Marisol García Lacunza Dpto. Río Primero Miguel Gorjon Dpto. Río Tercero Pablo Gonet Dpto. Santa María

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Cecilia Berberian de Fabbro Dpto. Río Segundo Ricardo Américo Leoni Dpto. San Justo María Alejandra Ortega Dpto. Capital

SUPLENTES

Leonardo Emilio Rodríguez Dpto. Colón José Gabriel Santolino Dpto. Punilla Carolina del Valle Villalba Dpto. Capital

Delegados Departamentales Titulares

DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Departamento Calamuchita

Cesar Alberto Villacorta María Georgina Borrego César Darío Bustos

Departamento Capital

Marcela Beatríz Panero Carolina Francisca Isla Valeria Garzón Cristina del Valle Escudero Cantcheff Martín Eduadro Brusa Esteban Matías Brenna Andrés Leonardo Goubat María Laura Oviedo Juan Pablo Moyano Pugge

Departamento Colón

Mónica Leonor Mirás Gabriela Sandra Felippa Leonardo Emilio Rodriguez Víctor Eugenio Moyano Córdoba Andrés Leonardo Goubet Ramón Alejandro Lascano

Departamento Cruz del Eje

Mauricio David Mariani Jorge Luis Hernández María Eugenia Avila Riera

Departamento General Roca

Marcos Mauricio Junquera Silvina Rosa

Departamento General San Martín

Eduardo Enrique Livingston Jorge Antonio Rosa Janet Alejandra Scaglia María Fernanda Zandrino Marcelo Alejandro Quinteros

Departamento Ischilín

Carolina del Valle Boch Marcos Pereyra

Departamento Juárez Celman

Diego Sebastián Zamboni Liliana Itatí Riveiro María Celeste Gómez

Departamento Marcos Juárez

Fernando Luis Tassisto Verónica Laura Copioli de Caffaratti Inés Lucila Betemps Luis María Olsen

Departamento Punilla

Rubén Hugo Schcolnicov Norma Mariela De Monte García Fanny Noelia Aceto Fabiana Pía Marina Carletto Körber Pedro Daniel Di Benedetto

Departamento Río Cuarto

Claudia Edith Gerbaudo David Ignacio Lescano Teresa del Valle Basualdo Claudia Valeria Gaitán Santiago Martín Rodrigues Fourcade Santiago Andrés Castillo

Departamento Río Primero

Alberto Marcelino Gaitán Cecilia Inés Ferreyra Silvana Erica Vecchio

Departamento Río Segundo

José Augusto Ermoli María Eugenia Barra Eliseo Plaza Eliana Esther Alpi

Departamento San Alberto

Cecilia Claudia Coraglia Luciano Osvaldo Pages

Departamento San Javier

Rodrigo Alejandro Leal María Victoria Zani Romina Emilce Dolores Castellano Sergio Facundo Romero

Departamento San Justo

María Adelaida Pire Laura Magdalena Paolasso Esteban Emanuel Martino José Luis Taglioli Franco Leoni

Departamento Santa María

María Fabiana Zagaglia Raúl Ignacio Brunengo Noelia Inés Di Giacomo José Ignacio Bueno

Departamento Tercero Arriba

Mariela Paola Lerda Tomás Fernando Cane Gustavo Heraldo Giraudo Macarena Belén Suárez Alejandro Marcelo More

Departamento Totoral

Jorge Alberto Haiech

Departamento Tulumba

Marcia Isabel Lescano

Departamento Unión

Perla Antonia Barbero Mauricio Fernando Peiretti Daniela Beatriz Orodaz Fernando Marcial Domingo Alladio

Editorial

emos transcurridos dos años atípicos, incluyendo una prórroga de mandato que nos permitió consolidar algunos proyectos trazados, para que sean retomados por futuras gestiones, como así también avanzar en la consolidación de un Colegio pensado por y para los matriculados.

Nunca desistimos en las denuncias penales por ejercicio ilegal de la Odontología, y hemos avanzado en la búsqueda de consensos para que el orden público de los honorarios y la Ley de Aranceles sea tratada en la Legislatura provincial, hasta el momento sin un resultado satisfactorio. Pero por ello no es menos importante seguir en este sentido, aun más cuando por ejemplo la provincia de Entre Ríos se encuentra en plena instancia de aplicación de este logro esquivo para los odontólogos cordobeses-, lo cual asegura que no es una quimera ni una utopía insistir en este tema.

Esta cruzada no es menos importante que la búsqueda de una creciente calidad prestacional, y para ello es indispensable garantizar tanto la cobertura de los gastos de los servicios odontológicos, como los honorarios que permita a todos los colegas vivir dignamente, y reinvertir en nuestras pequeñas pymes, nuestros consultorios. Junto a ello insistimos en la necesidad de eliminar los gravámenes que pesan sobre los insumos y equipamientos odontológicos, esenciales para mejorar la calidad prestacional.

Fueron incesantes los pedidos de todas las entidades en reconocer la Odontología como profesión de riesgo, que queda como una deuda pendiente. Cabe destacar la importancia de esta declaración por parte de FACO, aunque aún nos queda recorrer un camino importante para que cada Provincia y la Nación así lo declaren, sin condicionamientos ni solicitudes a cambio, porque quedó demostrado que la Odontología fue y será una de las profesionales más expuestas al sars-Cov2 y otras enfermedades, patologías posturales y otras a las que estamos expuestos. Si existe una baja tasa de contagios en el área es merced a la gran inversión que realizamos en elementos de bioseguridad y en la aplicación de técnicas depuradas de desinfección, descontaminación y esterilización en nuestros consultorios. Sin lugar a dudas que todo tiene su precio.

La encuesta anual respecto a condiciones laborales desarrollada por FEPUC arroja por quinto año consecutivo números negativos respecto a los ingresos de los profesionales, pero lo que más preocupa es la informalidad del trabajo en relación de dependencia. La pregunta sería: salud, seguridad y educación, ¿son realmente prioridades? Sería oportuno que el sector profesional sea escuchado: solo en la provincia de Córdoba somos 150.000 profesionales que motorizamos la prestación de servicios y la producción, junto a una importante masa de asalariados, que también han sido golpeados por uno de los impuestos más inequitativos y regresivos que existe, la inflación. Esta gran masa de inconvenientes solo puede ser resuelta si existe voluntad e intención política, en donde quizás cada sector ganará y perderá en la reconstrucción, pero sin lugar a dudas lo importante es ordenar y poner en marcha un país que después de la pandemia parece dormido. Nuestro sector ya perdió demasiado como para resistir más tiempo estas condiciones.

¿Buscamos responsables? No es necesario, hay que buscar personas comprometidas a trabajar desde donde sea posible, hay que buscar ética y moral, hay que defender al eslabón más débil de nuestro sector que quizás sea el profesional en relación de dependencia, que no cuenta con un convenio colectivo de trabajo, porque aún hoy *no se reconoce* al profesional independiente como trabajador, y esto lleva a solventar clínicas dentales *low cost*, que lejos están de ofrecer un servicio de calidad, anteponiendo cuestiones económicas por sobre la salud del paciente. Para esto es y seguirá siendo clave el rol de la comisión de Marco Laboral, asesorando y defendiendo los intereses de todos los colegas que han consultado por sus endebles condiciones

laborales, para ello es importante que todos en mayor o menor medida apoyemos esas decisiones. Por eso también es clave el rol de esta comisión en la redacción del proyecto de Ley de Aranceles, como así también los proyectos ya vigentes de Urgencias Odontológicas y Bolsa de trabajo que acercan los pacientes a los profesionales y los profesionales entre sí, forma-



José Augusto Ermoli
M.P. 7541
Presidente Colegio Odontológico
de la Provincia de Córdoba

lizando la búsqueda de empleo en nuestro sector.

Es clave avanzar en la suscripción de nuevos convenios de beneficios, interactuar con el resto de los colegios profesionales, restituir el diálogo entre las entidades de segundo grado que la pandemia acotó. Trabajar junto a FEPUC en las comisiones de Igualdad de género y discapacidad fueron nuevos paradigmas de nuestra gestión; la capacitación sobre Ley Micaela hizo ver lo importante de la formación en diversas áreas por parte de los dirigentes, administrativos de la entidad y en el futuro cercano, de cada uno de los matriculados.

Avanzar en la modernización sobre la Formación Profesional Permanente es un puente clave, desde hace año y medio venimos desarrollando capacitaciones virtuales, anhelando retomar las mismas de manera presencial. Estamos trabajando para elaborar una plataforma que nos permite retransmitir los cursos desde cualquier punto de la provincia para garantizar el acceso a la capacitación a cualquier matriculado, y ampliamos dicho acceso a colegiados de otros distritos, dando una cabal muestra de solidaridad y crecimiento profesional conjunto a nivel nacional.

Ser solidarios, el legado que nos llevamos: tanto autoridades del Círculo Odontológico de Villa María, como un grupo de voluntarios del Colegio Odontológico logramos, a través de las Jornadas Solidarias "Todos por Delfi" –hija de un colega–, conseguir parte de los fondos necesarios para que sea tratada en Houston. Nunca más presente la frase la Unión hace la Fuerza.

Lanzaremos una nueva edición de la campaña de Detección de Cáncer Bucal en el norte cordobés a donde llegamos gracias a la colaboración de varias fundaciones, pilares claves en el acceso a la salud bucal de una población y región que generalmente carece de acceso directo a las principales prestaciones de salud.

Concluimos nuestra gestión con gratos resultados y algunos sinsabores, que dejaremos para que quienes nos sucedan sigan luchando por la dignidad profesional que nos merecemos; para que eso suceda cada uno de nosotros tenemos que ser dignos representantes de la Odontología en cada prestación que realicemos, en cada derivación, en cada diagnóstico y plan de tratamiento. Dignificar empieza por ser responsables de los actos como profesionales, incluyendo aquellos que nos llevan a denunciar situaciones irregulares entre colegas o con auxiliares de nuestra profesión. El control del ejercicio profesional siempre será más simple y efectivo con la colaboración de cada uno de ustedes.

Quizás sea la última editorial que redacte, agotado, pero feliz de haber dado todo, agradeciendo a cada uno de los profesionales que confiaron y confían en el trabajo diario que realizamos, a todo el Consejo Directivo y a los colaboradores de las distintas comisiones, pero por sobre todo a mi familia y mis pacientes que quizás más de una vez estuvieron en un segundo plano, porque dignificar la Odontología se antepuso sobre las cosas más valiosas que uno tiene en esta vida, como lo es la familia y la salud personal.

Hasta pronto y que la vida siempre los encuentre con ganas de apostar a esta bella profesión.

Ortopedia y Ortodoncia en niños con discapacidad en el ámbito hospitalario: ¿Es posible un tratamiento integral? Reporte de Casos

AUTORES:

Baronello A. (1)
Blaseotto D.(2)
Feijóo A. (3)

RESUMEN

La atención odontológica integral de personas con discapacidad representa un desafío. En la población mundial la incidencia de discapacidades supera el 10%. Las maloclusiones son prevalentes en esta población y suelen presentarse combinadas y agravadas por diversidad de factores. La escasez de servicios especializados y las carencias edilicias dificultan brindar una adecuada respuesta.

Poder ofrecer tratamientos de ortodoncia que rehabilite forma y función, permite mejorar la calidad de vida y favorece la integración y participación social de este grupo poblacional.

En el presente trabajo se exponen 3 casos clínicos con disgnasias de distintas complejidades y el tratamiento ortopédico y/o ortodóntico propuesto en cada uno.

Es finalidad de este artículo impulsar la atención odontológica integral de personas con discapacidad.

ABSTRACT

Comprehensive dental care for people with disabilities represents a challenge. In world population the incidence of disabilities exceeds 10%. Malocclusions are prevalent in this population and tend to be combined and aggravated by a variety of factors. The scarcity of specialized services and building deficiencies make it difficult to provide an adequate response.

Being able to offer orthodontic treatments that rehabilitate form and function, improve the quality of life and favor the integration and social participation of this population group. In this article 3 clinical cases with dysgnasias of different complexities and the orthopedic or orthodontic treatment proposed in each one are exposed.

The purpose of this article is to promote comprehensive dental care for people with disabilities.

- Odontóloga. Especialista en Odontopediatría y en Ortodoncia. Jefa de Sección Odontopediatría del Hospital Nacional " Prof A. Posadas", Buenos Aires.
- 2) Odontóloga del servicio de Odontología del Hospital Nacional " Prof A. Posadas", Buenos Aires.
- 3) Odontóloga. Exjefa de residentes del servicio de Odontología del Hospital Nacional " Prof A. Posadas", Buenos Aires. Integrante del equipo del Servicio de Atención Odontológica Interdisciplinaria para Personas con Discapacidad, Facultad de Odontología, UNC.

Contacto con autor responsable: M. Alejandrina Feijóo - E-mail alejandrinafeijoo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La atención odontológica integral de personas con discapacidad representa un desafío. En la población mundial la incidencia de discapacidades supera el 10% (1). Las maloclusiones son altamente prevalentes en este grupo, presentándose combinadas y agravadas por diversos factores, como la pérdida prematura de piezas dentarias, la presencia de hábitos nocivos, parafunciones, trastornos estructurales y trastornos musculares, entre otros (2-6). La escasez de servicios especializados en la atención odontológica de personas con discapacidad y las carencias edilicias, junto a la falta de insumos apropiados, dificultan brindar una adecuada respuesta. Esto conlleva a una demanda insatisfecha y la necesidad creciente de tratamientos de alta complejidad (1). Superar estas barreras dependerá de las habilidades profesionales, la disponibilidad de recursos y, en especial, de la creatividad y capacitación de cada operador a fin de realizar el tratamiento más adecuado para cada caso particular. Los procedimientos efectuados requieren procesos de largo tiempo de ejecución, siendo la motivación permanente y el refuerzo de la higiene bucal el eje central de la atención. Es fundamental el diseño de estrategias centradas en la prevención, que garanticen el trato respetuoso, integral y adecuado a cada paciente (7-9).

OBJETIVO

Describir tres casos clínicos con disgnasias de distintas complejidades, y el tratamiento ortopédico-ortodóncico propuesto para cada uno, teniendo en cuenta el tipo de discapacidad, la etapa de crecimiento, la gravedad de la maloclusión y la respuesta conductual al abordaje odontológico.

MATERIALES Y MÉTODOS

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, 6 años de edad, con Síndrome de Down (Fig. 1a), que concurre al Servicio para una evaluación bucodental. A la inspección clínica se observa perfil recto, dentición mixta, hábito de interposición lingual y deglución disfuncional. La interposición lingual como hábito postural, junto a la deglución disfuncional, genera una mordida anterior invertida y abierta (15) (Fig. 1b), que se manifiesta en su aspecto extraoral con incompetencia labial, eversión de labio inferior y prognatismo.









Figura 1: Paciente de sexo femenino, 6 años de edad, con Síndrome de Down. Perfil recto (a). Mordida abierta anterior (b). Instalación de Bionator tipo III (c). Control a dos meses (d).

Primera etapa de tratamiento: Luego del alta básica y el refuerzo preventivo, se inició ortopedia miofuncional utilizando un Bionator Tipo III ⁽¹²⁾ para lograr la correcta postura de la lengua y rehabilitar la función muscular (Fig. 1c). Conjuntamente se realizó terapia fonoaudiológica.

El control a dos meses permite observar la presencia de un leve entrecruzamiento incisivo (Fig. 1d). Tiempo de uso del Bionator: ocho meses.

Segunda etapa de tratamiento: Se instaló placa activa superior con relieve

Masticante y tornillo medio, y placa activa inferior con tor-

nillo medio ⁽¹⁰⁾ (Fig. 2a). Conforme progresa el uso de la aparatología, se observa a los tres meses el entrecruzamiento y cierre anterior, sin interposición lingual.

Continúa con las placas activas en un período de transición esperando el recambio lateral.

Hasta el momento se logró una modificación estructural, el cierre de la mordida y la presencia de un *overjet* positivo (Fig. 2b). Los resultados muestran la efectividad de un tratamiento preventivo, temprano y oportuno en una paciente con tendencia a la mesiorrelación (Fig. 3).

Figura 2: Instalación placa activa superior e inferior (a). Control a 8 meses (b).





Figura 3: Control a 2 años de inicio del tratamiento ortodóntico.







CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo masculino de 12 años de edad, con Síndrome de Down. En el motivo de consulta la madre relata dificultad en el aprendizaje y la pronunciación, expresando que el niño "expulsaba saliva" durante el habla. Al examen clínico se observa dentición permanente, atresia maxilar, mordida invertida bilateral, fenómenos lingüísticos asociados a su paladar ojival, respiración bucal y mala higiene debida al apiñamiento severo (Fig. 4 a y b).

Figura 4: Caso clínico 2. Paciente de 12 años con Síndrome de Down (a). Mordida invertida bilateral posterior y apiñamiento severo (b).





Primera etapa de tratamiento ortopédico: se instaló un disyuntor de Mc Namara con el propósito de efectuar la disyunción maxilar transversa (19) para corregir mordida invertida bilateral posterior (Fig. 5 a y b). Se realizó la activación durante diez días, con una posterior fijación y estabilización de tres meses. El paciente mostró muy buena aceptación y colaboración con el tratamiento.

Figura 5: Disyunción maxilar transversa (a). Control clínico-radiográfico (b).









pre-operatorio

10 días de activación

3 meses

b

Segunda etapa de tratamiento: Se inició Ortodoncia con Técnica de Roth (22), iniciando la fase de NIVELACIÓN Y ALINEAMIENTO con arcos livianos (Fig. 6 a y b). En la segunda fase se realizaron desgastes interproximales en el lado derecho del maxilar inferior, con posterior utilización de gomas entrecruzadas para concluir el descruce de primeros molares permanentes. Luego, se trabajó con gomas intermaxilares de Clase III. El paciente colaboró con el uso de las mismas (Fig. 7 a, b y c).

Se concluyó el tratamiento de ortodoncia obteniendo

estabilidad oclusal, conformación de arcadas y alineamiento dentario, mejorando enormemente la accesibilidad a una técnica de cepillado que pueda

sostener el mismo paciente de manera eficiente, lo que promueve su autonomía (Fig. 7d).

Figura 6: Fase de nivelación (a) y alineamiento (b).





Figura 7: Fase de corrección (a y b) y estabilización de la oclusión (c). Control postratamiento (d).









CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO 3

Paciente sexo masculino de 14 años de edad con Trastomo Generalizado del Desarrollo (TGD) (Fig. 8 a y b).

Derivado por su fonoaudióloga al Servicio, en la evaluación clínica y análisis de los modelos (Fig. 9) se observa dentición

permanente, Clase III molar y canina, estrechez maxilar superior, línea media desviada y mesiorelación mandibular, que ocasiona mordida invertida anterior y posterior. Se constata la presencia de una postura lingual baja que se asocia a trastornos fonéticos y fenómenos lingüísticos de seseo.

Figura 8: Paciente de 14 años de edad con diagnóstico de TGD (a). Clase III molar y canina, mordida invertida anterior y posterior (b).

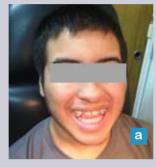




Figura 9: Análisis de modelos de estudio.







Primera etapa de tratamiento ortopédico: se instaló disyuntor de Mc Namara con el propósito de lograr una disyunción maxilar transversa para corregir mordida invertida bilateral posterior ⁽²³⁾. Luego de 10 días de activación se evidencia signo clínico de diastema y en el control radiográfico se aprecia la apertura de la sutura intermaxilar (Fig. 10). Se mantiene la aparatología por tres meses, a los fines de lograr la estabilización para luego dar inicio a la segunda etapa ortopédica.

Figura 10: Control disyunción maxilar.





Previa Disyunción

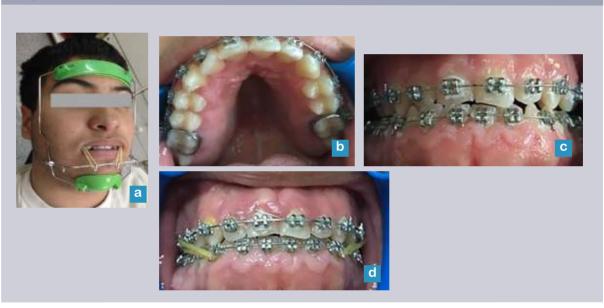


Post Disyunción

Segunda etapa de tratamiento ortopédico: Máscara de Delaire, fuerza ortopédica fuerte de tracción póstero-anterior (Fig.11a), con el fin de redireccionar el crecimiento del maxilar inferior y estimular el adelantamiento del maxilar superior, con la consecuente corrección del overjet (24-25). Las indicaciones de uso fueron doce horas por día y el tiempo de uso correspondió a diez meses.

Tercera etapa de tratamiento: Se realizó el tratamiento de ortodoncia ⁽²⁷⁾ cumplimentando todas las fases ortodónticas. En la fase de detalles y finalización se trabajó con gomas intermaxilares de Clase III, colaborando el paciente en la correcta colocación y utilización de las mismas (Fig. 11 b, c y d).

Figura11: Instalación Máscara de Delaire (a). Tratamiento ortodóntico (b y c). Uso de elásticos intermaxilares (d).



Se finalizó tratamiento ortodóntico logrando Clase I molar y canina, centrado de líneas medias, corrección de la mordida invertida anterior y posterior, junto con una conformación de arcadas que logran un mejor aspecto facial y

bucal, que se manifiesta en una expresión de bienestar y felicidad por parte del paciente y su familia tras el logro de las metas propuestas (Fig. 12 a, b y c).

Figura 12: Postratamiento: vista frontal (a), lateral derecho (b), lateral izquierdo (c).





(Cont. Figura 12)



DISCUSIÓN

Las personas con discapacidad se enfrentan a múltiples dificultades que obstaculizan un correcto acceso a servicios de salud, educación, empleo, transporte, entre otros ⁽¹⁾. Desde la odontología, estas dificultades se ven reflejadas en la elevada cantidad de problemas de salud bucal que este grupo presenta ⁽¹⁻³⁾.

La mala higiene oral, los inadecuados hábitos alimenticios, las parafunciones, la ingesta de medicaciones, la presencia de trastornos musculares, el mayor índice de alteraciones dentarias y la elevada prevalencia de maloclusiones, sumado a la escasa oferta de servicios especializados, hacen que la gravedad de las afecciones bucales sea mayor que en la población sin discapacidad (3,4,9).

El tratamiento bucodental resulta laborioso. Los trastornos conductuales muchas veces dificultan o impiden un correcto abordaje ^(9,29). El desconocimiento y la falta de refuerzo de conductas para el cuidado de la salud oral profundizan la severidad, complejidad y prevalencia de las afecciones bucales ^(9,30).

Se debe implementar la promoción y la prevención en salud como punto de partida de conductas y buenos hábitos, motivando al paciente a ser un actor principal, empoderándolo en el autocuidado ⁽⁷⁾. Los tratamientos deben tener una visión integral con un elevado énfasis preventivo; deben llevarse a cabo de manera temprana para facilitar el desarrollo de habilidades y el fortalecimiento de comportamientos y prácticas saludables ^(8,9).

Las afecciones bucales y los tratamientos requeridos no se diferencian de los que se observan y se practican en el resto de la población; sin embargo, la atención de personas con discapacidad requiere de perseverancia, entendimiento, empatía, creatividad y un alto sentido humano, con lo que se logra mejorar su calidad de vida (1,9).

La atención odontológica integral en pacientes con capacidades diferentes es posible incluso en ámbitos públicos con recursos limitados. Efectuar la rehabilitación de la forma y la función de la cavidad bucal, a través de tratamientos de ortopedia y ortodoncia propicia una correcta función orofacial, facilita la higiene, mejora el aspecto estético y la calidad de vida (29,31).

Los procedimientos requieren prolongados tiempos de ejecución, en los que la permanente motivación del paciente y sus acompañantes, junto al constante refuerzo de las pautas de higiene y cuidado oral, representan la base de la terapéutica, constituyendo herramientas fundamentales que permiten cumplir con éxito los objetivos propuestos (7).

Establecer el tratamiento en etapas agiliza el cumplimiento de los objetivos y permite respetar los tiempos de cada paciente. Asimismo, la promoción de la consulta odonto-lógica temprana facilitará la intervención preventiva y oportuna, limitando la acumulación de necesidades que requieran de tratamientos mutilantes y complejos ^(7,8).

El presente trabajo intenta impulsar y alentar la atención odontológica integral en niños con discapacidad, que presenten maloclusiones en un ámbito hospitalario, fomentando el tratamiento temprano inter y multidisciplinario, con énfasis en la promoción y prevención, consiguiendo correctas funciones del sistema estomatognático y mejorando la calidad de vida, la estética y la aceptación social de este grupo poblacional.

CONCLUSIONES

La prevalencia y gravedad de las afecciones bucales y las maloclusiones es elevada en niños con discapacidad.

La implementación de tratamientos tempranos, integrales y centrados en la prevención es posible incluso en ámbitos públicos.

La ortodoncia y la ortopedia permiten devolver forma, función y estética, lo que facilita la higiene correcta, reduce el riesgo de caries, aumenta la autoestima y mejora la calidad de vida de los niños con discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Informe Mundial sobre discapacidad. OMS. Malta 2011. Sitio Web: https://www.who.int/disabilities/es/#story-01
- Montiell Company JM, Almerich Sella JM. Maloclusiones dentarias en una población con retraso mental. RCOE. 2001; 6(2):149-54.
- Ravaglia C. El problema de salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales en América Latina. RevFola Oral. 1997;3(9):162-5.
- López Del Valle LM, Singh GD, Feliciano N, Machuca MC. Associations between a history of breast feeding, malocclusion and parafunctional habits in Puerto Rican children. P R Health Sci J. 2006; 25:31-4.
- Ovsenik M. Incorrect orofacial functions until 5 years of age and their association with posterior crossbite. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2009; 136:375-81.
- Dimberg, L., Lennartsson, B., Arnrup, K. and Bondemark, L. Prevalence and change of malocclusions from primary to early permanent dentition: a longitudinal study. The Angle Orthodontist. 2015; 85: 728–734.
- Ofperman R, Vellagamba H, Dávita J, Polack N. Programas preventivos para grupos vulnerables. Vol Asoc Argentina Odontol Niños. 1998; 27(3):7-11.
- Acosta A. Tratamiento de los niños con impedimentos físicos y mentales en el consultorio odontológico. Unímetro. 1993; 9(17):46-51.
- Sury R. Arias Herrera; Liset M. Muñoz Fernández; Genné Rodríguez Gutiérrez; Joel García Boss. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. AMC. Camagüey mar.-abr 2005; 9(2)
- 10) Atlas de la ortopedia. Thomas Rakosi. Edición 1992
- Ceccarelli A, Lorenz G, Rivas N. Principios, criterios y filosofía de la ortopedia funcional de los maxilares. Revista de la Fundación Dr. Armando E. Monti. 2000; 1(2): 13-15.
- 12) Godoy Esteves G. ¿Por qué Ortopedia Funcional? Rev. de la AAOFM. 1999 mayo; 30(1):7-26.
- Bimler HP. Los modeladores elásticos y análisis cefalométrico compacto. 1ra Ed. Caracas: Actualidades médico odontológicas latinoamericana; 1993.
- 14) Subtelny JD, Sakuda M. Open-bite: diagnosis and treatment. Am J Orthod. 1964; 50:337–58.
- 15) Ngan P, Fields HW. Open bite: a review of etiology and management. Pediatr Dent. 1997; 19:91–8.
- English JD. Early treatment of skeletal open bite malocclusions. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2002; 121:563–5.
- 17) Defraia E, Marinelli A, Baroni G, Franchi L, Baccetti T. Early orthodontic treatment of skeletal open-bite malocclusion with the openbite bionator: a cephalometric study. Am J Orthod Dentofacial Orthop.

- 2007: 132:595-8.
- Graber T M, Rakosi T, Petrovic AG. Ortopedia Dentofacial con Aparatos Funcionales. 2ra Ed. Madrid: Harcourt Brace de España sa;
 1998
- Outumuro M., Abeleira M.T., Caamaño F. Maxillary expansion therapy in children with Down syndrome. Pediatric Dentistry. 2010; 32 (7): 499-504.
- Haas, A. J.Palatal expansion: just the beginning of dentofacial orthopedics. American Journal of Orthodontics. 1970; 57: 219–255.
- Haas, A. J. The treatment of maxillary deficiency by opening the midpalatal suture. The Angle Orthodontist. 1965; 35: 200–217.
- 22) Gregoret Jorge, Tuber Elisa, Escobar Horacio, Gregoret Gustavo. El tratamiento Ortodontico con Arco Recto. Segunda Edición. 2015.
- 23) Weissheimer, A., de Menezes, L. M., Mezomo, M., Dias, D. M., de Lima, E. M. and Rizzatto, S. M. Immediate effects of rapid maxillary expansion with Haas-type and hyrax-type expanders: a randomized clinical trial. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2011; 140: 366–376.
- 24) TizianoBaccetti DDS, Ph Da Jean S, Mc Gill DDS, MSb Lorenzo Franchi DDS, Ph Dc James A. McNamara Jr, DDS, Ph Dd Isabella Tollaro MD, DDSc. Skeletal effects of early treatment of Class III malocclusion with maxillary expansión and face-mask therapy. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 1998; 113 (3): 333-343.
- 25) Asensi C. Tratamiento ortopédico de la Clase III: revisión bibliográfica. Rev. Esp. Ortod. 2000; 30: 11-22.
- 26) RS Hobson, JH Nunn, Yo Cozma. Manejo ortodóncico de problemas orofaciales en jóvenes con deficiencias: revisión de la literatura e informes de casos. Int J PaediatricDent. Septiembre de 2005; 15 (5): 355-63.
- 27) HJ Remmelink. Ortodoncia para pacientes con discapacidad mental. Ned Tijdschr Tandheelkd. Diciembre de 2006; 113 (12): 490-5.
- Chauchu S, Shapira J, Becker A. The orthodontic treatment of children with desabilities. Refurt Hapeh Vehashinoyen, 2001; 18 (2): 42-50.
- 29) Chauchu S, Becker A. Necesidades de manejo del comportamiento para el tratamiento de ortodoncia de niños con discapacidades. Eur J Orthod. Abril de 2000; 22 (2): 143-9
- Becker A, Shapira J, Chauchu S. Tratamiento de ortodoncia para niños discapacitados: una encuesta sobre el manejo de pacientes y aparatos. J Orthod. Marzo de 2001; 28 (1): 39-44.
- 31) Asuman Kiyak H. ¿El tratamiento de ortodoncia afecta la calidad de vida de los pacientes? J Dent Educ, Agosto de 2008; 72 (8): 886-894.

Federación Odontológica de la Porvincia de Córdoba

FOPC fue creada el 18 de Abril de 1971, como una entidad de segundo grado sin fines de lucro, cuya intención fue nuclear a los círculos odontológicos existentes en el ámbito provincial. Con 50 años de vida, la Institución, tuvo un crecimiento sostenido. Hoy cuenta con más 3.500 profesionales inscriptos en el padrón de prestadores. Brinda cobertura odontológica a más de un millón doscientos mil afiliados y beneficiarios de las 50 Obras Sociales que tienen convenio con FOPC.



Cuenta con un departamento dedicado a la Asistencia Social al Odontológo (DASO) el cual, brinda múltiples beneficios. Para poder acceder a ellos, debe presentar su Constancia de Profesional Activo.

Servicios/Productos



















Turismo y Hotelería





















Subsidios/ Préstamos



Subsidio por Enfermedad



Subsidio por Nacimiento/ Adopción



Subsidio por Asistencia Familiar



Subsidio por **Fallecimiento**



Préstamo de Apoyo Personal



Préstamo de Apoyo para el Ejercicio Profesional



Préstamo para Jubilados



Fondo Compensador



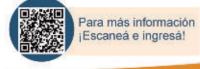
Reintegro de Farmacia Servicio de Sepelio





Atención recién Egresados!

Si vas a federarte y te matriculaste dentro de los 180 días, te eximimos del pago de Cuota Daso, Cuota de Prorrateo y Servicios y además te bonificamos el Seguro de Mala Praxis durante un lapso de 12 meses (desde la fecha de Alta en Colegio Odontológico de Córdoba)



www.fopc.com.ar

info@fopc.org.ar 🔀

0351 - 4216051 - 4240235 - 4262333

Fibrina rica en plaquetas y leucocitos: una alternativa terapéutica en cirugía bucal

Autores:

Morales A.P. ⁽¹⁾ Ledesma C.A ⁽²⁾ Cunningham C. E. ⁽³⁾

RESUMEN

En la práctica odontológica, uno de los más grandes desafíos es lograr la eficiente reparación de los tejidos duros y blandos perdidos por lesiones o patologías. En los últimos años se ha puesto de manifiesto el papel clave que juegan las plaquetas en la regeneración tisular, acelerando la cicatrización tanto de tejidos blandos como duros, mediada por la liberación de citocinas y factores de crecimiento durante un tiempo prolongado. La fibrina rica en plaquetas y leucocitos (PRF *Platelet-RichFibrin*) es un biomaterial y concentrado plaquetario de segunda generación que se obtiene mediante la centrifugación de sangre periférica del mismo paciente.

El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión del uso de PRF en cirugía bucal y sus diferentes indicaciones, para identificar por último sus ventajas o desventajas, si las hubiere.

Palabras Claves: Fibrina rica en plaquetas y leucocitos. Cirugía bucal. Preservación reborde alveolar.

ABSTRACT

One of the greatest challenges in dental practice is to achieve efficient repair of hard and soft tissues lost due to injuries or pathologies. In recent years the key role that platelets play in tissue regeneration has been revealed, accelerating the healing of both soft and hard tissues, mediated by the release of cytokines and growth factors for a long time. Platelet and leukocyte rich fibrin (PRF Platelet-Rich Fibrin) is a second generation biomaterial and platelet concentrate obtained by centrifuging peripheral blood from the same patient.

The purpose of this work was to carry out a review of PRF use in Oral Surgery, its different indications to finally identify its advantages or disadvantages, if any.

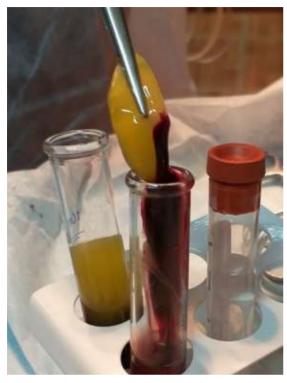
Key words: Platelets rich fibrin and leukocytes-Oral surgery- Alveolar ridge preservation.

⁽¹⁾ Odontóloga, docente de la cátedra de Cirugía II B, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba. Dictante de cursos Cirugía, Escuela de Perfeccionamiento del Círculo Odontológico de Córdoba. Codirectora de cursos en Implantología IMPICOR, ex vicepresidenta Sociedad de Cirugía Bucomaxilofacial del Círculo Odontológico de Córdoba (período 2018-2021).

⁽²⁾ Odontóloga, profesora universitaria, docente de la cátedra de CIRUGIA II B, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

Dictante de cursos de Cirugía en Escuela de Perfeccionamiento del Círculo Odontológico de Córdoba, secretaria de la Sociedad de Cirugía Bucomaxilofacial del Círculo Odontológico de Córdoba.

⁽³⁾ Odontóloga, profesora universitaria, docente de la cátedra de CIRUGIA II B, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba. Dictante de cursos de Cirugía en Escuela de Perfeccionamiento del Círculo Odontológico de Córdoba.





INTRODUCCIÓN

En nuestra práctica diaria nos encontramos ante distintas situaciones clínicas que llevan a la necesidad de realizar una extracción dentaria. La pérdida dentaria produce una serie de cambios dimensionales que afectan tanto a los tejidos duros como a los tejidos blandos, ocasionando frecuentemente defectos en el reborde alveolar. Se ha de tener en cuenta que la extracción dentaria debe ser lo menos traumática posible, ya que, tras realizar la exodoncia, se produce una reabsorción ósea, dando lugar a una atrofia de la cresta alveolar y a un colapso de los tejidos blandos. Esta situación puede provocar problemas estéticos y funcionales, como la dificultad para la colocación de un implante post-extracción debido a la ausencia del volumen óseo requerido (1).

Es por esto que en la actualidad es de suma importancia utilizar técnicas quirúrgicas que estén orientadas a prevenir o minimizar los cambios dimensionales en los alvéolos posextracción, logrando así la preservación de los tejidos debido a que producen un mínimo trauma quirúrgico que conlleva a una cicatrización biológica exitosa (2).

La Ingeniería Tisular es un área multidisciplinaria que

aplica los principios de la ingeniería y de las ciencias de la salud para el desarrollo de estructuras biológicas, con el fin de restaurar, mantener o mejorar la función del tejido u órgano afectado, basándose principalmente en tres componentes fundamentales: 1) células, 2) andamios y 3) biomoléculas, o inductores o factores de crecimiento (2,3) (Figura 1).

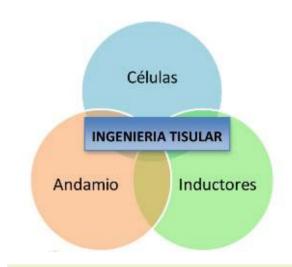


Figura 1: Componentes de la ingeniería tisular.

Estos inductores son un conjunto de proteínas presentes en el plasma y en las plaquetas de la sangre, que desempeñan una función esencial en los procesos de reparación y regeneración de los tejidos, desencadenando una serie de efectos biológicos, como la proliferación y diferenciación celular, la generación de vasos sanguíneos (angiogénesis) y la migración de las células a los lugares donde es necesario que se produzca la regeneración (quimiotaxis) ⁽⁴⁾.

Se puede considerar que los factores de crecimiento son los mensajes que utiliza el cuerpo para comunicar a las células cuándo deben crecer, diferenciarse o moverse para reparar una lesión ⁽⁵⁾ y para llevar a cabo otras funciones biológicas del organismo.

En las investigaciones que buscan comprender los fenómenos de destrucción de los tejidos y la recuperación de los mismos, desde los años 90 se comenzó a estudiar los concentrados plaquetarios, utilizando preparados plasmáticos autólogos con unas diferencias notorias con respecto al proceso natural del coágulo (6). Dohan-Ehrenfest y col. realizaron una clasificación de los distintos derivados de plaquetas y los dividieron en 4 familias, dependiendo de su contenido en leucocitos y de su arquitectura de fibrina: plasma rico en plaquetas puro (PRP), plasma rico en plaquetas y leucocitos (L-PRP), fi-

brina rica en plaquetas pura (PRF) y fibrina rica en plaquetas y leucocitos (L-PRF) (7,8). La L-PRF fue utilizada por primera vez por Choukroun y col. en el año 2001 y es considerada como un concentrado de plaquetas de segunda generación, que se obtiene a partir de la propia sangre periférica del paciente, sin el empleo de aditivos, con el fin de conseguir una malla de fibrina que sirva de andamiaje para las sustancias implicadas en la regeneración, formada por células autógenas y enriquecida con factores de crecimiento y proteínas de la matriz (9).

La obtención de la sangre del mismo paciente, al cual se le solicitan previamente estudios de laboratorio con hemograma y coagulograma completo, es una intervención sencilla y segura, siempre que se respeten los procesos y los métodos consensuados en la extracción y manipulación de la misma para garantizar la inocuidad del biomaterial. La cantidad de sangre periférica a extraer será acorde al tipo de herida quirúrgica a tratar, y variará desde 10 ml para un alvéolo, hasta 80 ml para trabajar en un seno maxilar. Luego es colocada en tubos sin anticoagulantesy se obtiene un concentrado de PRF^(10,11) (Figura 2).

A través de esta técnica, se trata de combinar los efectos positivos de los elementos involucrados en el proceso de cicatrización; los elementos como plaquetas, fibrina y leu-



Figura 2: Etapas del proceso de obtención de PRF.

cocitos, logrando que actúen en forma sinérgica y así potenciar el efecto de la coagulación/ regeneración tisular en el lecho quirúrgico. Se utiliza un coágulo natural formado por una matriz de fibrina que une los tejidos lesionados, ayudando a la proliferación y migración celular, a la aposición y a la remodelación, logrando por último potenciar la reparación, tanto de tejidos blandos como de tejidos duros.

En comparación con la sangre entera, el coágulo de L-PRF contiene un 97% más de plaquetas y más de un 50% de los leucocitos del coágulo, dando lugar a una matriz fuerte de fibrina con una distribución tridimensional específica, capaz de liberar factores de crecimiento y proteínas implicadas en la curación de heridas durante más de 7 días *in vitro*, promoviendo la proliferación y diferenciación celular ⁽¹²⁾.

DESARROLLO

Para realizar este estudio se llevó a cabo una búsqueda de bibliografía disponible en las bases científicas electrónicas de datos, a través de las palabras claves "fibrin", "rich in platelets and leukocytes", "oral surgery", "alveolar ridge preservation", "concentrados plaquetarios", "cicatrización alveolar". Posteriormente se seleccionaron y analizaron para esta revisión los artículos más relevantes, teniendo en cuenta los títulos y abstracts de los mismos, tras lo cual se realizó una lectura a texto completo. El uso de PRF en cirugía bucal está orientado a situaciones en las cuales se requieran protección, estimulación de la cicatrización, regeneración y reparación de los tejidos dañados, de manera predecible, estable y disminuyendo la morbilidad.

La PRF es fuente de factores de crecimiento que favorecen la angiogénesis temprana y el crecimiento tisular, entendiendo que el suministro de sangre es un requisito indispensable para la regeneración. En la Figura 3 podemos observar los cuatro componentes claves de la cicatrización para la regeneración exitosa de los tejidos, las cuales son: 1) hemostasia, 2) inflamación, 3) proliferación, 4) maduración.

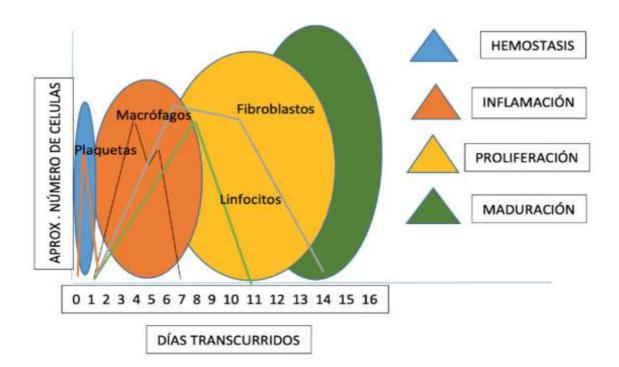


Figura 3: Cuatro fases de cicatrización de heridas. En la misma se destacan las superposiciones entre cada una de las fases y la población de células encontradas en cada categoría13.

Diferentes usos en cirugía bucal

1- Aplicación en el levantamiento del piso seno maxilar

La utilización de PRF en la elevación de seno maxilar, en sus diferentes variantes, como membranas, hueso pegajoso, o stickybone (14) constituye una ayuda considerable, ya que favorece tanto a asegurar la cirugía, como a acelerar el proceso posoperatorio. (Figura 4)



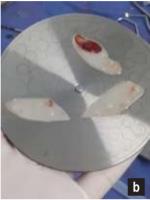




Figura 4: **a**. *Stickybone* conformado por PRF líquido, más un biomaterial. **b**. Membranas de PRF, **c**. Membrana de PRF sobre una ventana lateral de levantamiento de piso de seno maxilar.

2- Procesos regenerativos óseos con PRF

El uso de PRF aumenta la cantidad de factores de crecimiento, facilitando la etapa temprana de la cicatrización ósea, con la ayuda del injerto de hueso particulado; además, la aplicación del mismo brinda buenos resultados reduciendo el tiempo de curación normal de la cresta ósea, tanto a nivel horizontal como vertical (15) (Figura 5 y 6).

La PRF no suplanta al injerto de hueso autólogo, ni a los

biomateriales, en casi todos los trabajos de investigación se sugiere la combinación de los mismos, dependiendo de lo que se necesita lograr en cada caso clínico; para las técnicas de regeneración se puede utilizar en su forma de membrana de barrera, sola o acompañada de membranas de colágeno, protegiendo el lento crecimiento del tejido óseo del rápido crecimiento de los tejidos blandos (16).



Figura 5



Figura 6. Utilización de PRF más injerto, en el proceso regenerativo óseo.

3- PRF en defectos periodontales

La utilización del PRF para el tratamiento de defectos intraóseos, como material único de injerto para la remodelación periodontal, ayuda a disminuir la profundidad de bolsas, promueve la reinserción de las fibras colágenas del periodonto y la neoformación ósea. También favorece la cobertura completa de la raíz otorgando color, contorno y textura similares a los tejidos naturales adyacentes; de esa manera, el uso del PRF mejora considerablemente los parámetros clínicos periodontales, como sangrado e inflamación (17-18) (Figura 7).





Figura 7: Injerto libre de encía con membrana PRF. a. Control inmediato y b. a los 5 días.

4- Aplicación del PRF en el alveolo posextracción

El uso del PRF permite mejorar la cicatrización del alvéolo después de extracciones dentales, favoreciendo la disminución de la reabsorción alveolar y conservando el ancho del hueso. La PRF en forma de membrana tiene la capaci-

dad de quedar expuesta al medio bucal sin infectarse ni necrosarse, y su resistencia permite ser suturada a la mucosa bucal; además, disminuye el dolor postquirúrgico y previene la formación de osteítis mandibular (19-20) (Figura 8).







Figura 8: PRF en alveolo posextracción.
a. Canino semiretenido,
b. PRF membrana,
c. exudado de PRF con hueso bovino.

(Continua en página

siguiente)





(Continuación Figura 8).

d. relleno del alveolo postextraccion,e. sutura de membrana de PRF con mucosa gingival.

5- PRF como factor base para la colocación de implante

En Implantología, el uso de PRF sobre la superficie del implante o sobre el lecho receptor actúa estimulando la dife-

renciación y proliferación de los osteoblastos, mejorando los tiempos y la calidad de la oseointegración ⁽²¹⁾ (Figura 9).



Figura 9: Implante con membrana de PRF (Gentileza Dr. José Galiano).

6- Tratamiento de las osteonecrosis

El uso de PRF en pacientes con osteonecrosis de los maxilares relacionada a tratamiento con bifosfonatos ha dado excelentes resultados clínicos; con su efecto angiogénico, promueve la respuesta inmune y disminuye la toxicidad de los tejidos blandos; sin embargo, son necesarios más trabajos de investigación para confirmar su efectividad (22). Dinca y col. (2014) usaron PRF en pacientes con osteonecrosis maxilar/mandibular estadio II (según la clasificación de Ruggiero), tras terapia con bifosfonatos intravenosos en alvéolos posextracción. La muestra empleada fue pequeña y el estudio presentaba limitaciones, pero en ninguno de los 10 casos estudiados hubo complicaciones postoperatorias y tras 30 días no hubo evidencia de exposición ósea (22).

CONCLUSIÓN

El PRF actúa como un andamiaje y barrera biológica facilitando una cicatrización por primera intención, protegiendo las heridas de agresiones externas y acelerando este mecanismo natural de reparación, tanto de tejidos duros como blandos.

Ventajas

- El PRF tiene un gran potencial de regeneración natural, acelerando la reparación de tejidos blandos y duros, acortando el tiempo de cicatrización.
- Se reducen las posibles reacciones inmunes de rechazo y transmisión de enfermedades, porque se utiliza la propia sangre del paciente (biomaterial autólogo).
- La membrana de PRF puede quedar expuesta al medio bucal sin contaminarse y es posible suturarla a la encía del paciente.
- El PRF disminuye el riesgo de infección, dolor posquirúrgico y actúa como hemostático.
- Se obtiene a partir de una técnica simple, ya que a diferencia del PRP, no requiere de anticoagulante ni trombina bovina (ni ningún otro agente gelificante), haciendo una preparación rápida y económica.

 Al combinarlo con sustitutos óseos mejora la calidad de preservación alveolar y el tiempo de reabsorción sustitutiva de los materiales.

Desventajas

- Si bien no supone riesgos o efectos secundarios de notable importancia, si el paciente tiene alguna patología preexistente deberá ser evaluado.
- La necesidad de contar en el equipo de trabajo con un bioquímico para la extracción de sangre, en el mismo acto quirúrgico.

En resumen, el uso de PRF en cirugía bucal es altamente beneficioso por su efecto biológico, que se sustenta en la viabilidad y la proliferación celular para alcanzar la regeneración y reparación mediante sus propiedades osteoinductor, aumentando así la densidad del hueso, la velocidad de cicatrización, facilitando la rehabilitación protésica en implantes y favoreciendo la preservación de los tejidos que rodean el diente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ford-Martinelli VL, Hanly G, Valenzuela J, Herrera-Orozco LM, Muñoz-Zapata S. ¿Preservación del reborde alveolar? Toma de decisión ante la colocación de implantes dentales. Rev. CES Odont. 2012;25:44-53.
- García Gargallo, M., Yassin García, S., Bascones Martínez, A. Técnicas de preservación de alveolo y de aumento del reborde alveolar: revisión de la literatura. Avances en Periodoncia e Implantología Oral. 2016;28(2):71-81.
- Agüero Romero G, Pulitano Manisagian G, Mandalunis P. Reseña actualizada de ingeniería tisular en disciplinas odontológicas. Revista de la Facultad de Odontología (Universidad de Buenos Aires). 2016;31(70):15-22.

- Muñoz Y, Pérez B, Calaña Domínguez Y. La aplicación de factores de crecimiento en el desarrollo de la Ingeniería de tejidos óseos. Medicentro Electrónica.2020;24(4):785-804.
- Khiste SV, Tari RN. Platelet-rich fibrin as a biofuel for tissue regeneration. ISRN Biomaterials. 2013;2013:1-6. doi: http://dx.doi.org/10.5402/2013/627367.
- Ortiz Onofre A,Unda Jaramillo P. Aplicación de plasma rico en fibrina (PRF) como tratamiento adyuvante en las osteonecrosis de los maxilares inducida por bifosfonatos orales: presentación de dos casos clínicos con seguimiento de 1 año (Master's thesis, Quito). http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/8008.2019.
- Dohan-Ehrenfest DM, Rasmusson L, Albrektsson T. Classification of platelet concentrates: From pure platelet-rich plasma (P-PRP) to leucocyte- and platelet-rich fibrin (L-PRF). Trends Biotechnol. 2009;27:158-67.
- 8. Dohan-Ehrenfest DM, Bielecki T, Jimbo R, Barbé G, del Corso M, Inchingolo F, et al. Do the fibrin architecture and leukocyte content influence the growth factor release of platelet concentrates? An evidence-based answer comparing a pure platelet-rich plasma (P-PRP) gel and a leukocyte- and platelet-rich fibrin (L-PRF). Curr Pharm Biotechnol. 2012; 13:1145-52.
- Choukroun J, Adda F, Schoeffler C, Vervelle A. Une opportunité en paro-implantologie: le PRF. Implantodontie. 2001;42:55-62.
- Correa A, Alister J, Manterola C. Uso de la Fibrina Rica en Plaquetas Inyectable (i-PRF) en Defectos Infra Óseos en Terapia Periodontal no Quirúrgica. Reporte de Dos Casos. International Journal of Odontostomatology.2019;13(3):271-274. https://dx.doi.org/10.4067/ S0718-381X2019000300271[Link]
- Takashima M. Fibrina Rica en Plaquetas. Guia rápida sobre PRF. (2020) https://es.scribd.com/document/ 459064277/PRF-Gui-a-Ra-pida-sobre-Fibrina-Rica-en-Plaquetas-pdf.
- Del Corso M, Vervelle A, Simonpieri A, Jimbo R, Inchingolo F, Sammartino G, et al. Current knowledge and perspectives for the use of platelet-rich plasma (PRP) and platelet-rich fibrin (PRF) in oral and maxillofacial surgery. Part I: Periodontal and dentoalveolar surgery. Curr Pharm Biotechnol. 2012; 13:1207-30. [Links]
- 13. Miron RJ, Fujioka-Kobayashi M, Bishara M, Zhang Y, Hernandez M, Choukroun J. Platelet-Rich Fibrin and Soft Tissue Wound Healing: A Systematic Review. Tissue Eng Part B Rev. 2017;23(1):83-99. doi: 10.1089.

- 14. Del Corso M, Dohan-Ehrenfest DM. Immediate implantation and peri-implant natural bone regeneration (NBR) in the severely resorbed posterior mandible using leulocyte- and platelet-rich fibrin (L-PRF): A 4-year follow-up. Poseido. 2013; 1:109-16. [Links]
- 15. Nuñez Muñoz M, Castro Rodriguez Y. Resultados del uso de a fibrina rica en plaquetas y rellenos óseos en la ROG .Revisión sistemática. Revista Española de Cirugía oral y maxilofacial.2019; 41(3):126-137.
- Li Q, Pan S, Dangaria SJ, Gopinathan G, Kolokythas A, Chu S, et al. Platelet-rich fibrin promotes periodontal regeneration and enhances alveolar bone augmentation. Biomed Res Int. 2013; 2013:638043, http:// dx.doi.org/10.1155/2013/638043. [Link]
- 17. Vento DE. Efecto clínico del plasma rico en fibrina (PRF) como terapia conjunta a la fase quirúrgica en el tratamiento de la periodontitis crónica. [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. E.A.P. de Odontología. 2015.
- Malathi K, Muthukumaraswamy A, Beri S. Periodontal regeneration of an intrabony osseous defect with combination of platelet rich fibrin and bovine derived demineralized bone matrix: A case report. IOSR-JDMS. 2013; 4:20-6. [Links]
- 19. Zambrano Coronel, J Eficacia del plasma rico en fibrina como regenerador tisular en pacientes postextracción de terceros molares incluidos.2018. (Thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad de Odontología).
- 20. Ozgul O, Senses F, Er N, Tekin U, Tuz HH, Alkan A, et al. Efficacy of platelet rich fibrin in the reduction of the pain and swelling after impacted third molar surgery: Randomized multicenter split-mouth clinical trial. Head FaceMed. 2015. 26;11:37.
- 21. Cano-Durán, JA, Peña-Cardelles, JF, Ortega-Concepción, D., Paredes-Rodríguez, VM, García-Riart, M., y López-Quiles, J. El papel de la fibrina rica en leucocitos y plaquetas (L-PRF) en el tratamiento de la osteonecrosis de los maxilares relacionada con la medicación (MRONJ). Revista de odontología clínica y experimental. 2017; 9 (8): e1051.
- 22. Clinical and histopathological studies using fibrin-rich plasma in the treatment of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. Dincă O, Zurac S, Stăniceanu F, Bucur MB, Bodnar DC, Vlădan C, Bucur A. Rom J MorpholEmbryol. 2014;55(3):961-4.



Filosofía preventiva en trastornos potencialmente malignos Presentación de un caso clínico

Autores:

Chaguri G ⁽¹⁾
Limpitay M A ⁽¹⁾
Moreno V C ⁽¹⁾
Talavera A DI ⁽²⁾
Allende A A ⁽³⁾
Ferreyra de Prato R S ⁽⁴⁾
López de Blanc S A ⁽⁵⁾

RESUMEN

En el año 2018 asistió al Servicio de Prevención y Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal Prof. Héctor Lanfranchi (Facultad de Odontología, UNC) una paciente de sexo femenino de 71 años de edad, por la presencia de una lesión en borde de lengua que no curaba.

A la inspección clínica se observó que la paciente era portadora de prótesis completa inferior y superior mal adaptadas, y deglución disfuncional. Se eliminaron los factores que generaban trauma puliendo las prótesis, evaluando en controles posteriores la evolución de la lesión.

La lesión variaba su aspecto, pero no remitía, por lo que se decidió realizar una biopsia cuyo resultado histopatológico fue: leucoplasia verrugosa proliferativa asociada a lesión liquenoide oral y displasia grave.

La persistencia de la lesión y la presencia de displasia

grave nos llevó a indicar la extirpación completa de la lesión, rehabilitación fonoaudiológica y confección de prótesis nuevas. La biopsia escisional reveló una lesión liquenoide oral con displasia severa y márgenes libres, por lo que la paciente deberá asistir a controles periódicos a lo largo de su vida.

Palabras Claves: Trastornos orales potencialmente malignos. Displasia epitelial. Carcinoma bucal a células escamosas.

ABSTRACT

In 2018 a 71-year-old female patient consulted the Service of Prevention and Early Diagnosis of Oral Cancer Prof. Héctor Lanfranchi (Faculty of Dentistry, UNC) due to the presence of a lesion on the edge of the tongue that did not heal.

- 1) Odontóloga con fines de perfeccionamiento. Cátedra de Estomatología B y Servicio de Diagnóstico Precoz y Prevención del Cáncer Bucal, Facultad de Odontología Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)
 - (2) Profesor Asistente Cátedra de Estomatología A, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)
 - (3) Profesor Asistente Cátedra de Estomatología B, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)
 - (4) Profesora Titular Cátedra de Anatomía Patológica A, Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)
 - (5) Profesora Titular Cátedra de Estomatología B, Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)

Contacto con el autor responsable: g-chaguri@hotmail.com

Fuentes de financiamiento: los autores declaran no tener conflictos de intereses ni haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Clinical examination showed that the patient had a poorly adapted upper and lower complete denture, with dysfunctional swallowing. The factors generating trauma were eliminated by polishing the prosthesis. As the lesion hanged but it did not remit, it was decided to perform a biopsy whose histopathological result was a proliferative verrucous leukoplakia associated with oral lichenoid lesion

and severe dysplasia.

The persistence of the lesion and the presence of severe dysplasia led us to indicate the complete excision of the lesion, phonoaudiological rehabilitation and making of new prosthesis.

The excisional biopsy revealed an oral lichenoid lesion with severe dysplasia and free margins, so the patient would have to attend periodic check-ups throughout her life.

Key words: Oral potentially malignant disorders. Oral Dysplasia. Oral squamous cell carcinoma.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que presentan lesiones crónicas en boca demoran en consultar, lo cual puede resultar desfavorable para la evolución y el tratamiento. Es de gran valor para el especialista determinar el tiempo aproximado de evolución de la lesión, así como realizar un examen clínico minucioso a fin de llegar a un diagnóstico integral de la lesión que presenta el paciente. La observación de las diferentes estructuras, la deglución y el estado de los elementos dentarios (si es portador de prótesis o no), la presencia de factores locales de riesgo, todos en conjunto pueden influir y determinar los posibles diagnósticos.

Son también relevantes los antecedentes personales patológicos y los antecedentes hereditarios. En ocasiones, las lesiones pueden tener cierto grado de displasia, lo que requiere acciones inmediatas de forma preventiva para evitar progresión hacia la malignidad. Los Trastornos Orales Potencialmente Malignos (TOPM) constituyen un grupo importante de trastornos de la mucosa que anteceden al diagnóstico de carcinoma oral de células escamosas (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020 convocó un comité de expertos para discutir los avances en el conocimiento y los cambios más recientes en la comprensión de los TOPM. Se elaboró una clasificación actualizada considerando como TOPM a: la leucoplasia, la leucoplasia verrugosa proliferativa, la eritroplasia, la fibrosis oral submucosa, el liquen plano oral, la queilitis actínica, las lesiones palatinas asociadas con fumar invertido, el lupus eritematoso oral, la disqueratosis congénita, la lesión liquenoide oral y la enfermedad oral de injerto contra huésped (2).

"Potencialmente maligno" no implica que todos los pacientes diagnosticados con cualquiera de estas anomalías de la mucosa desarrollarán una neoplasia maligna oral. Tampoco implica que un carcinoma surgirá exactamente en el sitio donde se diagnosticó previamente un TOPM. El factor pronóstico más importante para la transformación maligna está determinado por la presencia de displasia epitelial irreversible. Sin embargo, ciertas características clínicas como la apariencia de las lesiones (homogénea/heterogénea), tamaño y localización son factores fundamentales para determinar la conducta clínica a seguir. Los pacientes diagnosticados con TOPM pueden presentar susceptibilidad a desarrollar cáncer en cualquier sitio de la mucosa a lo largo de su vida. Es posible que la mayoría de estos TOPM no evolucionen a un carcinoma, sino que proporcionan un sector de anomalía, en el que la génesis del cáncer es más probable que en la mucosa clínicamente normal y más probable que en pacientes sin tales trastornos. La mucosa clínicamente normal puede ser molecularmente anormal. Por lo tanto, el cáncer no ocurre necesariamente en el sitio de la mucosa visiblemente alterada (2).

Es importante que el odontólogo pueda reconocer los TOPM que pueden afectar diferentes estructuras y sitios de la cavidad bucal, las cuales -sin recibir tratamiento- suponen un riesgo de evolucionar a un carcinoma oral. Es necesario realizar un diagnóstico clínico e histopatológico para detectar presencia y grado de displasia epitelial y así poder llevar a cabo un tratamiento adecuado y oportuno.

OBJETIVO: compartir con la comunidad odontológica un caso clínico de una lesión crónica de borde de lengua, destacando la importancia del abordaje interdisciplinario.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En diciembre de 2017 se presentó al servicio de Prevención y Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal "Dr Héctor Lanfranchi", de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, una paciente de 71 años de edad, derivada por su odontólogo, por una lesión en borde de lengua.

Antecedentes de la enfermedad actual:

La paciente manifestó que hacía más de dos años presentaba "un afta en la lengua", que le producía molestias, pero no le dolía; adjudicaba su aparición al traumatismo frecuente y accidental del sector derecho de la lengua. A menudo presentaba sensación de ardor, la cual atribuía al calor o a condimentos picantes. A partir del año 2016 comenzó a preocuparse por la persistencia de la lesión. En los siguientes años evidenció aumento de tamaño y aparición de "pelotitas blancas debajo de la lengua". Relató que si bien recibió atención odontológica en los años mencionados, ningún profesional le dio importancia a la lesión. En 2017 concurrió a la consulta con un neumonólogo, quien indicó tratamiento antimicótico para la lesión en lengua; la paciente relató que no hubo mejoría.

Luego decidió realizarse una cirugía de cataratas la cual fue indicada en 2015 y no pudo realizarse por la presencia de un carcinoma basocelular en el dorso nasal, tres años previos a la consulta. En el momento de realizar el certificado bucodental, solicitado por el oftalmólogo, el odontólogo detectó la lesión; le confeccionó una placa de protección mucosa y posteriormente la derivó al Servicio de Prevención y Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal de la Facultad.

Durante la anamnesis realizada en la primera consulta en el servicio, la paciente relataba no haber consumido alcohol y no haber fumado; sin embargo, fue fumadora pasiva durante 10 años (entre los 20 y 30 años de edad). Como antecedentes personales patológicos se destacan: hipertensión controlada, fiebre reumática y carcinoma basocelular en piel de dorso nasal.

Al examen bucal, se observó que la paciente era desdentada total, portadora de prótesis completas removibles desadaptadas. En el tercio medio y posterior del borde de lengua del lado izquierdo, extendida hacia cara ventral, presentaba una lesión de 30 mm en sentido anteroposterior y 18 mm de ancho, heterogénea ulcerada, rodeada de zonas blancas y rojas, ligeramente consistente en el sector inferior (Figura 1). El resto de las mucosas se encontraban clínicamente sanas; el reborde alveolar residual inferior presentaba gran resorción ósea. No se detectaron adenopatías.

Al examinar la rehabilitación protésica, que tenía siete años de antigüedad, se notó que la prótesis inferior era inestable, con gran movilidad, favoreciendo el roce continuo con las mucosas de la zona posterior de la boca. Además, se evidenció que los elementos dentarios artificiales invadían el espacio lingual en el sector de premolares y molares inferiores izquierdos, provocando un micro trauma constante sobre la zona de la lesión. También se apreció un ensanchamiento de la lengua y un funcionamiento inadecuado de la musculatura lingual o deglución disfuncional.

La conducta clínica se orientó a controlar los factores locales: se realizó el desgaste y pulido de la prótesis en el sector que contactaba con la lesión, se indicó el cierre de la oclusión y medidas locales de descontaminación con digluconato de clorhexidina al 0,12%. Se solicitó ortopantomografía, análisis de laboratorio y se la citó para realizarle una biopsia incisional en la lesión.

Se plantearon los siguientes diagnósticos presuntivos : lesión traumática crónica, liquen plano oral: en placa, erosivo y atrófico; lesión liquenoide oral; leucoplasia heterogénea; leucoplasia heterogénea; carcinoma de células escamosas *in situ*.

En la segunda consulta se llevó a cabo la biopsia incisional abarcando el sector más representativo de la lesión (Figura 2). El resultado histopatológico informó: Epitelio pavimentoso estratificado paraqueratinizado con vacuolización de la capa basal, granulosis y sectores de acantopapilomatosis, algunas imágenes (tipo coilocíticas) y zonas con displasia epitelial grave. Por debajo infiltrado linfocitario en banda en el tejido fibrocolágeno. Muestra además una zona ulcerada con exudado fibrinoleucocitario. Por debajo tejido de granulación con islotes de epitelio que presentan pleomorfismo celular y nuclear, tejido muscular estriado, vasos dilatados y tortuosos, con



Figura 1: Aspecto de la lesión en la primera consulta. Se observa una lesión heterogénea compuesta por mancha roja, mancha blanca, queratosis y pérdida de sustancia.



Figura 2: Sitio donde se realizó la toma biopsica, abarcando todas las lesiones elementales.



Figura 3: Luego de 3 meses, se observa una lesión blanca interrumpida por zonas atróficas en el sector posterosuperior.



Figura 4: Marcación con azul de Toluidina previo a biopsia escisional.

diagnóstico de leucoplasia verrugosa proliferativa asociada a lesión liquenoide, y presencia de displasia epitelial severa. Se realizaron pruebas de inmunohistoquímica, las cuales revelaron positividad paracitoqueratinas AE1 y AE3 en los islotes y epitelio de la lesión y p53 intensamente positivo en islotes y epitelio de las zonas basal y suprabasal.

Luego de dos meses y medio, la paciente concurrió a control. La lesión cambió su aspecto clínico mostrándose blanca, seca, extendida en sentido anteroposterior, ligeramente elevada e interrumpida por zonas de atrofia, pero que conservaba el tamaño y la forma de la lesión previa, con importante reducción del componente vascular, disminución del eritema y desaparición de zonas blancas en

placa del sector inferior (Figura 3). Se derivó a fonoaudiología para la valoración y diseño del plan de tratamiento. Luego de pulir las prótesis e iniciar el tratamiento fonoaudiológico se redujo la irritación mecánica y la lesión cambió de aspecto, aunque mantuvo su tamaño. Debido a que la biopsia informó displasia epitelial severa, se indicó la remoción de la lesión. Mientras se planificaba la cirugía, se derivó a su odontólogo para que inicie la confección de las prótesis nuevas.

Para la extirpación quirúrgica se utilizaron como métodos coadyuvantes del diagnóstico clínico las tinciones con azul de toluidina y con yoduro de lugol. La tinción con azul de toluidina marca sectores de mayor actividad celular ⁽³⁾. El yoduro de lugol presenta afinidad por el glucógeno de las

CASO CLÍNICO



Figura 5: Marcación con Lugol previa a biopsia escisional.



Figura 6: Delimitación de márgenes con electrobisturí.



Figura 7: Seis meses después de la cirugía, se aprecia la fibrosis cicatrizal y la mucosa íntegra sin alteraciones en la superficie.



Figura 8: Lengua en la primera consulta (izquierda) y es posterior al tratamiento fonoaudiológico "(derecha)". Nótese el cambio de forma un año después.

células epiteliales normales evidenciando una tinción de color verde-amarronado, por lo cual en las células con menor contenido de glucógeno tales como las células carcinomatosas,la reacción con el yoduro de lugol no se producirá o será muy tenue. Se debe tener en cuenta que en zonas inflamadas y ulceradas pueden presentarse falsos positivos así como falsos negativos en lesiones con queratosis superficial pronunciada (3).

Al momento de la cirugía se utilizó la tinción con azul de toluidina, que resultó positiva en algunos sectores de la lesión (Figura 4); la marcación con lugol nos permitió determinar con mayor precisión los límites de la lesión (Figura 5). Se delimitaron los márgenes con electrobisturí (Figura 6) y la escisión completa se realizó con bisturí en frío. Además, se recolectó material para estudio del virus

del papiloma humano por PCR, resultando no detectable o negativo (-).

El estudio anatomopatológico de la cirugía informó: Epitelio pavimentoso estratificado hiperparaqueratinizado e hiperortoqueratinizado, con formación de crestas de olas, vacuolización de la capa basal, granulosis, transmigrado leucocitario, imágenes tipo coilocíticas, crestas interpapilares con forma de gotas y algunas áreas con signos de displasia epitelial grave. Por debajo abundante infiltrado linfocitario en banda en el tejido fibrocolágeno. En su polo posterior, un epitelio pavimentoso estratificado hiperparaqueratinizado, con formación de crestas de olas, que presenta pleomorfismo celular y nuclear, acantopapilomatosis y algunas áreas con signo de displasia epi-

Tabla 1 - Criterios diagnósticos de leucoplasia

LEUCOPLASIA

DEFINICIÓN

Placa predominantemente blanca de cuestionable riesgo de transformación una vez que se descarten otras entidades sin riesgo (Warnakulasuriya 2007).

Exclusión de otras lesiones blancas o blancas / rojas como: nevo blanco esponja, mucosa mordisqueada, lesiones por causas químicas, liquen plano, candidiasis seudomembranosa, o crónica, leucoplasia vellosa, leucoedema, palatitis nicotínica, estomatitis urémica.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Un parche / placa predominantemente blanca que no desaparece al raspar.
- La mayoría de las leucoplasias homogéneas afectan un área circunscripta y tienen bordes bien delimitados.
 Un subconjunto más pequeño puede presentarse con bordes difusos.
- Las leucoplasias no homogéneas suelen presentarse con bordes más difusos y pueden tener componentes rojos o nodulares.
- No debe haber evidencia de irritación traumática crónica en el área.
- No es reversible al eliminar las causas traumáticas aparentes, es decir, muestra una característica de persistencia.
- No desaparece ni se desvanece al estirar (retraer) el teiido.

telial grave. Por debajo un infiltrado linfocitario difuso en el tejido fibrocolágeno. El diagnóstico fue compatible con lesión liquenoide oral con displasia epitelial severa. Los márgenes se encuentran libres de lesión.

En los controles posteriores se observó la completa cicatrización de la zona, quedando una fibrosis cicatrizal lineal como vestigio de la cirugía. Se recalcó a la paciente la importancia de concurrir para rigurosos controles clínicos (Figura 7). La lesión no recidivó en dos años de control.

Se instalaron las prótesis nuevas y la paciente realizó cuatro meses de tratamiento fonoaudiológico hasta lograr el alta. Se observaron en el examen clínico cambios en la morfología que pasó de una lengua hipotónica y ancha a otra más estrecha con mejor tonicidad; también mejoró la posición de la lengua en relación a la arcada (Figura 8). La paciente relató sentir mayor comodidad con respecto a las prótesis anteriores y se observó una mejora notable en la deglución.

DISCUSIÓN

El hallazgo clínico de lesiones ulceradas, lesiones blancas y lesiones rojas en la mucosa bucal supone la importancia de realizar un minucioso análisis clínico e histopatológico para llegar a un diagnóstico de certeza. Del análisis del aspecto clínico de la lesión del caso presentado, lo primero a destacar es que la lesión era heterogénea, variable, cambiante, asociada al roce de las prótesis; en tres meses pasó de ser predominantemente una pérdida de sustancia, a una lesión leucoplasiforme. La observación de la evolución en el presente caso nos advierte que se trata de una lesión con importante actividad celular.

La aparición de una lesión blanca en un segundo momento nos obliga a diferenciar una leucoplasia heterogénea de un liquen plano bucal (Tabla 1). Para pensar en un liquen o lesión liquenoide deberían verse clínicamente las lesiones características de aspecto lineal en red, hoja

Tabla 2 - Criterios diagnósticos de liquen y lesiones liquenoides

LIQUEN PLANO

Se trata de un desorden crónico, inflamatorio de etiología desconocida con evolución por brotes y períodos de remisión que se manifiesta con placas blancas lineales, en forma de red, anular, puntiforme, papular, parche blanco acompañado o no por atrofia, erosiones y ulceraciones, ampollar o aspecto vesicular. Las lesiones son frecuentemente bilaterales y simétricas En encía puede tener el aspecto de gingivitis descamativa. (WHO Collaborating Center 2020).

CRITERIOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS propuestos por Van der Meij y Van der Waal

CRITERIOS CLÍNICOS

- Presencia de lesiones bilaterales más o menos simétricas.
- Presencia de entramado reticular de color blancogrisáceo (patrón reticular).
- Lesiones erosivo-ulceradas, atróficas, ampollares y en placa (aceptado solo en presencia de lesiones papulares con patrón reticular en cualquier lugar de la mucosa).

CRITERIOS HISTOPATOLÓGICOS

- Presencia bien definida de un infiltrado celular con patrón "en banda", confinado a la porción superficial del tejido conectivo y constituido principalmente por linfocitos.
- Signos de degeneración hidrópica en las células de la capa basal del epitelio.
- Ausencia de displasia epitelial.
- o Para llegar a un diagnóstico final deberán incluirse los criterios clínicos e histopatológicos
- El diagnóstico de LPO requiere que se cumplan ambos criterios, clínicos e histopatológicos.
- o El diagnóstico de LLO deberá utilizarse cuando sea:
 - Clínicamente típico de LPO pero histológicamente solo compatible con LPO.
 - Histológicamente típico de LPO pero clínicamente solo compatible con LPO.
 - Clínicamente e histológicamente compatible con LPO.

LESIONES LIQUENOIDES ORALES

Lesiones liquenoides orales son aquellas sin las características típicas clínicas o histopatológicos de OLP, es decir, pueden mostrar asimetría o ser reacciones a restauraciones dentales o estar inducidas por drogas.

de helecho o puntiforme. Si bien presentó histopatológicamente un infiltrado inflamatorio crónico linfocitario en "banda"y degeneración hidrópica de la capa basal, la clínica no fue compatible con liquen; la descripción de un sector con displasia epitelial severa podría ser la causa de la presencia del infiltrado liquenoide asociado a cambios atípicos epiteliales iniciales (Tabla 2) (4-6).

Las leucoplasias heterogéneas o eritroleucoplasias podrían tener este aspecto clínico, pero según la definición del último consenso de expertos ⁽²⁾ deberíamos descartar la presencia de trauma o irritación mecánica en la zona. En el presente caso sabemos que la paciente consultó porque se mordía la lengua en el mismo sector de la lesión. La falta de asociación al consumo de tabaco, la localización de la lesión y su asociación al roce de la prótesis (factor físico) nos ayuda a descartar el diagnóstico de leucoplasia. Para pensar en leucoplasia verrugosa proliferativa, faltaban varias características: en principio, era una

Tabla 3 - Criterios diagnósticos de leucoplasia proliferativa verrugosa

LEUCOPLASIA VERRUGOSA PROLIFERATIVA

DEFINICIÓN

Es una forma diferente de leucoplasia oral caracterizada por ser: progresiva, persistente, e irreversible, y por ser lesiones blancas multifocales con tendencia a la verrugosidad. Está asociada con la mayor proporción de desarrollo de cáncer bucal (WHO Collaborating Center 2020).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Lesión blanca que afecta más de dos sitios.
- En ocasiones puede tener aspecto liquenoide.
- Puede iniciarse con diferentes focos que luego se unen, es progresiva.
- Puede haber zonas verrugosas.
- Una alta proporción de estos pacientes (49,5%) desarrollan cáncer bucal.

Tabla 4 - Irritación mecánica crónica

IRRITACIÓN MECÁNICA CRÓNICA

DEFINICIÓN

Se produce a través de la acción de baja intensidad, sostenida, persistente y repetitiva de un agente nocivo entre los que se describen los dientes, prótesis y alteraciones funcionales, actuando individualmente o de forma combinada.

Se describe que muchos pacientes presentan dientes o prótesis defectuosas, sin embargo son pocos los que desarrollan lesiones mecánicas; las alteraciones funcionales podrían aumentar la frecuencia, la intensidad y la persistencia de la lesión mecánica.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- Presencia de lesión compatible con origen mecánico: eritema, atrofia, úlcera de más de un mes de evolución.
- El factor traumatizante debe ser previo a la aparición o modificación de la lesión (Corroborado por anamnesis).
- El agente debe estar en contacto directo con la lesión, en contactos realizando movimientos funcionales/parafuncionales o en posición decúbito.

lesión única, no multifocal y no había recidivado hasta el momento (Tabla 3) ⁽⁷⁾.

Clínicamente la lesión era leucoqueratótica, eritematosa, mancha o placa blanca, que alternaba con zonas fuertemente eritematosas, con sectores ulcerados, otros con aspecto de puntillado, todas estas características compatibles con eritroleucoplasia o leucoplasia heterogénea y también con formas iniciales de un carcinoma *in situ* o microinfiltrante ⁽⁸⁾. Teniendo en cuenta el antecedente per-

sonal patológico del carcinoma basocelular en dorso nasal en 2016, la presencia de displasia severa en la biopsia previa, el marcador p53 positivo y la evidencia de un factor traumático local crónico, fue muy importante actuar con celeridad. La displasia epitelial grave puede ser irreversible y es considerada como los primeros indicios del cambio maligno.

El virus del papiloma humano (VPH) puede ingresar al tejido ante el roce o traumatismo y producir lesiones blancas húmedas similares. Debido a que la determinación del virus por PCR resultó negativa, sería necesario estudiar la p16 marcador celular inespecífico que puede asociarse a la infección por VPH ^(9,10).

En el presente caso clínico, el factor traumático local fue evidente, la paciente relataba la aparición de la lesión posterior al roce crónico. Dicho factor podría haber sido determinante o coadyuvante en la génesis, persistencia y agravamiento de la lesión encontrada, en particular por su antecedente del carcinoma basocelular (11) (Tabla 4).

Algunos autores recomiendan seguir un algoritmo para el abordaje y seguimiento de los TOPM; allí se considera la evaluación por un especialista para el reconocimiento de los TOPM y descartar cambios iniciales malignos. Destacan la importancia de personalizar el seguimiento según los factores de riesgo del paciente, la presentación clínica, considerando incluso controles mensuales e indicando la

toma de nuevas biopsias en períodos variables, según sean lesiones extensas o recurrencia de una lesión ya intervenida, o en el caso de cualquier sospecha clínica de transformación maligna (12).

CONCLUSIÓN

Los controles periódicos, que deben ser pautados, estrictos y de por vida, hasta el momento evidencian el éxito de los procedimientos realizados.

Es importante destacar la importancia del trabajo interdisciplinario entre anatomopatólogo, odontólogo, estomatólogo y fonoaudiólogo ya que muchas patologías requieren para su diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento la acción conjunta brindada desde sus diferentes campos de experticia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- S. Warnakulasuriya, Newell. W. Johnson, I. van der Waal. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. J Oral Pathol Med. 2007; 36: 575–80.
- S Warnakulasuriya, OKujan, J M Aguirre-Urizar, et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. Oral Dis. 2020;00:1–19.
- Alaejos Algarra C., Berini Aytés L., Gay Escoda C. Valoración de los métodos de tinción con azul de toluidina y lugol en el diagnóstico precoz del cáncer bucal Av. Odontoestomatol. 1996; 12(7): 511-517.
- Martínez-Sahuquillo Márquez A, Gallardo Castillo I, Cobos Fuentes MJ, et al. La leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa. Av Odonto estomatol [Internet]. 2008;24(1):33-44.
- Van Der Waal EH, Schepman K-P, Van Der Wall I. The possible malignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a prospective study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 2003; 96: 164–71.
- 6) Van der Meij EH, Van der Waal I. Lack of clinic-pathological correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and

- suggestions for modifications. J Oral Pathol Med. 2003;32:507-12.
- Cerero-Lapiedra R, Baladé-Martínez D, Moreno-López LA, et al. Leucoplasia verrugosa proliferativa: Propuesta de criterios diagnósticos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010; 15:276-82.
- El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. WHO Classification of Tumours, No 9, Fourth edition. International Agency for Researchon Cancer. Lyon, 2017.
- 9) Lerman, M., Almazrooa, S., Lindeman, N. et al. HPV-16 in a distinct subset of oral epithelial dysplasia. Mod Pathol.2017; 30(12): 1646–1654.
- S. Nair, S. Sukumar, M. Schifter, H. Coleman. Human papillomavirus-associated oral intraepithelial neoplasia – Case report and literature review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol.2021;50: 141.
- 11). Lazos JP, Piemonte ED, Lanfranchi EH, Brunotto MN. Characterization of Chronic Mechanical Irritation in Oral Cancer. Int J of Dent. 2017;678452:1-7.
- 12) Araya C. 2018. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. Rev Méd Clín Las Condes. 2018; 29(4): 411-418.





Un producto exclusivo, pensado para brindar respuesta a los riesgos implícitos de tu profesión.

Consultá más con nuestros Productores Asesores: Brondino, Marcela Alejandra (Matrícula Nº 61.454) Chavarría, Fernando Gabriel (Matrícula Nº 61.460) Mariano, Fernando Mario Marcelo (Matrícula Nº 61.453)

Datos de la oficina:

Domicilio: San José de Calasanz 41 P.A., Córdoba C.P. 5000

Tel.: 0351 4216085 | 4216573 | 4256855 Email: marianofm@fibertel.com.ar



Distrofia muscular de Duchenne. Importancia de la transdisciplina en su seguimiento. Caso clínico

AUTORA

Jerez. María Isabel (1)

La **Dra. María Isabel Jerez**, directora de SENDIS (Círculo Odontológico de Córdoba), recibió el **PREMIO COLEGIO ODONTO- LÓGICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA**, por la presentación: "Distrofia muscular de Duchenne: Importancia de la transdisciplina
en su seguimiento", otorgado en las 16° Jornadas Internacionales Interdisciplinarias de la Asociación Argentina de Odontología para
personas con discapacidad y el XXV Encuentro Anual de Socios, realizados el 6, 7 y 8 de marzo de 2021 y organizado por la
Universidad Católica de Córdoba junto a la Asociación Argentina de Odontología para personas con discapacidad (AAODi).

RESUMEN

La distrofia muscular de Duchenne (DMD) es una enfermedad muscular grave, ligada al cromosoma X. En Argentina se estima que afecta aproximadamente a 1 de cada 3.800 a 6.300 varones recién nacidos vivos Es causada por la ausencia o la mutación del gen que codifica la proteína distrofina. Se caracteriza por un deterioro progresivo de los músculos, que en etapas avanzadas de la enfermedad, se presentan generalmente complicaciones cardiorespiratorias, que son las causas principales que ocasionan la muerte al paciente. Caso Clínico: Acude al Servicio de atención al niño con Discapacidad (SENDYS y FLAP) del Círculo Odontológico de Córdoba, un niño de 13 años de edad, de sexo masculino -acompañado por su madre- en silla de ruedas, con diagnóstico médico de Distrofia Muscular de Duchenne (DMD). A la exploración intraoral se observó: mucosas de color normal, macroglosia relativa, gingivitis generalizada, presencia de biofilm, mordida abierta posterior, diastemas en zona antero-inferior, cálculos, agenesia del elemento 31 y caries activas. El manejo odonto-estomatológico fue realizado en fases: preventiva, restauradora y de mantenimiento. Resultados: se logró gran éxito clínico, y conservado en el tiempo.

Palabras claves: distrofia muscular, transdisciplina, calidad de vida.

ABSTRACT

Duchenne muscular dystrophy (DMD) is a serious muscle disease, linked to the X chromosome. In Argentina it is estimated that it affects approximately 1 in 3,800 to 6,300 live newborn males. It is caused by the absence or mutation of the gene that encodes the protein dystrophin. It is characterized by a progressive deterioration of the muscles, which in advanced stages of the disease, cardio-respiratory complications generally appear, which are the main causes that cause death to the patient.

Clinical Case: A 13-year-old male child, accompanied by his mother, in wheelchair, comes to the Service for Children with Disabilities (SENDYS and FLAP) of the Círculo Odontológico de Córdoba, with a medical diagnosis of Duchenne Muscle Dystrophy (DMD). Intraoral examination revealed: normal colored mucosa, relative macroglossia, generalized gingivitis, presence of biofilm, posterior open bite, diastema in the antero-inferior area, calculi, agenesis of element 31 and active caries. The stomatological management was carried out in phases: preventive, restorative and maintenance. Results: great clinical success was achieved, and preserved over time.

Key words: muscular dystrophy, transdiscipline, quality of life.

(1) Directora del Servicio de Atención al Niño con Discapacidad y Fisura Labio Alveolo Palatina, del Círculo Odontológico de Córdoba. (SENDIS y FLAP). Exdocente de la Cátedra de Odontopediatría "A" de la Facultad de Odontología, U.N.C. Odontóloga en la Dirección de Especialidades Médicas Norte (D.E.M.NORTE) de la Municipalidad de Córdoba. Contacto con la autora: marisajerez@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) fue descripta por primera vez en 1861 por el neurólogo francés Guillaume Benjamin Amand Duchenne. Forma parte de las Distrofias Musculares y se refieren a un grupo de más de 100 enfermedades neuromusculares de origen genético, pudiendo ser algunas el resultado de una mutación nueva, o espontánea, que causan debilidad y degeneración progresiva de los músculos. La DMD se clasifica como una miopatía de naturaleza progresiva y se encuentra dentro del grupo de las denominadas enfermedades raras. El patrón de herencia está ligado al cromosoma X. El gen es recesivo, habiendo diversas mutaciones en el gen de la proteína distrofina (locus Xp21.2)1 que conduce a su ausencia, lo que desencadena una grave degeneración muscular progresiva¹. La distrofina se expresa fundamentalmente en el músculo esquelético y cardíaco, pero existen isoformas que se expresan selectivamente en otros lugares, como el cerebro, las células de Schwann o la retina. Esto justifica las manifestaciones no musculares asociadas a la DMD2.

La distrofina es una proteína subsarcolémica esencial para la estabilidad estructural del músculo. Está presente en las células musculares, constituyendo una unión elástica entre las fibras de actina del citoesqueleto y la matriz extracelular. Permite disipar la fuerza contráctil, evitando así el daño en la membrana de las células musculares (sarcolema) durante el proceso de contracción del músculo. Al no estar presente o al estarlo en menos del 0,5% en DMD, la estructura muscular carece de los efectos protectores y organizadores de esta proteína, por lo que la contracción del músculo causa la ruptura de las membranas musculares. Esto permite que ciertos elementos o sustancias, como el calcio, fluyan al interior de la célula a través de la membrana y se activen enzimas que desintegran las proteínas musculares e inician programas de muerte celular, es decir, apoptosis.

Las células musculares destruidas son reemplazadas por tejido conectivo fibroso y adiposo, con la consecuente pérdida de función muscular. Esto produce la hipertrofia característica de esta enfermedad, donde los espacios dejados por la destrucción del tejido muscular se convierten en secciones con fibrosis, que restringen el proceso de contracción, ocasionando rigidez con la consecuente pérdida de función muscular y rango de movimiento.

La expresión clínica de la DMD sigue un curso estereotipado y predecible en la mayoría de los casos. Registra una incidencia aproximada de 1 en 3.500 a 6.000 nacidos vivos, presentándose en varones y sin predilección racial²., De acuerdo

a una revisión sistemática del año 2017 se estima que la DMD afecta de 15,9 a 19,5 varones por 100.000 nacidos vivos en todo el mundo, considerándose como la distrofia muscular más frecuente y severa a nivel mundial³.

En Argentina se registra en 1 de cada 3.800 a 6.300 varones nacidos vivos. Los principales afectados son de sexo masculino; sin embargo, se ha descripto que aproximadamente el 10% de las mujeres portadoras pueden presentar algún tipo de sintomatología, con un amplio espectro de severidad o incluso solo presentar manifestaciones cardiacas y/o cognitivas⁴

Los síntomas por lo general aparecen antes de los 6 años de edad, pero también pueden presentarse en la infancia temprana⁵. Los primeros signos motores que se observan son: retraso en la marcha, caídas frecuentes o marcha de puntillas. La debilidad se incrementa progresivamente hasta que la pérdida de la marcha se produce en la adolescencia. La enfermedad consta de una fase preclínica, durante la cual se puede apreciar un leve retraso en las funciones motoras. Una fase de estado, en la que se evidencia el déficit muscular y signo de Gowers positivo y una fase final, en la que la atrofia muscular es generalizada y la afectación de la musculatura respiratoria suele llevar a la muerte, difiriendo según distintos autores entre la segunda y la tercera década aproximadamente, aunque esto ha mejorado un poco por los avances en las ciencias médicas y los nuevos fármacos. Las complicaciones respiratorias y cardiovasculares son las principales causas de morbilidad y mortalidad relacionadas con la enfermedad entre las personas con DMD.

Las complicaciones incluyen fatiga de los músculos respiratorios, taponamiento de moco, atelectasia, neumonía e insuficiencia respiratoria que, si no es tratada, aumenta el riesgo de disnea grave, hospitalizaciones prolongadas y muerte por paro respiratorio o arritmias cardíacas inducidas por las vías respiratorias ^{6,7}. A medida que la enfermedad avanza, el miocardio no cumple con las demandas fisiológicas y se desarrolla insuficiencia cardíaca clínica⁸.

La sospecha del diagnóstico de DMD debe ser considerada independientemente de los antecedentes familiares y suele estar desencadenada por los siguientes signos: problemas con la función muscular, signo de Gowers positivo y retraso en el lenguaje verbal.

Las herramientas para llegar a un diagnóstico son: incremento de la proteína muscular creatinafosfoquinasa (CPK), que se eleva 10-100 veces sobre su valor normal desde el momento del nacimiento, y el de las enzimas hepáticas AST y ALT (aspartato aminotransferasa y alanina aminotransferasa), además

de la biopsia muscular y las pruebas genéticas9.

La elevación de transaminasas, además de indicar una posible patología hepática, debe hacer sospechar una patología muscular ante lo cual se hace necesario realizar anamnesis, exploración y pruebas complementarias adecuadas para descartarla o confirmarla ⁹.

Aunque la DMD es una enfermedad eminentemente muscular, puede asociarse a problemas cognitivos por la expresión, a nivel cerebral, de isoformas de la distrofina. Globalmente, el cociente intelectual de los pacientes está por debajo de la media y se puede encontrar deficiencia intelectual en el 20-34% de los casos¹⁰.

La prevalencia de maloclusiones en pacientes con DMD según la literatura es de un 86,0%¹¹.

La disfagia en la DMD empeora con la edad, lo cual requiere de una masticación más eficiente¹²

Aunque no existe tratamiento curativo para la DMD, los fármacos esteroideos, la fisioterapia e hidroterapia se utilizan para disminuir los síntomas, retardar la progresión de la enfermedad, evitar y corregir las discapacidades y prevenir las complicaciones¹³. Actualmente se investigan varios enfoques para restaurar parcialmente a la proteína distrofina. Hasta el momento se han aprobado cuatro medicamentos que tienen efectos moderados y solo son adecuados para grupos específicos de pacientes: el compuesto Translarna (EMA, Europa), que facilita la lectura del ARN mensajero (ARNm) con codón de parada prematuro, y los compuestos de omisión de Exón Eteplirsen y Golodirsen (FDA, EE. UU.) y Viltolarsen (MHLW, Japón)¹⁴.

Otras terapias que reemplazan o restauran la distrofina aún están en estudio. Todavía existen varios obstáculos que deben superarse antes de que estas terapias puedan llegar a la clínica¹⁵

OBJETIVO

Describir de manera integral la evolución y el tratamiento odontoestomatológico de un paciente diagnosticado con Distrofia Muscular de Duchenne (DMD).

CASO CLÍNICO

En el año 2001 un paciente de género masculino, de 13 años de edad, concurre al servicio de SeNDis (Servicio de Atención a Niños con Discapacidad) y FLAP (Fisurados Labio Alvéolo Palatino), del Círculo Odontológico de Córdoba. Se

presentó en silla de ruedas (Figura N° 1 a y b), acompañado por su madre, diagnosticado médicamentecon Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) y derivado del Hospital Infantil para su atención odontológica. Su cociente intelectual es normal, y sin experiencias odontológicas previas, solo controles para el certificado buco dental. Se trataba de un paciente cooperador de acuerdo a la clasificación de Frankl

Antecedentes generales: niño nacido por cesárea, con una gestación de 36 semanas y un peso al nacer de 2,320 Kg. Tomó leche materna hasta el año, continuando luego con leche entera en sachet, caminó al año y dos meses. No tuvo internaciones ni cirugías hasta los 9 años, cuando se le realizó una biopsia de músculo. La madre notaba que el niño no presentaba interés por los juegos que implicaran esfuerzo físico, tales como correr, subir escaleras, pero que jugaba con la pelota. Le llamaba la atención la musculatura pronunciada de sus pantorrillas y un caminar como de "pato" que fue más evidente a lo largo del tiempo.

A la edad de 9 años (año 1991) es derivado al neurólogo por la pediatra, ya que presentaba trastornos en la marcha (no asentaba el talón) y dificultad para subir escaleras. Se llegó al diagnóstico de enfermedad de Duchenne mediante el examen físico (signo de Gowers positivo y seudohipertrofia de pantorrillas), enzimas musculares y biopsia muscular.

No habiendo antecedentes familiares, se le indicó asesoramiento genético, e interconsulta con psicología, cardiología y neurokinesiología.

En esta etapa, la rehabilitación consistió en preservar la marcha, a través férulas en pies-piernas bilaterales, neurokinesiología y apoyo psicológico para el paciente y la familia (Figura 1 a).

A la edad de 13 años, seis meses antes de la consulta a nuestro servicio, se le indica la silla de rueda estándar por haber perdido totalmente la fuerza en los músculos de la cintura pelviana, lo que impidió definitivamente la marcha (Figura 1 b). La enfermedad siguió progresando y para conservar la fuerza remanente se indica el uso de una silla de ruedas automática y se indica el aparato mecánico para traslado dentro de su casa. Se producen deformidades óseas, difíciles de controlar con la rehabilitación, debido a que no se puede someter a cirugía.

En esta etapa la intervención de la terapista ocupacional (TO) fue muy importante, ya que le enseñó cómo usar dispositivos de asistencia y actividades de la vida diaria como vestirse y bañarse. El paciente fue medicado con corticoides (Deflazacort®) y suplemento de calcio.

CASO CLÍNICO

A la exploración física extraoral se observa su constitución ectomórfica, incapaz de realizar marcha independiente por sí mismo, con total movilidad de sus brazos y manos. Podía desplazarse de la silla de rueda al sillón odontológico con ayuda de su madre. Presenta cráneo normocéfalo, tipo normofacial, ojos simétricos, cuello cilíndrico, ausencia de adenomegalias y fuerza muscular disminuída. Las extremidades superiores se encuentran integras, con tono muscular normal en codos y muñecas. El labio inferior era hipotónico y el labio superior fino. A la exploración intraoral se observaron las mucosas de color normal, macroglosia relativa, gingivitis generalizada por presencia de biofilm, cálculo en sector anteroinferior y en zona vestibular de molares 16 y 26, mordida abierta posterior (Figura2), frenillo vestibular inferior de base de implantación ancha y tenso, diastemas en zona anteroinferior y agenesia del elemento 41 (Figura 3 a y b). Se detectaron caries activas amelodentinarias profundas en los elementos 36, 26,46, 16, y caries amelodentinarias poco profundas en 44, 17, 37 y 25.

Se elaboró un plan de tratamiento integral y personalizado, en función de su riesgo médico y odontológico, siendo clasificado como de alto riesgo.

TRATAMIENTO

En la fase preventiva, el tratamiento odontológico se orientó hacia el control de la infección y el refuerzo del huésped. Luego de la aplicación de solución reveladora doble tono, se registró el Índice de Placa de O' Leary.

Debido a que el paciente contaba con movilidad y tono muscular aceptable en sus brazos, manos y motricidad fina (Figura 4), la motivación se basó en la enseñanza de técnicas de higiene mediante la técnica "decir, mostrar y hacer"; se indicó tres veces al día, con la utilización de una pasta fluorada de 1500 parte por millón, adaptando el mango del cepillo para facilitar su agarre. Además se realizó detartraje y pulido de las superficies dentarias que presentaban cálculo, inactivación de caries con material de restauración intermedia (IRM), en los elementos 36, 26, 46, 16 y 37y aplicación tópica de fluoruros.

Se indicó control de hábitos dietéticos que fueron trabajados junto a su nutricionista.

Fase de rehabilitación

Se colocaron selladores de fosas y fisuras en los elementos 24, 34, 35, 45, 14 y 15 y se rehabilitaron aquellos dientes que presentaban caries, con mínima intervención y obtura-





Figura 1: a) Paciente a los 9 años, con férulas en las piernas. b) Paciente a los 13 años (2001).



Figura 2. Paciente de 13 años, mordida abierta posterior (año 2001).





Figura 3: a y b) Paciente de 13 años, impronta de los incisivos inferiores en la mucosa, frenillo lingual tenso y fibroso, presencia de cálculos, agenesia de incisivo (año 2001).



Figura 4: Paciente a los 18 años. Fase de mantenimiento (año 2006).



Figura 6: Fase de mantenimiento en domicilio (año 2021).

ción con ionómero de vidrio de alta densidad (FUYI 9®) en los elementos 16, 17, 25, 26, 37 y 44 y se realizaron amalgamas en 36 y 46 (Figura 5 a y b).

Fase de mantenimiento

Se acordaron citas periódicas cada 3 meses para control de biofilm con revelador de placa y aplicación tópica barniz de fluoruro de sodio con trifosfato cálcico a una concentración del 5 % (Clinpro-White Varnish®). Además, se indicó digluconato de clorhexidina al 0,12 % en forma de gel, para usarlo





Figura 5: Fase de mantenimiento. a) Maxilar superior. b) Maxilar inferior. (año 2006).



Figura 7: Aplicación de flúor Climpro 3M en el domicilio.

con cepillo una semana al mes (Figura 6 y 7).

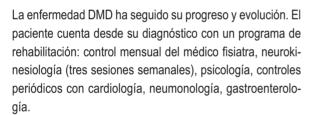
En su última cita de mantenimiento se observó, a nivel de la cavidad bucal, aumento de la mordida abierta posterior, gran tamaño los maxilares, lengua hipotónica y los elementos del sector de premolares y molares inferiores, se encontraban volcados hacia vestibular, por la fuerza de la lengua (Figura 8a y b). Si bien la marcada hipertonicidad y fibrosis de los músculos de la cavidad bucal dificulta la atención odontológica, se ha logrado renovar la mayoría de las restauraciones a lo largo de los años, obturándolas con ionómero Fuyi 9® y composite.

CASO CLÍNICO





Figura 8: a) Oclusión, mordida abierta anterior y posterior, interposición lingual. **b)** Maxilar inferior salud gingival y desplazamiento de premolares y molares hacia vestibular (año 2021).



En la actualidad el paciente tiene 33 años y aunque es programador de sistemas, ya no puede trabajar de manera independiente, debido al avance de la DMD. Utiliza todo el día el Bipak y ciertas horas del día, oxígeno (Figura 9). Carece de fuerza muscular en sus brazos y manos, por lo que no puede comer solo. Su madre, quien dice ser "su sombra" es quien debe movilizarlo por medio de una grúa (Figura 10). La fase de mantenimiento odontológico durante el 2020 y el año en curso se han realizado en el domicilio.

DISCUSIÓN

En el caso presentado de DMD, el tratamiento odontológico comenzó en una fase no ambulatoria temprana, pero sin pérdida de la movilidad de sus brazos y manos, lo que ayudó a que el paciente pudiera valerse por sí mismo para cepillarse los dientes en esta etapa. Además, la presencia y la colaboración de la madre durante los tratamientos fueron favorables para incrementar el nivel de aceptación a la atención odon-



Figura 9: Uso de Bipak y oxígeno para dormir (año 2021).



Figura 10: a y b) Grúa de traslado en su domicilio.

tológica del paciente y adicionalmente, concienciar a ambos en la importancia de visitar al odontopediatra en forma periódica. Se logró cumplir el objetivo de rehabilitar su cavidad bucal y mantenerla en óptimas condiciones de salud a lo largo del tiempo.

Coincidimos con lo que Longo Araujo y Moreno¹⁶ expresaronen el año 2007acerca de que los pacientes con DMD deben ser atendidos en unidades especializadas, constituidas por un equipo de profesionales coordinado y con experiencia en el manejo de la enfermedad. Otros autores como Bushby y col. 17 sostienen también que la supervivencia de los pacientes con DMD se ha incrementado en los últimos años gracias a la instauración de un tratamiento con un abordaje interdisciplinario precoz. Antes, los pacientes fallecían poco después de la adolescencia, pero con la introducción de la ventilación no invasiva y la sistematización de la cirugía de escoliosis. la supervivencia se ha prolongado hasta la tercera, y excepcionalmente, hasta la cuarta década de la vida^{17, 18}. Esto implica que la DMD ha dejado de ser una enfermedad de ámbito exclusivamente pediátrico, como se ve reflejado en el presente caso clínico.

Estos antecedentes alientan a la implementación de estrategias de manejo transdisciplinario como parte del trabajo para modificar favorablemente la historia natural de esta enfermedad y mejorar la función, la calidad de vida y la longevidad de los pacientes. Por ello, es importante que el odontólogo se integre al equipo y que se perfeccione en el abordaje y tratamiento odontológico a pacientes con DMD, en la aplicación de medidas preventivas a edades tempranas, y en la implementación activa de la atención domiciliaria de los pacientes que ya no pueden acudir al establecimiento.

CONCLUSIÓN

Es esencial un abordaje transdisciplinario en la atención de pacientes con DMD para poder aplicar medidas preventivas,

manejo de las manifestaciones y de las complicaciones generales a lo largo de la vida. Actualmente, la atención de pacientes con DMD ha sido moldeada por la disponibilidad en el uso temprano de intervenciones terapéuticas y de nuevas terapias genéticas y moleculares. Este enfoque coordinado tiene el potencial de mejorar no solo la supervivencia, sino también la calidad de vida, que la OMS define como: "Percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". En esta concepción es imprescindible el cuidado de la salud bucal para mantener hábitos saludables en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ruiz DA, Baumgartner M. Distrofia Muscular de Duchenne (Revisión Bibliográfica). Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2008; 586:315-318.
- Nascimento Osorio A, Medina Cantillo J, Camacho Salas A, Madruga Garrido M, Vilchez Padilla JJ. Consensus on the diagnosis, treatment and follow-up of patients with Duchenne muscular dystrophy. Neurologia (Engl Ed). 2019 Sep;34(7):469-481.
- Ryder S. The burden, epidemiology, costs and treatment for Duchenne muscular dystrophy: an evidence review. Orphanet J Rare Dis 2017; 1-21.
- Romitti P. Prevalence of Duchenne and Becker Muscular Distrophies in the United States. Pediatrics 2015;135: 513-21.
- Guerra M, Suárez F, García R, Ayala P. Distrofia Muscular de Duchenne/Becker. Revista Pediatría. 2019;52(1):8-14.
- Gómez-Merino E, Bach JR. Distrofia muscular de Duchenne: prolongación de la vida mediante ventilación no invasiva y tos asistida mecánicamente. Soy J Phys Med Rehabil. 2002; 81: 411-15.
- Phillips MF, Smith PE, Carroll N, Edwards RH, Calverley PM. Oxigenación nocturna y pronóstico en la distrofia muscular de Duchenne. Am J Respir Crit Care Med. 1999; 160: 198– 202.
- McNally EM. Nuevos enfoques en la terapia de la miocardiopatía en la distrofia muscular. Annu Rev Med. 2007; 58: 75–88.
- 9) Galoppo C, García Erro M, Ferro A, Pedreira A, y col. La elevación de las transaminasas hepáticas, ¿es siempre diagnóstico de enfermedad hepática? En: Sociedad Argentina de Pediatría. 2do Congreso Argentino de Gastroenterología y Hepatología Pediátricas. Buenos Aires, Argentina; 2002:70.
- F. Magri, A. Govoni, M.G. D'Angelo, R. Del Bo, S. Ghezzi, G. Sandra, et al. Genotype and phenotype characterization in a large dystrophinopathic cohort with extended follow-up. J Neurol, 258 (2011), pp. 1610-1623.

- 11) Huaman Dianderas F, Guevara-Fujita ML, Trubnikova M, Gallardo J, Dueñas RM, Protzel Pinedo A, et al. Detección de mutaciones causantes de distrofia muscular de Duchenne/Becker: reacción en cadena de la polimerasa Mutiplex vs. Amplificación múltiple dependiente de ligación por sondas. Rev Perú Med. Exp. Salud pública [online]. 2019, vol.36, n.3 [citado 2021-08-18], pp.475-480.
- 12) Fiorentino G, Annunziata A, Cauteruccio R, Frega GS, Esquinas A. Mouthpiece ventilation in Duchenne muscular dystrophy: a rescue strategy for non compliant patients. JBras Pneumol. 2016;42(6):453-456.
- 13) Van den Engel-Hoek L, De Groot IJ, Sie LT, van Bruggen HW. Dystrophic changes in masticatory muscles related chewing problems and malocclusions in Duchenne muscular dystrophy. Neuromuscular Disord 2016; 26: 354-60.
- 14) World Duchenne Organization. Entre la precaución y la esperanza: terapia génica y edición. Share4Rare. Recuperado de:http://www.share4rare.org [fecha de consulta:18 de agosto de 2021].
- Falzarano MS, et al. Duchenne Muscular Dystrophy: From Diagnosis toTherapy. Molecules. 2015;20 (10): 18168– 18184.
- Longo Araújo de Melo E, Moreno Valdés MT. Buena calidad de vida de los pacientes con distrofia muscular de Duchenne. Rev Neurol 2007; 45: 81-7.
- 17) Bushby, R. Finkel, D.J. Birnkrant, L.E. Case, P.R. Clemens, L. Cripe. DMD Care Considerations Working Group, et al.Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 2: implementation of multidisciplinary care.Lancet Neurol, 9 (2010), pp. 177-189
- 18) Eagle M, Baudouin SV, Chandler C, Giddings D, Bullock R, Bushby K.Survival in Duchenne muscular dystrophy: improvements in life expectancy since 1967 and the impact of home nocturnal ventilation. Neuromuscul Disor. 2002;12: 926-929.

REMODELAMOS EL COLEGIO PARA UNA MEJOR ATENCIÓN

Junto a nuestro equipo de trabajo detectamos la necesidad de adaptarnos a las nuevas tecnologías, incorporamos servicio de emisión de certificado digitales en 24 horas y la digitalización de todos los archivos.

URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

24/7

¿Quéres realizar el servicio Urgencias Odontológicas?

Podes inscribirte en:

www.colodontcba.org.ar/urgencias-odontologicas

URGENCIAS ODONTOLÓGICAS BRINDA:

- Posicionamiento WEB en los buscadores.
- Publicidad sin costo de tu consultorio.

Bolsa de Trabajo CÓRDOBA

Ofrezco Trabajo

ACCEDER A MI CUENTA Bolsa de Trabajo

> Ofrece un Puesto de Trabajo

NO MATRICULADOS

Enviar un E-mail a Marco Laboral

Se autoriza y luego, se publica

Busco Trabajo

ACCEDER A MI CUENTA Bolsa de Trabajo

LA BUSQUEDA ES GRATUITA SE ENCUENTRA EN VIGENCIA

- Coronel Olmedo 35 Córdoba Capital
- © (0351) 157553010
- (1) (0351) 4251653 / 4224209
- www.colodontcba.org.ar
 - colegioodontologico@colodontcba.org.ar





Implantes Dentales / Herramental Quirúrgico / Biomateriales













Representante en Pcia. de Córdoba - José Merchan - Cel.:(0351) 15.658.5775





