



**Universidad
Zaragoza**



Facultad de Ciencias de la
Salud y del Deporte de Huesca
Grado en Odontología

(2017-2022)

TRABAJO FIN DE GRADO



TRATAMIENTO BUCODENTAL EN PACIENTES ESPECIALES DROGODEPENDIENTES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Oral treatment in special drug-dependent patients. Two cases report

Autor del Trabajo de Fin de Grado en Odontología:

Ángel García García

Tutor del Trabajo de Final de Grado:

Doctor Antonio Lasierra Zuazo

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento a todos los profesores con los que me he encontrado a lo largo de estos cinco intensos años ya que todos, de una manera u otra me han hecho enfrentarme a adversidades que he tenido que superar y que han dado fruto gracias a todos los conocimientos adquiridos en esta carrera.

Quiero mencionar también a toda la gente que he conocido durante el camino, al Colegio Mayor Universitario Ramón Acín por haberme dado la posibilidad de vivir la etapa universitaria intensamente y haberme brindado el placer de conocer a amigos que sin duda alguna, tendré para toda la vida. Tampoco me puedo olvidar de la gente que he conocido en la carrera porque también vosotros sois responsables de haber hecho de Huesca un sitio al que siempre querer volver, sentirme como en casa; un sitio que me ha hecho cambiar la perspectiva en muchos aspectos y cambiar como persona, además de vivir los mejores años de mi vida.

Por último, agradezco a mi familia, a mis padres y a mi hermano su apoyo indirecto desde la distancia. Sin ellos, nunca hubiera imaginado conseguir todo lo que he conseguido en el transcurso de esta carrera tan bonita. Por haber creído en mi en los peores momentos, por alentarme cuando las fuerzas flaqueaban, por alegraros de mis éxitos como si fueran los vuestros y por haberme inculcado la cultura del esfuerzo para luchar por aquello que uno quiere.

Gracias de corazón.

RESUMEN

Según la organización mundial de la salud (OMS), una droga es toda aquella sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y, además, es susceptible de crear dependencia, ya sea, psicológica, física o de los dos tipos.

El consumo de drogas acarrea grandes problemas de salud, entre estos, los que afectan a la cavidad oral, que variarán en función del tipo y dosis de la sustancia consumida, del tiempo y la frecuencia del consumo y de las características individuales del consumidor.

En el presente trabajo, el objetivo es analizar a través de una revisión bibliográfica, la situación clínica-odontológica de jóvenes drogodependientes, la anamnesis, historia clínica, diagnóstico y pronóstico de este tipo de pacientes, además de las alternativas de tratamiento.

Documentaremos el trabajo en base a dos pacientes tratados en prácticas tuteladas de la Facultad de Odontología de Huesca. Analizaremos además porqué el medio oral es uno de los sistemas más afectados y cuáles son los procesos que intervienen en función del tipo de droga de abuso consumida y su frecuencia.

Palabras Clave: *Drogadicción; farmacodependencia; uso y abuso de drogas; odontología, caries dental, control del dolor, prótesis parcial removible.*

ABSTRACT

According to the World Health Organisation, a drug is any substance which, when introduced into the organism by any route of administration, produces an alteration in the functioning of the individual's central nervous system and, in addition, is susceptible to creating dependence, whether psychological, physical or both.

Drug use causes major health problems, including those affecting the oral cavity, which will vary depending on the type and dose of the substance consumed, the time and frequency of use and the individual characteristics of the user.

In this study, the aim is to analyse, through a review of the literature, the clinical and dental situation of young drug addicts, the anamnesis, clinical history, diagnosis and prognosis of this type of patient, as well as the treatment alternatives.

We will document the work on the basis of two patients treated in supervised practice at the Faculty of Dentistry in Huesca. We will also analyse why the oral environment is one of the most affected systems and what processes are involved depending on the type of drug of abuse consumed and its frequency.

Key Words: *Drug addiction; drug dependence; drug use and abuse; dentistry, dental caries, pain management, removable partial dentures.*

LISTADO DE ABREVIATURAS

TFG	Trabajo de fin de grado
RAR	Raspado y alisado radicular
OPM	Ortopantomografía
ASA	American Society of Anesthesiologists
PPR	Prótesis parcial removible
OMS	Organización mundial de la salud
EP	Enfermedad periodontal
AAP	Academia Americana de Periodoncia
EFP	Federación Europea de Periodoncia
IHO	Instrucciones de Higiene Oral
HTA	Hipertensión arterial
EDSS	Expanded Disability Status Scale
PPFD	Prótesis parcial fija dentosoportada
LAC	Límite amelocementario
QRS	Intervalo que mide el tiempo de despolarización ventricular
ATM	Articulación temporomandibular
INR	Ratio Normalizada Internacional

ÍNDICE

1. AGRADECIMIENTOS.....	I
2. RESUMEN	II
3. ABSTRACT	III
4. LISTADO DE ABREVIATURAS	IV
5. INTRODUCCIÓN	1
6. OBJETIVOS	4
7. CASO CLÍNICO 5862	5
7.1. ANAMNESIS	5
7.2. EXPLORACIÓN	6
7.3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	9
7.4. DIAGNÓSTICO	9
7.5. PRONÓSTICO	11
7.6. PLAN DE TRATAMIENTO	12
7.7. DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO	13
8. CASO CLÍNICO 333	14
8.1. ANAMNESIS	14
8.2. EXPLORACIÓN	15
8.3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	18
8.4. DIAGNÓSTICO	18
8.5. PRONÓSTICO	20
8.6. PLAN DE TRATAMIENTO	21
8.7. DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO	22
9. DISCUSIÓN	23
10. CONCLUSIONES	34
11. BIBLIOGRAFÍA	35

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término Salud como “El estado completo de bienestar físico y social de una persona”, y no solo la ausencia de enfermedad. Dentro de este amplio término entra por tanto, la salud oral. ⁽¹⁾

La salud bucal, importa. Los dientes y la boca son una parte integral del cuerpo permitiendo, por tanto, las funciones esenciales del organismo. Además, la boca es una característica fundamental de identidad personal. La salud oral puede definirse de forma multidimensional incluyendo dentro de este término, aspectos físicos, psicológicos y emocionales. Es importante destacar que la salud bucal es subjetiva y dinámica y nos permite comer, hablar, sonreír y socializar. ⁽²⁾

A pesar de ser las enfermedades orales en gran medida, prevenibles, estas destacan por ser altamente prevalentes a lo largo del curso de la vida y tienen efectos negativos sobre los individuos, las comunidades y la sociedad en general. Las enfermedades bucodentales son un problema de salud pública mundial con especial preocupación por su creciente prevalencia en muchos países de bajos y medianos ingresos. ⁽²⁾

Una droga psicoactiva se define como un producto químico, natural o sintético, que administrado por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, intravenosa) actúa sobre el sistema nervioso central y desencadena alteraciones físicas y/o psiquiátricas, provocando cambios en las sensaciones o modificando el estado psicológico, es decir, alterando el comportamiento del individuo. ⁽³⁾

El consumo de sustancias psicoactivas puede estar influido por el contexto social de los usuarios y por factores como el nivel de escolaridad, lugar de residencia, etc. En este sentido, el abuso de drogas también se considera un problema de salud pública debido a las consecuencias sistémicas y de comportamiento. ⁽⁴⁾

La cocaína es un alcaloide extraído de la planta *Erythroxylum Coca* a través de un proceso de disecación y maceración. Ha sido ampliamente empleado durante décadas para diferentes propósitos, que van desde la anestesia local hasta el uso recreativo. Se introdujo por primera vez en la medicina moderna por Koller en 1884 por su efecto anestésico y vasoconstrictor. Su uso recreativo deriva del efecto de estimulación que produce sobre el sistema nervioso central. ⁽⁵⁾

La cocaína es altamente ácida y está asociada a condiciones adversas para la salud bucodental, como la erosión del esmalte y la abrasión cervical. La xerostomía, el aumento de la caries dental, la enfermedad periodontal, lesiones gingivales, bruxismo y los trastornos de la ATM han sido constatados como efectos secundarios del consumo

de cocaína. Además, es común que los pacientes consumidores de cocaína, también, de forma simultánea sean adictos al tabaco, alcohol o marihuana lo que genera un cúmulo de factores que desencadenarán en la alteración de la fisiología normal de la cavidad oral. ⁽⁵⁾

Una buena salud oral, es una parte integral de la salud general, la calidad de vida y el bienestar. Sin embargo, entre personas con trastorno por uso de drogas, la salud oral a menudo es sorprendentemente mala. En este trabajo nos centraremos en realizar una actualización de las enfermedades orales entre los usuarios de drogas ilegales, así como tabaco o alcohol, una descripción de las condiciones agudas y crónicas además de realizar la revisión de los mecanismos, evaluación y tratamiento de las enfermedades bucodentales entre los consumidores de drogas a propósito de dos casos. El consumo de sustancias representa una importante carga para la salud, ya que pueden causar dolor, malestar a parte de alteraciones estéticas a nivel bucodental. Tras la revisión bibliográfica realizada por Djou y Dewi, podemos concluir que se realizó una síntesis de los problemas de salud oral más frecuentes entre este tipo de pacientes, y se encuentran: Caries dental y enfermedad periodontal ambas fueron las más prevalentes (78%), seguidas de la xerostomía (44%), bruxismo (17%) y lesiones de la mucosa oral (11%). ⁽⁶⁾

La saliva tiene diferentes funciones en la cavidad oral: Limpieza, protección de tejidos, lubricación, hidratación, barrera de permeabilidad, cambios en la microbiota, la regulación del calcio/fosfato, acción antiácida, digestión del bolo alimenticio y deglución. El flujo salival es fundamental para estas acciones y una reducción del mismo, puede conducir a un aumento en la ocurrencia de caries dental, infecciones orales, complicaciones gastrointestinales y reducción de la calidad de vida. ⁽⁷⁾

La xerostomía puede estar causada por diferentes factores, como enfermedades sistémicas, el uso de medicamentos, radioterapia de cabeza y cuello y por supuesto, el uso de drogas ilegales. El cannabis, el éxtasis y la metanfetamina son drogas ilegales ya asociadas con boca seca. Esta información es importante para planificar estrategias de prevención y mejora de la asistencia sanitaria y recuperación de personas dependientes. ⁽⁸⁾

Cannabis, también conocido como marihuana es una de las sustancias más comúnmente usadas con objetivos tanto médicos como recreativos en el mundo. El consumo recreativo del cannabis tiene una larga historia debido a sus efectos psicológicos y fisiológicos en el cuerpo humano, particularmente por la intensa experiencia de euforia. Históricamente, se ha proporcionado cannabis a los pacientes

para paliar diferentes tipos de dolor. Sin embargo, el consumo de sobredosis de cannabis tiene efectos adversos sobre la salud, incluida la inducción de taquicardia, deterioro del sistema inmunitario, la interferencia con la función cognitiva y el aumento del riesgo de desarrollo de cáncer. Existe un aumento en la incidencia de carcinoma de células escamosas, xerostomía, gingivitis severa, necrosis isquémica del paladar y bruxismo en este tipo de pacientes. ⁽⁹⁾

Es importante conocer de qué forma actúan los receptores cannabinoides sobre los tejidos orales y qué mecanismo de acción desarrollan sobre las células de los mismos, para entender por qué existe una relación directa y constatada entre el consumo de cannabis y el aumento de patologías orales. ⁽¹⁰⁾

Uno de los principales hándicaps que encontramos al tratar con un paciente que es o ha sido drogodependiente, es que especialmente tienen un menor control de la ansiedad en el gabinete dental.

La ansiedad dental la podemos describir como una aversión emocional, estado de opresión o preocupación ante el estímulo temido del tratamiento dental. De hecho, se ha demostrado que juega un papel crucial como causa principal por parte del paciente para evitar el tratamiento dental. Además, la reciente literatura científica sostiene que aquellos pacientes que tienen altos niveles de ansiedad dental o fobia al dentista, tienen también malos hábitos de salud bucal (escasa higiene, tabaquismo, hábitos alimenticios no saludables, etc. ⁽¹¹⁾

Es necesario destacar que el consumo de una dieta rica en azúcares combinada con el consumo de alcohol (posiblemente con bebidas azucaradas), se encuentra entre los principales factores de riesgo conductuales para enfermedades orales. ⁽¹²⁾

En todo el mundo, el consumo excesivo de alcohol se atribuye a un importante problema de salud pública. Los alcohólicos tienen mayor riesgo de desarrollar caries dental, enfermedades gingivales y cáncer orofaríngeo. Esto es debido a que todos los estudios sostienen que hay una gran incidencia entre los pacientes que consumen alcohol a diario y que también son fumadores. Esto implicará que el efecto nocivo aumenta significativamente cuando se combina con el consumo de tabaco. ⁽¹²⁾

Las drogas legales son las sustancias nocivas más consumidas en el mundo, y están representadas por los cigarrillos y el alcohol. ⁽¹³⁾

El consumo de tabaco, en todas sus formas, afecta a la superficie de la cavidad oral (mucosa oral) y los dientes y sus estructuras de soporte (las encías). Los tejidos pueden verse afectados por el calor y/o la irritación física de los dispositivos para fumar, pero la

patología más significativa proviene de las interacciones químicas y moleculares con productos relacionados con el tabaco que aumentan la inflamación e inducen a afecciones orales potencialmente malignas. ⁽¹³⁾

OBJETIVOS

Generales

El presente TFG tiene como objetivo principal, conseguir la información científica necesaria junto con los conocimientos ya adquiridos a lo largo de la formación durante cinco años en el grado, para un correcto diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de los dos casos clínicos presentados en este trabajo.

Específicos

• Académicos

- Realizar una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos, para la obtención de literatura científica para el correcto desarrollo del presente TFG.
- Poner al día los conocimientos adquiridos durante el grado.
- Tener en cuenta las afecciones tanto generales como orales que pueda presentar el paciente, así como los diferentes tratamientos actuales que presente el paciente, para saber qué tipo de tratamientos farmacológicos o dentales podremos realizarle.

• Clínicos

- Trasladar los conocimientos adquiridos a la práctica clínica, para el desarrollo de los dos casos clínicos.
- Realizar una buena anamnesis y valoración a nivel sistémico general y a nivel oral, de forma individual para cada paciente, con el objetivo de llegar a un correcto diagnóstico, opciones terapéuticas y plan de tratamiento.
- Motivar e instruir en técnicas de higiene oral. (IHO)
- Hacer una valoración de las diferentes opciones terapéuticas que se adapten a las necesidades de cada paciente, no solo a nivel oral, si no a nivel sistémico general y la importancia que tiene el aparato estomatognático en la salud del paciente.
- Proporcionar una buena salud oral al paciente, mejorando su estética y función.

1. ANAMNESIS

a. Datos de filiación:

Paciente hombre de 28 años de edad, 174 cm de altura y 66kg de peso. Con número de historia clínica 5862 y de profesión repartidor en una empresa de mercancías aparte de estudiante de grado medio en mecanizado. Acude por primera vez al Servicio de Prácticas Odontológicas de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza, campus de Huesca el día 15 de octubre de 2021.

b. Antecedentes médicos:

- El paciente no presenta ninguna patología sistémica de interés.
- No sufre ninguna enfermedad sistémica.
- No está sometido a ningún tratamiento farmacológico actualmente.
- **Hábitos:** Consume cannabis todos los días. Nos hace saber que el tabaco que consume es siempre mezclado con marihuana y que se puede fumar una media de 4 o 5 porros diarios. Además, empezó a consumir cocaína y cristal con 14 años. En la actualidad, solo consume este tipo de sustancias 1 o 2 veces cada 3 meses aproximadamente.

c. Antecedentes odontológicos:

- Higiene oral: El paciente refiere que no se suele cepillar los dientes por normal general. Esto se ve reflejado en la exploración intraoral.
- Tratamiento odontológico previo: Es la primera vez que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Zaragoza. El paciente presenta:
 - Obturación clase I del diente 15 y 23.
 - Obturación clase III del diente 22.
 - Resto radicular endodonciado del 14.

d. Antecedentes familiares: No tiene antecedentes médicos familiares destacables.

e. Motivo de consulta: El paciente refiere que “**Vengo porque quiero arreglarle la parte de delante de mi boca**”. El paciente solicita la ayuda

de los servicios sociales para ver si le aceptan el presupuesto y se lo pueden financiar.

2. EXPLORACIÓN

a. Exploración extraoral

- Exploración de la ATM: no presenta ruidos articulares y tampoco tiene dolor durante la dinámica mandibular.
- Musculatura facial y glándulas salivales: Realizamos palpación bimanual y no encontramos ningún hallazgo de interés.
- Exploración ganglionar cervical: No existen hallazgos de interés.
- Análisis facial: Según el modelo propuesto por Fradeani. ⁽¹⁴⁾

ANÁLISIS FRONTAL. (Anexo nº I – Fig. 6A, 6B, 6C Y 6D)

- **Proporciones faciales:**
 - Tercios faciales: Los tercios medios, superior e inferior se encuentran en armonía con respecto al plano frontal teniendo en cuenta la regla de los tercios faciales.
 - Quintos faciales:
 - La regla de los quintos dicta que el ancho total de la cara equivale a cinco anchos oculares, en este caso sí se cumple.
 - El quinto central está ligeramente disminuido con respecto a los quintos laterales.
- **Simetrías:**
 - Horizontales: Existe simetría en el plano horizontal. Es decir, hay armonía entre el lado derecho y el lado izquierdo.
 - Verticales: Existe simetría en el plano vertical.

ANÁLISIS DE PERFIL (Anexo nº I – Fig. 6E y 6F)

- Tipo de perfil: 174°, corresponde con un perfil recto u ortográfico. El perfil recto está comprendido entre 165-175°.
- Línea E: La distancia de la línea estética al labio superior es de -2mm y al labio inferior es de 0. Por lo tanto, presenta ligera retroquelia inferior según los valores de Ricketts. ⁽¹⁵⁾
- Ángulo nasolabial: 78°, se encuentra disminuido (Norma 90-110°)
- Ángulo mentolabial: 114°, surco marcado.

ANÁLISIS DENTOLABIAL (Anexo nº I – Figuras 1, 2 y 3)

- Forma y tamaño de los labios: Labios tanto superior como inferior gruesos.
- La línea media interincisiva se encuentra centrada con respecto a la línea media facial.
- Curva de la sonrisa: Línea de la sonrisa baja, expone menos del 100% del tejido dental.
- Curvatura incisiva frente al labio inferior: Recto y ligeramente invertido, no sigue el paralelismo natural del labio inferior mientras está sonriendo.
- Anchura de la sonrisa: Se pueden observar 4 dientes en cada hemiarcada.
- Corredor bucal: Ancho.

b. Exploración intraoral (Anexo nºI – Figuras 3A, 3B y 3C.)

- **Exploración de tejidos blandos:**
 - Frenillos: Inserciones normales.
 - Mucosa yugal: Coloración y textura con manchas oscuras (pardo-negruzcas) por el consumo de tabaco y/o drogas.
 - Paladar duro y blando: Normal.
 - Suelo de boca: Normal, no presenta anomalías.
 - Lengua: Suele tener lengua saburral con capa blanquecina sobre la superficie del dorso, esto es debido a la falta de higiene.
- **Exploración periodontal:**
 - Encías: Biotipo grueso, tienen un color oscuro generalizado producido como consecuencia de la nicotina del tabaco que consume.
 - Recesiones: No tiene recesiones destacables (Según clasificación de Miller).
 - Sondaje periodontal, afectación furcal y movilidad:
 - Periodontograma de evaluación inicial. Encontramos profundidades de sondaje de 4 mm en 4.4, 3.3 y 3.4.
 - Presenta movilidad de grado 1 en 1.5 y 2.6.
 - Nivel de higiene: **Índice de placa de O'Leary**= n° total de segmentos con placa/ n° total de segmentos presentes en boca $\times 100 = 76/80 \times 100 = 95\%$.

- Inflamación y sangrado: **Índice gingival de Lindhe**= nº de puntos sangrantes en boca/ nº total de superficies exploradas x 100= 15/80 x 100= **18,75%**.

- **Exploración dental:** (Anexo N^oI – Figuras 2 y 3)

- Ausencias: 1.2.
- Caries presentes: 1.8, 1.7, 1.6, 1.5, 1.3, 1.1, 2.8,2.7,2.6,2.5,2.4, 2.3, 2.2, 3.8, 3.7, 3.6, 3.5, 3.4, 3.3, 4.8, 4.7, 4.6, 4.5, 4.4, 4.3. (Presenta un cuadro de policaries generalizado excepto en incisivos centrales superiores e incisivos centrales y laterales inferiores).
- Facetas de desgaste: Presenta facetas de desgaste en los dientes 3.2, 3.1, 4.2 y 4.1.
- Cálculo y placa: Visible, determinado en el índice de O'Leary.
- Obturaciones realizadas: En los dientes 2.1 y 2.2
- Tinciones extrínsecas y/o intrínsecas: Presencia de tinciones por el consumo de tabaco.
- Restos radiculares: 1.6, 1.4 (Este último está endodondiado), 2.7, 2.5, 3.7, 4.8, 4.7 y 4.6.

- **Análisis oclusal:**

- A. Análisis Intraarcada:

- Forma de la arcada: Ambas tienen forma de arco en V.
- Simetría intraarcada: No presenta simetrías debido a las múltiples ausencias que tiene el paciente.
- Alteraciones en la posición: Mesialización de 3.3 y 4.3.
- Curva de Spee: No valorable. (No hay oclusión en el sector posterior).
- Curva de Wilson: No valorable. (No hay oclusión en el sector posterior).

- B. Análisis interarcada: No podemos valorar la clase molar por las ausencias que presenta en el sector posterior. Presenta relación canina Clase III de Angle ya que la cúspide del canino superior ocluye atrás de la unión interproximal del canino inferior y el primer premolar inferior. ⁽¹⁶⁾

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

- a. **Ortopantomografía (OPM).** (Anexo nº I – Figura 4). Se observan lesiones apicales en 2.4, 2.5, 2.8, 3.8, 3.7, 4.8, 4.7 y 4.6.
- b. **Radiografías periapicales:** Se realizan radiografías periapicales para observar con mayor detalle el estado periodontal y los procesos infecciosos activos.
- c. **Estudio fotográfico:**
 - Fotografías extraorales: Para el análisis estético facial. (Anexo nº I – Figura 1).
 - Fotografías intraorales: Para complementar el análisis intraoral. (Anexo nº I – Figuras 2A, 2B, 3A, 3B y 3C).
- d. **Modelos de estudio montados en articulador:** Para complementar el análisis oclusal. (Anexo nº I – Figura 7ª).

4. DIAGNÓSTICO:

a. Médico:

Según la American Society of Anesthesiologists el paciente se corresponde con un riesgo ASA I (Paciente sano). (Anexo nº I – Figura 8) ⁽¹⁷⁾

b. Periodontal:

Según los resultados obtenidos en el índice de O'Leary (80,7%) y el índice de sangrado gingival de Lindhe 18,75%, y siendo interpretado por la nueva clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias propuesta por la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de Periodoncia (EFP), se determina que el paciente presenta periodontitis generalizada estadio III grado C:

- **Estadio III:** Justificada porque se trata de una forma inicial y moderada de enfermedad con inserción interdental no mayor a 4 mm en al menos dos dientes no adyacentes, pérdida de hueso horizontal y limitada al tercio coronal, sin pérdida dental debida a periodontitis y con profundidades de sondaje no superiores a los 5 mm.
- **Grado C:** Justificado por un factor modificador, el tabaquismo (Máximo 10 cigarrillos al día).
- Presenta movilidad grado 1 en los dientes 1.5 y en 2.6, puesto que tiene una movilidad horizontal de hasta 1mm.

- Según la clasificación de Miller presenta recesiones clase I en 1.5, 2.3, 2.6, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.3, 4.4 y 4.5.
- Los resultados obtenidos en el índice de O'Leary (80,7%) y el índice de sangrado gingival de Lindhe (18,75%) establecen que el paciente presenta una higiene oral deficiente y un alto índice de sangrado gingival.

c. Oclusal:

No se puede valorar la clase molar debido a las grandes destrucciones dentarias que presenta el paciente a nivel del sector posterior tanto del maxilar superior como del maxilar inferior. (No presenta oclusión molar).

Presenta clase canina tipo III según Angle.

Línea media superior e inferior se encuentran centradas.

d. Dental:

Caries

- Caries que comprometen la integridad total de la corona clínica del paciente: 1.6, 2.8, 2.7, 2.4, 3.8, 3.7, 4.8, 4.7, 4.6. (Restos radiculares necrosados).
- Caries clase II de Black: 1.8, 1.7, 1.5, 3.6, 3.5, 3.4, 4.5 y 4.4.
- Caries clase III de Black: 2.2 y 1.3.
- Caries clase IV de Black: 1.1.

Ausencias: 1.2.

e. Mucosas:

- Presenta tinciones marrones de forma generalizada en el paladar duro y encías tanto superiores como inferiores causadas por tabaquismo y/o mala higiene.
- No presenta patología de interés en la mucosa yugal, cresta alveolar o suelo de la boca.

5. PRONÓSTICO:

Según la clasificación establecida por la Universidad de Berna (Suiza), se propone un pronóstico individualizado basado en criterios periodontales, endodónticos y dentales. ^(18,19)

- Los dientes 1.1, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4. tienen un buen pronóstico ya que por criterios periodontales no se consideran cuestionables al no presentar defectos horizontales de $>2/3$ de longitud de la raíz.
- Los dientes 1.5, 2.6, 3.6 y 4.5 tienen un pronóstico cuestionable al presentar furcas clase II y III.
- Los restos radiculares de 1.6, 1.4, 2.4, 2.5, 2.7, 3.7, 3.8, 4.7, 4.8, y 4.6 tienen un pronóstico cuestionable. Siendo estos últimos, considerados "dientes preferentes de exodoncia" que no sería un pronóstico en sí, si no, una estrategia de tratamiento elegida por el profesional. Tenemos que destacar que el pronóstico no siempre ha de determinar el plan de tratamiento.

6. PLAN DE TRATAMIENTO:

FASE BÁSICA O HIGIÉNICA	<p>Educación e instrucciones sobre las técnicas de higiene oral (IHO):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de cepillos interdetales y limpiadores linguales. - Control de placa bacteriana. - Motivación para dejar y/o reducir el consumo de tabaco e incrementar la salud bucodental. - Tartrectomía. - Exodoncias: 1.8, 1.6, 1.5, 1.4, 2.8, 2.7, 2.5, 2.4, 3.8, 3.7, 4.8, 4.7, y 4.6. 	
FASE PERIODONTAL	<p>Raspado y alisado radicular de los cuatro cuadrantes. Reevaluación a las 6 semanas.</p>	
FASE CONSERVADORA	<p>Obturaciones: 1.3, 2.3, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 4.3, 4.4, y 4.5. Endodoncias: 1.1, 1.7 y 2.6.</p>	
FASE PROSTODÓNTICA	ARCADA SUPERIOR	<p>OPCIÓN I: Prótesis parcial removible esquelética superior que reponga ambos sectores postero-superiores.</p> <p>OPCIÓN II: Tratamiento rehabilitador mediante prótesis fija dentosoportada del incisivo al 2º molar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.1, 2.2, 2.3 y 2.7 como dientes pilares. - Pónticos en 2.4, 2.5 y 2.6.
		<p>OPCIÓN III: Rehabilitación de zonas edéntulas mediante implantes unitarios en la arcada superior.</p>
	ARCADA INFERIOR	<p>OPCIÓN I: Prótesis parcial removible esquelética inferior que reponga ambos sectores postero-inferiores.</p> <p>OPCIÓN II: Rehabilitación mediante implantes en la arcada inferior.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implante en 3.7. - Implantes en 4.6 y 4.7.

FASE DE MANTENIMIENTO	Revisiones periódicas y control de placa bacteriana
----------------------------------	---

7. DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO:

El paciente en un principio eligió comenzar por la fase básica o higiénica. Le proporcionamos las instrucciones de higiene oral, le motivamos para que reduzca el consumo de tabaco y cannabis y le realizamos una tartrectomía y pulido. Comenzamos con las exodoncias de los dientes 2.4, 2.5, 2.7, 2.8, 1.4 y 1.6.

Teníamos todo programado para continuar con la fase básica anteriormente expuesta y el paciente refiere que no quiere realizarse más extracciones porque no le gustan, le explicamos que es la mejor opción de tratamiento para él, pero aún así, nos dice que quiere realizarse la endodoncia del 1.1 y rehabilitar cuanto antes el sector anterosuperior. Le endodoncia la realizamos con la técnica de condensación lateral y posteriormente le realizamos una reconstrucción de composite compleja en ese mismo diente 1.1. (Anexo nº I – Figura 5.1, 5.2, 5.3, y 5.4)

Tras realizar la endodoncia el paciente, pide presupuesto protodontico para rehabilitarse tanto el sector anterior, como el posterior. Le damos la opción de realizarle la rehabilitación protésica dento-soportada mencionada en el cuadro anterior de posibilidades de tratamiento o de derivar el máster de implantes pero nos dice que no puede afrontar económicamente este tipo de tratamientos y le gustaría ponerse un puente Maryland con aletas de circonio de forma provisional para reponer la corona del diente 1.2. Le hacemos saber al paciente que se trata de un tipo de rehabilitación protésica fija provisional y que no tiene muy buen pronóstico, aún así, insiste en aceptar este tratamiento.

El paciente ha firmado el consentimiento informado pertinente que me autoriza para realizarse todas las pruebas complementarias desarrolladas anteriormente en el caso clínico número I. (Anexo nº I – Figura 11)

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO 2. NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: 2337.

1. ANAMNESIS

A. Datos de filiación:

Paciente mujer de 65 años de edad, 1,61 cm de altura y 90kg de peso. Con número de historia clínica 2337 y de profesión jubilada. Acude al Servicio de Prácticas Odontológicas de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza, campus de Huesca el día 29 de noviembre de 2021. Esta paciente no viene a la facultad desde el 2019.

B. Antecedentes médicos:

- La paciente presenta obesidad e hipertensión.
- Fármacos: Eutirox (Tiroides), Sinvastatina (Colesterol), Esforge (Hipertensión), Pluma de Victoza (Pinchazo para el azúcar, lo suelte tener alto) y le dieron Adiro hace unos 5 años aproximadamente.
- **Hábitos:** Nos hace saber que fue fumadora hace años y a parte también refiere que mantuvo hábitos nocivos en su juventud aunque no especificó qué tipo de hábitos. Lleva 20 años sin fumar ni consumir alcohol.

C. Antecedentes odontológicos:

- Higiene oral: La paciente refiere que se suele cepillar los dientes 3 veces al día, aunque en la exploración intraoral se puede apreciar una higiene deficiente con placa generalizada.
- Tratamiento odontológico previo: Se trata de una paciente que lleva años viniendo a la Facultad de Odontología de la Universidad de Zaragoza. Tiene los siguientes tratamientos realizados:
 - Obturación de composite clase III de Black del 2.3.
 - Obturación de composite clase II de Black del 1.5. y del 2.5.
 - Resto radicular reendodonciado del 1.4. (Tenía un perno pero se la fracturó la corona).
 - Endodoncia y reconstrucción de composite del 3.7.
 - Dos implantes unitarios para reponer el frente antero-inferior (Del 3.2. al 4.2.)

- Ausencias: 1.6, 1.7, 1.8, 2.4, 2.6, 2.7, 2.8, 3.1, 3.2, 3.6, 3.8, 4.1, 4.2, 4.6, 4.7 y 4.8.

D. Antecedentes familiares: No tiene antecedentes médicos familiares destacables.

E. Motivo de consulta: El motivo de consulta principal es porque se le ha roto la corona del diente 1.4, que estaba reendodonciado y tenía un perno. Actualmente, ese diente no tiene corona clínica. A la paciente le gustaría ponerse implantes en la arcada superior, no quiere ningún tipo de prótesis removibles.

2. EXPLORACIÓN

A. Exploración extraoral:

- Exploración de la ATM: no presenta ruidos articulares y tampoco tiene dolor durante la dinámica mandibular.
- Musculatura facial y glándulas salivales: Realizamos palpación bimanual y no encontramos ningún hallazgo de interés.
- Exploración ganglionar cervical: No existen hallazgos de interés.
- Análisis facial: Según el modelo propuesto por Fradeani. ⁽¹⁴⁾

ANÁLISIS FRONTAL (Anexo nº II – Figura 6A, 6B, 6C y 6D).

• **Proporciones faciales:**

- Tercios faciales: El tercio medio y superior se encuentran ligeramente disminuidos con respecto al tercio inferior.
- Quintos faciales:
 - ❖ La regla de los quintos dicta que el ancho total de la cara equivale a cinco anchos oculares, en este caso sí se cumple.
 - ❖ Los quintos externos están aumentados con respecto al quinto central.

- **Simetrías:**
 - Horizontales: Existe ligera ausencia de simetría con respecto al plano horizontal. Es decir, hay desarmonía entre el lado derecho y el lado izquierdo.
 - Verticales: Existe ausencia de simetría en el plano vertical.

ANÁLISIS DE PERFIL (Anexo nº II – Figura 6E y 6F)

- Tipo de perfil: 169º, corresponde con un perfil recto u ortográfico.
- Línea E: La distancia de la línea estética al labio superior es de -5mm y al labio inferior es de -4mm. Por lo tanto, existe biretroquelia labial.
- Ángulo nasolabial: 96º, se encuentra dentro de la norma. (Norma 90-110º)
- Ángulo mentolabial: 118º, surco marcado.

ANÁLISIS DENTOLABIAL (Anexo nº II – Figuras 1 y 3)

- Forma y tamaño de los labios: Labios tanto superior como inferior finos.
- La línea media interincisiva está ligeramente desviada hacia la izquierda con la línea media facial.
- Curva de la sonrisa: Línea de la sonrisa baja, expone menos del 100% del tejido dental.
- Curvatura incisiva frente al labio inferior: Recto y ligeramente invertido, no sigue el paralelismo natural del labio inferior mientras está sonriendo.
- Anchura de la sonrisa: Se pueden observar 4 dientes en cada hemiarcada.
- Corredor bucal: Ancho.

B. Exploración intraoral

- **Exploración de tejidos blandos** (Anexo nº II – Figura 2A, 2B, 3A, 3B, 3C y 3D).
 - Frenillos: Inserciones normales.
 - Mucosa yugal: Coloración y textura normal.
 - Pladar duro y blando: Normal.
 - Suelo de boca: Normal, no presenta anomalías.
- ❖ Lengua: Presenta lengua macroglósica.

- **Exploración periodontal:**

- Encías: Biotipo grueso, de color y aspecto saludable.
- Recesiones: Presenta recesión de 4 en 2.5, 3.7
- Sondaje periodontal, afectación furcal y movilidad:
 - ❖ Periodontograma de evaluación inicial encontramos profundidades de sondaje de 4 mm en 2.3 y 3.7. (Anexo N° II – Figura 9)
 - ❖ Además, presenta profundidad de sondaje superior a 4 mm en 4.2 y en 3.2.
 - ❖ No presenta movilidad en ninguno de sus dientes.
- Nivel de higiene: **Índice de placa de O'Leary**= nº total de segmentos con placa/ nº total de segmentos presentes en boca x 100 = 41/60 x 100= **68,3%**.
- Inflamación y sangrado: **Índice gingival de Lindhe**= nº de puntos sangrantes en boca/ nº total de superficies exploradas x 100= 32/60 x 100= **53,3%**.

- **Exploración dental:**

- Ausencias: 1.8., 1.7, 1.6, 2.8, 2.7, 2.6, 2.4, 3.8, 3.6, 3.2, 3.1, 4.8, 4.7, 4.6, 4.2 y 4.1).
- Caries presentes: 1.3 y 1.5.
- Facetas de desgaste: Presenta facetas de desgaste en los bordes incisales de 1.2, 1.1, 2.1 y 2.2.
- Cálculo y placa: Visible, determinado en el índice de O'Leary.
- Obturaciones realizadas: En los dientes 1.5, 2.3, 2.5 y en 3.7.
- Endodoncias realizadas: 1.4 (Tratamiento que ha fracasado) y en 3.7.
- Tinciones extrínsecas y/o intrínsecas: Tinciones amarillentas en las superficies vestibulares de todos los dientes en ambas arcadas.
- Restos radiculares: 1.4 (endodondiado).
- Implantes: Presenta dos implantes unitarios que reponen a los cuatro incisivos inferiores (De 4.2 a 3.2).

- **Análisis oclusal:**

- a. Análisis Intraarcada:

- Forma de la arcada: Ambas tienen forma de arcada ligeramente ovoides. (Anexo nº II – Figura 2A y 2B)

- Simetría intraarcada: Presenta asimetrías intraarcada tanto superior como inferior por las múltiples ausencias en el sector posterior.
 - Alteraciones en la posición: Vetibularización y mesialización de 3.7.
 - Curva de Spee: No valorable debido a la ausencia en los sectores posteriores.
 - Curva de Wilson: No valorable debido a la ausencia en los sectores posteriores.
- b. Análisis interarcada: La clase molar no es valorable debido a la ausencia de los sectores posteriores. Presenta relación canina clase I de Angle ya que la cúspide del canino superior, ocluye en la unión interproximal del canino inferior y el primer premolar inferior. (Anexo nº II – Figura 3B y 3C)
- (16)

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

- a. **Ortopantomografía (OPM).** (Anexo nº II – Figura 4)
- b. **Radiografías periapicales:** Se realiza una seria periapical para observar con mayor detalle el estado periodontal, el estado de los implantes y los posibles procesos infecciosos activos. (Anexo nº II – Figura 5A y 5B)
- c. **Estudio fotográfico:**
- Fotografías extraorales: Para el análisis estético facial. (Anexo nº II – Figura 1A, 1B, 1C, 1D, 1E Y 1F)
 - Fotografías intraorales: Para complementar el análisis intraoral. (Anexo nº II – Figura 2A, 2B, 3A, 3B, 3C y 3D)
- d. **Modelos de estudio montados en articulador:** Para complementar el análisis oclusal. (Anexo nº II – Figura 10)

4. DIAGNÓSTICO:

a. **Médico:**

Según la American Society of Anesthesiologists el paciente se corresponde con un riesgo ASA III (Paciente con hipertensión arterial controlada). (Anexo nº II – Figura 8) ⁽¹⁷⁾

b. **Periodontal:**

Según los resultados obtenidos en el índice de O'Leary (68,3%) y el índice de sangrado gingival de Lindhe (53,3%), y siendo interpretado por la nueva clasificación de enfermedades periodontales y periimplantarias propuesta por la Academia Americana de Periodoncia (AAP) y la Federación Europea de

Periodoncia (EFP), se determina que la paciente presenta gingivitis generalizada.

- Según la clasificación de Miller presenta recesiones clase I en 1.5 y 2.5.
- También presenta recesión clase II en 3.3, 3.7 y 4.3.
- Los resultados obtenidos en el índice de O'Leary (68,3%) y el índice de sangrado gingival de Lindhe (53,3%) establecen que la paciente presenta una higiene oral deficiente y sangrado gingival.

c. Oclusal:

No se puede valorar la clase molar debido a las ausencias que presenta la paciente en el sector posterior. (Solamente conserva el segundo molar inferior izquierdo).

Presenta clase I canina.

Línea media inferior desviada a la derecha con respecto a la superior.

Pérdida de dimensión vertical de oclusión (DVO) debido a la pérdida de soporte dentario tanto en el maxilar superior como en el inferior.

Abfracciones: en los dientes 3.3, 3.7 y 4.3 presentando etiología bruxista.

d. Dental:

Caries:

Clase III de Black en 1.3 y Clase II de Black en 1.5.

Resto radicular: 1.4.

Facetas de desgaste en bordes incisales de 1.2, 1.1, 2.1 y 2.2.

Abfracciones: en los dientes 3.3, 3.7 y 4.3 presentando etiología bruxista.

e. Mucosas:

- No presenta patología de interés en la mucosa yugal, cresta alveolar o suelo de la boca.
- Las papilas del dorso de la lengua tienen un aspecto blanquecino generadas posiblemente por la falta de higiene oral.

5. PRONÓSTICO:

○ General

La paciente presenta un pronóstico favorable, según la Escala del Estado de Incapacidad Ampliada de Kurtzke la paciente se encuentra en el nivel 1.0-1.5, no presenta discapacidad; por lo tanto, puede llevar un correcto mantenimiento de su salud oral. ⁽²⁰⁾

La buena predisposición de la paciente, junto con las instrucciones de higiene oral (IHO) proporcionadas, hará que su estado a nivel oral mejore.

○ Individualizado

Para el pronóstico dental individual, se emplea la clasificación de Cabello y cols. (2005), que se basa en los criterios de la Universidad de Berna (Suiza). ^(18,19)

Dientes que presentan un buen pronóstico: 1.5, 1.3, 1.2, 1.1, 2.5, 2.3, 2.2, 2.1, 3.7, 3.5, 3.4, 3.3, 4.5, 4.4 y 4.3.

6. PLAN DE TRATAMIENTO:

FASE BÁSICA O HIGIÉNICA	Educación e instrucciones sobre las técnicas de higiene oral (IHO): <ul style="list-style-type: none"> - Uso de cepillos interdetales y limpiadores linguales. - Control de placa bacteriana. - Tartrectomía y pulido. - Exodoncias: Resto radicular del 1.4. 	
FASE PERIODONTAL	Raspado y alisado radicular de los cuatro cuadrantes. Reevaluación a las 6 semanas.	
FASE CONSERVADORA	Obturaciones: Clase III de Black en 1.3 y Clase II de Black en 1.5.	
FASE PROSTODÓNTICA	ARCADA SUPERIOR	OPCIÓN I: Extracción del 1.4 e implante inmediato. Implante en 2.4. Prótesis removible esquelética en el sector posterior.
		OPCIÓN II: Prótesis fija dentosoportada para reemplazar 1.4 y 2.4. <ul style="list-style-type: none"> - 1.3 y 1.5 como dientes pilar y pónico en 1.4. - 2.3 y 2.5 como dientes pilar y pónico en 2.4.
		OPCIÓN III: Prótesis fija implantosoportada en 1.6 - 1.7 y 2.6 - 2.7 con previa elevación sinusal.
	ARCADA INFERIOR	OPCIÓN I: Prótesis esquelética removible para reemplazar los sectores posteriores de 3º y 4º cuadrante.

		<p>OPCIÓN II: Rehabilitación mediante implante unitario en la zona del 4.6.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay espacio entre 3.5 y 3.7 para rehabilitar mediante implante la zona del 3.6 edéntula.
FASE DE MANTENIMIENTO	Revisiones periódicas con el objetivo de realizar el mantenimiento periodontal y de los implantes.	

7. DESARROLLO DEL PLAN DE TRATAMIENTO:

1. Fase básica e higiénica.

En esta fase, en primer lugar, lo que haremos será instruir al paciente en técnicas de higiene oral y motivación del paciente. Realizaremos toda la fase de saneamiento en la que nos centraremos en exodoncias, tartrectomía, RAR y obturaciones.

- Terapia básica periodontal. Lo primero, será la realización de tartrectomía para llevar a cabo un control de placa e higiene supragingival. Utilizamos la punta de ultrasonidos y con la ayuda de la pasta abrasiva, copa de goma y cepillo pulimos las superficies dentales. Lo ideal sería realizar el RAR en los dientes que presenten profundidad de sondaje >3 mm, pero la paciente no quiso hacérselo y prefirió realizarse las obturaciones en primer lugar.
- Fase conservadora. Le realizamos las obturaciones Clase III de black en 1.3 y Clase II de black en 1.5.
- Terapia Correctora. Derivamos a la paciente al máster de Periodoncia, cirugía e implantes para que le realicen una valoración ya que estaría interesada en ponerse implantes.
- Urgencia. La paciente acudió de urgencia al Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza refiriendo que se la había caído una obturación que le habían realizado hace un par de años en el 1.5. Le volvemos a rehacer la obturación tras limpiar un poco la cavidad y observar que, a pesar de que la obturación estaba filtrada, esta aún no había llegado a pulpa y dejamos un poco de dentina afectada (que no infectada) para que se remineralice por sí sola.

La paciente ha firmado el consentimiento informado pertinente que me autoriza para realizarse todas las pruebas complementarias desarrolladas en el caso clínico número II. (Anexo nº II – Figura 11)

DISCUSIÓN

En el siguiente TFG presentamos dos casos clínicos que aparentemente, son muy distintos ya que el primer caso se trata de un varón de 28 años y el segundo de una mujer de 65 pero que tienen un nexo común que significará la base en la que se desarrolla el estudio de este trabajo, y es que ambos han consumido o consumen tabaco y alcohol además, de otro tipo de sustancias a lo largo de su vida. Ambos presentan ausencias o han desarrollado un proceso de destrucción dentaria como consecuencia de sus malos hábitos.

La premisa fundamental de esta revisión bibliográfica es analizar la situación oral en una población adulta que ha sido o es drogodependiente y que también ha desarrollado malos hábitos como el consumo de alcohol y tabaco a lo largo de los años y qué repercusión ha tenido esto a nivel oral.

Para conseguir lo anteriormente mencionado, nos centraremos en evaluar hábitos de higiene oral, tipo de drogas consumidas y tiempo de consumo, patología oral percibida por el paciente, patología oral predominante e índices de salud oral. Es importante conocer el estilo de vida de los pacientes drogodependientes, con sus implicaciones directas del consumo de drogas tales como el nivel socio-cultural y económico bajo.

El trato con el paciente drogodependiente. Principales consideraciones en la consulta dental

¿Qué es la adicción? La OMS la define en 1957 como el estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga natural o sintética, caracterizada por:

- Una compulsión de continuar consumiendo por cualquier medio.
- Una tendencia continua de aumento de la dosis.
- Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad. ⁽²¹⁾

Se trata de una actividad observable, medible y patológica de un organismo que muestra una inhabilidad para superar un hábito resultando en el deseo insaciable por una sustancia o ciertos actos. ⁽²¹⁾

Al uso o adicción de la drogas, se le ha llamado comúnmente “drogadicción” pero en términos estrictamente científico se trata de una “farmacodependencia”, esto quiere decir que existe una dependencia tanto física como psíquica, a los fármacos de los cuáles se abusa y que en los casos de dicho TFG, no serán precisamente fármacos. ⁽²²⁾

Perfil psicológico del paciente drogodependiente (Trato en la consulta dental)

Debemos categorizar al paciente drogodependiente como un paciente especial desde el inicio de su tratamiento en el gabinete odontológico. Normalmente, estos pacientes pertenecen a sectores sociales sin recursos económicos y con niveles educativo-culturales muy bajos. No presentan interés por su salud en general, menos interés tendrán por su salud bucodental. Es el tipo de paciente que solo acude a la consulta cuando tiene mucho dolor y ya no queda otra opción y además son muy reacios a realizarse según qué tratamiento llegando incluso a ser pacientes hostiles que se quejan mostrando episodios de odontofobia o ansiedad dental.

La ansiedad dental puede describirse como una aversión emocional, estado de aprensión o preocupación en previsión del estímulo temido del tratamiento dental. Además, los últimos estudios recogen que la ansiedad dental juega un papel muy importante en la suspensión de ciertos tratamientos. ⁽²³⁾

Por otro lado, este tipo de pacientes manifiestan sentimientos de vergüenza y baja autoestima inducidos por su estado bucal, en muchas ocasiones a nivel estético puesto que estos pacientes suelen tener múltiples ausencias, manchas y encías en mal estado por los hábitos que tienen y por su salud oral insatisfactoria. ⁽²⁴⁾

Todo esto es debido a que ocurre un fenómeno complejo en el que el factor psíquico-emocional que le genera el consumo de ciertas sustancias impacta en el cuidado personal, incluyendo los hábitos higiénico-dietéticos y de consumo de tabaco y alcohol.

⁽²²⁾

Adicción y salud oral

Los pacientes que son drogodependientes, cumplen con un perfil común y muy marcado en la clínica odontológica. Estos, constituyen una población de riesgo ya que tienen malos hábitos alimenticios, mala higiene y por norma general presentan animadversión o una actitud negativa hacia la salud oral. A todos estos factores, también tenemos que sumarle la acción específica que generan las sustancias que consumen: Hiposialia y xerostomía, disminución del ph salival, irritación de los tejidos blandos y erosión dental.

⁽²⁵⁾

Por lo tanto, el odontólogo debe considerar la adicción como una comorbilidad asociada, requiriendo la planificación de tratamientos que aborden tanto el abuso de sustancias como su daño a la salud oral. ⁽²⁶⁾

Manejo odontológico y atención dental

Es muy importante realizar una evaluación previa: Anamnesis, exámenes de laboratorio (INR y Tiempo de sangrado. Hemograma completo, enfermedad de transmisión vía sanguínea).

Otros: Interconsulta médica, derivación a atención hospitalaria, guiar a terapia rehabilitadora y grupos de apoyo.

- Monitoreo constante signos vitales durante la atención.
- Medidas de hemostasia y manejo de infección.
- Modificar el uso de anestésicos locales y fármacos cuando corresponda.
- Postergar la atención del paciente en estado drogado agudo.
- Motivar al paciente a recuperar su salud oral y general. ⁽²⁷⁾

Enfermedades infectocontagiosas y drogodependencia.

Las drogas también acarrearán otro tipo de consecuencias negativas, y es que existe una directa relación entre el consumo de estas y la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. ⁽²⁸⁾

Al compartir elementos que se usan para la inyección de drogas o tener conductas sexuales no seguras, es posible contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el de la hepatitis B y C). La literatura científica revisada recoge que la inyección de drogas por vía parenteral es la causa de uno de cada diez casos de VIH. ⁽²⁹⁾

Ambas enfermedades mencionadas con anterioridad tienen relación directa con una serie de alteraciones a nivel bucodental. Especialmente, en el caso del VIH al tratarse de pacientes que se encuentran inmunodeprimidos, existen afecciones orales comunes que cursan como consecuencia de dicha enfermedad: Candidiasis, Leucoplasia vellosa, Sarcoma de Kaposi, Linfoma No-Hodgkin y Enfermedad periodontal. ⁽³⁰⁾

Centrándonos en la enfermedad periodontal del paciente infectado por VIH, hay tres manifestaciones claras:

- Eritema gingival lineal. Se trata de una banda o festón enrojecido de 1-3mm de ancho en la encía.

- Gingivitis úlcero-necrotizante aguda (GUNA). Necrosis de las papilas, úlceras sangrantes y pseudomembranas.
- Periodontitis úlcero-necrotizante aguda (PUNA). Pérdida masiva de tejido blando y hueso. ⁽³¹⁾

Todos los rasgos mencionados nos ayudarán a saber identificar en consulta qué patología general podría presentar el paciente drogodependiente y que además tenga alguna enfermedad infectocontagiosa para así poder hacer un diagnóstico diferencial valorando su salud bucodental.

Si el paciente nos manifiesta que tiene alguna de estas enfermedades, debemos de llevar a cabo una serie de medidas preventivas de control para evitar que nosotros, como odontólogos nos infectemos:

- Métodos barrera: Guantes dobles, mascarillas con visor protector, gafas o pantalla y equipo de protección individual.
- Higiene: Lavado de manos, uñas cortas, sin anillos pulseras ni relojes.
- Vacunación contra el virus de la Hepatitis B.
- Citarlos al final del día. ⁽³²⁾

Grandes destrucciones. Caries y su relación con la drogodependencia.

La caries es la enfermedad crónica más común del mundo afectando a 5 billones de personas. ⁽³³⁾ La Federación Mundial Dental (2015), define la caries como: *“Una enfermedad multifactorial, causada por la interacción entre la superficie del diente, el biofilm bacteriano (placa dental) y la presencia de azúcares en la dieta”*.

Según el National Institute of Dental and Craniofacial Research en su encuesta National Health and Nutrition Examination Survey (1999-2004) establece que aproximadamente el 5% de los adultos entre 20-64 años no tiene dientes, la prevalencia de caries en adultos es de 92% en dientes permanentes en adultos de 20-64 años y 26% de los adultos tiene piezas sin tratar. En relación con piezas cariadas o perdidas hay un promedio de 3,28 piezas por adulto y 13.65 superficies dentales con caries. ⁽³⁴⁾

El riesgo de sufrir la enfermedad denominada caries es multifactorial. Se trata de una enfermedad de origen bacteriano y de desarrollo lento causada por *S. Mutans* y *Lactobacillus*. Como en todo proceso infeccioso es muy importante la agresividad del agente causal y la resistencia del huésped. En el caso de la caries la resistencia viene

dada por la calidad del esmalte, la cantidad y calidad de la saliva y unos correctos hábitos higiénicos y dietéticos.

El desarrollo de una de lesión cariosa está determinado principalmente por tres factores coexistentes:

- Microorganismos acidógenos y acidófilos.
- Carbohidratos derivados de la dieta.
- Factores del huésped. ⁽³⁵⁾

Los factores socioeconómicos y conductuales también tienen un papel importante en la etiología de la enfermedad. ⁽³⁶⁾

Es importante saber que los drogadictos tienen poco cuidado de su salud general y tienen trastornos de conducta e infecciones asociadas a la drogadicción. ⁽³⁶⁾

La caries afecta directamente a los tejidos duros del diente, provocando periodontopatías y en el peor de los casos la pérdida de la pieza dentaria. ⁽³⁴⁾ Todo este proceso es mucho más acusado y se acelera notablemente en el paciente drogodependiente. Y esto, ¿Por qué ocurre? Para entender el proceso implicado en la destrucción del esmalte de pacientes jóvenes consumidores de cocaína, es necesario mencionar la exposición local de todas las estructuras orales a ciertas sustancias que producirá una interacción biológica. ⁽³⁷⁾

El principal factor que desencadena la proliferación de la caries es la alteración de las glándulas salivales. Puesto que, como ya sabemos la hipofunción salival favorece el desarrollo de la caries y una de las causas que generan la xerostomía es el consumo de drogas (Francisco Di Cugno 1979). La farmacodependencia por el uso y abuso de drogas es un fenómeno multifactorial y de difícil solución. Es importante destacar que drogas tales como la cocaína si se frota o se fuma destruye el esmalte dental y deja totalmente desprotegidos los dientes por la acidez de esta. Si a estos malos hábitos le añadimos la ausencia de higiene oral, la ingesta de azúcares, el consumo de tabaco, el apiñamiento dental y la predisposición genética se forma un hábitat ideal para que el pronóstico de los dientes acabe siendo la extracción. ⁽³⁸⁾

Infección odontogénica en el paciente drogodependiente.

La infección odontogénica es aquella que tiene como origen las estructuras que forman el diente y el periodonto y que en su progresión puede afectar al hueso maxilar superior o inferior que soporta los dientes. Las responsables de este tipo de infecciones son en un 25% bacterias Aerobias y en 75% bacterias Anaerobias. En el caso clínico número 1 documentado durante el presente trabajo, podemos observar que las lesiones cariosas del paciente han evolucionado a lesiones apicales que podemos observar con claridad en la ortopantomografía. (Anexo nº I – Figura 4) ⁽³⁹⁾

Las bacterias producen caries en el esmalte, dichas caries llega a la cavidad pulpar ocasionando una pulpitis. La pulpitis evoluciona a necrosis pulpar generando una lesión apical finalmente denominada granuloma apical. Este tipo de infecciones puede llegar a tener un peor desenlace ya que el granuloma apical puede progresar hasta atravesar las corticales quedando retenido en el periostio, provocando un absceso subperióstico. E incluso la lesión puede avanzar tanto que llegue a los tejidos blandos, ocasionando una celulitis que produzca una fístula. ⁽⁴⁰⁾

En este proceso infeccioso existen tres fases clínicas:

- Periodo de inoculación o de contaminación: Entrada y colonización de las bacterias en la cavidad oral.
- Periodo Clínico: Aparecen una serie de signos y síntomas característicos.
- Periodo de resolución: Cese de la actividad inflamatoria, formación de tejido de reparación. ⁽⁴¹⁾

El Puente Maryland. Indicaciones y Contraindicaciones.

Un puente Maryland o un Maryland está clasificado dentro de las prótesis fijas parcial dentosoportada (PPFD) que sustituye a un solo diente ausente o a dos, utilizando como apoyo a los dientes vecinos. ⁽⁴²⁾

A diferencia de otros tipos de prótesis fijas más utilizadas, como las dentosoportadas (rehabilitación sobre dientes previamente tallados), el Maryland no necesita preparar o rebajar los dientes sobre los que se apoya, pues se adhiere a sus adyacentes mediante dos aletas cementadas sobre la parte interna de los dientes. Esta característica es su principal ventaja (al ser poco invasivo) pero también es una limitación, pues lo convierte en una de las prótesis menos resistentes a las fuerzas masticatorias. Por esa razón, se utiliza principalmente como prótesis provisional estética, mientras se espera para colocar las prótesis definitivas. ⁽⁴³⁾

Dadas sus características, se utiliza en aquellas situaciones en las que el diente ausente no está sujeto a cargas importantes. ⁽⁴²⁾

Indicaciones:

- Pacientes sin enfermedad periodontal al examen clínico radiográfico.
- En pacientes jóvenes, cuyo esmalte se encuentra íntegro o en su defecto pequeñas lesiones de caries, circunscritas al esmalte o límite amelodentinario (LAC).
- Para el reemplazo de 1º premolar, incisivos y caninos tanto superiores como inferiores. La reposición del molar no se recomienda, pero en el sexo femenino puede ser una opción dado que la fuerza de masticación es menor que en el hombre.
- Paciente con buena higiene dental (índice de O'Leary igual o menor al 20%). Una vez cementado, el paciente debe recibir instrucciones de uso del cepillo interdental y la seda dental. ^(42,43)

Contraindicaciones:

- Dientes pilares con movilidad grado I o más.
- Cuando el surco distal y mesial de los dientes pilares tienen una profundidad de bolsa mayor o igual a 5 mm.
- Cuando los mecanismos de la desoclusión no se encuentran presentes.
- Pacientes con signos y síntomas de bruxismo céntrico o excéntrico.
- Pacientes con pobre hábito higiénico-dietético.
- La dentina no es una superficie apta para la instalación de los puentes adhesivos.
- Cuando el espacio mesio-distal que debe ocupar el pónico es mayor al ancho mesio-distal del diente contralateral. ^(42,43)

Empleo de anestésicos locales para realizar intervención dental en pacientes adictos a la cocaína.

La anestesia local es la forma más común de control del dolor en odontología. Estos anestésicos tienen una eficacia comparable y se diferencian en varios factores farmacocinéticos, como viene siendo la diferencia en el inicio de la acción y la duración de la anestesia; la elección de un tipo u otro va a depender del procedimiento planificado.⁽⁴⁴⁾

¿Qué es un vasoconstrictor? Son fármacos que contraen los vasos sanguíneos y que se usan en combinación con los anestésicos locales para favorecer la hemostasia, retrasar la absorción y reducir la toxicidad sistémica. ⁽⁴⁵⁾

¿Qué es la epinefrina? También conocida como adrenalina, es un tipo de vasoconstrictor simpaticomimético que actúa como agonista del sistema simpático. ⁽⁴⁵⁾

En el caso de que nos encontremos con un paciente drogodependiente adicto a la cocaína, como es el caso del paciente nº1 expuesto en este trabajo; es de vital importancia conocer si existe alguna evidencia científica que contraindique la administración de anestésicos locales con vasoconstrictor para realizar intervenciones de cirugía menor ambulatoria odontológica.

La cuestión de cuánto y bajo qué circunstancias aplicamos vasoconstricción dentro de la anestesia local en odontología, ha sido un tema controvertido y debatido durante los últimos cincuenta años. ⁽⁴⁶⁾

El uso de epinefrina y otros vasoconstrictores en soluciones anestésicas locales es beneficioso debido a la duración, la profundidad del efecto analgésico y la disminución de la toxicidad a nivel sistémico. ⁽⁴⁶⁾

Dentro de los principales peligros de las personas drogodependientes cuando vamos a realizar una intervención local que requiere anestesia, nos encontramos con la sobredosis y la abstinencia. No debemos olvidar que la cocaína tiene un efecto anestésico local y puede bloquear los receptores de sodio provocando prolongación del QRS (Intervalo que mide el tiempo de despolarización ventricular) y puede producir efectos ionotrópicos y cronotrópicos negativos. ⁽⁴⁶⁾

El tratamiento del dolor agudo en pacientes drogodependientes y adictos a las drogas es realmente un reto. Los opioides son el pilar para el control del dolor agudo. ⁽⁴⁷⁾

En pacientes consumidores de drogas, el tratamiento odontológico no debe ser dado hasta 6 horas después de la última dosis administrada y es recomendable evitar la epinefrina en la anestesia local debido a la acción simpaticomimética, que provocaría hipertensión, arritmia cardíaca, infarto agudo de miocardio y accidentes cerebrovasculares. ⁽⁴⁶⁾

Estos pacientes requerirán mayor cantidad de la dosis de anestésico local de lo normal, sin vasoconstrictor. Si no se está seguro de que un paciente ha consumido alguna droga dentro de las últimas 24 horas, no colocar anestésico local, ya que esto podría causar una reacción severa. ⁽⁴⁷⁾

Cuando no se pueda administrar vasoconstrictor, se utilizará mepivacaina al 3% sin epinefrina, siendo el caso de los pacientes con problemas de HTA y pacientes con hipertiroidismo no controlado. ⁽⁴⁸⁾

Cuando existe infección e inflamación de la zona a anestesiar, la reabsorción intravascular del anestésico local se acelera y el bajo ph (ácido) influye negativamente en su difusión. Además, el proceso inflamatorio reduce la estimulación de los nociceptores, produciendo la menor eficacia de la anestesia. ⁽⁴⁸⁾

Debemos considerar a los pacientes farmacodependientes de alto riesgo; debido a que los psicotrópicos o drogas producen cambios en todo el organismo, tanto en forma aguda como crónica; afectando principalmente al sistema nervioso central, y al área cardiovascular; debe conocerse la farmacología de cada una de ellas, las interacciones farmacológicas con anestésicos; las alteraciones orgánicas que desarrollan; para así poder elegir el manejo anestésico más apropiado para cada paciente; desafortunadamente no existen estudios controlados para poder evaluar verdaderamente los efectos de los anestésicos con cada una de estas sustancias; muchos de los datos son por reportes de casos o por la farmacología conocida de las drogas y la interacción medicamentosa que puede presentar. ⁽⁴⁹⁾

Opción de rehabilitación protésica más adecuada en el paciente drogodependiente.

Teniendo en cuenta todos los datos expuestos anteriormente durante este trabajo y conociendo los malos hábitos característicos de este tipo de pacientes y la higiene deficiente podemos decantarnos por una rehabilitación protésica parcial removible. (PPR).

Antes de confeccionar una PPR útil y funcional, es muy importante establecer un cuidadoso diagnóstico, planificación y mantenimiento. Los porcentajes de fracaso de las PPR han llevado a muchos a concluir que son perjudiciales para el tejido periodontal y pueden incluso llegar a contribuir a la formación de lesiones cariosas. Sim embargo, estudios más recientes han llegado a la conclusión de que, aunque el riesgo de caries radicular y gingivitis aumenta, la enfermedad periodontal suele producirse sólo en pacientes con una higiene deficiente y/o una PPR mal confeccionada. El diseño deficiente de la PPR puede exacerbar los problemas de retención de placa, por lo que los profesionales siempre deben considerar el diseño de la prótesis parcial que mejor preserve los dientes pilares y las crestas edéntulas. ⁽⁵⁰⁾

Ya han 1952, DeVan afirmó que la prostodoncia debía preocuparse de la conservación de los dientes remanentes en lugar de la sustitución de los que faltan. Los estudios clásicos han demostrado que cubrir los márgenes gingivales con prótesis removibles desencadenará un aumento de la cantidad placa cuando la higiene oral no es óptima. ⁽⁵¹⁾

Las prótesis dentales no producen un aumento de la placa como tal cuando la higiene bucal es buena; pero lamentablemente la cohorte de pacientes que se benefician de prótesis dentales son aquellos que tienen o han tenido problemas de higiene oral deficiente. Por lo tanto, la estabilización de la enfermedad primaria es importante antes de comenzar la confección de la dentadura y cuando esto se ha conseguido, un buen diseño de la prótesis puede mantener la salud bucal del paciente. ⁽⁵¹⁾

Las PPR pueden proporcionar resultados satisfactorios si están diseñadas de tal manera que tengan un buen soporte, estabilidad, retención y sean higiénicas. ⁽⁵¹⁾

El factor más llamativo que tienen en cuenta los pacientes drogodependientes cuando se le proponen las diferentes opciones de tratamiento, es que las PPR son económicas, y por normal general estos pacientes tienen recursos limitados. Otra de las ventajas principales que encontraremos, es la facilidad de higiene de la prótesis por parte del paciente teniendo en cuenta que, si establecemos una rehabilitación protésica fija tanto implantosoportada como dentosoportada, será mayor la probabilidad de que fracase la rehabilitación puesto que estos pacientes tienen enfermedad periodontal, xerostomía y una higiene oral muy deficiente. La rapidez de confección de este tipo de prótesis también es un factor importante a tener en cuenta puesto que estos pacientes no son colaboradores y se cansan de acudir a muchas citas de manera repetida. ⁽⁵²⁾

En contraposición, es necesario hablar de las contraindicaciones de las PPR:

- Movilidad de los dientes pilares.
- Aumento del sangrado al sondaje y retención de placa.
- Aumento de la incidencia de caries.
- Incremento de la pérdida ósea en las regiones desdentadas.
- Disminución de la estética. ⁽⁵³⁾

A pesar de las contraindicaciones mencionadas, el tratamiento de elección para realizar la rehabilitación protésica del caso clínico número 1 del presenta trabajo es la PPR. Debido a que el tratamiento mediante implantes está desaconsejado en caso de pacientes fumadores y además requieren unos hábitos de limpieza muy exigentes. La

PPR no presentan las exigencias de limpieza que tienen los implantes y en general, ofrecen mayores garantías para el usuario. ⁽⁵⁴⁾

Una PPR previene varios problemas. Rellenando los espacios, evitando que los dientes vecinos se muevan. Si los dientes ausentes no se reemplazan, aumenta la probabilidad de que los dientes presentes en boca sufran caries con mayor gravedad y enfermedad periodontal. También recuperará la oclusión, proporcionando un balance oclusal que hará que el paciente mastique mejor, tenga una articulación más saludable y una mejor estética. ⁽⁵⁴⁾

Conclusiones

1. El abuso de sustancias tiene una clara repercusión negativa con respecto a la salud oral y es el odontólogo el que tiene que valorar si nos encontramos ante un paciente drogodependiente atendiendo al comportamiento del individuo y a sus manifestaciones clínicas.
2. La elaboración y el seguimiento de una buena historia clínica, además del conocimiento de los hábitos que lleva este tipo de pacientes nos ayudará a establecer el plan de tratamiento más adecuado.
3. El paciente drogodependiente, es un paciente especial en el que habrá que tener en cuenta patologías sistémicas como son posibles enfermedades infectocontagiosas, así como la adecuación del anestésico a administrar.
4. Estos pacientes tienen una mayor prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y de desarrollar infecciones odontogénicas, debido a los propios efectos de la drogadicción y a la escasa higiene que suelen mantener.
5. La alternativa de rehabilitación protésica más adecuada para reponer ausencias dentarias en caso del paciente drogodependiente es la PPR.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peres MA, D Macpherson LM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral health 1 Oral diseases: a global public health challenge [Internet]. Vol. 394, *www.thelancet.com*. 2019. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/>
2. Fiorillo L. Oral health: The first step to well-being. Vol. 55, *Medicina (Lithuania)*. MDPI AG; 2019.
3. Melo CAA, Guimarães HRG, Medeiros RCF, Souza GC de A, Santos PBD dos, Tôrres ACSP. Oral changes in cocaine abusers: an integrative review. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. Elsevier Editora Ltda; 2021.
4. Bierman KL, Hendricks Brown C, Clayton RR, Dishion TJ, Michael Foster E, Glantz MD, et al. Preventing Drug Use among Children and Adolescents Acknowledgments ii National Institute on Drug Abuse. 1997.
5. Antoniazzi RP, Sari AR, Casarin M, de Moraes CMB, Feldens CA. Association between crack cocaine use and reduced salivary flow. *Brazilian Oral Research*. 2017;31:1–7.
6. Teoh L, Moses G, McCullough MJ. Oral manifestations of illicit drug use. Vol. 64, *Australian Dental Journal*. Blackwell Publishing; 2019. p. 213–22.
7. Proctor GB. The physiology of salivary secretion. 2015.
8. Nassar P, Aviv Ouanounou ; Cocaine and methamphetamine: Pharmacology and dental implications. Vol. 54, *Can J Dent Hyg*. 2020.
9. Polanco JM, Jiménez AO, Brotons M v, Ferre Jorge JJ. Depresión y drogodependencia: efectos sobre la salud dental Depression and drug dependency: effects on dental health.
10. Sordi MB, Massochin RC, de Camargo AR, Lemos T, de Andrade Munhoz E. Oral health assessment for users of marijuana and cocaine/crack substances. *Brazilian Oral Research*. 2017;31:1–11.
11. Yakar B, Kaygusuz TÖ, Pırınççı E. Evaluation of Dental Anxiety and Fear in Patients who Admitted to the Faculty of Dentistry: Which Patients are More Risky in terms of Dental Anxiety. *Ethiop J Health Sci*. 2019 Nov 1;29(6):719–26.
12. Çetinkaya H, Romaniuk P. Relationship between consumption of soft and alcoholic drinks and oral health problems. *Central European Journal of Public Health*. 2020;28(2):94–102.
13. Ford PJ, Rich AM. Tobacco Use and Oral Health. *Addiction*. 2021 Dec 1;116(12):3531–40.
14. Fradeani M. Análisis estético. *Rehabilitación Estética en Prosthodontia Fija*. . 2006.
15. Fernández J. *Atlas de Cefalometría y Análisis Facial*. 1ª Edición. 2009.
16. Čimić S, Badel T, Šimunković SK, Pavičin IS, Čatić A. Centric slide in different Angle's classes of occlusion. *Annals of Anatomy*. 2016 Jan 1;203:47–51.

17. Irlbeck T, Zwißler B, Bauer A. ASA-Klassifikation: Wandel im Laufe der Zeit und Darstellung in der Literatur. *Anaesthesist*. 2017 Jan 1;66(1):5–10.
18. Cabello Domínguez G, Zambrano MEA, Reina AC, Calzavara D, González Fernández DA. Puesta al día en Periodoncia. 2005.
19. Barbieri G, Vignoletti F, Barbieri G, Alberto Costa L, Cabello G. Pronóstico de un diente. Revisión de la literatura y propuesta de clasificación.
20. Kurtke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS).
21. Rossow I. Illicit drug use and oral health. *Addiction*. 2021 Nov 1;116(11):3235–42.
22. Martínez-González JM, Vilar López R, Becoña Iglesias E, Verdejo-García A. Self-deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction. *Psicothema*. 2016;28(1):13–9.
23. Caltabiano ML, Croker F, Page L, Sklavos A, Spiteri J, Hanrahan L, et al. Dental anxiety in patients attending a student dental clinic. *BMC Oral Health*. 2018 Mar 20;18(1).
24. Yazdanian M, Armoon B, Noroozi A, Mohammadi R, Bayat AH, Ahounbar E, et al. Dental caries and periodontal disease among people who use drugs: A systematic review and meta-analysis. Vol. 20, *BMC Oral Health*. BioMed Central Ltd.; 2020.
25. Cury PR, Araujo NS, das Graças Alonso Oliveira M, dos Santos JN. Association between oral mucosal lesions and crack and cocaine addiction in men: a cross-sectional study. *Environmental Science and Pollution Research*. 2018 Jul 1;25(20):19801–7.
26. D'Amore MM, Cheng DM, Kressin NR, Jones J, Samet JH, Winter M, et al. Oral health of substance-dependent individuals: Impact of specific substances. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2011 Sep;41(2):179–85.
27. Scheutz F. Five-year evaluation of a dental care delivery system for drug addicts in Denmark. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1984 Feb;12(1):29–34.
28. Rico SG, Arévalo Blázquez D. SUSANA GARCÍA RICO Y DAVID ARÉVALO BLÁZQUEZ La intervención con población drogodependiente en situación de calle.
29. Meless D, Ba B, Faye M, Diby JS, N'zoré S, Datté S, et al. Oral lesions among HIV-infected children on antiretroviral treatment in West Africa. *Tropical Medicine and International Health*. 2014 Mar;19(3):246–55.
30. Castillo-Martínez NA, Mouriño-Pérez RR, Cornejo-Bravo JM, Gaitán-Cepeda LA. Factores relacionados a candidiasis oral en niños y adolescentes con VIH, caracterización de especies y susceptibilidad antifúngica. *Revista chilena de infectología*. 2018 Aug;35(4):377–85.
31. Lazarus J v., Safreed-Harmon K, Barton SE, Costagliola D, Dedes N, del Amo Valero J, et al. Beyond viral suppression of HIV - the new quality of life frontier. Vol. 14, *BMC Medicine*. BioMed Central Ltd.; 2016.
32. Protocolo Odontológico para el manejo de pacientes VIH positivos. Universidad de Santiago de Cali 2021.

33. Alejandra A, Santos C, Tania M, Rodríguez E. CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD ESCUELA DE SALUD PÚBLICA Maestría en Epidemiología. 2016.
34. Seiffert A, Zaror C, Atala-Acevedo C, Ormeño A, Martínez-Zapata MJ, Alonso-Coello P. Dental caries prevention in children and adolescents: a systematic quality assessment of clinical practice guidelines. *Clinical Oral Investigations*. 2018 Dec 1;22(9):3129–41.
35. Bowen WH, Burne RA, Wu H, Koo H. Oral Biofilms: Pathogens, Matrix, and Polymicrobial Interactions in Microenvironments. Vol. 26, *Trends in Microbiology*. Elsevier Ltd; 2018. p. 229–42.
36. Rees TD. Oral Effects of Drug Abuse. Vol. 3, *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*. 1992.
37. Cury PR, Oliveira MGA, de Andrade KM, de Freitas MDS, dos Santos JN. Dental health status in crack/cocaine-addicted men: a cross-sectional study. *Environmental Science and Pollution Research*. 2017 Mar 1;24(8):7585–90.
38. Polanco JM, Jiménez AO, Brotons M v, Ferre Jorge JJ. Depresión y drogodependencia: efectos sobre la salud dental Depression and drug dependency: effects on dental health.
39. Ogle OE. Odontogenic Infections. *Dental Clinics of North America*. 2017 Apr;61(2):235–52.
40. Karamifar K. Endodontic Periapical Lesion: An Overview on Etiology, Diagnosis and Current Treatment Modalities. *European Endodontic Journal*. 2020;
41. Lin LM, Ricucci D, Lin J, Rosenberg PA. Nonsurgical Root Canal Therapy of Large Cyst-like Inflammatory Periapical Lesions and Inflammatory Apical Cysts. Vol. 35, *Journal of Endodontics*. 2009. p. 607–15.
42. Banerji S, Sethi A, Dunne SM, Millar BJ. Clinical performance of Rochette bridges used as immediate provisional restorations for single unit implants in general practice. *British Dental Journal*. 2005 Dec 24;199(12):771–5.
43. Rosenstiel SFFJLMF. Prótesis fija contemporánea. Cuarta edición.
44. Becker DE, Reed KL. Local Anesthetics: Review of Pharmacological Considerations. *Anesthesia Progress*. 2012 Jun 1;59(2):90–102.
45. Fatori Popovic S, Lübbers HT, von Mandach U, Fatori Popovic Zentralstrasse S. 372 MATÉRIAUX ET MÉDICAMENTS. Vol. 126, *SWISS DENTAL JOURNAL SSO*. 2016.
46. Brandão Ribeiro de Sousa JM, de Barros Mourão JI. Lesão dentária na anestesiologia. Vol. 65, *Brazilian Journal of Anesthesiology*. Elsevier Editora Ltda; 2015. p. 511–8.
47. Vadivelu N, Mitra S, Kaye AD, Urman RD. Perioperative analgesia and challenges in the drug-addicted and drug-dependent patient. Vol. 28, *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*. Bailliere Tindall Ltd; 2014. p. 91–101.
48. Stanley F. Manual de Anestesia Local. Elsevier. . 2013;
49. Rivera-Flores J, Margarita Chavira-Romero D, Rivera Flores J. Anestesiología Anestesiología Manejo anestésico del paciente consumidor de drogas. Vol. 28. 2005.

50. Campbell SD, Cooper L, Craddock H, Hyde TP, Nattress B, Pavitt SH, et al. Removable partial dentures: The clinical need for innovation. Vol. 118, *Journal of Prosthetic Dentistry*. Mosby Inc.; 2017. p. 273–80.
51. Friel T, Waia S. Removable Partial Dentures for Older Adults. *Prim Dent J*. 2020 Sep 1;9(3):34–9.
52. Quintero A. Análisis y diseño biomecánico de la restauración parcial removible. Segunda edición. Ediciones Monserrate. . 2011.
53. Kim JJ. Revisiting the Removable Partial Denture. Vol. 63, *Dental Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019. p. 263–78.
54. Stober T, Bermejo JL, Rues S, Rammelsberg P. Wear of resin denture teeth in partial removable dental prostheses. *Journal of Prosthodontic Research*. 2020 Jan 1;64(1):85–9.