

PRESENTACIÓN DE CASO

Placa de acrílico con ansa vestibular para prevenir la úlcera oral traumática en paciente con retraso mental**Acrylic Plate with Vestibular Halse to Prevent Traumatic Oral Ulcer in a Mental Retarded Patient****Yusvaldi Batista Marrero¹, Viviana Santos Salgado¹**

1. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Asistente. Clínica Estomatológica Frank País. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Las úlceras orales constituyen una de las urgencias en Estomatología, son lesiones inflamatorias de la mucosa bucal que poseen múltiples etiologías. Se presentó una paciente discapacitada, de nueve años de edad que acudió acompañada de sus padres a la Consulta de Urgencia de la Clínica Estomatológica Frank País del municipio Frank País, provincia Holguín, a los 24 días del mes de enero de 2014 presentando una úlcera oral de origen traumático, muy dolorosa de más menos 15,5 mm de diámetro y 5 mm de profundidad en paladar duro por pérdida dentaria y la consiguiente pérdida de la oclusión. Como tratamiento se le confeccionó una placa atraumática de acrílico con un ansa vestibular. El uso de esta placa permitió aislar la zona del trauma con el posterior alivio del dolor, cicatrización de la úlcera y restitución de la dimensión vertical oclusiva. Además, estimuló el brote dentario y la recuperación de la oclusión dentaria. La placa pasiva de acrílico con ansa vestibular se recomienda como una alternativa viable en situaciones similares.

Palabras clave: trauma, úlcera oral, placa de acrílico.

ABSTRACT

Oral ulcers are one of the urgencies in stomatology; these are inflammatory injuries of oral mucous that have multiple etiologies. A clinical case of a disabled, female patient of nine years old was presented in this paper. The patient came with her parents to the emergency consulting room of Dental Clinic, Frank País municipality, Holguín province, on January, 2014 presenting an oral extremely painful ulcer of traumatic origin, extra less 15.5 mm of diameter and 5mm of depth in hard palate for dental loss and the decrease of the vertical occlusive dimension. A plate of acrylic with one vestibular hanse was made for the treatment. The use of this splint enabled the relief of the pain, cicatrization of the ulcer and the recuperation of the vertical occlusive dimension. This alternative is recommended in similar situations.

Keywords: trauma, oral ulcer, acrylic plate.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras orales constituyen una de las urgencias en Estomatología, son lesiones inflamatorias de la mucosa bucal que poseen múltiples etiologías. Pueden manifestarse de manera aguda, crónica o recurrente, en cuyo caso alcanzan una frecuencia aproximada de 20% en la población general. Cura en pocos días, semanas o meses en dependencia de los factores de riesgo que la desencadenen ¹. Las úlceras orales recurrentes (UOR), también conocidas como estomatitis aftosa recurrente (EAR), úlcera aftosa recurrente o aftosis simple o compleja, comienzan en la niñez pero afectan, principalmente, a adolescentes y adultos jóvenes, deteriorando de manera importante la calidad de vida ².

Las UOR se caracterizan por ser dolorosas, ovaladas y circunscritas por un halo eritematoso con un fondo amarillo-grisáceo. Se clasifican en:

- Úlceras menores: son pequeñas (diámetro < 1 cm), afectan entre 75% y 85% de los pacientes con UOR, curan en 7 a 14 días y recurren dos a cuatro veces por año. Estas lesiones afectan, generalmente, el epitelio no queratinizado (mucosa labial, bucal y piso de la boca; rara vez afectan a las encías, el paladar y dorso de la lengua).

- Úlceras mayores: caracterizan por tener un diámetro mayor a un centímetro; afectan al 15% de los pacientes con UOR, son más profundas y dolorosas que las úlceras menores, curan más lentamente (en 10 a 30 días) y pueden dejar cicatriz; afectan de preferencia a los labios y el paladar blando; sin embargo, pueden comprometer cualquier otro sitio.
- Úlceras herpetiformes: se presentan como múltiples lesiones papulo-vesiculares agrupadas, con diámetro menor a tres milímetros y pueden coalescer. Su nombre se debe a su aspecto semiológico, sin estar relacionadas con una etiología viral. Estas lesiones curan en siete a 30 días, pudiendo dejar cicatriz y constituyen el 10% de las UOR.

Otras clasificaciones de úlceras orales las dividen en úlceras agudas (hasta seis semanas de duración) y crónicas (más de seis semanas) y según su número, en solitarias y múltiples. Cabe destacar que las úlceras crónicas pueden ser indoloras y deberían ser siempre biopsiadas, con el fin de descartar una etiología maligna o autoinmune.

Se han mencionado numerosas causas y factores asociados que podrían jugar un rol en la génesis de estas lesiones. Entre ellas, destacan alteraciones inmunológicas, infecciones, déficit nutricional, traumatismo repetitivo de la mucosa oral, alergia alimentaria y de contacto, enfermedades autoinmunes y neoplasias, junto con factores psiquiátricos y genéticos.

El trauma es un factor que se asocia frecuentemente a las UOR y generalmente su origen es mecánico o accidental. Pueden ser producidos por una mala oclusión dental, en cuyo caso las úlceras tienden al recurrir en el mismo sitio. También se producen por el cepillo de dientes, inyecciones, e incluso, por alimentos de borde cortante ².

Las férulas o planos oclusales son utilizadas desde hace más de un siglo, generando controversia acerca de su verdadero valor terapéutico ³. La férula oclusal, es un dispositivo intrabucal de acrílico, elastómero u otro material, que se ajustan a las superficies oclusales e incisivas de los dientes, de una de las arcadas dentarias y crea un contacto oclusal preciso con los dientes de la arcada antagonista. Al estar colocadas entre las arcadas dentarias, ocupan parte del espacio libre interoclusal cuando estas tratan de ponerse en contacto, evitan el daño que se produce en los tejidos dentarios y de soporte, ofrece una superficie lisa sin interferencia con la arcada antagónica, ideal para una articulación dentaria no traumatógena, evitan daños a la A.T.M. y a los músculos masticatorios en los actos deglutivos, que se realizan muchas veces en las 24 h, se logra que el paciente vaya a una oclusión céntrica ideal ^{4, 5}.

La férula o guarda oclusal trata el síntoma y no la causa, es el tratamiento por tradición y más comúnmente implementado por los odontólogos generales. Puede ser confeccionada deacrílico o de un material más liviano como la silicona. Las deacrílico son económicas y complejas de realizar por la diversidad de pasos, así como su recorte y pulido en el laboratorio ⁶.

PRESENTACIÓN DE CASO

A la Consulta de Urgencia en atención primaria de la Clínica Estomatológica Frank País del municipio Frank País, provincia Holguín, a los 24 días del mes de enero de 2014 acudió una niña discapacitada de nueve años de edad acompañada por sus padres, los cuales refirieron que la niña no comía y presentaba dolor producto a una lesión en paladar duro, hacía una semana había recibido tratamiento no convencional en Servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción y de la Pedraja del municipio Holguín, donde se le realizaron exodoncias múltiples de sectores posteriores superior e inferior por presentar restos radiculares los cuales eran causa de dolor y pérdida del apetito.

Antecedentes personales: disgenesia cerebral como patología base además de una atrofia hipocampal bilateral, retraso mental, asma bronquial.

Examen clínico extraoral: pérdida de la dimensión vertical oclusiva, perfil convexo, cierre labial incompetente, febrícula; debido a su patología no deambula, ni habla.

Examen clínico intraoral: se observó lesión ovalada circunscrita por un halo eritematoso sobrelevado con un fondo amarillo grisáceo muy dolorosa de más menos 15,5 mm de diámetro y 5 mm de profundidad, localizado en paladar duro en relación con el tercio distal del 12 y 22, además un resalte de 11 mm y sobrepase de corona completa. Vestibuloversión de incisivos superiores, incisivos inferiores que no contactan con cara palatina de incisivos superiores y que laceran mucosa del paladar duro, ausencia clínica de 16, 55, 54, 53, 63, 64, 65, 26, 36, 75, 74, 73, 32, 83, 84, 85 y 46, hiperdaquia, gingivitis y gingivorragia al estímulo.

Diagnóstico: úlcera oral traumática ([fig. 1](#))



Fig. 1. Ulcera oral traumática

Tratamiento técnica y procedimiento empleado:

La lesión se midió con un pie de rey, seguidamente se tomó una impresión del maxilar superior con cubeta comercial individualizada y alginato como material de impresión. Se realizó el vaciado de la impresión en laboratorio para ello se usó yeso piedra. Se delimitó el contorno periférico sobre el modelo y con un lápiz negro se trazó una línea alrededor de toda la periferia del modelo, a 4 mm del fondo del surco vestibular, se marcaron las escotaduras para los frenillos laterales para que no interfieran en el libre funcionamiento de estos y de los límites vestibulares, se marcaron a dos mm del borde gingival, siguiendo la forma anatómica de los dientes anteriores que cubría la mitad de la corona de los incisivos superiores para evitar la relación de la placa deacrílico con la encía. En la región posterior, se siguió el trazo de una escotadura a otra, pasando por detrás de las foveolas palatinas a unos dos milímetros de distancia entre ellas.

Luego se cubrió con cera la parte del modelo que correspondía a la zona traumatizada con el objetivo de aliviarla, se aplicó sepalgil como separante, se confeccionó una placa atramática deacrílico autocurable y se le agregó un ansa vestibular de alambre de acero inoxidable de 0,8 mm de diámetro ([fig.2](#)).



Fig.2. Placa pasiva deacrílico conansa vestibular en el modelo de yeso

Luego se realizó el rebajado eliminando las prominencias, se logró así una superficie más plana y pulido de la placa, se rebajó también elacrílico que está en relación con el reborde alveolar para facilitar la cicatrización y estimular el posterior brote de los caninos, premolares y molares permanentes. Se colocó un cordón alansa vestibular para facilitar la colocación y retirada de la placa y evitar accidentes debido a los antecedentes patológicos de la paciente ([fig.3](#)).



Fig.3. Placa pasiva deacrílico conansa vestibular rebajada y pulida

Se instaló la placa para eliminar el factor traumático causante de la úlcera y restituir la dimensión vertical oclusiva.

DISCUSIÓN

Los episodios aftosos pueden aparecer relacionados con traumas menores como, inyecciones bucales, irritantes químicos, instrumentos rotatorios y manuales, daños causados por el cepillo dental y mordedura en labios, carrillos y lengua ¹.

En este caso la formación de la úlcera oral fue producto de una oclusión traumática al perderse los dientes antagonistas y romperse el equilibrio dentario, por ello se confeccionó una placa pasiva de acrílico con ansa vestibular con el objetivo de eliminar el factor traumático y estimular el brote dentario, además de restituir la dimensión vertical oclusiva.

Se indicó a los padres la limpieza de la zona con agua hervida y llantén utilizando una torunda estéril de gaza, además de aplicar anestésico tópico cinco minutos antes de las comidas. Se mostró la manera correcta de colocar la placa pasiva de acrílico con ansa vestibular y las medidas higiénicas a tomar en cuenta.

A los siete días se observó mejoría en la úlcera traumática, los padres refirieron que la paciente ya estaba comiendo y notaron disminución del dolor, pero todavía se sentía molesta por la lesión y la placa de acrílico con ansa vestibular pues esta no le gustaba.

A los 15 días había mejorado en relación con los síntomas de dolor y se notaba más cómoda con la aparatología, se observó una disminución del halo eritematoso y pérdida en algunas partes de la seudomembrana debido al proceso de cicatrización.

A los 21 días, ya la paciente no presentaba dolor, mostró una sonrisa y los padres refieren que se siente a gusto con la placa pasiva de acrílico con ansa vestibular, al examen bucal se observó que había desaparecido la lesión y había dejado una cicatriz.

A los dos meses, se rebajó el acrílico de la parte interna de la placa pasiva de acrílico con ansa vestibular en zona de premolares superiores debido al brote de los mismos. Se observó brote de caninos inferiores que no contactan con la placa pasiva de acrílico con ansa vestibular por no haberse completado el brote dentario.

A los seis meses, se retiró la placa pasiva de acrílico con ansa vestibular por haberse completado el brote dentario de premolares superiores, caninos y primeros premolares inferiores que mantienen una oclusión, evitando el trauma dentario y causan la restitución de la dimensión vertical oclusiva.

La intención al presentar este trabajo es proporcionar una alternativa viable de tratamiento aplicable por el Estomatólogo General Integral para la atención de este tipo de urgencia estomatológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lanes Llanes E, Valle portilla MC, Rodríguez Méndez G, Almarales Sierra C, Ysasi Cruz MA, Álvarez Pérez MC. Guías Prácticas Clínicas de enfermedades gingivales y periodontales. En: Sosa Rosales MC. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Ciencias Médicas; 2003.p. 210-211.
2. Paola Toche P, Salinas Jessica L, Guzmán MA, Alejandro Afani S, Nicole Jadue A. Úlceras orales recurrentes: Características clínicas y diagnóstico diferencial. Rev Chil Infectol. 2007[citado 24 mar 2014]; 24(3):215-219. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182007000300007&script=sci_arttext
3. Santander H, Santander MC, Valenzuela S, Fresno MJ, Fuentes A, Gutiérrez MF, *et al.* Después de cien años de uso: ¿las férulas oclusales tienen algún efecto terapéutico? Rev Clin Period Implantol Rehabil Oral. 2011[citado 24 mar 2014]; 4(1):29-35.Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072011000100007
4. Martínez Toledo G, Viera Díaz R, Espasandin González S. Método novedoso en la construcción de férulas oclusales acrílicas. Rev Cien Méd Habana. 2011[citado 24 mar 2014]; 17(2). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/527/906>
5. Castillo Hernández R, Reyes Cepeda A, González Hernández M, Machado Martínez M. Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción temporomandibular. Rev Cubana Ortodon.2001 [citado 24 mar 2014]; 16(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord03101.pdf
6. Torres Márquez PA, Clavería Ríos FA, Fuentes González MC, Torres López LB, Crespo Mafrán MI. Uso de férula de descarga en una paciente con bruxismo. MEDISAN.2009 [citado 24 mar 2014]; 13(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san15109.htm

Recibido: 20 de octubre de 2014

Aprobado: 4 de noviembre de 2014

Dr. *Yusvaldi Batista Marrero*. Clínica Estomatológica Frank País. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: yusvaldi@fpais.hlg.sld.cu