



Área Estomatología

Tratamientos oclusivos intraorales. Placas blandas oclusivas. Casos Clínicos

AUTORES

INGRASSIA TONELLI, MARÍA EUGENIA

Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra de Patología y Clínica Estomatológica, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo.

Lugar de realización del trabajo:

Cátedra de Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo.

E-mail: eugeniaingrassia@gmail.com

RIVAROLA DE GUTIÉRREZ, EMILCE MANUELA

Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra de Patología y Clínica Estomatológica, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo.

Dirección del autor: Longone 2557. Chacras de Coria, Luján de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Teléfono: 54-0261-4964722.

RESUMEN

El tratamiento de las diferentes patologías que se asientan en la mucosa bucal puede realizarse a partir de la aplicación de terapias tópicas o administración de sustancias por vía sistémica.

Se presenta una efectiva técnica terapéutica basada en la confección de cubetas de acetato blandas, termomoldeadas. Estos recipientes se utilizan para realizar la oclusión de las drogas que permanecerán en contacto con la mucosa afectada, para lograr una mayor disponibilidad de la medicación, y disminuir el trauma que ocasiona el contacto de la mucosa con la superficie dentaria, para de esta manera asegurarnos el éxito terapéutico.

Palabras clave: placas oclusivas, tratamientos tópicos, termomoldeadas, gingivitis descamativa, reacción liquenoide.

ABSTRACT

The treatment of the different pathologies in the lining of the mouth may be provided through topical therapies or systemic drugs.

An efficient therapeutic technique based on thermally molded soft acetate custom trays is presented. These recipients are used to achieve the occlusion of topical drugs, which will remain in contact with the affected lining of the mouth; therefore, a greater disposition for medication can be accomplished. In addition, a decrease in the trauma caused by the contact of the lining of the mouth with the dentin surface can be perceived. This way, the therapeutic success is guaranteed.

Key words: occlusion trays, topical treatments, thermally molded, lichenoid reaction, desquamative gingivitis.

INTRODUCCIÓN

Existe una gran cantidad de patologías que se asientan sobre la mucosa oral, y algunas son manifestaciones de enfermedades sistémicas. Las expresiones clínicas incluyen desde erosiones y ulceraciones, hasta profundas úlceras o lesiones crónicas como las pigmentaciones, reacciones liquenoides y leucoplasias

entre otras.

La terapéutica de estas afecciones que se desarrollan dentro de la cavidad oral se presenta siempre como un desafío. La sintomatología puede ser severa si se considera que el dolor ocasionado puede incluso alterar la nutrición del paciente y originar pérdida de peso corporal en algunos casos.

El tratamiento de las lesiones de la mucosa oral puede realizarse a partir de aplicación de terapias tópicas o administración de drogas por vía sistémica. Muchas de estas patologías responden bien a la terapéutica sistémica, pero existe un amplio número de enfermedades que son resistentes a las mismas, y a esto se suman los efectos sistémicos

Tratamientos oclusivos intraorales. Placas blandas oclusivas. Casos Clínicos.

Ingrassia Tonelli, María Eugenia; Rivarola de Gutiérrez, Emilce Manuela

adversos que presenta la medicación utilizada en estos casos.

Las terapias locales, si bien logran una mayor disponibilidad de las drogas en la mucosa, tienen por contrapartida el hecho de su escasa permanencia, debido sobre todo a los movimientos deglutorios y a la secreción salival. La ubicación de las lesiones es un factor a considerar en el momento de aplicar una medicación de manera local.

El uso de agentes tópicos oclusivos maximiza el contacto de la medicación con la mucosa y disminuye significativamente el trauma por el continuo roce que existe entre la mucosa y los tejidos dentarios (1), (4).

Esta técnica terapéutica se basa en la confección de cubetas de acetato blandas, termomoldeadas, fabricadas a partir de una impresión de alginato de las arcadas dentarias y la posterior elaboración en yeso verde de modelos de trabajo. Estas cubetas se utilizan para realizar la oclusión de las drogas que permanecerán en contacto con la mucosa afectada (5).

El bajo costo, la técnica fácil de confección y la rápida aceptación, hacen de esta técnica un método sencillo con alta efectividad.

PATOLOGÍA GINGIVAL

El tratamiento de la patología gingival que no depende de la placa bacteriana, se basa sobre todo en un diagnóstico correcto que necesita de confirmación histopatológica. Patologías sistémicas como el liquen y el penfigoide ampollar, suelen debutar en encía (3), (8).

La medicación de elección depende de la patología, pero los corticoides tópicos, la nistatina, la clorhexidina son los más difundidos para patologías como la gingivitis descamativa que es una de las presentaciones más frecuentes del liquen plano (2), (9).

Se sabe que el corticoide de elección para estos casos es el propionato de clo-

betasol. El aumento de la efectividad de esta medicación se ve asegurado con la suma de un material que asegure la permanencia y contacto del mismo con la mucosa oral (7), (10).

Dado que los corticoides, además de su efecto antiinflamatorio, son inmunosupresores, su aplicación oclusiva sobre zonas con flora abundante, que incluye desde gérmenes aerobios hasta hongos y anaerobios, debe ser precedida por medidas terapéuticas que aseguren el control del biofilm. Por lo tanto, se debe combinar la medicación oclusiva con una correcta higiene gingival, ya que además se ve aumentada la absorción de los principios activos de los medicamentos aplicados si la mucosa oral, más específicamente la encía, se ve libre de placa bacteriana (11), (12), (13).

Entre los efectos colaterales se debe considerar la posibilidad de producir irritación mucosa severa. Existen estudios experimentales que demuestran que hay medicación que, colocada sobre una gingiva libre de biofilm, puede generar zonas de descamación y ulceraciones. De persistir la aplicación puede provocar la aparición de leucoplasias (6).

REPORTE DE CASOS CLINICOS

Caso clínico 1: Paciente de sexo femenino, 73 años de edad, que consulta por presentar placa blanca en el borde izquierdo de lengua, diagnosticado clínicamente como leucoplasia grado II. La paciente refiere un mes de evolución. Entre sus antecedentes se destaca una cirugía previa realizada dos años atrás en la misma zona. El estudio anatomopatológico reveló un carcinoma espinocelular in situ.

Se inicia un tratamiento con nistatina en solución (enjuagues bucales durante 5 minutos, con 5 ml de la solución, dos veces por día) y tretinoína 0,5% crema, aplicada localmente después de almuerzo y cena en la zona. Se pulen y redon-

dean cúspides de la zona y se confecciona una cubeta termo moldeada blanda que la paciente comienza a usar tres semanas después de haberse iniciado el tratamiento farmacológico local. La cubeta recubre toda la porción dentada inferior, llegando a la zona de encía insertada con la finalidad de evitar el trauma en la zona afectada. Se indica a la paciente que la use durante el día y la noche y la retire para comer.

Caso clínico 2: Paciente de sexo femenino de 71 años, con antecedentes de cirugía de adenoma pleomorfo de paladar un año antes de la consulta.

Refiere dolor post operatorio desde la cirugía. Ha recibido diferentes tratamientos con antiinflamatorios no esteroideos por vía oral sin respuesta.

Al examen oral se observa cicatriz quirúrgica fibrosa y a la palpación de la zona se exacerba el dolor.

Se confecciona placa de acetato termomoldeada y se indica el uso de capsaisina 0.025 mg crema, colocada dentro de la cubeta en la zona de la cicatriz; el tratamiento oclusivo con placa blanda se realiza en las horas de sueño.

Caso Clínico 3: Mujer de 42 años derivada por presentar zonas de eritema, atrofia, erosión y descamación en encía superior e inferior; se diagnostica clínicamente una gingivitis descamativa. Presenta placa y cálculo generalizado en ambas arcadas dentarias. Se indica realizar tratamiento periodontal.

Se realiza biopsia de la mucosa gingival, en la que se observa despegamiento ampollar a nivel subepitelial y se diagnostica penfigoide ampollar.

Una vez realizado el tratamiento periodontal y la descontaminación local, se confeccionan cubetas blandas para ambas arcadas y se instruye a la paciente que comience con propionato de clorbetasol asociado a nistatina y neomicina -dos aplicaciones diarias- dentro de la cubeta, realizando tratamiento oclusivo después de la higiene bucal.

Tratamientos oclusivos intraorales. Placas blandas oclusivas. Casos Clínicos.

Ingrassia Tonelli, María Eugenia; Rivarola de Gutiérrez, Emilce Manuela

Caso clínico 4: Paciente mujer de 48 años que se encuentra en tratamiento sistémico por pénfigo vulgar con 40mg. de metilprednisolona.

Se presenta a la consulta con lesiones ampollares en tronco y extremidades. En la inspección se observa dentro de la cavidad oral lesión erosiva en paladar de evolución tórpida, que no ha evolucionado a pesar de la mejoría general desde la instauración de la terapia corticoidea sistémica. La lesión no se encuentra indurada a la palpación y la paciente refiere que está de igual tamaño desde hace aproximadamente tres semanas.

Se realiza impresión para modelos de yeso y confección de placas blandas, la paciente comienza tratamiento con propionato de clobetasol oclusivo, que las usa después de almuerzo y en las noches.

Caso clínico 5: Paciente de 47 años de sexo masculino, que consulta por presentar lesiones erosivas en ambas mucosas yugales.

Se realiza toma de tejido para biopsia que confirma el diagnóstico de liquen erosivo.

Se inicia tratamiento con propionato de clobetasol, nistatina y neomicina en ambas mucosas yugales. Esto se realiza conjuntamente con el uso de cubetas blandas en ambas arcadas dentarias para aumentar el tiempo de acción de las drogas y evitar el trauma.

RESULTADOS

Caso clínico 1: A los cuarenta días de iniciado el tratamiento se realiza el reemplazo de una amalgama que contactaba con la lesión. A los sesenta días de iniciada la terapia la paciente concurre a control sin evidencia clínica de lesiones.

Caso clínico 2: La paciente concurre a control al mes y refiere mejoría de la sintomatología. Posteriormente, cuando abandona el tratamiento oclusivo se

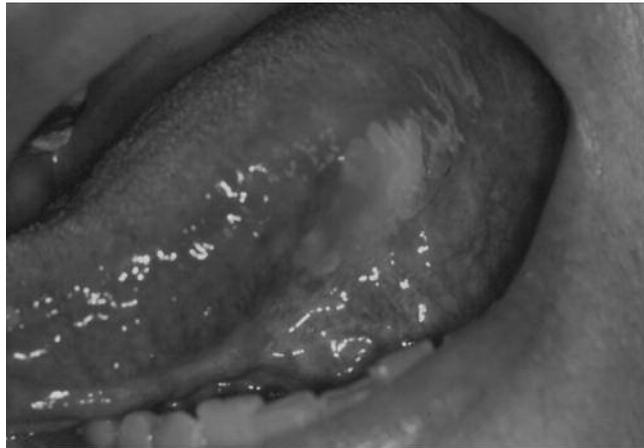


Foto 1: Leucoplasia en borde de lengua



Foto 2: a los 30 días de uso de la placa (paciente con placa en boca).



Tratamientos oclusivos intraorales. Placas blandas oclusivas. Casos Clínicos.

Ingrassia Tonelli, María Eugenia; Rivarola de Gutiérrez, Emilce Manuela

produce recrudescimiento de la sintomatología y se intentan otros tratamientos.

Caso clínico 3: Se observa marcada mejoría de los signos clínicos de la mucosa a los 15 días de evolución. La paciente continúa con el mismo tratamiento cuando reaparecen los episodios ampollares con buena respuesta sin requerir tratamiento sistémico durante el año que se mantuvo en control.

Caso clínico 4: La paciente es controlada a los catorce días observándose una marcada mejoría de la sintomatología y disminución del tamaño de la lesión, siguiendo su estado evolutivo en franca mejoría.

Caso clínico 5: La evolución es favorable y en el control a los treinta días no se observa erosiones en las mucosas,

persistiendo la lesión de liquen rojo plano típico, se mantiene en el tiempo la ausencia de erosiones.

DISCUSIÓN

En el inicio de la administración terapéutica, debe además evaluarse el grado de sepsis oral y realizar una descontaminación de la cavidad bucal. Se conoce que el aumento de la inflamación secundario a la presencia de sobre infección bacteriana, transforma el curso de las patologías mucosas pre existentes en una evolución tórpida.

El efecto nocivo del trauma sobre la evolución de las lesiones debido al incremento de la inflamación local, ha sido demostrado científicamente, motivado por el mayor aflujo a la zona de linfocitos

nas y quimioquinas inflamatorias.

Es por lo tanto de capital trascendencia realizar descontaminación y eliminación del factor traumático desde el inicio de la terapéutica y aún como parte de la misma en el tratamiento de las afecciones orales, sobre todo en las que está involucrada la inflamación en la patogenia.

Esta técnica es de gran beneficio para evitar medicación sistémica. De todos modos se debe ser muy exhaustivo en el examen oral y tratar previamente todos los focos sépticos y así minimizar las complicaciones post tratamiento.

Agradecemos la colaboración del Doctor Alfredo Massarelli y la Doctora Isabel Bongiovanni.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- ENDO, H.; REES, T. D.; KUYAMA, K. "ET AL" (2008) *Successful treatment using occlusive steroid therapy in patients with erosive lichen planus: a report on 2 cases. Quintessence Apr; 39(4):e162-72.*
- 2- MACHADO, M. A.; CONTAR, C. M.; BRUSTOLIM, J. A. "ET AL" (2010) *Management of two cases of desquamative gingivitis with clobetasol and Calendula officinalis gel. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. Dec; 154(4):335-8.*
- 3- VITO CRINCOLI, M. B.; MICHELE SCIVETTI, A. "ET AL" (2011). *Oral lichen planus: update on etiopathogenesis, diagnosis and treatment. Immunopharmacology and Immunotoxicology 33(1): 11-20.*
- 4- ROED-PETERSEN, B.; ROED-PETERSEN, J. "ET AL" (1992). *Occlusive treatment of atrophic and erosive oral lichen planus with Clobetasol Propionate 0.05%. Andlaegernes Tidsskr. Jan ;(1):4-7.*
- 5- GONZALEZ-MOLES, M. A.; RUIZ-AVILA, I.; RODRÍGUEZ-ARCHILLA, A. "ET AL" (2003). *Treatment of severe erosive gingival lesions by topical application of clobetasol propionate in custom trays. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. Jun; 95(6):688-92.*
- 6- ALMQVIST, H.; LUTHMAN, J. "ET AL". (1988) *Gingival and mucosal reactions after intensive chlorhexidine gel treatment with or without oral hygiene measures. (1988). Scand J Dent Res. Dec; 96(6):557-60.*
- 7- ALEINIKOV, A.; JORDAN, R. C.; MAIN, J. H. "ET AL". (1996). *Topical steroid therapy in oral lichen planus: review of a novel delivery method in 24 patients. J Can Dent Assoc. Apr;62(4):324-7*
- 8- LOZADA-NUR, F.; MIRANDA, C. "ET AL" (1997) *Oral lichen planus: topical and systemic therapy. Semin Cutan Med Surg. Dec; 16(4):295-300.*
- 9- LENER, E.; BRIEVA, J.; SCHACHTER, M. "ETA " (2001). *Successful Treatment of Erosive Lichen Planus with Topical Tacrolimus. Arch Dermatol/ vol 137, Apr; 419-22.*
- 10- LOZADA NUR, F.; MALIKSI, R. "ET AL" (1994). *Double-blind clinical trial of 0.05% clobetasol propionate ointment in orabase and 0.05% fluocinonide ointment in orabase in the treatment of patients with oral vesiculoerosive diseases. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral pathology. Vol. 77, Issue 6. 598-604.*
- 11- THONGPRASOM, K.; LUENGVISUT, P.; WONGWA TANAKIJ, A. "ET AL". (2003). *Clinical evaluation in treatment of oral lichen planus with topical fluocinolone acetonide: 2 year follow up. J Oral Pathol Med. Jul; 32(6):315-22.*
- 12- BOISNIC, S.; LICU, D.; BEN SLAMA, "ET AL" (2002) *Topical retinaldehyde treatment in oral lichen planus and leukoplakia. Int J Tissue React. 24(4):123-30.*
- 13- GARCÍA, L. (2007). *Efectividad del tratamiento tópico con esteroides en enfermedades vesículo ampollares con signos de gingivitis descamativa: revisión de la literatura. Revista de la Fundación Juan José Carraro. 12(24): 9-15.*