

Paciente adulto masculino con secuelas por consumo de sustancias psicoactivas. Reporte de caso y revisión de la literatura

Adult male patient after effect from psychoactive substance use. Case report and literature review

Celia Luksenburg¹, Enrique Rotemberg², Ana Paula Teske³, Facundo Gómez³

¹ Universidad de la República, Facultad de Odontología, Unidad de Rehabilitación Buco-Maxilo-Facial. Uruguay.

² Universidad de la República, Facultad de Odontología, Departamento de Biología Odontológica. Uruguay.

³ Universidad de la República, Facultad de Odontología, Departamento de Diagnóstico en Patología y Medicina Oral, Sub-unidad Patología y Semiología BMF. Uruguay.

Correspondencia:

Celia Luksenburg: celialuksenburg@gmail.com
Calle General Las Heras 1925 Código postal 11600.
Montevideo, Uruguay.
ORCID: 0000-0001-9205-6244

Coautores:

Enrique Rotemberg: erotemb@yahoo.com.ar
ORCID: 0000-0002-0686-8607
Ana Paula Teske: anapaulateske97@gmail.com
ORCID: 0000-0002-0817-6487
Facundo Gómez: facuu_gom@hotmail.com
ORCID: 0009-0002-3401-1632

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Recibido: 03/06/2025
Aceptado: 28/06/2025
Publicado: 30/06/2025

Resumen

Introducción: El abuso de sustancias psicoactivas se ha convertido en un problema de rápido crecimiento a nivel mundial. Las personas de todas las edades sufren los efectos nocivos, el impacto en la salud y en su calidad de vida. La cocaína es un potente estimulante utilizado como droga recreativa. El objetivo es describir las secuelas orales de un paciente por consumo de sustancias psicoactivas. **Material y métodos:** Se aborda y describe el caso de un paciente masculino, 58 años, con necrosis centro facial secundario al consumo de cocaína. Las biopsias realizadas durante la limpieza quirúrgica en block bajo anestesia general detectaron necrosis extensa y cambios necrobióticos en tejidos centrofaciales con necrosis de cartilago y necrobiosis ósea, así como contaminación sobreimpuesta. Es concordante con efectos secundarios al consumo de cocaína. **Resultados:** El paciente es derivado a la Unidad de Rehabilitación bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República Oriental del Uruguay (UDELAR) buscando una solución protésica. El terreno protésico no presenta las condiciones mínimas de salud para pensar en algún tratamiento definitivo en ese momento. Se le confeccionó una prótesis nasal temporaria acompañando el periodo de cicatrización.

Palabras clave: sustancias psicoactivas; cocaína; prótesis bucomaxilofacial.

Abstract

Introduction: Substance abuse has become a rapidly growing problem worldwide. People of all ages suffer its harmful effects, impacting their health and quality of life. Cocaine is a powerful stimulant used as a recreational drug. The objective is to describe the oral sequelae of a patient due to the consumption of psychoactive substances. **Materials and methods:** The case of a 58-year-old male patient with centrofacial necrosis secondary to cocaine use is addressed and described. Biopsies performed during en bloc surgical cleaning under general anesthesia detected extensive necrosis and necrobiotic changes in centrofacial tissues with cartilage necrosis and bone necrobiosis, as well as superimposed contamination. It is consistent with side effects of cocaine use. **Results:** The patient was referred to the oralmaxillofacial Rehabilitation Unit of the Faculty of Dentistry of the University of the Eastern Republic of Uruguay (UdelaR) seeking a prosthetic solution. The prosthetic site did not meet the minimum health conditions to consider definitive treatment at that time. Temporary nasal prostheses were fabricated to accompany the healing period.

Keywords: psychoactive substances; cocaine; oralmaxillofacial prosthesis.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas evitables. Los riesgos varían en función de la edad, género, formas y frecuencias de uso, contextos y circunstancias personales ¹. El uso de drogas presenta un amplio abanico de posibilidades que van del consumo experimental hasta el síndrome de dependencia ². En esta última situación se interrumpe el control sobre el consumo ³. Las personas en situación de dependencia a SPA suelen tener poco cuidado de su salud general y bucodental ⁴. Asimismo, se ha reportado alta incidencia de caries y enfermedad periodontal en un estudio en población en tratamiento por este motivo ⁵.

La cocaína es un alcaloide cristalino que se obtiene por conversión de algunos subtipos de hoja de coca (*Erythroxylum coca* y otros) en una pasta y luego en clorhidrato de cocaína mediante agentes catalizadores como éter, gasolina y ácido sulfúrico. La misma presenta acción psicoactiva indirecta mediada por simpaticomiméticos que aumenta los niveles de norepinefrina y altera su recaptación, pero también es capaz de inducir la contracción directa del músculo liso vascular. Esta también bloquea los canales de sodio; por lo tanto, interfiere con la transmisión nerviosa y produce un efecto anestésico ⁶. La cocaína también afecta la neurotransmisión al dificultar la recaptación de monoaminas, particularmente dopamina, de la hendidura sináptica. El exceso de dopamina disponible para la activación postsináptica intermedia los efectos placenteros reportados por los usuarios y contribuye al potencial adictivo y a los efectos tóxicos de la droga.

El daño tisular de la cocaína es multifactorial, la vía de administración más usual de cocaína con fines recreativos es la inhalación nasal, produciendo efectos adversos locales como lesiones mucosas que comienzan en el tracto nasal debido a la vasoconstricción y la irritación mecánica causada por los cristales de drogas y adulterantes inhalados a gran velocidad. La administración crónica y compulsiva provoca daño del pericondrio, necrosis isquémica y perforación del tabique. Estas lesiones osteocondrales pueden incluso tardar sólo 3 semanas en desarrollarse en casos de inhalación intensiva ⁶. La destrucción progresa centrífugamente hacia la pared lateral de la nariz, los senos paranasales y el paladar duro o blando, lo que conduce a la comunicación entre la cavidad bucal y cavidad nasal y/o senos paranasales. Estas complicaciones isquémicas y traumáticas locales se engloban en la denominada lesión destructiva de la línea media inducida por cocaína (CIMDL) y se basan en la detección clínica o radiológica de al menos 2 de estos signos: (a) perforación del tabique nasal, (b) destrucción de la pared nasal lateral del cornete inferior o medio en el seno maxilar o etmoidal y (c) afectación del paladar duro ⁶. Entre los usuarios de drogas, la pureza es sinónimo de calidad. Sin embargo, las drogas generalmente no contienen exclusivamente el o los principios activos por el/los cual/es se consumen; las sustancias diferentes a la droga psicoactiva se conocen como adulterantes, siendo

la cafeína, lidocaína, fenacetina y levamisol, los más frecuentes ⁸.

El objetivo del reporte de caso es describir las secuelas orales de un paciente por consumo de sustancias psicoactivas.

Materiales y métodos

Se reporta el caso de un paciente masculino de 58 años con necrosis centro facial secundario al consumo de cocaína siendo remitido en 2022 desde la consulta odontológica a su valoración médica. Se realizó estudios de laboratorio en seguimiento dando positivo a metabolitos de cocaína, benzodiazepinas y gabaérgicos, así como también biopsia luego del abordaje quirúrgico a la lesión, para así poder descartar otras patologías. Las biopsias fueron negativas para enfermedades inflamatorias, infecciosas, oncológicas e inmunológicas, presentando todas las muestras que fueron analizadas necrosis extensa y cambios necrobióticos en tejidos centofaciales. Posteriormente, fue derivado a la Unidad de Rehabilitación bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Udelar, buscando una solución protética, ya que no presentaba elementos vasculares que puedan aportar riego sanguíneo a posibles colgajos o injertos.

Presentación del caso clínico

El paciente concurre en abril de 2022 a la consulta odontológica con interés en reponer piezas dentales ausentes a través de prótesis implanto soportada. Se pone en conocimiento al paciente que el procedimiento que está interesado no es recomendado por su adicción al tabaco y ante la presencia de hemorragia nasal se lo interroga sobre consumo de otras drogas respondiendo afirmativamente a la cocaína (figura 1). El relato coincide con las pruebas de laboratorio en forma seriada. Relata también consumo de tabaco armado en cigarrillos y uso de cigarrillo electrónico. Se convoca al paciente a nueva consulta odontológica y ante la situación de necrosis masiva nasal sumada a la epistaxis nasal (figura 2), el paciente relata consumo de cocaína probablemente adulterada. Se explica a él y en el mismo día a un familiar la gravedad y el rápido avance de la patología. El paciente concurre al Hospital Británico de Montevideo (Uruguay) donde es tratado de forma integral bajo equipo médico de psiquiatría, otorrinolaringología (ORL), toxicología.

En block quirúrgico de la institución médica antes mencionada, bajo anestesia general se le realiza la limpieza quirúrgica del lecho patológico, junto a la toma de muestras de los tejidos afectados, para el diagnóstico de la patología presente, (fecha de procedimiento biopsico: 28/04/2022). La misma se realiza bajo lavados de peróxido de hidrógeno (H₂O₂) y decolamiento de áreas necróticas separando las áreas viables. La necrosis incluye todas las estructuras mediofaciales (figura 3) reconociendo únicamente el septum y cavum por fosa nasal izquierda (FNI). Se reseca y se logra abrir microabscesos entre piel y tejidos viables, se realiza posteriormente lavado profuso



Figura 1. Comienzo de epistaxis



Figura 2. Epistaxis espontánea

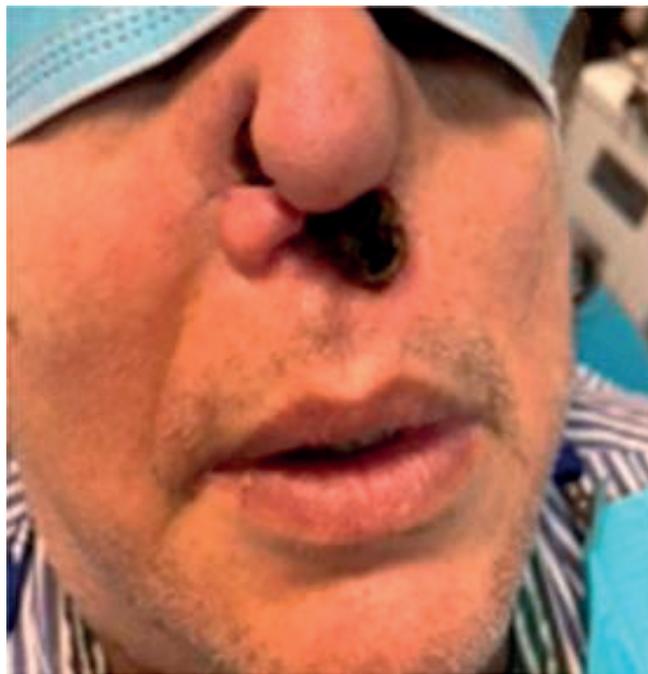


Figura 3. Tejido necrótico

con H_2O_2 y suero fisiológico. Se realizan las biopsias incisionales de los distintos sectores del lecho quirúrgico. Datos clínicos: Necrosis centrofacial secundaria a consumo de clorhidrato de cocaína. Macroscopía: 1. material necrótico endonasal: fragmentos de 20 y 10 mm pardo-oscuros fétidos. 2. Material necrótico mediofacial: fragmento membraniforme pardo oscuro fétido de 40 x 30 x 8 mm, al corte sólido. Microscopía: de ambas fuentes 1 y 2 secciones de tejidos nasales necrobióticos, con exudados fibrino leucocitarios y contaminación microbiana superficial, con áreas de necrosis tisular hemorrágica.

Necrosis del eje cartilaginoso con persistencia local de la estructura habitual de los cartílagos nasales. También se observan focos óseos necrobióticos. En suma, se detecta necrosis extensa y cambios necrobióticos en tejidos centrofaciales con necrosis de cartílago y necrosis ósea; así como contaminación sobreimpuesta. Es concordante con efectos secundarios al consumo de cocaína

El paciente post quirúrgico presentando una gran pérdida de tejido nasal (figura 4), es derivado a la Unidad de Rehabilitación bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología buscando una solución protésica.

Resultados

Se le adjudica el caso a la Dra. Celia Luksenburg, docente de la Unidad de Rehabilitación Bucomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Udelar. Se observa la ausencia de gran parte del apéndice nasal con tejido necrótico en toda la nueva superficie expuesta. El terreno protésico no presenta las condiciones mínimas de salud para pensar en algún tratamiento

definitivo en ese momento. Se le realiza una prótesis temporaria acompañando el periodo de cicatrización. Sesión a sesión se observa como el terreno protésico sigue cambiando su anatomía mientras que se va recuperando. Una vez que el tejido cicatriza y se mantiene estable en su anatomía se decide realizar una nueva prótesis nasal de silicona médica, con fijación adhesiva (figura 5 y 6).



Figura 4. Tejido sano, libre de tejido necrótico



Figura 5. Prótesis nasal de Silicona de grado médico



Figura 6. Prótesis Nasal instalada (Dra.Celia Luksenburg)

Discusión

La cocaína se extrae de la hoja del arbusto de la coca del género *Erythroxylum* que crece en países como Perú, Bolivia y Colombia. Es considerada una droga de abuso, pero también tuvo usos médicos en anestesia local. La vía de administración nasal conocida como “esnifar” o “snorting”, es el proceso de inhalar la cocaína en polvo por la nariz, de donde pasa directamente a la sangre a través de las mucosas nasales. El consumo agudo provoca contracción de los vasos sanguíneos (vasoconstricción), dilatación de las pupilas bilateral (midriasis), aumento en la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. La inhalación regular puede causar pérdida del sentido del olfato, hemorragias nasales, dificultad al tragar, ronquera y una irritación general del tabique nasal⁹. La perforación del tabique nasal es asintomática y bien tolerada, pero la destrucción de la estructura conduce a una rotura nasal con una apariencia típica de dorso plano y deprimido (nariz en silla de montar) con ensanchamiento de la punta. Si hay fístula oronasal, aparecerá regurgitación de líquidos y sólidos hacia la nariz y rinolalia, a veces con disfagia y dolor orofaríngeo. También se ha informado de erosión de las trompas de Eustaquio y puede estar asociada con patología de oído. Mientras que la perforación del tabique nasal es un efecto secundario bien conocido con una incidencia del 5 %, la perforación palatina es uno de los hallazgos de abuso de cocaína publicados con menor frecuencia⁶. Según la prevalencia de los patrones de distribución de la CIMDL: Cocaine-Induced Midline Destructive Lesion (Lesión destructiva de la línea media inducida por cocaína) las perforaciones septales representan las lesiones más frecuentes (99,2% de los pacientes). A continuación, la prevalencia disminuyó desde el tercio inferior del complejo nasosinusal (suelo y pared nasales ínfero lateral respectivamente, 59% y 29,9% de los pacientes) hasta el tercio medio del complejo nasal (cornete medio y etmoides, 22,8% de los pacientes) y, finalmente, a las estructuras neurocraneales (base del cráneo y/o lámina papirácea, 7,9% de los pacientes)¹⁰.

Cuando el consumo de cocaína vía nasal es continuado, el usuario puede presentar rinitis, obstrucción nasal crónica, epistaxis y dolor facial severo. En la exploración física se pueden observar lesiones necrotizantes ulcerativas, costras extensas e incluso perforaciones septales. El tratamiento post quirúrgico incluye prótesis para cubrir defectos como perforaciones y colgajos tanto libres como locales¹¹.

Las prótesis nasales como todas las prótesis faciales tienen distintas opciones para su fijación en el rostro. Se pueden clasificar en 4 tipos:

1. Las prótesis retenidas mecánicamente, las cuales son prótesis que van unidas a los anteojos; este tipo de prótesis se usan en casos donde el paciente está cursando periodos de cicatrización y se necesita poco contacto de la prótesis al terreno protésico, en pacientes que no posean la manualidad suficiente o no cuenten con las condiciones de higiene en su lugar de vivienda, o por preferencia del paciente.

2. Prótesis retenidas por medios anatómicos, las cuales pueden ser utilizados en cavidades anatómicas para retener a través de prolongaciones de materiales blandos.
3. Prótesis retenidas por adhesivos cutáneos, presentan distinta efectividad, dependiendo del tamaño, peso de las prótesis y tipo de piel. El uso de adhesivos cutáneos puede causar alergias de contacto, pueden perder adherencia con la transpiración. Para su colocación, se debe tener buena manualidad y prolijidad para ubicarla en la posición correcta, además de la consideración del costo del adhesivo.
4. Las prótesis sobre implantes extraorales oseointegrados, esta opción permite el uso de la silicona en su máximo potencial; eliminando así el uso de adhesivos, dando buena retención y bordes finos, generando un mejor resultado estético y brindando mayor seguridad al paciente. Con los implantes dentales más un elemento de retención ya sea barra clip o imanes, se logra una prótesis con más seguridad en su uso, con una única posición y sin perder retención en el momento de mojarse como sucede con el uso de los adhesivos cutáneos^{12,13}.

En este caso, se optó por la retención por adhesión cutánea como primera etapa. El paciente está muy satisfecho por la estética lograda, pero reconoce que quisiera sacar el adhesivo ya que le resulta muy engorroso la maniobra de colocación y retiro. El plan de tratamiento a futuro es valorar con una tomografía axial computarizada (TAC), la calidad y cantidad de hueso en el piso de las fosas nasales, o sea el hueso maxilar para evaluar la posibilidad de poner implantes extraorales con imanes para poder dejar de usar el adhesivo cutáneo, siempre y cuando el paciente se comprometa no volver a consumir cocaína y a mantener una excelente higiene en los implantes, condición fundamental para el éxito del tratamiento.

Conclusiones

El consumo de cocaína se asocia a múltiples patologías que afectan diversos sistemas del organismo, siendo particularmente significativo el compromiso del área orofacial. Para abordar las secuelas derivadas de esta sustancia, resulta indispensable la interrupción del consumo, así como la implementación de un enfoque terapéutico multidisciplinario que incluya intervenciones desde la psiquiatría, otorrinolaringología y toxicología. A su vez, la rehabilitación oral mediante la confección de una prótesis bucomaxilofacial desempeña un rol clave en la restauración estética, funcional, emocional y social, contribuyendo significativamente a la mejora de la calidad de vida del paciente.

Referencias bibliográficas

1. Presidencia de la Republica. Junta Nacional de Drogas. Drogas: más información menos riesgos. 11ª ed. Montevideo: IMPO: 2016.
2. Triaca JM: Centro de Información y Referencia de la Red-Drogas. Proyecto Portal Amarillo (un nodo en la red). Noviembre 2005.

3. Pereira T. Neurobiología de la adicción. *Rev Psiquiatr Urug* 2008; 73(1): 9-24.
4. Jiménez Polanco MP *et al.* Depresión y drogodependencia: efectos sobre la salud dental. *Av. Odontoestomatol* 2011; 27(1): 41-46. 9
5. Rotemberg E *et al.* Estado dental y periodontal de población en tratamiento por consumo de drogas. Estudio piloto. *Odontoestomatología/Vol. XVII. N°25/Mayo* 2015: 34-39. Disponible en línea: Rotemberg Enrique, Salveraglio Inés, Kreiner Marcelo, Piovesan Sylvia, Smaisik Karinna, Ormaechea Rocio *et al.* Estado dental y periodontal de población en tratamiento por consumo de drogas: Estudio piloto. *Odontoestomatología* [Internet]. 2015;17(25):34-39. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392015000100005&lng=es
6. Barrientos J, Corchero G, Soler F. Surgical treatment of cocaine-induced palatal perforations: Report of three cases and literature review. *J Clin Exp Dent*. 2021 Feb 1;13 (2):e201-e206. DOI: <https://doi.org/10.4317/jced.57730>
7. Roque Bravo R, Faria AC, Brito-da-Costa AM, Carmo H, Mladěnka P, Dias da Silva D, Remião F, On Behalf Of The Oeonom Researchers. Cocaine: An Updated Overview on Chemistry, Detection, Biokinetics, and Pharmacotoxicological Aspects including Abuse Pattern. *Toxins (Basel)*. 2022 Apr 13; 14(4):278. DOI: <https://doi.org/10.3390/toxins14040278>
8. Pascale Prieto A. *et al.* Adulterantes de las drogas y sus efectos en la salud de los usuarios: una revisión crítica / *Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/XIV.6.71), 2019.
9. National Institute on Drug Abuse. Revised March 2010 Cocaína: Abuso y adicción – Reporte de investigación. Disponible on line: <https://nida.nih.gov/es/download/1141/cocaína-abuso-y-adicción-reporte-de-investigación.pdf?v=3f3fb3f0903dfa8879388c2a5d086cb9>
10. Nitro L, Pipolo C, Fadda GL, Allevi F, Borgione M, Cavallo G, Felisati G, Saibene AM. Distribution of cocaine-induced midline destructive lesions: systematic review and classification. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2022;279(7):3257-3267. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00405-022-07290-1>
11. Palmero-Sánchez Beatriz, Faelens Gianni, Corriols-Noval Patricia, López-Simón Eugenia, Morales-Angulo Carmelo. Manifestaciones de cabeza y cuello secundarias al uso de cocaína. *Revisión bibliográfica. Rev*. 2022;13(1): 55-70. DOI: <https://dx.doi.org/10.14201/orl.26581>
12. Jankielewicz I, Alonso Travieso MA, Pinto da Fonseca M. Prótesis buco-maxilofacial. *Barcelonal Quintessence* 2003.
13. Alfredo V Álvarez Rivero, A. S. R. (2008). *Procederes básicos clínicos en prótesis buco maxilo facial*. Playa, Cuba: Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ).

Consideraciones éticas

Se cuenta con la aprobación del Comité de ética (Expediente 091900-000051-24) emitido el 10 de abril, 2025); presentado por los Dres. Celia Luksenburg, Enrique Rotemberg, Ana Paula Teske y Facundo Gómez. Además, para la publicación se cuenta con el consentimiento informado del paciente (11 de mayo, 2022)

Agradecimiento

Departamento de Registros Médicos del Hospital Británico por el acceso a la historia clínica, con la autorización del paciente.

Contribuciones de los autores

CL: Rehabilitación protésica del paciente, redacción del artículo.

ER: Diagnóstico y derivación del paciente, redacción del artículo

AT: Revisión bibliográfica y redacción del artículo.

FG: Revisión bibliográfica y redacción del artículo.

Declaración de disponibilidad de datos

Datos disponibles previa solicitud a los autores.