

LESIONES CARIOSAS. UN VALOR IDENTIFICATIVO. DENTAL CAVITIES. AN IDENTIFYING VALUE

DORADO E.¹, CAMPOS G.², RUIZ-TAGLE E.³, LÓPEZ J.⁴

RESUMEN.

El examen bucodental ofrece importantes datos para la identificación en los estudios médico legales. Es el caso de las drogas de abuso, fundamentalmente la cocaína y las metanfetaminas. La presencia de caries avanzadas orienta al posible consumo de estas sustancias, informando así sobre posibles hábitos tóxicos del fallecido. Se comentan diversos aspectos sobre esta asociación, que se ilustran con imágenes de un caso.

PALABRAS CLAVE: drogas de abuso; cocaína; caries; meth mouth; periodontitis; xerostomía; identificación; salud bucodental.

ABSTRACT.

The oral examination provides important data for identification in medico-legal studies. This is the case of drugs of abuse, mainly cocaine and methamphetamines. The presence of advanced caries points to the possible consumption of these substances, thus informing about possible toxic habits of the deceased. Various aspects of this association are discussed and illustrated with images of a case.

KEY WORDS: drugs abuse; cocaine; caries; meth mouth; periodontitis; xerostomia; identification; oral health.

CONTACTO: Dorado E. enriqdor@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN.

El examen odontológico constituye una fuente de primer orden en la determinación médico legal de la identidad. Entre otros, puede proporcionar interesantes datos acerca de los hábitos y estilo de vida del fallecido.

El consumo crónico de drogas de abuso deja su impronta a nivel bucodental, con una elevada prevalencia en diversas patologías, como son las lesiones cariosas y la enfermedad periodontal [1]. A los efectos lesivos directos de estas sustancias, habitualmente se asocian otros factores como la falta de los cuidados mínimos bucodentales, la posible coexistencia de enfermedades inmunodepresoras o la toma de medicación [1]. Es además frecuente la utilización de más de una sustancias, además del consumo de alcohol y tabaco [2].

Las drogas de abuso más consumidas son, en orden decreciente, el cannabis, las anfetaminas, los opiáceos y la cocaína, empleándose diferentes vías para su administración, excepto en el caso del cannabis [3].

El **cannabis**, extraído de la planta *Cannabis sativa*, se ha relacionado, entre otros, con xerostomía (sequedad de boca), caries, pulpitis, candidiasis, leucoplasia y cáncer oral [2,3]. La saliva y sus componentes juegan un importante papel en la salud bucodental, de forma que una disminución en la salivación implica un grave riesgo de desarrollar caries [4].

La **cocaína**, alcaloide derivado de las hojas del *Erythroxylon coca*, tiene una gran capacidad para desarrollar lesiones cariosas. En su forma pura tiene un pH de 4,5 altamente agresivo para el esmalte y la dentina [5]. Lo que se potencia por el hecho de que para su consumo, y en ocasiones sólo para comprobar su pureza, se puede situar o frotar la sustancia directamente sobre la mucosa gingival [2,5].

Se asocia asimismo a lesiones gingivales, alteraciones témporomandibulares como el bruxismo y enfermedad periodontal [6].

El consumo crónico de **heroína y metadona** conducen al desarrollo de caries muy agresivas, a través de xerostomía y disminución del pH salivar. Asimismo es habitual en los adictos a

1. Médico forense. Jefe de la Sección de Antropología y Odontología Forense. Instituto de Medicina Legal de Madrid.
2. Médico forense. Odontólogo. Instituto de Medicina Legal de Madrid.
3. Médico forense. Sección de Antropología y Odontología Forense. Instituto de Medicina Legal de Madrid.
4. Médico forense. Instituto de Medicina Legal de Madrid.

esta sustancia el elevado consumo de alimentos y bebidas azucarados junto a una deficiente higiene bucodental [4]. Esta última puede estar favorecida al sufrir alteraciones en la percepción del dolor o la inflamación [5]. Las caries que provocan se describen principalmente en las superficies planas del diente, en su cara anterior y a nivel cervical [5].

Las anfetaminas tienen una elevada capacidad cariogénica, al punto de popularizarse el término “meth mouth” para referirse al característico cuadro bucodental que desarrollan [7]. En su génesis se conjugan la xerostomía, una insuficiente higiene oral, la deshidratación derivada de la hiperactividad que mantienen, el consumo de bebidas y productos ricos en azúcar y cafeína, el efecto corrosivo de su carácter ácido y el frecuente bruxismo [5,8]. Influyen asimismo la presencia de ácidos, como el fosfórico o el sulfúrico, empleados en su producción [9].

Las caries aparecen principalmente a nivel vestibular, cervical y proximal, tanto en el maxilar como en la mandíbula. Se afecta progresivamente la corona, pudiendo finalmente el diente reducirse a simple restos radiculares, por lo que, no es infrecuente la necesidad de prótesis dentales [3,9].

2. IMÁGENES.

Las fotos que se presentan corresponden al cuerpo de un varón, de 25 años de edad, hallado en avanzado estado de putrefacción, fallecido por causas accidentales. Las imágenes muestran el maxilar (Imágenes 1, 2) y la mandíbula (Imágenes 3 y 4), tras su esqueletización.



IMAGEN 1: Maxilar (norma anterior).

Lesiones cariosas. Un valor identificativo.
DORADO E., CAMPOS G., RUIZ-TAGLE E., LÓPEZ J.



IMAGEN 2: Maxilar (norma basal).



IMAGEN 3: Mandíbula (norma lateral).

Lesiones cariosas. Un valor identificativo.
DORADO E., CAMPOS G., RUIZ-TAGLE E., LÓPEZ J.



IMAGEN 4: Mandíbula (norma lateral).

En el estudio odontológico destacaba la presencia de numerosas y profundas caries dentales. En conjunto, podemos agrupar los hallazgos observados, siguiendo la nomenclatura dentaria FDI y la clasificación de las restauraciones de Black, en:

2.1. LESIONES CARIOSAS.

- 1.2 (incisivo lateral superior derecho): Caries de localización cervical, profunda y extensa con afectación de los dos tercios superiores de corona.
- 1.4 (primer premolar superior derecho): Caries profunda de localización ocluso-distal con destrucción de la mitad distal de la corona.
- 1.6, 1.7 y 1.8 (primeros molares superiores derechos): total destrucción coronaria por caries quedando expuestas las estructuras radiculares.
- 2.2, 2.3 y 2.4 (incisivo lateral, canino y primer premolar superior izquierdo): caries de localización cervical, profundas y extensas, afectando a tercios gingivales de corona y raíz.
- 3.3 y 3.4 (canino y primer premolar inferior izquierdo): ambas piezas afectas de caries de localización cervical, extensas y profundas que afectan al tercio gingival de corona y raíz.
- 3.7 (segundo molar inferior izquierdo): caries oclusal limitada al surco.
- 3.8 (tercer molar inferior izquierdo): importante destrucción coronal con exposición de la cavidad pulpar y pérdida de toda la cúspide disto vestibular y cavitación de surco vestibular, permaneciendo en boca solo la pared mesial y lingual, con desaparición del resto de la corona.
- 4.4 (primer premolar inferior derecho): caries cervical extensa que afecta a tercio gingival de raíz.

2.2. RESTAURACIONES ODONTOLÓGICAS.

- 2.6 (primer molar superior izquierdo): restauración con amalgama en cara oclusal (Clase 1 de Black).
- 3.6 (primer molar inferior izquierdo): presenta restauración con amalgama en cara oclusal (clase 1 de Black) y restauración con amalgama en cara vestibular (clase V de Black).
- 4.6 (primer molar inferior derecho): restauración con amalgama en cara oclusal (clase 1 de Black).
- 4.7 (segundo molar inferior derecho): restauración con resina compuesta en cara oclusal (clase 1 de Black).

2.3. DIENTESAUSENTES (postmortem).

- 1.3 (incisivo superior derecho)
- 2.1 (incisivo central superior izquierdo)
- 2.7 y 2.8 (segundo y tercer molar superior izquierdo)
- 4.1 (incisivo central inferior derecho)

2.4. OTROS HALLAZGOS.

Junto a los procesos patológicos y restauradores descritos, se objetiva la presencia de depósitos de sarro en área cervical en prácticamente todas las piezas dentarias lo que nos indica una deficiente higiene oral. Por otro lado y a pesar de la edad del individuo, el conjunto presenta una afectación periodontal moderada objetivada por la pérdida de hueso alveolar que es más acentuada en el grupo incisivo inferior.

En este caso, se tuvo conocimiento de su adicción a sustancias de abuso, principalmente cocaína, y el análisis toxicológico demostró la presencia de cocaetileno y benzodeacepinas.

Por lo que previsiblemente el consumo habitual de cocaína sea en este caso el responsable principal de las lesiones cariosas observadas.

3. BIBLIOGRAFÍA.

1. MATEOS-MORENO MV, DEL-RÍO-HIGHSMITH J, RIOBÓO-GARCÍA R, SOLÁ-RUIZ MF, CELEMÍN-VIÑUELA A. Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Jul 1;18(4):e671-9
2. BAGHAIE H, KISELY S, FORBES M, SAWYER E, SISKIND DJ. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Addiction*. 2017 May;112(5):765-779.
3. COSSA, F., PIASTRA, A., SARRION-PÉREZ, M. G., & BAGÁN, L. Oral manifestations in drug users: A review. *Journal of clinical and experimental dentistry* 2020, 12(2), e193–e200
4. PROTRKA N, KATUNARIĆ M, FILIPOVIĆ I, VERZAK Z. Caries prevalence in heroin addicts. *Acta Clin Croat*. 2013 Dec;52(4):436-43. PMID: 24696992.
5. TEOH L, MOSES G, MCCULLOUGH MJ. Oral manifestations of illicit drug use. *Australian Dental Journal*. 2019 Sep;64(3):213-222.
6. WILLIAM J. MALONEY, DDS. *Addiction and the Use of Illicit Drug Use-The Oral And Dental Effects* 2018. *Biomed J Sci &Tech Res* 5(1). BJSTR. MS.ID.001137.
7. DE-CAROLIS, C., BOYD, G. A., MANCINELLI, L., PAGANO, S., & ERAMO, S. Methamphetamine abuse and "meth mouth" in Europe. *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal* 2015, 20(2), e205–e210.
8. SHANER JW. Caries associated with methamphetamine abuse. *J Mich Dent Assoc*. 2002 Sep;84(9):42-7.
9. DONALDSON M, GOODCHILD JH. Oral health of the methamphetamine abuser. *Am J Health Syst Pharm*. 2006 Nov 1;63(21):2078-82.