

## Tratamiento Odontológico a Pacientes con Síndrome de Torch, Reporte de un Caso

SALGADO-VALDÉS, Alberto †\*, LUNA-HERNÁNDEZ, Floristela, PAVÓN-SILVA, Thelma Beatriz y BARRIOS-RODRÍGUEZ, Grisela

Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto Literario # 100. C.P. 50000 Col. Centro

Recibido Julio 13, 2017; Aceptado Septiembre 20, 2017

### Resumen

En el ramo de la odontología, el síndrome de TORCH –por sus siglas en inglés de toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus y herpes simple-, se caracteriza por presentar diversas alteraciones, destacando entre otras; dientes con un color blanquecino -relacionadas con alteraciones en la mineralización-, hipoplasia de la dentición primaria, aumento de las cavidades de la pulpa de los incisivos superiores, oclusión, surco lingual, mucosa, lengua y labios cianóticos y en la estética de los pacientes. El desconocimiento de las afecciones a futuro y/o no tratarse oportunamente, pueden provocar cambios significativos en los pacientes, como alteraciones hematológicas como trombocitopenia, agenesia de piezas dentarias, amelogenénesis, e incluso a ser un problema agudo que puede distorsionar la base ósea ancha de maxilares y asimetría facial de quien lo padece. Este trabajo muestra paso a paso una alternativa de rehabilitación odontológica realizada a un paciente diagnosticado con este síndrome y que consistió en extracción de restos radiculares, revisión posextracción y la elaboración de placas totales. Se presenta este caso con fines pedagógicos y así contribuir a aumentar el conocimiento general en estudiantes de odontología.

**Síndrome de TORCH, Odontología, edentulismo, hipoplasia, prognatismo mandibular**

### Abstract

In the field of dentistry, the TORCH syndrome (toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus and herpes simplex) is characterized by several alterations, including: Teeth with a whitish color -related with alterations in mineralization-, hypoplasia of the primary dentition, increase of the pulp cavities of the upper incisors, occlusion, lingual groove, mucosa, cyanotic tongue and lips and in the aesthetics of patients. Failure to recognize future conditions and / or not be treated in a timely manner can lead to significant changes in patients, such as hematological alterations such as thrombocytopenia, agenesis of teeth, amelogenesis, and even an acute problem that can distort the broad bone base of Jaws and facial asymmetry of whoever suffers it. This work shows step by step an alternative dental rehabilitation performed to a patient diagnosed with this syndrome and that consisted of extraction of root remains, post-extraction review and the development of total plaques. This case is presented for pedagogical purposes and thus contribute to increase the general knowledge in dentistry students.

**TORCH Syndrome, Dentistry, edentulism, hypoplasia, mandibular prognathism**

**Citación:** SALGADO-VALDÉS, Alberto, LUNA-HERNÁNDEZ, Floristela, PAVÓN-SILVA, Thelma Beatriz y BARRIOS-RODRÍGUEZ, Grisela. Tratamiento Odontológico a Pacientes con Síndrome de Torch, Reporte de un Caso. Revista de Ciencias de la Salud. 2017. 4-12: 42-52.

\*Correspondencia al Autor (Correo Electrónico: [Asalgadov2014@outlook.com](mailto:Asalgadov2014@outlook.com))

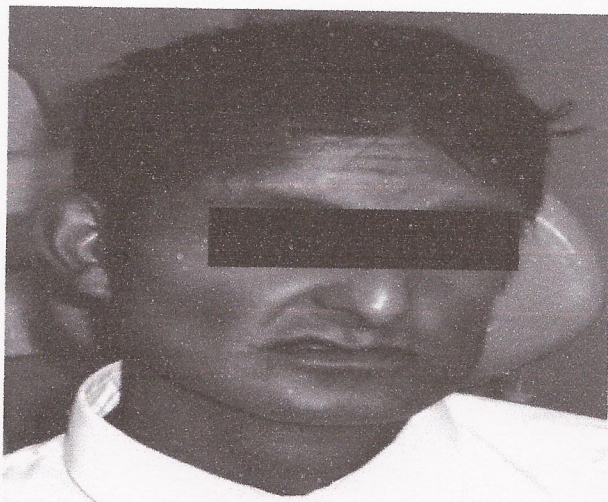
† Investigador contribuyendo como primer autor.



## Introducción

El Síndrome de TORCH por sus siglas en inglés de -toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus y herpes simple-, estas siglas fueron establecidas por Nehmias en 1971 para designar a este grupo de agentes como causales de afección perinatal, debido a eventos patológicos que afectan a las gestantes, o bien, al momento de la expulsión; estos pueden ser infecciones de diversa índole: agentes virales, parásitos y micóticos.

Los pacientes con este síndrome presentan signos que afectan la estructura craneal y bucal, ya sea en el desarrollo o crecimiento como microcefalia, base ósea ancha en maxilares, asimetría facial, problemas de articulación temporomandibular, retardo del desarrollo psicomotor que afecta la coordinación motriz, lo cual no permite que el paciente tenga una buena higiene bucal, entre otros. Debido a la baja incidencia de presentación en odontología de pacientes con este síndrome, se presenta este caso para contribuir a aumentar el conocimiento general en estudiantes de odontología. La autorización para la publicación del caso fue dada por los padres del joven por medio de un consentimiento y asentimiento informado.



**Figura 1** Foto frontal  
Fuente directa

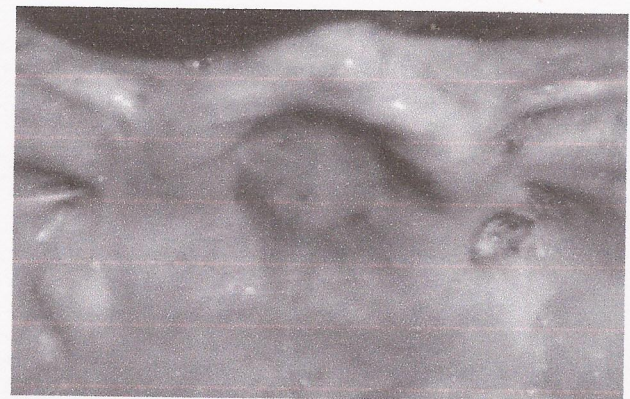
## Reporte de caso clínico

Un joven de 19 años de edad que enfrenta barreras para el aprendizaje, discapacidad visual y problemas gastrointestinales, fue remitido en primer instancia a la clínica uno de la Facultad de Odontología de la UAEMex, el tratamiento posterior se llevó a cabo en un consultorio particular de uno de los profesores de dicha Institución. El paciente había sido diagnosticado en el año de 1996 por el Hospital Infantil de México, con el síndrome de TORCH, principalmente por herpes tipo II, con desnutrición de 2º. Grado; soplo fijo con desdoblamiento del 2º ruido, pulso periféricos disminuidos, microftalmía, nariz pequeña y respingada, frente prominente y dolicocefalo. El historial dental, extracción dental por caries aproximadamente a los 7 años de edad.

### Examen físico

Reveló, edentulismo, ausencia de dimensión vertical, reabsorción residual de la cresta alveolar muy pronunciada en ambos maxilares, hipoplasia de maxilares, prognatismo mandibular, calcificaciones craneales simétricas, paciente con nistagmus, catarata congénita y queratocono, audiológicamente sano y aspecto de envejecimiento prematuro.

### Examen Intraoral

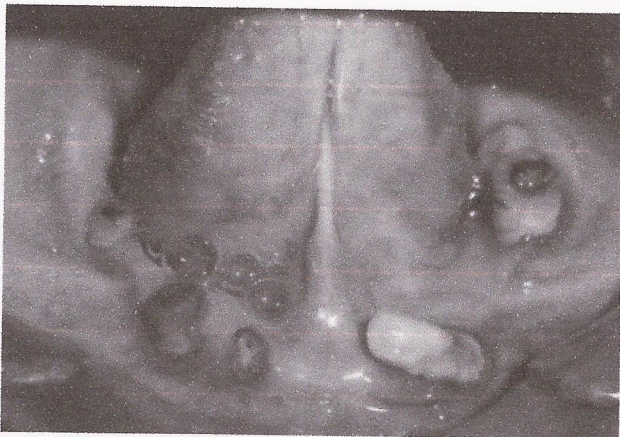


**Figura 2** Maxilar superior en el pretratamiento. Imagen oclusal. Fuente directa



En esta Figura podemos visualizar lo siguiente:

- Hipoplasia del maxilar.
- Presencia de dos restos radiculares superiores izquierdos, a nivel del segundo premolar y primer molar.
- No se aprecia las arrugas palatinas.
- Mucosa: normal sin alteraciones o masas anormales aparentemente que indiquen alguna patología del maxilar.
- Fondo de saco con poca profundidad, frenillos cortos.



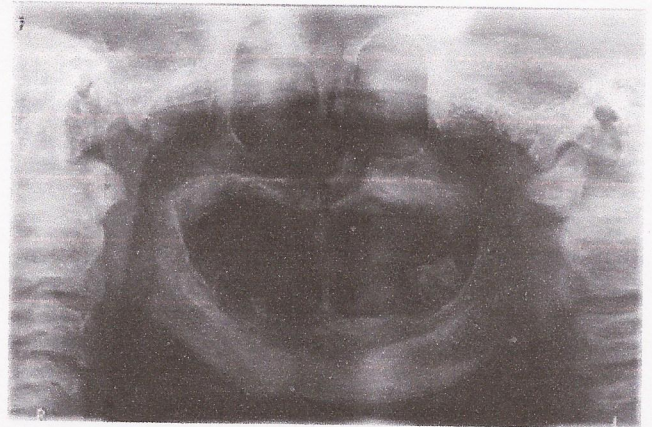
**Figura 3** Maxilar inferior en el pretratamiento, Figura oclusal  
*Fuente directa*

Se puede apreciar lo siguiente:

- Mucosa: inflamada en zonas localizadas de órganos dentarios y restos radiculares.
- No se observan lesiones o masas anormales en lengua y piso de boca.
- Saliva: luce de densidad y consistencia normales, fluida.
- Micrognatia.
- Órgano dentario 37 aparentemente sano; órgano 36 con caries en la cara oclusal; extrusión y mesialización del 33; restos radiculares de los 42, 43 y 46.
- Presencia de sarro y placa dentobacteriana, notable en el canino número 33.

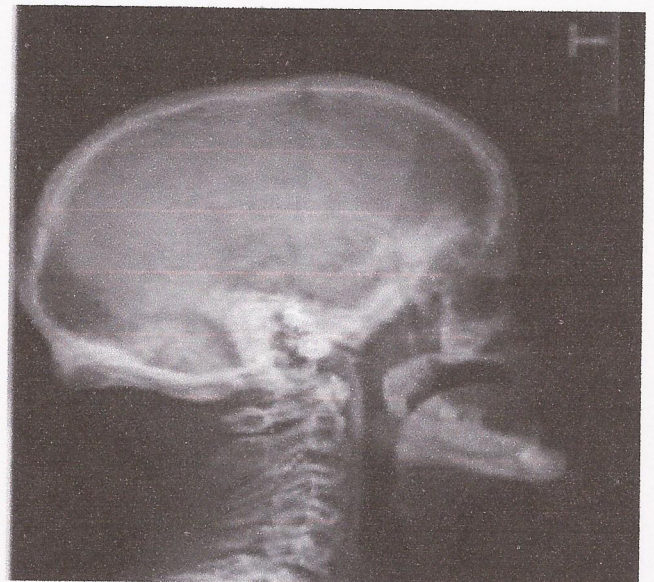
- Según la situación previa, se clasifica como paciente edéntulo que nunca ha llevado prótesis, ya que los órganos dentarios que conserva no le son funcionales (Imágenes 2 y 3)

### Examen radiográfico inicial



**Figura 4** Radiografía panorámica.  
*Fuente directa*

Reborde alveolar superior e inferior exhibe una reabsorción severa.

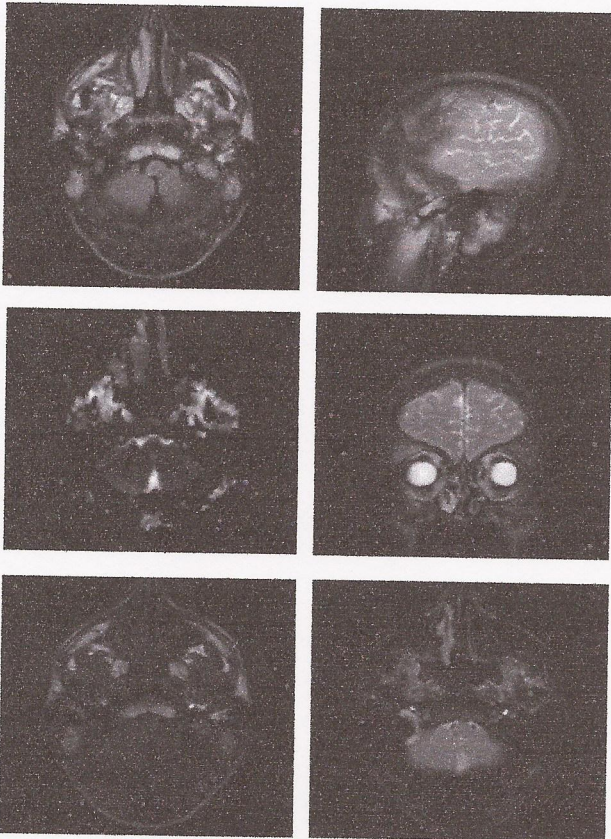


**Figura 5** Lateral de cráneo  
*Fuente directa*



Nótese el marcado prognatismo mandibular, indicando una relación esquelética clase III.

### Estudio resonancia magnética



**Figura 6** Estudio de resonancia magnética de encéfalo en planos sagital, axial y coronal

*Fuente: Estudio del paciente. Laboratorio Magno*

- Presencia marcada hiperintensidad simétrica de ambos globos pálidos con extensión hacia el cuerpo de ambos núcleos caudados y coronas radiadas.
- Se aprecian calcificaciones simétricas.

Dada las condiciones del paciente, se determinó darle una cuidadosa planificación del tratamiento, ya que la altura ósea no permite una succión adecuada de las placas total como en los pacientes sanos.

### Plan de tratamiento

- Atención preventiva
- Extracción de restos radiculares
- Revisión posextracción
- Elaboración de Placas totales

### Materiales y Métodos

- Cámara fotográfica
- Expediente clínico del paciente
- Computadora
- Material para las extracciones (instrumental, anestesia, solución fisiológica, gases, etc.)
- Alginato para toma de impresiones
- Yeso velmix y yeso piedra
- Material para elaboración de cuchillas de acrílico
- Modelina
- Encendedor, mechero, alcohol, cera
- Vibrador
- Silicona pesada y ligera para las bases y rodillos
- Platina de Fox
- Dientes Vipi Dent (color 66, 1x28; smoll (s) en molares)
- Articulador
- Placas totales terminadas.

### Tratamiento

(se dará de acuerdo a cada caso)

1. Se induce al paciente a la prevención de la salud bucal, indicándole que limpie con una gasa húmeda la encía, parte interna de labios, carillos y paladar, después de cada alimento y antes de cualquier procedimiento dental.
2. Extracción de restos radiculares  
Se anestesia con lidocaína al 2%, Epinefrina 1:100,000, interligamental en los órganos dentarios no. 36 y 33. Se valora la cicatrización de encía.



3. Revisión posextracción: A la exploración bucal se observa cicatrización normal de encía, ausencia de exudado o líquido purulento y mal olor.

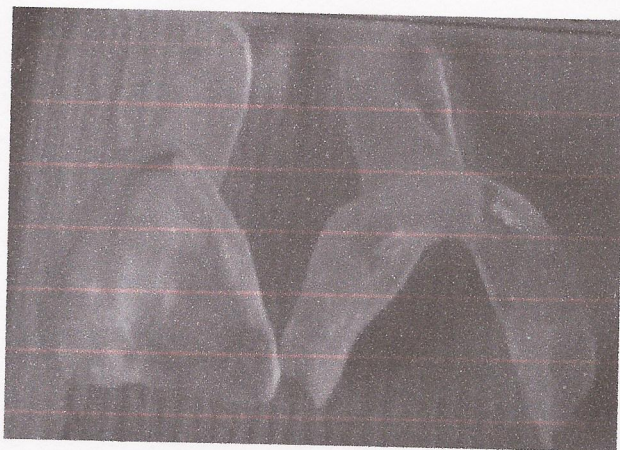


**Figura 7** Presentación posextracción maxilar superior  
*Fuente directa*

Se tomo la decisión de dejar el molar inferior izquierdo con fines de evitar mayor resorción ósea.

### Elaboración de Placas Totales

Toma de impresiones para lograr la retención, estabilidad y soporte para la dentadura y los tejidos blandos.



**Figura 8** Cubetas individuales rígidas de acrílico, dimensionalmente estables y de bordes modelados  
*Fuente directa*

El lecho de prótesis completo y los márgenes de la impresión deberán verse sobre un material de espesor uniforme y sin burbujas. Los frenillos de los lados y carrillos deben distinguirse bien, así como los trígonos retromolares, el espacio sublingual, el paladar duro y la primera parte del paladar blando debe representarse en el molde. Las tuberosidades maxilares deben ser reconocibles.



**Figura 9** Adaptación de cubetas individuales, debe tener una extensión adecuada, libre movimiento de frenillos y no interferir con inserciones musculares  
*Fuente directa*



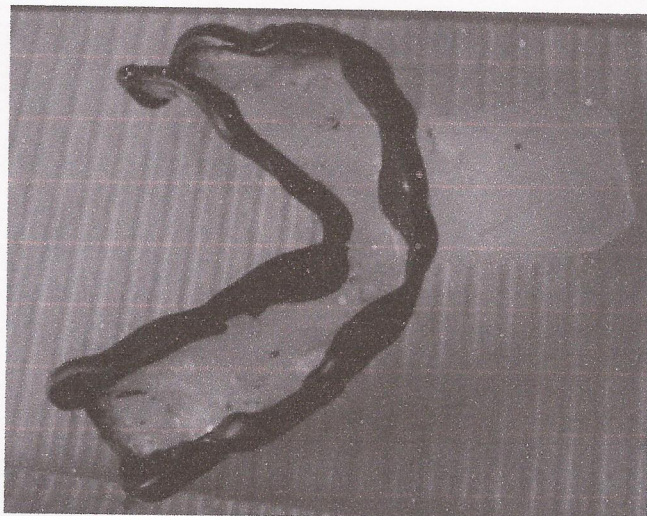
**Figura 10** Manipulación de la modelina, colocándola en la cuchilla individual para obtener sellado periférico y reproducción de pequeñas áreas anatómicas  
*Fuente directa*



Posteriormente se hace el sellado periférico, en los maxilares, se forman agujeros en la cubeta para permitir el adecuado asentamiento de esta, aliviar la presión sobre la papila incisiva y las rugas y previene el atrapamiento de burbujas de aire en la impresión. (Véase imágenes 11 y 12).

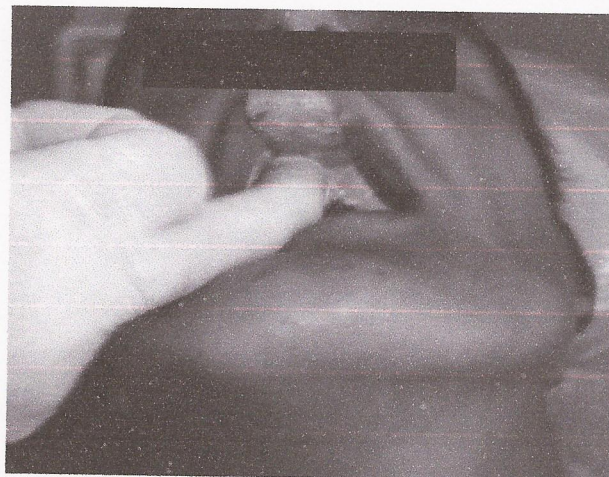


**Figura 11** Sellado periférico, maxilar superior  
*Fuente directa*



**Figura 12** Sellado periférico, maxilar inferior  
*Fuente directa*

En su elaboración se utilizó alginato por su propiedad de fluidez y comodidad para el paciente por el tiempo de trabajo más corto.



**Figura 13** Toma de impresión. Se mantiene la cubeta en posición hasta que el material de impresión gelifique  
*Fuente directa*

En las siguientes imágenes 14 y 15, se observan, la impresión superior completa y la irregularidad de la impresión debido al proceso óseo de los maxilares que son irregulares.



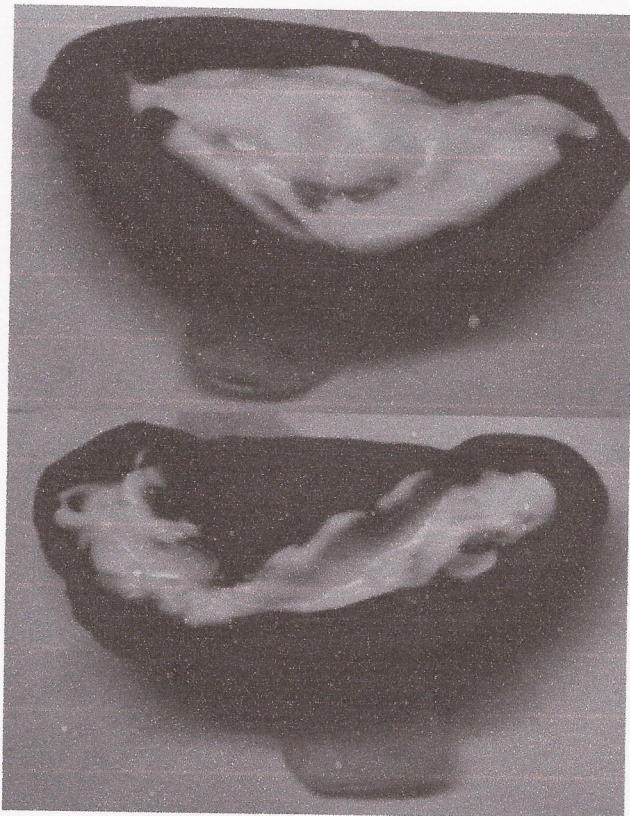
**Figura 14** Impresión superior  
*Fuente directa*





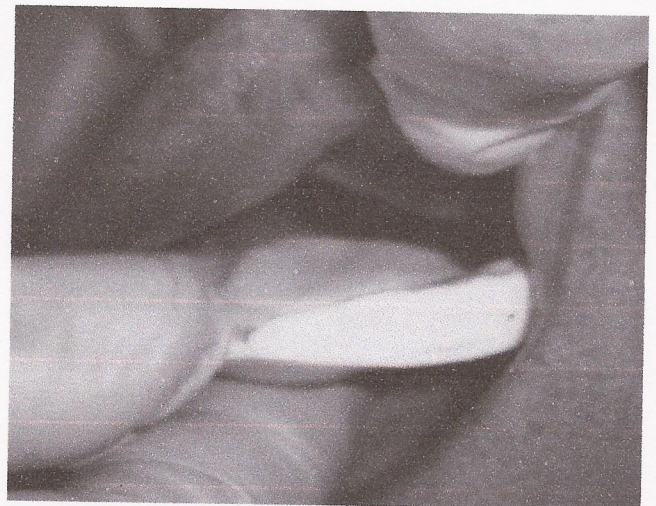
**Figura 15** Impresión irregular  
*Fuente directa*

En las siguientes imágenes 16 y 17, se presenta el encajonamiento de las impresiones, la cual debe ser vaciada lo más pronto posible para evitar distorsiones.

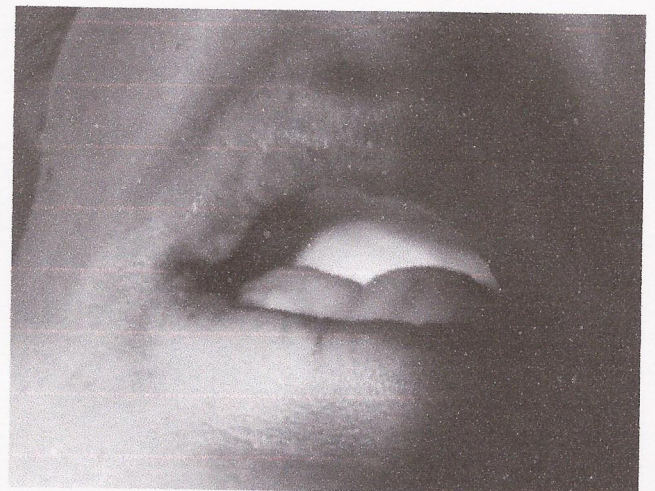


**Figuras 16 y 17** Encajonamiento de impresiones  
*Fuente directa*

Se realizan las bases con silicona pesada sobre los modelos de trabajo y se retiran excedentes, se toma en cuenta el equilibrio muscular entre la musculatura de los carrillos y de la lengua para que los dientes puedan colocarse en la zona neutral y garantice la adherencia superficial de los moldes con el carrillo y que la lengua tenga espacio suficiente en la zona lingual.



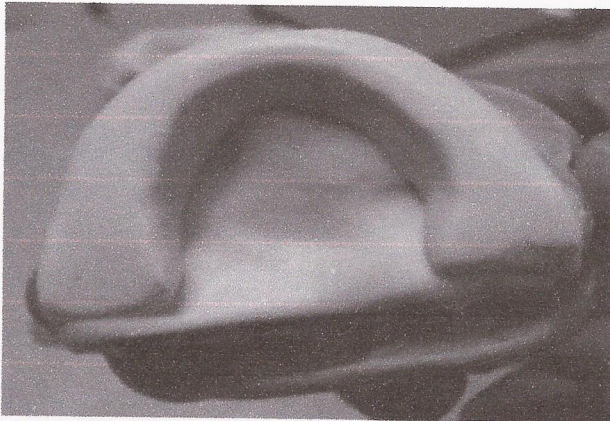
**Figura 18** Base de silicona superior. Se prueba en boca la base de silicona para adaptarlo y liberar frenillos  
*Fuente directa*



**Figura 19** Verificación que haya succión y retención de la base de silicona antes de proceder a colocar los rodillos.  
*Fuente directa.*

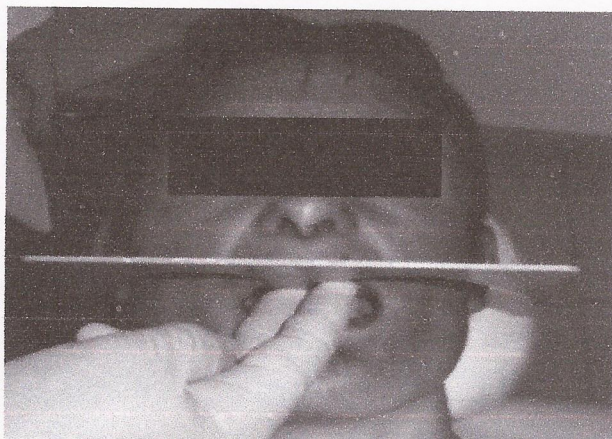


Posteriormente se delimita el sellado y recorte de excedentes de la base mandibular, y se procede a la prueba de la base de silicona. Los rodets deben simular el proceso alveolodentarios que se han perdido y constituir dos perfiles que predeterminan las futuras arcadas dentarias. (Véase la siguiente Figura20)



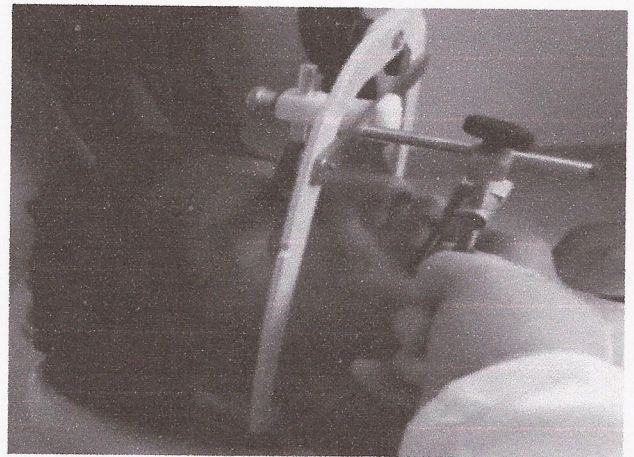
**Figura 20** Rodetes  
*Fuente directa*

La visibilidad del rodillo depende de la edad y el sexo, disminuyendo con la edad. En la siguiente imagen, se observa cómo se ajusta, de tal manera que resulta aproximadamente 1 mm más largo que el labio superior relajado.

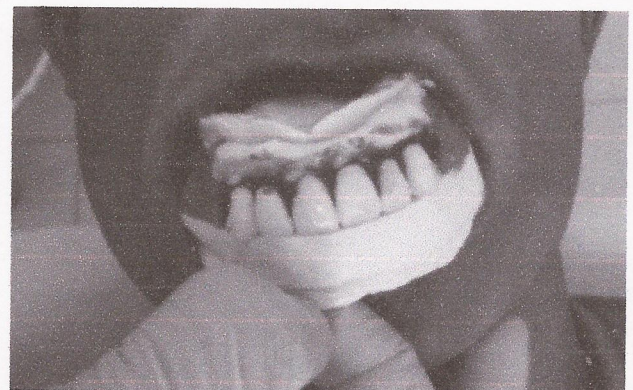


**Figura 21** Plano de Fox, colocado paralelo a plano de Camper y línea bipupilar  
*Fuente directa*

Se recomienda ajustar perfectamente el rodillo inferior en relación al rodillo superior, poniendo en paralelo los rodillos. De tal forma que el rodillo se adapte a la anchura dental y al equilibrio muscular, considerando la zona estable a la masticación. Se debe tener en cuenta el equilibrio muscular entre la musculatura de los carrillos y la lengua para que los dientes puedan colocarse en la zona neutral y garantice la adherencia superficial de los moldes con el carrillo y que la lengua tenga espacio suficiente en la zona lingual. Posteriormente se hacen los ajustes provisionales del rodillo de los dientes frontales adecuado a la longitud del labio superior.



**Figura 22** Toma del arco facial para el montaje de los rodillos en un articulador  
*Fuente directa*



**Figura 23** La posición de los dientes artificiales  
*Fuente directa*

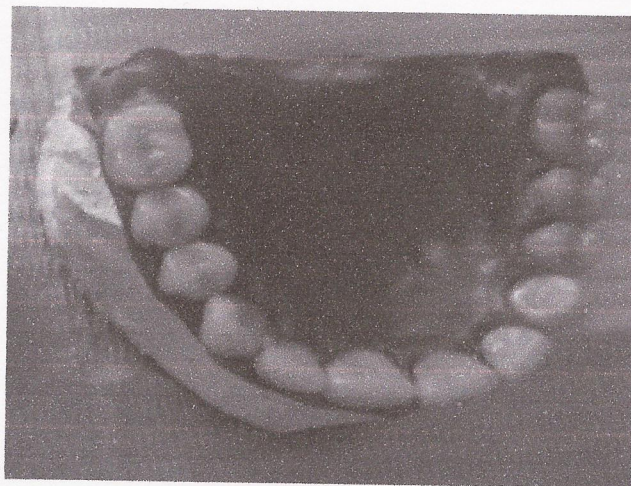


Dicha posición de los dientes artificiales anterosuperiores se basa en la estética y la fonética. Estos parámetros fonéticos incluyen soporte labial, cantidad exposición incisal, inclinación axial, plano anterior de oclusión y simetría.

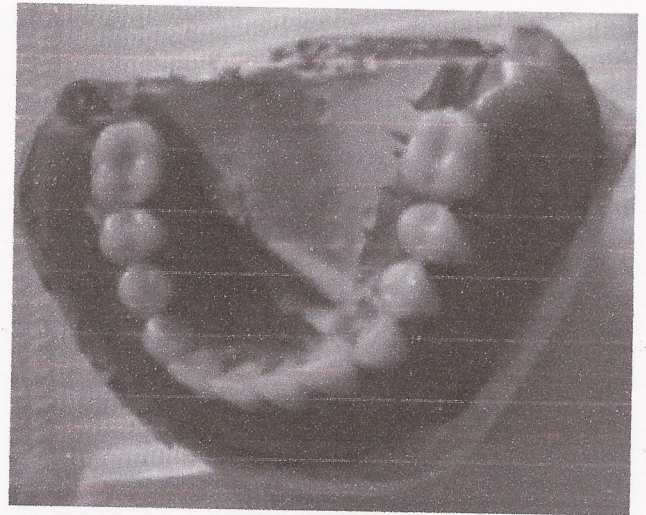


**Figura 24** Candados con silicona ligera  
 Fuente directa

**Prueba y colocación de placas totalmente terminadas**



**Figura 25** Prueba de dientes, arcada superior. Sustitución de material silicona por cera  
 Fuente directa



**Figura 26** Prueba de dientes, arcada inferior  
 Fuente directa

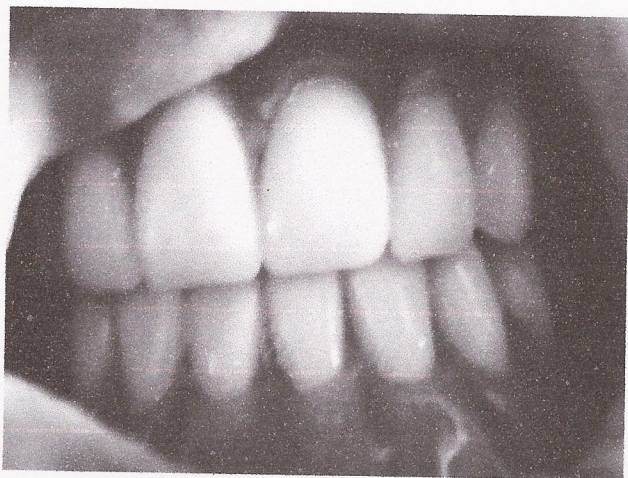
En las siguientes imágenes veremos la prueba de dientes realizada al paciente.



**Figura 27** Prueba de dientes, aun con los movimientos indicados al paciente, se observa mordida cruzada.

Por tal motivo, se hace el registro de mordida con silicona pesada para volver a articular los modelos y mejorar la mordida. Se realizara la segunda prueba, hasta quedar completamente aceptada, tanto en la forma como el color de los dientes, así como la estética, fonética y sostén de los tejidos blandos.



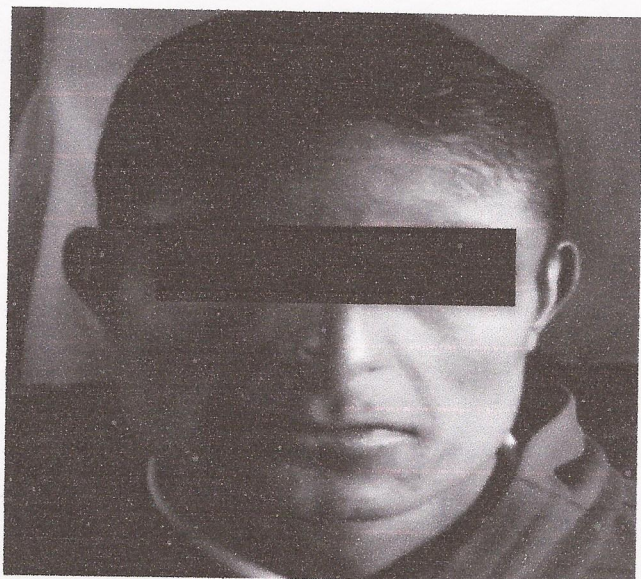


**Figura 28** Dentaduras totales al momento de remisión o alta del paciente

*Fuente directa*

### Seguimiento clínico

La colocación de placas total logra la restauración de la dimensión vertical de oclusión que permite la producción de una relación incisal más aceptable, disminuyendo el perfil prognático.



**Figura 29** Foto frontal del paciente portando sus nuevas prótesis

*Fuente directa*

Se le pide al paciente que en todo momento use las placas para que su adaptación hacia éstas sea más rápido.

### Conclusiones

Por último, el pronóstico para este paciente es favorable, por ser joven su capacidad de adaptación es buena ante las placas totales, el hábito que haga de higiene bucal influirá en gran medida a una mejor salud. Las Instituciones de Educación Superior cada día se preocupan en formar estudiantes mejor preparados para el ámbito profesional, incorporando casos prácticos en sus aulas. La calidad educativa impone retos a la estructura universitaria respecto a sus problemáticas, entre otras, en torno a la investigación, docencia y al servicio a la comunidad. Al considerar tales desafíos, deberá basarse en el desarrollo humano, la solidaridad y una educación permanente.

El caso de estudio presentado en este artículo, se espera sea de ayuda para estudiantes en odontología, como guía en caso de tener pacientes con el síndrome de TORCH o similares, desde luego, a medida que avance la ciencia en medicina, se tendrá que ir actualizando en ella.

En cuanto a la bibliografía consultada, pocos trabajos de tesis y artículos enfocan las alteraciones bucales causadas por las infecciones perinatales. Alcántara AKE, (2011), sugiere que la infección gingival con determinados virus del herpes disminuye la resistencia de los tejidos periodontales, permitiendo así el crecimiento excesivo subgingival de bacterias patógenas, siendo el resultado de algunos tipos de enfermedades periodontal destructiva.



**Referencias**

- Alcántara, AKE. (2011) *Virus del Herpes en la enfermedad periodontal* [tesina de licenciatura]. México D.F., Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México UNAM.
- Campos, D.A. (2014). *Necesidades para la atención a personas discapacitadas en la Facultad de Odontología de la UAEM* [tesis de licenciatura]. Toluca, México, Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México UAEMex.
- Cofré, F., Et. al. (2016). *Síndrome de TORCH: enfoque racional del diagnóstico y tratamiento pre y post natal. Recomendaciones del Comité Consultivo de Infecciones neonatales Sociedad Chilena de Infectología*. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v33n2/art10.pdf>
- Gates, R.H. (1998). *Secretos de la Infectología*. Philadelphia, Pennsylvania U.S.A.: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.
- Hernández, V.M.E. (2008). *Diagnóstico y manifestaciones clínicas de la enfermedad de Chagas* [tesina de licenciatura]. México D.F., Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México UNAM.
- Gutierrez, K. (2013). *Infectología Clínica*. México: Méndez editores.
- Segundo, A. (2015). *Atención Odontológica a pacientes con síndrome de TORCH* [tesis de licenciatura]. Toluca, Méx. Facultad de Odontología, Universidad Autónoma del Estado de México UAEMex.
- Segura, Enrique. (2013). *Síndrome de TORCH*. En: XXI Congreso Regional Femecog Región VII "La verde antequeria". SEDE: Hotel Misión de los Ángeles Oaxaca, Oax. Disponible en: <http://www.zeniting.com/player.php?id=1380&app=12&lang=Esp>
- Salazar Suquilanda, C. M. (2016). *Prevalencia de caninos superiores retenidos en pacientes mayores de 14 años atendidos en el Club de Leones Quito Central en el periodo enero-diciembre 2015* (Bachelor's thesis, Quito: Universidad de las Américas, 2016.).
- Stephen, C.B. (2012). *Guía médica para la consulta dental*. Venezuela: Amolca