

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

**“HALLAZGOS CLÍNICOS INTRAORALES EN PACIENTES DROGO-
DEPENDIENTES INTERNOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN
CASA HOGAR AMOR Y FE, AREQUIPA-2016”**

Tesis presentada por Bachiller
MERIAN BULNES LOAIZA
para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

Arequipa-Perú
2016

Dedicatoria

A Dios, por acompañarme y protegerme
En cada uno de mis pasos

A mis padres, los más importantes que tengo en mi vida, por
Brindarme su amor, su apoyo y su paciencia
Y los más importantes por permitirme con mucho sacrificio lograr
Una de mis principales metas

A mi hermano, por ser un buen ejemplo para mí y guiarme en muchas de
mis decisiones

Agradecimientos

A mis asesores, por ser un ejemplo y encaminarme en esta meta, agradecerles por su tiempo, paciencia y apoyo en el desarrollo de este trabajo

A la escuela Profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa por brindarme todo el conocimiento necesario para lograr una de mis metas

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	3
1. Título:.....	4
2. Justificación e importancia:.....	4
3. Problema de Investigación:	5
4. Área del conocimiento:.....	5
5. Objetivos:.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO.....	6
1. Marco teórico:.....	7
1. Cavidad Bucal.....	7
2. Lesiones de la Mucosa Bucal.....	10
2.1. Pigmentaciones.....	10
2.1.1. Concepto.....	10
2.1.2. Fisiopatología.....	10
2.1.3. Melanosis del fumador.....	10
2.1.4. Mancha melánica.....	11
2.1.5. Melanoma oral.....	12
2.1.6. Nevo.....	13
2.2. Lesiones blancas.....	13
2.2.1. Nevo esponjoso blanco.....	13
2.2.2. Hiperqueratosis.....	14
2.2.3. Queilitis angular.....	14
2.2.4. Leucoplasia idiopática.....	15
2.2.5. Liquen plano.....	16
2.3. Lesiones No patológicas de la lengua.....	17
2.3.1. Lengua geográfica.....	17
2.3.2. Lengua saburral.....	18

2.3.3. Lengua dentada.....	18
2.3.4. Lengua fisurada.....	19
2.4. Lesiones Rojo Azuladas.....	19
2.4.1. Glositis romboide mediana.....	19
2.4.2. Lengua depapilada.....	20
2.5. Lesiones Ulcerativa.....	20
2.5.1. Ulcera aftosa.....	20
2.5.2. Ulcera traumática.....	21
3. Enfermedades gingivales.....	21
4. Enfermedad periodontal.....	22
4.1. Concepto de Periodontitis.....	22
4.2. Periodontitis Crónica.....	23
4.3. Periodontitis agresiva.....	23
4.4. Enfermedades periodontales necrosantes.....	24
5. Lesiones de los Tejidos Dentarios Duros.....	26
5.1. Caries.....	26
5.2. Lesiones físicas.....	30
5.3. Lesiones cervicales.....	31
6. Drogodependencia.....	33
6.1. Definición.....	33
6.2. Drogas.....	33
-Drogas estimuladoras del SNC.....	34
a) Cocaína.....	34
b) Pasta Base de Cocaína (PBC).....	37
c) Tabaco.....	39
-Drogas depresoras del SNC.....	42
a) Alcohol.....	42
-Alucinógeno.....	43
a) Marihuana.....	43
2. Antecedentes Investigativos.....	45
2.1. Antecedentes Internacionales.....	45

2.2. Antecedentes Nacionales.....	46
2.3. Antecedentes Locales.....	47
3. Hipótesis.....	49
CAPÍTULO III: METODOLOGIA.....	50
1. Ámbito de estudio.....	51
2. Tipo y Diseño de Investigación.....	51
3. Unidades de estudio.....	52
4. Población y Muestra.....	52
4.1. Criterios de Inclusión.....	52
4.2. Criterios de Exclusión.....	52
5. Técnicas y Procedimientos.....	52
5.1. Definición Operacional de Variables.....	52
5.2. Técnicas e Instrumentos de Recolección.....	56
6. Producción y Registro de Datos.....	60
7. Técnica de Análisis Estadístico.....	60
8. Recursos.....	60
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	62
1. Presentación de Resultados y Discusión.....	63
2. Discusión.....	89
CONCLUSIONES.....	91
RECOMENDACIONES.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	93
ANEXO.....	98

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo establecer los hallazgos clínicos intraorales en pacientes drogodependientes. Para tal fin, se seleccionaron personas con problemas de consumo de drogas que acudieron a un centro de rehabilitación en la ciudad de Arequipa.

El tipo de estudio fue no experimental, con un diseño transversal, de campo, prospectivo y descriptivo. Para llevar a cabo la recolección de los datos, y por tanto la medición de las variables de interés, se utilizó la técnica de observación clínica y como instrumento se creó una ficha de observación clínica, la que contenía la información requerida. La población de estudio se constituyó con pacientes que viven en un centro de rehabilitación siendo 25 las unidades de estudio que reunieron los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

Los resultados indican que el índice de higiene oral, en la mayoría de los pacientes (76.0%), fue regular; respecto a los tejidos blandos, las pigmentaciones observadas correspondieron a melanosis del fumador (16.0%) y nevo (24.0%). En relación a las lesiones blancas, se observó nevo esponjoso blanco (4.0%), hiperqueratosis (20.0%), queilitis angular (72.0%), leucoplasia (8.0%) y liquen plano (4.0%). Las lesiones no patológicas de la lengua, fueron la fisurada (40.0%) la saburral (96.0%) y la dentada (28.0%). También se encontró glositis romboide media (4.0%) y úlceras traumáticas (28.0%). La periodontitis fue principalmente generalizada (88.0%) y moderada (48.0%).

Respecto a los tejidos duros, el índice de CPOD fue de 18, además el desgaste dentario se evidenció en abfracción (40.0%), atrición (48.0%) y la erosión (21.7%). Finalmente, la mayoría presentó movilidad dentaria (52.0%).

Palabras Clave:

Hallazgos clínicos. Tejidos Blandos. Tejidos Duros. Drogodependientes.

ABSTRACT

This research work was aimed to establish intraoral clinical findings in patients drug addicts. For this purpose, is selection people with problems of drug abuse which came to a rehabilitation centre in the city of Arequipa. El type of study was non-experimental, with a transverse field, prospective and descriptive design. To carry out the collection of the data, and therefore measurement of the variables of interest, we used the technique of clinical notes-ing and as an instrument created a tab of clinical observation, which contained the required information. The study population was made up of patients living in a rehabilitation centre being the United - 25 des of study that meet the proposed criteria of inclusion and exclusion. The results indicate that the oral hygiene index, in the majority of pa-guests (76.0%), it was regular; with respect to soft tissues, observed pigmentations corresponded to the smoker's melanosis (16.0%) and Nevus (24.0%). In relation to the injury white, is observed Nevus spongy white (4.0%), Hyperkeratosis (20.0%), Cheilitis angular (72.0%), Leukoplakia (8.0%) and lichen plane (4.0%). Non-pathological lesions of the tongue, were the cracked (40.0%) the saburral (96.0%) and the gear (28.0%). We also found average rhomboid Glossitis (4.0%) and traumatic ulcers (28.0%). The periodontitis was prin-rifl generalized (88.0%) and moderate (48.0%). With respect to hard tissues, DMFT index was 18, also tooth wear is evident in afraccion (40.0%), atriccion (48.0%) and erosion (21.7%). Finally, the majority presented mobility tooth (52.0%).

Key words: finds clinical. Woven soft. Hard tissues. Drug addicts.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1. TÍTULO

Hallazgos clínicos intraorales en pacientes drogodependientes internos en el Centro de Rehabilitación Casa Hogar Amor y Fe, Arequipa- 2016

2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

En la actualidad el acceso a las drogas es cada vez más fácil. El centro de Rehabilitación y Drogas (CEDRO) reporta el creciente número de personas que entran de manera experimental al consumo de drogas las cuales generan adicción. La drogadicción es una patología amplia que acarrea una serie de consecuencias que afectan el estado de salud oral de la persona.

La interacción del uso indebido de drogas junto con una dieta desbalanceada y atiborrada de hidratos de carbono; malos hábitos con deficiente o casi nula higiene oral, hacen de la boca el sitio ideal para una gran variedad de alteraciones, tanto cualitativa como cuantitativamente en el sistema odontoestomatológico. Tanto las drogas estimuladoras del SNC, las depresoras y los alucinógenos pueden inducir, a la presencia de lesiones en mucosa oral, pre malignas y malignas al igual que la presencia de caries y enfermedad periodontal.

La gran mayoría de estudios investigativos respecto a los efectos nocivos de estas sustancias han sido encaminados más a resolver problemas de tipo médico-psiquiátrico, dejando de lado las consecuencias en salud bucal que pueden generar.

El presente trabajo de investigación ampliara conocimientos sobre la identificación y descripción de lesiones tanto en mucosa oral como en tejidos duros, en pacientes que han sido consumidores de diferentes tipos de drogas, para así establecer un adecuado diagnóstico presuntivo y un satisfactorio tratamiento, para mejorar así la calidad de vida de dichos pacientes, asimismo el presente trabajo de investigación adquiere importancia al ser original ya que no se encuentra mucha información sobre el tema es nuestro medio.

Finalmente es factible realizar la investigación ya que se cuenta con los permisos necesarios para trabajar en la casa de rehabilitación y se dispone de todos los recursos necesarios para su realización.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los hallazgos clínicos intraorales en pacientes drogodependientes internos en el Centro de Rehabilitación Casa Hogar Amor y Fe, Arequipa 2016?

3. ÁREA DEL CONOCIMIENTO

A. Área: Ciencias de la Salud

B. Campo: Odontología

C. Especialidad: Periodoncia y Patología Estomatológica

D. Línea: Hallazgos clínicos intraorales

4. OBJETIVO(S) DE INVESTIGACIÓN:

- Determinar los hallazgos clínicos intraorales en mucosa oral de pacientes drogodependientes internos en el Centro de Rehabilitación Casa Hogar Amor y Fe.
- Determinar los hallazgos clínicos intraorales en tejidos duros de pacientes drogodependientes internos en el Centro de Rehabilitación Casa Hogar Amor y Fe.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. MARCO TEÓRICO

1. Cavity Bucal:

1.1 Generalidades (19)

La boca es una cavidad de tipo virtual ocupada casi en su totalidad por el órgano lingual en estado de reposo, limitada hacia delante por los labios, hacia atrás, por el istmo de las fauces; arriba, por la bóveda palatina; abajo, por la lengua y el piso de la boca; y a los lados, por los carrillos o mejillas que constituyen las paredes laterales. Si los maxilares están en oclusión, los arcos dentarios dividen la cavidad en dos partes: la que queda comprendida por dentro de los arcos dentarios es la boca propiamente dicha y la que esta fuera de estos es el vestíbulo bucal.

La cavidad bucal y el vestíbulo se comunican entre si a través de los espacios interdentarios y por el espacio retromolar (limitado por la cara distal de los últimos molares y la rama del maxilar inferior).

La cavidad bucal está constituida por un conjunto de órganos asociados que realizan múltiples funciones específicas tales como: masticación (trituration de alimentos), secreción de saliva, absorción, gustación, fonación y lenguaje articulado. Las estructuras que conforman la cavidad bucal, aunque estructuralmente independientes, con características propias y diferenciadas, son funcionalmente dependientes. Si a ello le sumamos que los diversos órganos tienen adaptaciones estructurales íntimamente relacionadas con su función específica, entendemos que actualmente la cavidad bucal se considera no como un simple conjunto de órganos, sino un verdadero sistema, denominado sistema bucal.

La cavidad bucal esta revestida por mucosa, que por delante se continua por la de los labios y por detrás con la de la faringe, en general es fina y movable, excepto a nivel de la bóveda palatina y encías, donde por su constitución fibrosa ofrece una consistencia y fijeza notables.

1.2 Componentes de la cavidad bucal (10, 12)

- Labios
- Mucosa intraoral
- Lengua
- Paladar duro y paladar blando
- Encías

➤ Labios

Los labios están constituidos por la piel de la superficie externa y la mucosa de la superficie interna que cubren fascículos de músculo estriado, sobre todo el músculo orbicular de los labios. El epitelio del bermellón del labio es característico, con un estrato lúcido prominente y un estrato corneo delgado; existen numerosas papilas dérmicas que da lugar al color rojizo-rosado de los labios, los labios son ligeramente nodulares a la palpación debido a las glándulas salivales menores que contienen. La mucosa labial normal tiene un aspecto húmedo, con una arcada vascular bastante prominente. Se pueden ver muchas glándulas salivales que a menudo segregan moco, sobre todo en labio inferior.

➤ Mucosa intraoral

La mucosa se divide en tipos: revestimiento, masticatoria y especializada

-La mucosa de revestimiento (yugal, labial y alveolar, del suelo de boca, de la superficie ventral de la lengua, del paladar blando y de los labios) es no queratinizada.

-La mucosa masticatoria (paladar duro, encías) es queratinizada.

-La mucosa especializada está presente en los botones gustativos, sobre todo en el dorso lingual.

➤ Lengua

La mucosa especializada del dorso de la lengua, que está adaptada al gusto y masticación, es de tipo queratinizada pero de color rosa, la lengua se puede sujetar para explorarla mejor con una gasa, la cara

posterior del suelo de boca es la más difícil de explorar bien y es una zona con más probabilidades de pasar por alto lesiones. Las anomalías de la movilidad lingual pueden ser evidentes por la presencia de movimientos involuntarios o por existencia de atrofia.

➤ Paladar duro y paladar blando

La mucosa del paladar duro está firmemente unido a su lecho, el paladar blando y el istmo pueden presentar una tenue vascular. En el paladar blando, justo por detrás de la unión con el paladar duro, existe un conglomerado de glándulas salivales, esta zona suele ser amarillenta debido a la presencia de grasa submucosa, o pigmentada debido a la pigmentación racial.

En paladar se deben explorar los movimientos mientras el paciente dice ``ahhh``. Una parálisis glossofaríngea puede provocar la desviación de la úvula al lado contralateral, también es aconsejable evaluar la vibración y movilidad del paladar blando para determinar si existe una hendidura palatina submucosa.

➤ Encías

Las encías sanas son firmes, tienen un color rosado pálido y en ocasiones presentan una pigmentación con melanina en función de la raza con una superficie punteada. Presentan unas papilas gingivales que ascienden entre los dientes adyacentes hasta el punto de contacto dentario.

La exploración debe ser especialmente atenta en busca de anomalías gingivales, como zonas eritematosas, tumefacción, ulceración o hemorragia al introducir con suavidad una sonda en el margen gingival. También hay que evaluar la profundidad de la bolsa gingival y la movilidad dental.

2. Lesiones de la Mucosa Bucal

2.1 Pigmentaciones

2.1.1 Concepto

Es una lesión elemental simple, todo cambio de coloración de la mucosa que no hace relieve si es considerada como lesión secundaria se denomina mácula (28).

2.1.2 Fisiopatología

Son lesiones muy frecuentes, constituidas generalmente por hipocromías o hiperchromías, es decir modificaciones del pigmento melánico, hemáticas o vasculares, siendo estas manchas producidas por alteración de los elementos que normalmente intervienen en la coloración de la mucosa y también por pigmentos endógenos o exógenos como la bilirrubina o los lipocromos, tatuajes de sales o minerales insolubles que se depositan sobre las mucosas (28).

2.1.3 Melanosis del Fumador (30)

- Características clínicas

Fumar cigarrillos y en pipa suele causar grados variables de pigmentación de la mucosa oral. El aumento de pigmentación suele estar relacionado con un componente del humo del tabaco que estimula el aumento de la producción de melanina, es frecuente un grado leve de melanosis en hombres y mujeres fumadoras, que puede ser difícil detectar clínicamente, en especial en personas que presentan una pigmentación fisiológica normal importante. En mujeres fumadoras que consumen anticonceptivos orales puede presentarse una pigmentación más intensa de la mucosa, suele ser más visible en la parte anterior de la encía labial, otras localizaciones afectadas son la mucosa del carrillo, suelo de boca y paladar blando.

- Etiología

La pigmentación melánica anormal de la mucosa se ha vinculado con el hábito de fumar cigarrillos. La patogenia tal vez se relaciona con algún componente del humo del tabaco que estimula los melanocitos. También se piensa que las hormonas sexuales femeninas pueden modificar este tipo de pigmentación, puesto que las mujeres son afectadas más a menudo que los hombres.

2.1.4 Mancha melánica

- Características clínicas

Muchas veces se presentan pequeñas máculas pigmentadas en los labios y en las mucosas orales. La lesión del labio se denomina mancha melánica labial y la lesión intraoral se denomina mancha melánica oral. Aunque muchas representan focos de pigmentación postinflamatoria, algunas pueden representar efélides verdaderas.

Es una pigmentación bucal lisa, menor de 1cm de diámetro, se puede presentar en labio inferior, gingiva, mucosa bucal y paladar habitualmente afectado.

La mancha melánica labial es una lesión asintomática, pequeña, plana de color marrón negruzco, que se encuentra principalmente sobre el borde del labio inferior, las lesiones pueden aparecer en pacientes de cualquier edad y suelen ser solitarias, pero a veces son múltiples, la mayoría de las máculas miden menos de 5 mm y tienden a presentarse cerca de la línea media del labio.

La mancha melánica oral coincide con la mancha melánica labial, la mayoría de las manchas melánicas orales son menores de 1cm de diámetro y se presentan sobre la encía, la mucosa del carrillo y el paladar blando (30).

-Etiología

Las lesiones pigmentadas benignas deben su pigmentación en gran parte, a la producción excesiva de melanina. La melanina se

produce en los melanocitos, una población especializada de células dendríticas que ocupa normalmente la región de células basales del epitelio plano en la piel y las mucosas, el aumento en el número de melanocitos o de la cantidad de melanina producida por esas células, suele conducir a un aumento clínicamente visible de la pigmentación (24).

2.1.5 Melanoma oral

-Características clínicas

El melanoma oral puede ser de color marrón oscuro, negro o azulado a- veces se encuentra un melanoma no pigmentario. La mayoría de las lesiones tienen inicialmente un patrón macular y se convierten en papulosas y/o nodulares en estadios tardíos, la mayoría de melanomas tienden a crecer en dos fases: una fase de crecimiento radial, seguido por una fase de crecimiento vertical. En la fase de crecimiento radial las células neoplásicas se extienden lateralmente en todas direcciones pero permanecen confinadas al epitelio superficial. La fase de crecimiento vertical empieza cuando las células neoplásicas invaden el tejido conjuntivo. Los melanomas bucales pueden aparecer primero como puntos insignificantes; en especial sobre el paladar y la gingiva; afecta a los adultos (30).

-Etiología

Desconocida, La luz ultravioleta puede ser carcinógena sobre la piel; Se piensa que el melanoma intrabucal se desarrolla sobre una melanosis preexistente desconocida para lesiones bucales. Sin embargo este defecto pigmentario es muy probablemente una fase de crecimiento temprano de estas anomalías (28).

2.1.6 Nevo (28)

-Características clínicas

La mayor parte de los nevos bucales se presentan como pápulas pequeñas (< 0.5cm), prominentes muchas veces sin pigmento (20%). El paladar es el sitio afectado con mayor frecuencia, sitios más raros son la mucosa bucal, mucosa labial, gingiva, borde alveolar y borde rojo labial.

La clasificación depende de la localización de las células nevosas, cuando las células están situadas en la unión de los tejidos epitelial y conectivo, se denominan nevos de unión; cuando se las detecta en el tejido conectivo reciben el nombre de nevo intradérmico o nevo intramucoso; por último si se encuentran en ambas zonas se denominan nevos compuestos. Un cuarto tipo de nevo, el de células fusiformes, se conoce como nevo azul. En la cavidad bucal, la variedad más común es el nevo intramucoso.

-Etiología

nevos, alude a lesiones pigmentadas compuestas de células nevosas. En ocasiones se denomina, de manera más específica, nevo nevocelular, melanocítico o pigmentado. Los nevos son agrupamientos de células nevosas redondas o poligonales que habitualmente se reconocen en un patrón similar a nidos. Se pueden encontrar en el epitelio, tejido conectivo de apoyo o en ambos. Se ha postulado que el origen de las células nevosas son células que emigran desde la cresta neural al epitelio y la dermis o procedentes de melanocitos residentes alterados.

2.2 Lesiones blancas

2.2.1 Nevo esponjoso blanco (28)

-Características clínicas

Es una lesión que se presenta asintomática, intensamente plegada de color blanco que puede afectar varios sitios de la mucosa.

Las lesiones son algo gruesas y mantienen una consistencia esponjosa, en boca se puede identificar como una lesión blanca esponjosa, bilateral y simétrica. Las manifestaciones clínicas de esta forma de queratosis se observan mucho mejor sobre la mucosa bucal, aunque otras áreas como la lengua a lo largo de sus bordes laterales y la mucosa vestibular también pueden verse afectadas.

-Etiología

Es un trastorno hereditario autosómico dominante relativamente raro que se manifiesta como una lesión blanca de la mucosa oral.

2.2.2 Hiperqueratosis (28)

-Características clínica

La hiperqueratosis por fricción se observa en áreas donde es común el traumatismo, como labios, bordes laterales de la lengua y mucosa bucal a lo largo de la línea de oclusión.

Esta lesión se caracteriza por presentar placas blancas que no desaparecen al frotarlas.

-Etiología

Irritación crónica.

2.2.3 Estomatitis angular (Queilitis angular)

-Características clínicas

Es una inflamación bilateral crónica de las comisuras de la boca, caracterizada por atrofia y fisuras lineales. Aunque las lesiones pueden presentarse aisladamente, a menudo están asociadas con lesiones intraorales pseudomenbranosas agudas o lesiones atróficas en otras partes de la boca. La queilitis angular es frecuente en pacientes con disminución de la dimensión vertical debido a pérdida de dientes, desgaste de dientes o uso muy prolongado de una misma prótesis dental. A veces se presentan infecciones bacterianas secundarias que complican el tratamiento. Esta lesión se

consideraba antiguamente como signo de deficiencia de vitamina B y con frecuencia los intentos de tratamiento se orientaron erróneamente hacia la corrección de dicho estado carencial. Aunque la sobreoclusión maxilomandibular puede intensificar mecánicamente la queilitis angular y proporcionar un entorno favorable para su desarrollo, no es su única causa (10).

-Etiología

Suele deberse a la infección por candida albicans, staphylococcus aureus y/o estreptococos, también pueden cultivarse a partir de las lesiones. Otras causas son la incompetencia labial sobre todo a aparatos ortodónticos, la deficiencia de hierro, hipovitaminosis (sobre todo B), estado de mala absorción, infecciones por VIH y otras inmunodeficiencias (28).

2.2.4 Leucoplasia idiopática (28)

-Características clínicas

Es un padecimiento que afecta poblaciones de edad media y avanzada; casi siempre se presenta después de los 40 años, los sitios donde predomina la lesión se han modificado a través de los años, la lengua fue en un tiempo el sitio más común de la leucoplasia, pero esta región ha cedido su lugar a las mucosas mandibular y bucal. El paladar, borde maxilar y labio inferior son atacados con menor frecuencia; el piso de boca y los puntos retromolares son los menos dañados, en términos comparativos. A simple vista, la leucoplasia puede variar desde un tejido poco notable, con ligero aspecto blanquecino sobre una base de apariencia normal sin inflamación, hasta una lesión de color blanco definido, gruesa, correosa, fisurada o verrucosa. En algunas leucoplasias también se pueden identificar zonas rojas, lo que da lugar al término leucoplasia moteada. A la palpación, algunas malformaciones pueden ser blandas, homogéneas o de textura finamente granular. Otras pueden ser rugosas, nodulares o induradas.

-Etiología

Muchos casos de leucoplasia guardan relación etiológica con el consumo de tabaco, fumado o utilizado de otra manera y pueden involucionar cuando se interrumpe dicho consumo, otros factores como el abuso de alcohol, traumatismo e infección por candida albicans pueden desempeñar un papel importante en la aparición de la leucoplasia, también se atribuye importancia a factores nutricionales, en especial los relacionados con anemia por deficiencia de hierro.

2.2.5 Liquen plano

-Características clínicas

Es una enfermedad de la edad mediana que afecta a hombres y a mujeres en proporción casi igual, los niños raras veces son afectados. La gravedad de la afección suele ser paralela al grado de estrés del individuo, se han descrito varios tipos de liquen plano en la cavidad bucal, el tipo más habitual es el reticular, caracterizada por abundantes líneas o estrías queratósicas blancas y entrelazadas (denominadas estrías de Wickham) que crean un patrón anular o en forma de encaje. La mucosa bucal es el sitio afectado con mayor frecuencia, aunque las estrías adoptan un patrón simétrico típico en la mucosa bucal, también se puede observar sobre la lengua, y con menos frecuencia, sobre encías y labios.

El aspecto clínico del liquen plano en placa se asemeja a la leucoplasia, pero evidencia una distribución multifocal. Estas placas varían desde algo elevadas hasta planas y lisas. Los sitios primarios de este variante son el dorso de la lengua y la mucosa bucal. En ocasiones los pacientes se quejan de ardor hiperestesia y malestar generalizado (28).

-Etiología

Se desconoce el factor etiológico del liquen plano, a pesar de ello, se le considera un proceso mediado por vida inmunológica que en el examen microscópico hace pensar en una reacción de hipersensibilidad. Se ignora cuál es el factor iniciador de liquen plano, Sin embargo, es evidente que un requisito para el proceso es el agrupamiento y retención de linfocitos (28, 30).

2.3 Lesiones No patológicas de la lengua

2.3.1 Lengua geográfica (28)

-Características clínicas

Esta lesión se caracteriza al principio por la presencia de áreas pequeñas, circulares o irregulares de desqueratinización y la descamación de papilas filiformes, las áreas descamadas aparecen rojas y algo dolorosas. Los márgenes prominentes que rodean las zonas rojas son de color blanco amarillento y a menudo poseen un patrón circinado, cuando se observan durante un día o semanas, se advierten cambios característicos del patrón de distribución y al parecer se desplaza hacia el dorso de la lengua. Existe correlación clínica positiva entre lengua geográfica y lengua fisurada.

-Etiología

La etiología de la Lengua geográfica es desconocida. Sin embargo, han sido propuestos factores etiológicos que pueden estar relacionados con esta lesión, sin embargo, ninguna de las causas preveen una evidencia clara de una relación casual.

Lo han asociado al estrés emocional, infecciones por hongos o bacterias, uso de fármacos, trauma crónico, deficiencia de vitaminas y Zinc, historia familiar, psoriasis, atopía, Síndrome de Reiter, diabetes Mellitus, dermatitis seborreica, Síndrome de Boca Urente entre otros; pero ninguno de ellos ha logrado comprobar su hipó-

tesis y en consecuencia, la etiología continúa siendo controvertida.

2.3.2 Lengua saburral

-Características clínicas

La lengua saburral tiene una capa blanquecina o amarillenta que puede presentar más alteraciones de la coloración con enfermedades febriles, la hiposalivación o alimentos, fármacos o hábitos de estilo de vida, puede llegar a adquirir una coloración parduzca o negruzca (4).

-Etiología

Existen múltiples causas, frecuentemente puede deberse en algunos casos a una mala higiene oral, también a trastornos como la falta de sueño, excesivo consumo de café, tabaco y alcohol y la misma sequedad bucal (10).

Por otra parte, encontramos esta alteración en las personas con gastritis crónica, con úlcera gástrica duodenal, con déficit de ácido clorhídrico en el jugo gástrico, así como enfermedades intestinales o estreñimiento (7).

Finalmente, la lengua saburral aparece también en todos los enfermos graves y en las personas debilitadas. Generalmente, estas personas ingieren pocos alimentos y con frecuencia estos son solo líquidos o semilíquidos, por lo que no realizan el proceso de la masticación, que desempeña un papel importante en la función de auto limpieza de la cavidad bucal (10).

2.3.3 Lengua Dentada (10)

-Características clínicas

Son impresiones superficiales de los márgenes de la lengua debido a los dientes contiguos, se localiza en bordes laterales de la lengua, a menudo se asocia con la línea alba y en ocasiones con un cuadro de atrición dental.

-Etiología

Frecuente se presenta en macroglosia, bruxismo y en personas que tienen el hábito de presionar la lengua con fuerza contra los dientes.

2.3.4 Lengua fisurada

-Características clínicas

El término lengua fisurada describe el hallazgo de múltiples grietas pequeñas en la superficie de la lengua (parte de arriba). Estas fisuras pueden ser llanas o profundas, singulares o múltiples. A menudo existe una fisura prominente en el centro de la lengua. La mayoría de las fisuras se hallan típicamente en el tercio medio de la lengua (7).

-Etiología

La causa de la lengua fisurada es desconocida. Algunos autores creen que la lengua fisurada es solo una variación de lo normal. La lengua fisurada y la lengua geográfica, pueden ocurrir al mismo tiempo y algunos creen que ambas condiciones están relacionadas entre sí (10).

2.4 Lesiones Rojo- Azuladas

2.4.1 Glositis romboide media (28, 18)

-Características clínicas

Surge como una lesión romboide u oval prominente de color rojo en la línea media dorsal de la lengua, justo por delante de las papilas circunvaladas. Las anomalías pueden ser ligeramente dolorosas, aunque en la mayoría de los casos son asintomáticas.

-Etiología

Se pensó que esta entidad era una anomalía congénita relacionada con persistencia de una estructura embrionaria conocida como tubérculo impar en la línea media de la lengua. En la actualidad se cree que es secundaria a una infección crónica por *Candida Albicans*.

cans. Aún debe establecerse el papel exacto de este hongo en la patogenia de la lesión.

2.4.2 Lengua depapilada (Glositis) (10)

-Características clínicas y etiología

El término glositis, se utiliza para describir a una lengua lisa depapilada y no es un trastorno específico, esta puede deberse a deficiencias de hierro, ácido fólico y vitamina B que pueden dar lugar a una lengua dolorosa de aspecto normal o eritematosa y depapilada, otras causas son el eritema migratorio (lengua geográfica) y el liquen plano.

2.5 Lesiones ulcerativas

2.5.1 Úlceras aftosas (16)

-Características clínicas

Existen 3 formas de úlceras aftosas menores, mayores y herpetiformes, de acuerdo a su tamaño de mm a cm y de aparición múltiple.

Frecuentemente se encuentran en mucosa móvil, (mucosa labial, lengua, vestíbulo, paladar blando y piso de boca), raramente se presenta en mucosa queratinizada (paladar duro, mucosa adherida y encía).

Son de aparición múltiples de 1 a 3 o más lesiones, mayor incidencia en adultos jóvenes pueden durar de 7 a 14 días, pueden dejar cicatriz las mayores y las menores nunca dejan. Son dolorosas y presentan una membrana blanca amarillenta con halo eritematoso y bordes elevados.

-Etiología

Es desconocida, sin embargo se han identificado varios factores entre los cuales tenemos inmunológicos, microbiológicos, nutri-

cionales, hormonales, estrés (psíquico y emocional), traumatismo y reacciones alérgicas.

2.5.2 Úlceras traumáticas

-Características clínicas

Son de superficie ulcerativa con halo eritematoso, la superficie está cubierta por una pseudomembrana blanca amarillenta. Alcanzan tamaños de milímetros hasta centímetros de diámetro, se localizan principalmente en lengua, labios, mucosa vestibular, paladar duro y blando, carrillos y encías, son usualmente dolorosas y pueden durar hasta 2 semanas aproximadamente. Presentan antecedentes de episodios traumáticos (24).

-Etiología

Son producidas por agentes mecánicos como mordiscos, cepillado de dientes, comidas crujientes, bordes filosos de dientes, bordes defectuosos de dentaduras, injurias por iatrogenia. Durante los procedimientos dentales y lesiones causadas por el mismo paciente asociadas a trastornos psicológicos son denominados lesiones facticias (16).

3. Enfermedades gingivales

3.1 Enfermedades gingivales inducidas por placa dental

La gingivitis se caracterizaba antes por presencia de signos clínicos de inflamación confinados a la encía y en relación con dientes que no presentan pérdida de inserción, asimismo se observó que la gingivitis afecta la encía de dientes con periodontitis que perdieron inserción con anterioridad pero que recibieron tratamiento periodontal para estabilizar la pérdida de inserción, a luz de estas evidencias se llegó a la conclusión de que la gingivitis inducida por placa puede aparecer en un periodonto sin pérdida de inserción previa o en uno con pérdida de inserción previa pero estabilizada y que no avanza.

La enfermedad gingival inducida por placa es producto de la interacción entre microorganismos que se hallan en la biopelícula de la placa dental y los tejidos y células inflamatorias del huésped (6, 16).

3.2 Enfermedades gingivales no inducidas por placa (6)

- Enfermedades gingivales de origen bacteriano específico

La prevalencia de enfermedades gingivales de origen bacteriano específico va en aumento como resultado de enfermedades de transmisión sexual como gonorrea y en menor grado sífilis. La gingivitis o gingivostomatitis estreptocócica también es una afección rara y puede presentarse como un cuadro agudo con fiebre, malestar general y dolor relacionado con inflamación aguda de la encía que aparece roja, tumefacta, hemorrágica y en ocasiones con absceso gingival.

- Enfermedades gingivales de origen viral

Se deben a una gran variedad de virus de ácido desoxirribonucleico y ácido ribonucleico entre los que los virus herpes son los más comunes.

- Enfermedades gingivales de origen micótico

Son hasta cierto punto raras en personas inmunocompetentes, pero más frecuentes en inmunocomprometidas o en quienes la flora bucal normal se alteró por el consumo prolongado de antibióticos de amplio espectro.

4. Enfermedades periodontales

4.1 Concepto de periodontitis (6)

Se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas, la característica clínica que distingue la periodontitis de la gingivitis es la presencia de pérdida ósea detectable.

A menudo esto se acompaña de bolsas y modificaciones en la intensidad. Los signos clínicos de inflamación, como cambios de color, contorno y consistencia, y hemorragia al sondeo, no siempre son indicado-

res positivos de la pérdida de inserción. La periodontitis puede presentarse en formas de inicio temprano, aparición adulta y necrosante, además el consenso de la AAP concluyó que la periodontitis puede relacionarse con enfermedades generales como diabetes e infecciones por VIH y que algunos tipos de periodontitis pueden ser consecuencia del tratamiento convencional. La enfermedad de inicio temprano se diferencia de la adulta por la edad de aparición, la velocidad de progresión de la enfermedad y la presencia de alteraciones en las defensas del huésped. La clasificación resultante de las diferentes formas de periodontitis se simplificó para describir tres manifestaciones clínicas generales de periodontitis: periodontitis crónica, periodontitis agresiva y periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas.

4.2 Periodontitis crónica (6)

Es la forma más frecuente de periodontitis, la periodontitis crónica se vincula con la acumulación de placa y cálculos, y suele tener un ritmo de progresión lento a moderado, pero se observan periodos de destrucción más rápida. Los factores locales ejercen influencia sobre la acumulación de placa; las enfermedades sistémicas como diabetes mellitus y HIV influyen sobre las defensas del huésped; factores ambientales como fumar cigarrillos y el estrés también modifican la reacción del huésped a la acumulación de placa. La periodontitis crónica ocurre como una enfermedad localizada en la que < 30% de los sitios valorados presenta pérdida de inserción y de hueso o como una enfermedad más generalizada en la que > 30 % de los sitios está afectado, la enfermedad también puede describirse por su intensidad como leve, moderada y grave sobre la base de la magnitud de la pérdida de inserción clínica.

4.3 Periodontitis agresiva (6)

La periodontitis agresiva se diferencia de la forma crónica básicamente por la rapidez de la progresión en personas por lo demás sanas, ausencia de grandes acumulaciones de placa y cálculos, y antecedentes fami-

liares de enfermedad agresiva que señala un rasgo genético, las formas agresivas afectan a jóvenes en la pubertad o después de ella y pueden observarse durante el segundo y tercer decenio de la enfermedad.

La periodontitis agresiva puede clasificarse además en las formas localizada y generalizada (6):

-Forma localizada

- Inicio circumpuberal de la enfermedad.
- Enfermedad localizada al primer molar o incisivo con pérdida de inserción proximal en por lo menos dos dientes permanentes, uno de los cuales es el primer molar.

-Forma generalizada

- Suele afectar a personas menores de 30 años.
- Notable destrucción periodontal episódica.
- Pérdida de inserción proximal generalizada que afecta por lo menos tres dientes distintos de los primeros molares e incisivos.

4.4 Enfermedades periodontales necrosantes (6)

Las características clínicas de las enfermedades periodontales necrosantes son: se observa una encía marginal y papilar ulcerada, necrosada cubierta por una pseudomembrana o esfacelo blanco amarillento, papilas romas o con cráteres, hemorragia espontánea o provocada, dolor y aliento fétido pero no se limitan a estos signos. Estas enfermedades pueden acompañarse de fiebre y malestar general, se describen dos formas de enfermedad periodontal necrosante: gingivitis ulcerativa necrosante (GUN) y periodontitis ulcerativa necrosante (PUN), revisiones recientes de las características causales de la GUN y la PUN indican que las dos enfermedades constituyen manifestaciones clínicas de la misma enfermedad, excepto que las características distintivas de la PUN son pérdida de inserción clínica y ósea.

4.4.1 Gingivitis ulcerativa necrosante (6)

Las características definitorias de la GUN son su origen bacteriano, su lesión necrótica y factores predisponentes como estrés

psicológico, tabaquismo e inmunosupresión, la GUN se presenta como una lesión aguda que responde bien al tratamiento antimicrobiano combinado con la eliminación profesional de placa y cálculos y el mejoramiento de la higiene bucal.

4.4.2 Periodontitis ulcerativa necrotizante (6)

La PUN y la GUN se diferencian en la pérdida de inserción clínica y de hueso es un rasgo constante. Todas las demás características son las mismas en las dos formas de enfermedad necrosante, la PUN se observa en pacientes con infección por VIH y se manifiesta como ulceración local y necrosis del tejido gingival con exposición y rápida destrucción del hueso subyacente, hemorragia espontánea y dolor intenso.

4.4.3 Absceso del periodonto (6)

Es una infección purulenta localizada de los tejidos periodontales y se clasifica por su tejido de origen.

a) Absceso periodontal agudo

Es una exacerbación de una lesión periodontal inflamatoria crónica.

-Signos y síntomas

Tumefacción roja ovoide y localizada, dolor ligero-intenso, presencia de bolsa periodontal, movilidad, sensibilidad a la masticación, exudado, temperatura elevada, linfadenopatía regional.

b) Absceso periodontal crónico

Se forma después de que se ha controlado la propagación de una infección por medio del drenado espontáneo, por la respuesta del huésped o tratamiento.

-Signos y síntomas

Inflamación localizada, sin dolor o dolor ligero, elevación dental ligera, exudado intermitente, hay un tracto fistuloso relacionado con una bolsa profunda y afección sistémica.

5. Lesiones de los tejidos duros

5.1 Caries (20)

5.1.1 Definición

La caries dental es una enfermedad multifactorial, infecciosa y transmisible que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado, se produce la desmineralización de la porción mineral y la disgregación de su parte orgánica, referentes circunstanciales de la dolencia. Etimológicamente se deriva del latín *caries*, que implica putrefacción aunque la caries dental está limitada al tejido de esmalte, dentina y cemento, si se deja sin tratamiento el proceso penetrara finalmente a través de la cavidad pulpar donde iniciara una reacción inflamatoria dolorosa y destructora.

5.1.2 Etiología

A través de los tiempos se han preconizado diversas teorías acerca de la naturaleza etiológica de la caries, las cuales pueden resumirse en dos grupos:

-Endógenas

Sostiene que la caries es provocada por agentes provenientes del interior de los dientes.

-Exógenas

Atribuyen el origen de la caries dental a causas externas.

Factores etiológicos:

A través de experiencias de laboratorio en perros, en 1950 se comprobó que la presencia de carbohidratos en la dieta es primordial para el desarrollo de caries dental posteriormente en 1960

demostró que la caries dental es una enfermedad infecciosa y transmisible. En experimentos con hámster, los separo en dos grupos uno con actividad cariosa y otro sin actividad cariosa, este último grupo a su vez fue subdividido en dos subgrupos, uno de los cuales al unirse a los grupos con experiencia de caries desarrollo la enfermedad, mientras que el otro subgrupo permaneció aislado sin desarrollar caries. En otras palabras la aparición de caries dental no depende de manera exclusiva, menos aun excluyente, de los llamados factores primarios, sino más bien que para que origine la enfermedad se requiere de la intervención adicional de otros concurrentes, llamados factores moduladores, los cuales contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y evolución de las lesiones cariosas. Entre ellos se encuentran: tiempo, edad, salud general, fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento.

En resumen la caries dental es una enfermedad multifactorial que consiste en un proceso dinámico de desmineralización-remineralización que involucra la interacción entre el calcio y fósforo, las estructuras dentales y la saliva en función de ácidos producidos por la fermentación de los carbohidratos, por acción de los microorganismos orales. Los factores responsables de la caries dental se pueden reunir en dos grupos: primarios (microorganismos, dieta y huésped) y moduladores (Tiempo, edad, salud general, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento).

Los factores primarios constituyen causas necesarias, pero no suficientes para producir lesiones de caries; por ello la reacción de causalidad no es simple ni lineal sino que constituye un difícil proceso que involucra adicionalmente una serie de factores adicionales llamados moduladores.

5.1.3 Tipos clínicos (30)

La caries dental se clasifica clínicamente en las formas foveal y fisuraria, superficial lisa, cementaria y recurrente. Además la caries puede sub clasificarse como aguda o crónica.

- La caries foveal y fisuraria, es el tipo más común y se presenta en una edad temprana en las superficie masticatoria y bucal de los molares de la dentición primaria y secundaria. Las superficies masticatorias de los premolares y las superficies linguales de los incisivos del maxilar superior se verán también menos frecuentemente afectadas, esta forma de caries es la más destructora porque penetra profundamente con rapidez en la dentina, permanece oculta mientras socava el esmalte y se manifiesta como dolor debido a la afectación de la pulpa o como una gran cavidad cuando se derrumba una parte considerable del diente.
- La caries superficial lisa, es menos frecuente y se produce en esencia en las áreas interproximales de los dientes que no son autolimpiables, algunas veces se verán afectadas las regiones cervicales de la superficie bucal y lingual de los dientes. En los adultos la caries cervical de la superficie lisa suele ser consecuencia de una alteración importante en la cantidad y calidad de saliva.
- La caries cementada (radicular), se encuentra casi exclusivamente en la población de mayor de edad, especialmente en quienes han experimentado una considerable recesión gingival. Esta forma de caries se inicia y progresa de manera distinta a la caries del esmalte o de la dentina, porque las superficies de la raíz son blandas, delgadas y están sometidas a la erosión

química y a la acción abrasiva producida durante el cepillado de los dientes. Este tipo de lesión plantea considerables problemas al odontólogo porque está localizada en el tejido blando que rodea el cemento en una región del diente donde existe poco tejido dentario superpuesto a la pulpa.

- Caries recurrente, es el nombre que se le da a la caries que se origina alrededor de una restauración anterior, las lesiones suelen originarse como consecuencia de una alteración de la integridad de la restauración que conduce a la formación de pérdida marginal, estas situaciones predisponen al diente a la acumulación de bacterias y alimento.
- Caries aguda y caries crónica, son términos que se emplean pocas veces para denotar la velocidad con que avanza la caries dental en los pacientes, los pacientes jóvenes son los más propensos a caries aguda porque tienen dientes con grandes cavidades pulpares y túbulos de dentina anchos y cortos que contienen escasa esclerosis. Estos pacientes pueden llegar a desarrollar simultáneamente caries múltiples rápidamente progresivas que destruyen con rapidez la estructura del diente, penetran en la pulpa y despiertan dolor intenso. La caries crónica es más común en pacientes mayores cuyos dientes tienen cavidades pulpares de menor tamaño, además tiene túbulos de dentina que han experimentado grados importantes de esclerosis, lo cual ofrece cierta resistencia al avance del proceso lesivo, estos pacientes pueden sufrir dolor, pero este rara vez es tan intenso como en el que se experimenta en caries aguda.

5.1.4 Caries del Esmalte (30)

La caries de la superficie lisa del esmalte se localiza con mayor frecuencia en las superficies distal y mesial, en el punto de contacto con el diente adyacente. Dado que el esmalte está constitui-

do por sales inorgánicas, el proceso produce una cavidad por desmineralización. En algunas situaciones, si el pH puede estabilizarse en un margen normal el proceso global puede detenerse, lo cual se designa como caries detenida, la caries detenida también puede ocurrir cuando se extrae un diente adyacente o cuando se fractura un canino socavado, convirtiendo el área cariada en autolimpiable.

5.1.5 Caries de la Dentina (30)

La caries de la dentina evoluciona a una velocidad mucho más rápida que la caries del esmalte, para que la caries avance en la dentina se requieren cepas bacterianas capaces de producir grandes cantidades de enzimas proteolíticas e hidrolíticas, en lugar de los tipos productores de ácidos de la caries de esmalte. En los dientes de los pacientes más jóvenes es más fácil la penetración y el avance de microorganismos invasores ya que los túbulos de dentina están menos densamente mineralizados. En pacientes de mayor edad los túbulos de dentina suelen estar estrechados por el depósito de sales calcificantes, haciendo menos porosos los dientes. A causa de estas diferencias, la caries de la dentina en los pacientes jóvenes suele afectar rápidamente al tejido pulpar lo cual produce una reacción inflamatoria aguda y dolor intenso, mientras que en pacientes mayores tiene un curso más lento con dolor leve intermitente.

5.2 Lesiones Físicas

Las lesiones físicas son una de las causas más frecuentes de defectos dentales. La mayoría de las lesiones son autoinfligidas, aunque algunas son voluntarias, debido a una neurosis, psicosis o trastorno hereditario, la mayoría son accidentales. Las más frecuentes son las lesiones provocadas por hábitos higiénicos demasiado estrictos, como el abuso de las prácticas de higiene oral, a veces, elementos ambientales como por

ejemplo los niveles tóxicos de productos químicos en el aire contribuyen a la pérdida de la estructura dental (30).

5.2.1 Desgaste (atrición)

Cierto grado de desgaste es normal y se produce como proceso acumulativo a lo largo de muchos años, se ven normalmente afectados los bordes de incisivos y las cúspides de las piezas dentarias anteriores y los vértices de las cúspides de los molares en oclusión, estos cambios se hacen más prominentes con la edad, el desgaste es excesivo y prematuro en los pacientes que habitualmente aprietan y chirrían los dientes (bruxismo). El patrón de desgaste variaría en estos pacientes según los contactos interoclusivos y la relación entre las arcadas. En pacientes con clase II, el desgaste excesivo suele afectar a los molares, con aplanamiento casi completo de las superficies de oclusión, si la relación es de clase III, el desgaste afectara sobre todo a los bordes incisivos de los dientes anteriores. Dado que el desgaste es un proceso lentamente progresivo la dentina y el tejido pulpar tienen tiempo de reaccionar ante la pérdida de tejido dentario. La dentina expuesta sufre esclerosis de los túbulos dentinarios y la pulpa deposita capas de tejido calcificado, conocido como dentina terciaria. Este proceso protege a la pulpa de irritantes que podrían en caso contrario atravesar la dentina, por lo que aquella permanece viable incluso en casos de pérdida de más de la mitad de la corona a causa del desgaste (30).

5.3 Lesiones cervicales

5.3.1 Abfracción

Es una lesión cervical no cariosa, en donde la pérdida de estructura dental ocurre debido a microfracturas del esmalte, originadas

por tensiones de tracción y compresión provenientes de fuerzas oclusales mal dirigidas o exageradas.

Esta lesión se presenta en forma de cuña, es profunda, con márgenes bien definidos, y se puede encontrar en un solo diente; la lesión puede ser subgingival (30).

5.3.2 Abrasión

La causa más frecuente de la abrasión es el abuso y mal uso del cepillo de dientes, la abrasión severa suele afectar sobre todo los dientes anteriores y premolares de las arcadas con mayor afectación de las piezas maxilares que de las mandibulares. Cuando se usa inadecuadamente el hilo dental se observan patrones lineales de desgaste dental en el cemento expuesto. Otros hábitos no higiénicos dan lugar a patrones de abrasión característicos, son frecuentes las melladuras en los bordes incisivos de los dientes anteriores cuando estos se utilizan constantemente para abrir horquillas. En fumadores habituales se produce un patrón de desgaste dental similar en varios dientes anteriores de la arcada izquierda o derecha (10).

5.3.3 Erosión

Los productos químicos que con mayor frecuencia contribuyen a un desgaste dentario excesivo son aquellos de pH ácido. El contacto continuo del esmalte con estos productos produce pérdida de sales cálcicas, con disminución de su dureza. La estructura dental debilitada por este proceso se pierde con facilidad, a pesar del empleo de técnicas de higiene normal.

La mayoría de las causas de erosión son conocidas y se puede atribuir a una dieta con exceso de alimentos de pH ácido como cítricos y bebidas carbonatadas, estos alimentos producen un proceso especial de cavitación lisa, en forma de platillo en las superficies labiales de las piezas anteriores. Los pacientes que sufren

regurgitación de contenido ácido gástrico desarrollan erosiones en las superficies linguales de los dientes sobre todo en las piezas anteriores. Este fenómeno se produce a menudo durante el embarazo y en pacientes con bulimia. Otras causas frecuentes de erosión dental son profesionales, estas se deben a la presencia de ciertos gases atmosféricos que se mezclan con la saliva, produciendo soluciones ácidas, estas erosiones se localizan también en las superficies labiales de las piezas anteriores (30, 10).

6. Drogodependencia

6.1 Definición

Según la OMS: Es el estado psíquico y, a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco (droga) en forma continua a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producida por la privación (15).

6.2 Drogas

6.2.1 Definición

Según la OMS: Droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es además susceptible de crear dependencia ya sea psicológica, física o ambas (15).

6.2.2 Tipos

- Tipos de drogas según los efectos producidos en el sistema nervioso central (5, 23):

- Drogas estimulantes (psicoanalepticos) del SNC, sus representantes son la cocaína, las anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis y tabaco.
- Drogas depresoras (psicolepticas) del SNC, sus representantes son el alcohol, opiáceos, las benzodiazepinas, barbitúricos y solventes volátiles.
- Drogas alucinógenas (sicodislepticos), sus representantes son el ácido lisérgico (LSD) y el cannabis.

-Tipos de drogas según su condición legal (5, 23):

- Drogas institucionalizadas (legales), dentro de esta categoría está el alcohol y el tabaco.
- Drogas que son fármacos, son sustancias que disponen de indicaciones médicas.
- Drogas de utilización industrial, por lo cual su comercialización es legal, pero su finalidad no es ingerirlas como lo son todos los inhalantes.
- Drogas clandestinas, por tanto su producción es ilegal.

6.2.3 Drogas estimuladoras del SNC

a) Cocaína

El prototipo de las drogas estimulantes, es junto con las anfetaminas, la cocaína, que se extrae de las hojas del arbusto Eritroxilon coca, que crece en muchas partes del mundo, es un polvo muy fino de color blanco o marfil, de sabor amargo que provoca insensibilidad gustativa por sus propiedades anestésicas (26).

- Formas de consumo de la cocaína (26, 23)

Pasta de coca

Es un producto secundario a la fabricación de la cocaína por parte de la industria Transnacional ilícita del narcotráfico (ITI), durante

el proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína, se maceran las hojas de coca (*Erythroxylum coca*), las cuales se mezclan con solventes orgánicos como el éter etílico, acetona, metiletilcetona o tolueno y el ácido clorhídrico. De ahí se obtiene el clorhidrato y el resto se desechaba, hace años se comenzó a tratar la “basura” con otros productos, primeramente secándolo, luego realizando un proceso de extracción con kerosene como solvente. Su consumo es peligroso debido a las impurezas adulterantes que presenta.

Hojas de coca

Para consumir las hojas de coca, se introducen en la boca sin masticar, cuando están suficientemente húmedas se les añade el polvo de una sustancia alcalina lo que facilita la liberación de la cocaína. La bola se mantiene varias horas en la boca, esto puede repetirse dos a tres veces al día.

Clorhidrato de cocaína

Es la comúnmente denominada cocaína o en el argot “nieve”, se presenta en forma de polvo cristalino blanco, que se utiliza de forma intranasal o en inyección intravenosa, el clorhidrato de cocaína no se puede fumar ya que gran parte de la droga se destruye a temperaturas altas. En ocasiones se mezcla clorhidrato de cocaína con heroína para su uso por vía venosa a esto se le denomina “speedball”.

Cocaína base y crack

También denominada “base libre o free base “, posee una elevada riqueza y se usa mediante inhalación calentándola con mechero, al igual que el crack. Consiste en calentar la cocaína base en un soporte sin quemarla para que se vaporice y poder inhalarla con una paja o un canuto.

El nombre crack deriva del sonido crujiente que se produce cuando la sustancia es sometida a un proceso de calentamiento. Se inhala mediante calentamiento con mecheros o se fuma pulverizada, y mezclada generalmente con otras sustancias, como el alcohol o el cannabis. Puede presentarse de diversas formas: gránulos blancos o trozos de mármol, que se convierten en polvo al apretarlo entre los dedos.

-Acciones y efectos de la cocaína (27)

La cocaína es un estimulante del sistema nervioso central, disminuye la sensación de fatiga y cansancio, en cantidades pequeñas, la coordinación motora permanece estable, pero con dosis mayores a medida que actúa sobre otros centros, aparecen temblores y convulsiones: los reflejos medulares se estimulan hasta llegar a convulsiones tonicodónicas.

Una dosis disipa el hambre, imparte una sensación de bienestar, aumenta la resistencia física, al disminuir la sensación de fatiga. Existe una correlación entre los efectos psicológicos (euforia, placidez, anorexia) y los físicos (taquicardia, hipertermia, aumento de tensión arterial). El uso prolongado se asocia con enflaquecimiento, insomnio, ansiedad, ideas referenciales, sensación de parestias y alucinaciones en particular visuales.

El paciente consumidor de cocaína presenta inquietud, excitación, locuacidad se torna ansioso puede presentar confusión, frecuentemente presenta cefalea, existe taquicardia, polipnea, midriasis, escalofríos y fiebre. No es raro que experimente náuseas y se produzca vómito, el cual cuando ocurre en estado avanzado de intoxicación puede ser grave por el peligro de aspiración pulmonar y complicaciones mortales.

Las convulsiones son frecuentes y el paciente avanza hacia la pérdida de la conciencia muriendo generalmente por paro respiratorio.

Las consecuencias adversas pueden ser exageración de los componentes de la euforia e incluyen desinhibición, desequilibrio del juicio, generosidad atípica, hipersexualidad, acciones compulsivas repetitivas y extrema agitación psicomotora.

b) Pasta base de cocaína

La PBC, conocida también como, pasta de coca, pasta base, o simplemente pasta, es el producto intermedio en el proceso de extracción y purificación del clorhidrato cocaína, que es la forma de consumo de cocaína más extendida: polvo blanco que se inhala. Su elaboración consta de los siguientes pasos: primero se machacan las hojas de coca secas (de arbusto *Eritroxylum coca*), y se disuelven en agua. Luego se trata esa solución con kerosene o gasolina, con ácido sulfúrico y amoníaco. Por último se filtra la solución, obteniéndose así una mezcla semisólida del color amarillento o grisáceo característico: la Pasta Base (22).

-Formas de consumo de la PBC

En las incautaciones policiales la PBC se encuentra en dos formas: Tiza o Gota/Lágrima. La primera asociada al transporte y tráfico internacional de la droga y la segunda vinculada principalmente a la venta y consumo personal. Al igual que el crack, la PBC es una de las formas fumables de la cocaína, a diferencia del clorhidrato que no puede ser fumado.

La inhalación pulmonar, al igual que la vía intravenosa, es otra de las vías de administración rápida. De esta manera, la PBC alcanza el torrente sanguíneo y llega al cerebro en los primeros 5 a 8 segundos después de ser fumada haciendo que tenga un efecto muy rápido, muy intenso y de corta duración (5-10min). Justamente, este factor es uno de los que le da mayor potencial adictivo.

Se fuma en cualquier tipo de pipa de fabricación casera, a la que se le coloca tabaco en el fondo para mantener el calor. También se fuma mezclada con marihuana (bazuco o marciano) (23, 22).

-Acción y Efectos de la Pasta Base de Cocaína

Los efectos de fumar PBC dependen de muchas variables, que comprenden: el tipo de preparación, la dosis, la frecuencia de consumo, forma de uso (social, recreativo, individual), las impurezas y adulteraciones, la motivación (estimulante, búsqueda de placer, antidepresiva, situaciones), entre otras (22).

Cuando se fuma, su efecto es muy rápido e intenso. Se necesita entre 8 a 40 segundos para que éste aparezca, durando sólo unos pocos minutos. El efecto que produce se puede dividir en 4 etapas (13):

- Etapa de euforia: en la que se observa una disminución de inhibiciones, sensación de placer e intensificación del estado de ánimo. En algunas personas puede tomar rasgos de:
 - Euforia
 - Hipervigilancia
 - Hiperexcitabilidad
 - Éxtasis
 - Cambios en los niveles de atención
 - Impresión de ser muy inteligente, perspicaz y competente
 - Aceleración de los procesos de pensamiento.

- Etapa de disforia, en que el sujeto bruscamente empieza a sentirse angustiado, deprimido e inseguro. Se produce un deseo incontenible de seguir fumando, tristeza, apatía e indiferencia sexual.

- Etapa de consumo ininterrumpido, para evitar la etapa 2, cuando aún tiene dosis en la sangre.

- Etapa de psicosis y alucinaciones, las alucinaciones pueden ser visuales, cutáneas, auditivas y olfatorias. La psicosis se puede producir después de varios días o semanas de fumar

con frecuencia. Se presenta agitación, ideas paranoides, agresividad, alucinaciones, etc. Los episodios de psicosis pueden durar semanas o meses.

-Efectos de la Cocaína y Pasta base de Cocaína en cavidad oral (22)

El clorhidrato de cocaína por vía nasal e intravenosa, y la cocaína base conocida popularmente como crack, fumada en pipa, son las vías preferidas por los usuarios. Es también común la aplicación oral de la cocaína, directamente sobre la mucosa, para comprobar la calidad y pureza de la droga, la aplicación oral de cocaína sobre la mucosa puede causar, aparte de dolor agudo, inflamación gingival grave, ulceración de la mucosa e importante retracción gingival.

La cocaína fumada en forma de crack, puede producir lesiones ulcerosas o exofíticas en el paladar, los individuos que usan cocaína con frecuencia tienden a sufrir bruxismo severo, siendo común la presencia de dolor en la articulación temporomandibular y en los músculos masticatorios.

Dado el efecto anorexígeno de la cocaína, son frecuentes los cuadros de desnutrición y pérdida de peso lo que puede repercutir a nivel de la cavidad bucal con la presencia de glosodinia, queilitis angular y mayor incidencia de infección por candidiasis

El uso oral puede causar erosión dental y el abuso de la cocaína puede resultar en abrasión cervical y laceración gingival debido a un cepillado dentario excesivo vigoroso durante los picos de acción de la droga.

c) Tabaco

El humo del tabaco contiene una multitud de compuestos, como productos de su combustión, la elevada temperatura de combustión en la zona de incandescencia, determina que el extremo del

cigarrillo sea como un pequeño alto horno, donde se forman y fundamentalmente se transforman los compuestos que paulatinamente van entrando en combustión (26).

-Forma de consumo del tabaco (23)

Administración por vía digestiva

- Mascar tabaco
- Beber o sorber tabaco
- Supositorios y enemas

Administración por vía respiratoria

- Aspiración por la nariz (esnifar): se esnifa generalmente mezclado con otras sustancias tóxicas y se puede aplicar autoadministrándolo por inhalación directamente o por medio de un dispositivo adecuado. Con este método se consigue una buena absorción de la nicotina, con niveles sanguíneos elevados
- Fumar tabaco: De los dos métodos de administración respiratoria, fumar tabaco es el que consigue mayores efectos farmacológicos ya que, a través de la absorción de bronquios y alveolos pulmonares, se alcanzan niveles plasmáticos y titulares elevados en poco tiempo y en la mayoría de los órganos, especialmente en SNC.

-Acción y efectos (27)

Es estimulante central, origina un estado de alerta, facilita la memoria y mejora la atención y el tiempo de reacción, fenómenos percibidos por los fumadores, especialmente por reversión de la abstinencia nicotínica tras un periodo de privación.

La nicotina produce bradicardia, aumento de la presión arterial, de la frecuencia y contractibilidad cardíaca, el consumo habitual de tabaco guarda una relación de riesgo inequívoca con diversos tumores malignos del ser humano. El cáncer del pulmón es probablemente el más grave y conocido de todos ellos, pero no el único.

-Efectos del tabaco en la cavidad oral (27, 17)

- **Pigmentación de los dientes por fumar tabaco:** En los dientes de las personas que fuman generalmente se presenta una pigmentación de color café amarillento a negro como resultado del depósito de alquitranes y resinas.
- **Periodontitis:** La incidencia y severidad de la periodontitis aumentan en fumadores, según apuntan la mayor pérdida ósea, bolsas periodontales más profundas, pérdida más severa del hueso de soporte y un mayor número de dientes con problemas en furca.
- **Gingivitis:** Estudios recientes demuestran que una vez controlado el nivel de placa, los fumadores presentan una menor inflamación y hemorragias gingivales que los no fumadores, lo que indica una supresión de dicha inflamación.
Estos resultados que sugieren una menor predisposición a la hemorragia entre los fumadores, no son sorprendentes a la vista del efecto de la vasoconstricción local que ejerce la nicotina en la circulación periférica.
- **Cáncer oral:** Las células epiteliales de las membranas mucosas de la boca sufren un efecto cancerígeno directo por el humo del tabaco. Esta claramente demostrada la existencia de una relación dosis-respuesta entre el consumo de tabaco y el riesgo de desarrollar cáncer oral.
- **Pre cáncer oral:** La leucoplasia es la lesión potencialmente maligna más frecuente en las membranas mucosas de la boca, la leucoplasia se da seis veces más entre los fumadores que entre los que no fuman. En la incidencia de leucoplasia existe una relación dosis-respuesta con el uso del tabaco. El reducir o abandonar el consumo del tabaco puede llevar a la regresión o desaparición de esta enfermedad.

- Caries: El tabaquismo aumenta el riesgo de caries en el adulto pues al favorecer alteraciones en el tejido de soporte del diente ocasiona migración gingival y con ellos la exposición de los cuellos dentarios, por otro lado el tabaquismo tiende a disminuir el flujo salival.
- Estomatitis nicotínica: Aparece en el paladar y en la mayoría de los casos se afecta toda la mucosa del paladar duro.
- Melanosis del fumador: La melanosis del fumador suele ser más visible en la parte anterior de la encía vestibular de ambas arcadas, otras localizaciones comúnmente afectadas son la mucosa yugal, el suelo de la boca y el paladar blando.

- Drogas depresoras del SNC

a) Alcohol

El alcoholismo consiste en un consumo excesivo de alcohol de forma prolongada con dependencia del mismo, es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual interfiere en la salud física, mental, y /o familiar. Se define como una enfermedad que incluye todo uso de bebidas que causen daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad o ambos.

El alcoholismo es una droga dura, muy perjudicial para la salud del alcohólico y para la sociedad. Un 10% de la población tiene problemas con el alcohol y un 70% lo consume con asiduidad (23).

-Acción y efectos del alcohol (27)

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central que actúa bloqueando el funcionamiento del sistema cerebral responsable de controlar las inhibiciones, produciendo diversos efectos.

Trastornos digestivos: Esofagitis, estenosis pépticas y úlceras esofágicas, náuseas y vómitos, lo que aumenta la posibilidad de hemorragias trastorno cardiovasculares: Las lesiones producidas en el aparato cardiovascular son las arritmias, que pueden producir la muerte súbita, la cardiopatía isquémica silente, la hipertensión arterial, los accidentes cerebro-vasculares agudos, y las miocardiopatías isquémicas, que se producen por la ingesta de alcohol y que se manifiesta por una disminución cardiaca

Por ser el alcohol un depresor del SNC, la sensación inicial de euforia y desinhibición, le sigue un estado de somnolencia con visión borrosa, incoordinación muscular, aumento del tiempo de respuesta, disminución de la capacidad de atender y comprender, fatiga muscular, etc.

En el aspecto psicológico; el alcohol afecta a los centros superiores del cerebro o, lo que es igual a los sentimientos, reflexión, memoria, atención y control social.

-Efectos del alcohol en la cavidad oral (26)

Las alteraciones en boca secundarias al alcoholismo se producen como consecuencia de la falta de higiene oral, los individuos alcohólicos presentan un aumento de riesgo de desarrollar carcinomas en la cavidad oral.

Los pacientes alcohólicos presentan una lengua saburral y con depósito de placa y cálculos en los dientes , presentan un aumento de incidencia de periodontitis generalizada crónica con los tejidos gingivales inflamados, los alcohólicos también suelen presentar mayor número de dientes perdidos que los no alcohólicos , se ha postulado que el alcohol estimula el sistema radicular ascendente, causando la contracción de los músculos maseteros y provocando bruxismo nocturnos durante los periodos de sueño, esto predispone al alcohólico a la atrición dental .

El paciente con déficit de ácido fólico presenta una palidez extrema de la piel y síntomas de sensación de quemazón en lengua y

mucosa oral. La lengua presenta un aspecto rojo e inflamado, con aumento de papilas y numerosas lesiones de vesículas, también con hallazgos frecuentes de queilitis angular y úlceras difusas dolorosas, particularmente en el paladar, lengua y mucosa oral.

- Alucinógenos

a) Marihuana

La marihuana es una mezcla verde o gris de flores y hojas secas resquebrajadas de la planta de cáñamo *Cannabis sativa*, hay más de doscientos términos de jerga para la marihuana, que incluyen hierba, maría juana, maría, mota, marimba, mariguana. Generalmente se fuma como un cigarrillo en una pipa o en una bombilla. En años recientes, ha aparecido en "blunts". Estos son cigarrillos a los que se les ha vaciado el tabaco y se les ha rellenado con marihuana, a menudo en combinación con otra droga como el crack (8).

-Acción y efectos de la marihuana (27)

El fumar marihuana produce efectos sobre el ánimo, la memoria, la coordinación motora, la capacidad cognoscitiva, el sensorio, el sentido del tiempo y la autopercepción.

Afecta el equilibrio y la estabilidad de la postura, la respuesta aguda a nivel respiratorio es una broncodilatación significativa y relativamente duradera a la que se desarrolla poca tolerancia, a menudo los fumadores presentan garganta y boca seca, imágenes visuales más vividas y un sentido de la audición más agudo.

-Efectos de la marihuana en la cavidad oral (26)

En este tipo de adictos se observa muy frecuentemente caries a nivel cervical de los dientes por cepillado compulsivo, en tejidos periodontales se puede presentar gingivitis, queilitis y candidiasis

producto de la desnutrición permanente que usualmente provocan las adicciones.

Los informes han descrito caries rampante muy parecida a la caries que aparece en la niñez. La caries rampante se asoció al uso de la marihuana y se atribuye a los siguiente: la naturaleza acida de la droga, la disminución del flujo salival, la ansiedad de consumir bebidas carbonatadas, provoca el apretamiento y rechina- miento dentario y su larga duración que conduce a periodos largos de higiene oral deficiente.

2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Arizmendi Beatriz G, Aristizabal Juan Fernando, HALLAZGOS CLÍNICOS ORALES CARACTERÍSTICOS EN CONSUMIDORES DE BASU- CO, COCAÍNA Y/O MARIHUANA (1). Los hallazgos encontrados: gingi- vitis, sangrado gingival, lengua saburral, caries dental, se asocian al po- bre estado de salud oral característico de estos pacientes, quienes abandonan por completo sus hábitos de higiene oral lo cual sumado a una indudable desnutrición, con lleva a cuadros de candidiasis y otras enfermedades oportunistas de cavidad oral.

Basov Ksenia, Sanabria Zulayma, PREVALENCIA DE MANIFESTA- CIONES BUCALES EN INDIVIDUOS NARCODEPENDIENTES (3). La narcodependencia es una enfermedad que consiste en el consumo de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cere- brales produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones, os efectos físicos y psicológicos son diversos. Se recolectó la información a través de datos presentes en las historias clí- nicas los resultados indican que 89.81% de la muestra presento lesiones cariosas, 17.4% lesiones blancas, 16.40% lesiones en tercio cervical. Se

concluyó que las lesiones más frecuentes son las caries, mientras que las lesiones cervicales, traumáticas y lesiones blancas mostraron mayor prevalencia en pacientes consumidores de una combinación triple de marihuana, cocaína y crack.

2.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Garay Pérez, Roxana Barrionuevo, CONSUMO DE MARIHUANA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN EL TEJIDO PERIODONTAL EN PACIENTES DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN (14). Se encontró que la frecuencia más alta de consumo de marihuana fue más de 2 veces al día, el tiempo de consumo entre 1 a 5 años y la forma de consumo más usada fue el cigarrillo. La mayor cantidad de pacientes no presentaron bolsa periodontal (86.7%), ni sangrado gingival (51.7%), pero sí un nivel de adherencia clínica leve (60%) y moderado (33.3%). Además el 96.7% no presentaron compromiso de furca; el 96.7% no tenían movilidad dentaria, el 81.7% presentaron agrandamiento gingival, el 78.3% recesión gingival y el 63.3% de los pacientes un nivel de higiene oral regular. En nuestro estudio se encontró que a pesar de que la frecuencia más alta de consumo (más de 2 veces al día), el tiempo de consumo (entre 1 a 5 años) y la forma de consumo más usada (el cigarrillo), se evidenció que la mayoría de pacientes presentaban un nivel de adherencia clínica promedio leve, moderado, ausencia de bolsa periodontal, sangrado gingival, movilidad dentaria y compromiso de furca, además el nivel de higiene oral fue regular. Por lo tanto no se puede asegurar que la marihuana ocasione directamente daños sobre el tejido periodontal, sino que existen otros factores que contribuyen a la modificación de los resultados.

Sandoval JC. HALLAZGOS DE LESIONES BUCALES CLÍNICAMENTE OBSERVADAS EN UN GRUPO DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES .TESIS BACHILLER- FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UPCH, LIMA –PERÚ .1989 (29). Hallazgos clínicos bucales: 72 pacientes que correspondía a 93.5% presentaron lesiones clínicas. Hubo ausencia de lesiones en 5 pacientes (6.5%) que coincidían con un tiempo de tratamiento mayor de doce meses, en condiciones de hospitalización, y con más de 10 años de consumo.

Las lesiones clínicas bucales observadas con mayor frecuencia fueron; lengua saburral (59.7%), queilitis angular (37.6%), úlceras (25.9%), queratosis friccional (23.3%), entre otros. Menores porcentajes fueron registrados para hallazgos como: leucoplasia, leucoqueratosis nicotínica de paladar, lengua depapilada y candidiasis entre otros. En 51 (66.3%) pacientes con un tipo de tratamiento menor de seis meses se registraron: lengua saburral (49.4%), queilitis angular (31.1%), úlceras (25.9%), queratosis friccional (20.7%), aftas (19.5%) o hiperplasia fibrosa (10.4%), entre otras.

Se encontró que los farmacodependientes adictos a más de dos drogas presentaron: lengua saburral, queratosis friccional, aftas, fistulas mucosas, abscesos (de origen dentario), leucoplasia, entre otras, en mayores porcentajes que otros pacientes que tenían adicción a una sola droga.

2.3 ANTECEDENTES LOCALES

Cruz Salas Mirella, HALLAZGOS CLÍNICOS MÁS FRECUENTES PACIENTES ALCOHÓLICOS INTERNOS EN CENTRO DE REHABILITACIÓN CASA DE LA JUVENTUD AREQUIPA 2004 (9). Las lesiones en la mucosa bucal con mayor frecuencia presente en pacientes alcohólicos ha sido la prevalencia de lesiones reactivas o hiperplásicas, presentándose esta en el 86% de pacientes y la gingivitis en el 81%. Las lesiones de menor frecuencia presentes en la mucosa bucal fueron la queilitis y las úlceras con un 10%, se encontraron además lesiones pigmentadas

en casi el 67% y glositis en el 24% de examinados. La zona de la cavidad bucal donde se encontraron mayor cantidad de lesiones fue el vestíbulo y el carrillo, encontrándose en esta zona lesiones pigmentadas, reactivas o hiperplásicas de la misma forma, en lengua se encontraron úlceras tipo aftosas. El piso de boca y el paladar blando no presentaron ninguna lesión. La lesión común de tejidos duros que presentaron todos los pacientes en su totalidad fue la caries; la atrición dental se presentó en un 43% de pacientes alcohólicos examinados, no se presentaron casos de abrasión ni erosión dental.

Cuadros Aranzamendi Fabiola L. CARACTERÍSTICAS, TIPOS Y FACTORES DE LAS LESIONES BUCALES EN PACIENTES DROGADICTOS DE 20 A 70 AÑOS DE EDAD, CENTRO DE REHABILITACIÓN; CASA DE LA JUVENTUD. TESIS BACHILLER- FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UCSM, AREQUIPA- PERÚ (11). Se puede apreciar que el 35.71% de los pacientes está en un rango de edad de 21 a 30 años, el consumo de drogas en esta determinada población se debe a diversas circunstancias de su entorno social, la psicología del individuo y la personalidad del mismo, el 57.14% de pacientes presenta lesiones bucales y que el 42.86% no; ya que los factores que determinan la presencia o ausencia de lesiones bucales se da en los pacientes con el sistema inmunológico bajo, es decir sus defensas se encuentran disminuidas, el 50.00% de los pacientes presentan aftas menores, el 33.33% presentan aftas mayores y el 16.6% presentan aftas tipo herpetiforme, se puede observar también que las lesiones aftosas se presentan en los alcohólicos en un 33.33% y en los drogadictos un 66.67%. Como se puede observar, hay una mayor prevalencia de aftas en los pacientes drogadictos por deficiencias del sistema inmunológico, en el 75% de los pacientes se ha presentado la xerostomía como un factor endógeno, mientras que un 25% de ellos no han presentado esta enfermedad, el 89.29% de pacientes ha presentado halitosis como un factor endógeno, mientras que un 10.71% no presenta esta enfermedad.

Loo Escobar Karin, CONSUMO DE MARIHUANA Y SU RELACIÓN CON ALGUNAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS MACROSCÓPICAS EN EL PERIODONTO EN PACIENTES DE TRES CENTROS DE REHABILITACIÓN AREQUIPA 2010 (25). Los pacientes de tres centros de rehabilitación consumen marihuana principalmente de 1 a 3 veces al día (46.6%), en la mayoría de estos la consumen entre 1 a 5 años (53,3%) y la usan a través de la combinación de cigarrillos, pipa e ingesta (33.3%) cada una de ellas corresponde a una tercera parte. Se observó presencia de sangrado gingival en el 60% de los pacientes, la posición en la gingiva real de los pacientes alcanzo una medida de 1.37 mm, la posición de la gingiva aparente observada en los pacientes tuvo un promedio de 0.244 mm. Se encontró relación en las veces de consumo por día de la marihuana con la posición de la gingiva real y la posición de la gingiva aparente, puesto que el consumo de marihuana influye con el nivel de inserción gingival clínica.

3. HIPÓTESIS

Dado que los pacientes drogodependientes pueden presentar alteraciones en el sistema inmunológico, disminución del flujo salival, alteración del ph en saliva, alteraciones en músculos masticadores y que estas circunstancias podrían alterar el sistema estomatognático.

Es probable que en pacientes drogodependientes internos en la casa de rehabilitación casa hogar Amor y Fe, se presenten alteraciones en mucosa bucal y tejidos duros.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

1. AMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Rehabilitación "CASA HOGAR AMOR Y FE"- Arequipa

2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Tipo de Estudio

Este tipo de investigación es de tipo No experimental, ya que el investigador no participa activamente sobre la unidad de estudio.

- Diseño de investigación:

- De acuerdo a la temporalidad:

Este tipo de investigación es transversal ya que se midió una vez sobre la unidad de estudio.

- De acuerdo al lugar donde se obtendrán los datos:

Este tipo de investigación es de campo ya que la recolección de datos se realizó directamente sobre las unidades de estudio.

- De acuerdo al momento de la recolección de datos:

Este tipo de investigación es prospectiva ya que los datos fueron recolectados de acuerdo a la observación.

- De acuerdo a la finalidad investigativa:

La presente investigación es de tipo Descriptiva ya que se observaron características en la variable principal.

3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por pacientes drogodependientes Internos en el Centro de Rehabilitación "Casa Hogar Amor y Fe", que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

4. POBLACIÓN Y MUESTRA:

El Estudio estuvo conformado por los pacientes internos en el centro de Rehabilitación "Casa Hogar Amor y Fe", que cumplieron los criterios de selección establecidos.

La población estuvo constituida por 60 personas. Para la presente investigación se trabajó con la totalidad de unidades de estudio que reunieron los criterios de inclusión y exclusión, quedando finalmente aptos 25 personas.

4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Presenten adicción a algún tipo de droga.
- Pacientes que acepten la participación en la investigación.
- Pacientes de ambos sexos.

4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que presenten alteraciones sistémicas.
- Pacientes que decidan no participar en la investigación.
- Pacientes desdentados totales.
- Pacientes que presenten algún tipo de aparatología.

5. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

5.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

- Variable principal
 - Hallazgos clínicos intraorales

- Variables secundarias
 - Edad
 - Tipo de droga
 - Tiempo de consumo

- TABLA DE VARIABLE PRINCIPAL

Variable Principal	Indicadores	Subindicadores	Categorías	Naturaleza	Escala de Medición
Hallazgos clínicos intraorales	Tejidos Blandos	Pigmentaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Melanosis del fumador • Mancha Melanocítica • Melanoma oral • Nevo 	Cualitativa	Nominal
		Lesiones blancas	<ul style="list-style-type: none"> • Nevo esponjoso blanco • Hiperqueratosis • Queilitis angular. • Leucoplasia idiopática • Liquen plano 	Cualitativa	Nominal
		Lesiones no patológicas de la lengua	<ul style="list-style-type: none"> • Lengua geográfica • Lengua 		

			<ul style="list-style-type: none"> saburral Lengua dentada Lengua fisurada 	Cualitativa	Nominal
		Lesiones rojo-azuladas	<ul style="list-style-type: none"> Glositis Romboide Mediana Lengua depapilada 	Cualitativa	Nominal
		Lesiones ulcerativas	<ul style="list-style-type: none"> Ulceras aftosas Ulceras traumáticas 	Cualitativa	Nominal
		Gingivitis	<ul style="list-style-type: none"> Leve Moderada Severa 	Cualitativa	Ordinal
		Periodontitis	<ul style="list-style-type: none"> Generalizada Localizada 	Cualitativa	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> Crónica agresiva 	Cualitativa	Nominal
	Tejidos duros	Caries	Nº de piezas Cariadas Nº de piezas Obturadas Nº de piezas Perdidas	Cuantitativa	Razón
		Abfracción	<ul style="list-style-type: none"> Presenta No presenta 	Cualitativa	Nominal
		Atrición	<ul style="list-style-type: none"> Presenta No presenta 	Cualitativa	Nominal

		Erosión	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta • No presenta 	Cualitativa	Nominal
		Mov. Dentaria	No presenta Grado 1 Grado 2 Grado 3	Cualitativa	Ordinal

- Tabla de variables secundarias:

Variables	Indicadores	Naturaleza	Escala de medición
Edad	Años	Cuantitativo	Razón
Tipo de Droga	-PBC -Marihuana -Alcohol -Cocaína -Tabaco	Cualitativo	Nominal
Tiempo de consumo	Años	Cuantitativo	Razón

5.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

- Técnicas:

La técnica que se utilizó fue la observación clínica.

- Instrumentos:

El instrumento utilizado fue la ficha de observación clínica (Anexo 1)

Procedimientos para la recolección de datos

1. Se solicitó el permiso correspondiente a la casa hogar para realizar el trabajo de investigación, se hizo firmar el consentimiento informado al presidente del centro de rehabilitación, previa charla antes del inicio para informar acerca del trabajo que se realizaría, los beneficios y las consecuencias. (Anexo N°3).
2. Se conformó un grupo de estudio del cual se recogió información a través de una ficha de observación clínica; Los criterios para determinar los hallazgos encontrados fueron la edad, tiempo de consumo, tipo de droga.
3. El estudio se realizó en un área dentro del centro, brindada por el director la cual estuvo iluminada, limpia, y reunía los requisitos necesarios para el estudio correspondiente.
4. Para la identificación de lesiones en tejidos blandos y tejidos duros, se utilizó una ficha de observación clínica (Anexo N° 1), en la cual se recolectaron los datos obtenidos, en el caso de las lesiones en mucosa, se realizó el apunte en un cuadro donde se consideró además de la lesión, la categoría a la que pertenece y su ubicación en cavidad oral.
5. La identificación de lesiones en tejidos blandos se hizo mediante la observación clínica.

6. Para la identificación de lesiones en tejidos duros, se utilizaron los índices epidemiológicos de CPOD, Índice de Higiene Oral Simplificado, Grado de movilidad según Miller.
7. El índice de CPOD, se registró para cada individuo y se tomó en cuenta la dentición permanente, más específicamente las 28 piezas dentarias, sin contar las terceras molares. Se anotó para cada persona el número de dientes cariados, obturados, perdidos incluyendo las extracciones indicadas debido a caries dental, su valor constituyo en realidad un promedio que se calculó de la siguiente manera:

Total de CPOD en población examinada / total de personas examinadas

8. El Índice Higiene Oral Simplificado, fue utilizado para determinar el grado de higiene oral, se dividió la boca en seis partes y se revisaron los seis dientes específicos, uno por cada sextante.
9. Se evaluaron únicamente seis superficies, una de cada diente seleccionado para el IHOS. El IHOS tiene un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 6, contabilizando detritos y cálculo.
Se revisó siguiendo la secuencia 16, 11, 26, 36,31, y 46. Las superficies dentales se examinaron del borde incisal a cervical con el explorador procurando revisar toda la superficie.

Criterios para establecer el grado de cálculo dental:

0 = Ausencia de cálculo supragingival.

1 = Presencia de cálculo supragingival cubriendo no más de 1/3 de la Superficie examinada.

- 2 = Presencia de cálculo supragingival cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada o bien presencia de pequeñas porciones de cálculo subgingival.
- 3 = Presencia de cálculo y detritos cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada, podría verse una faja continua de cálculo a lo largo de la región cervical del diente, podrá haber o no la presencia de mancha extrínseca.

Criterios para establecer el grado de detritos

- 0 = Ausencia de detritos o mancha extrínseca en la superficie dentaria.
- 1 = Presencia de detritos no más de 1/3 de la superficie del diente, o ausencia de detritos, más presencia de mancha extrínseca.
- 2 = Presencia de detritos cubriendo más de 1/3 pero no más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no presencia de mancha extrínseca.
- 3 = Presencia de detritos cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada; podrá haber o no la presencia de mancha extrínseca.

10. El grado de movilidad según Miller

Con este índice se trató de ver la pérdida de hueso alveolar. Se determinó utilizando el mango del espejo aplicando una fuerza lateral.

- Grado 1: Movilidad de la corona del diente de 0.2 a 1mm en dirección horizontal.
- Grado 2: Movilidad de la corona del diente mayor de 1 mm en sentido horizontal.
- Grado 3: Movilidad de la corona del diente en sentido vertical.

11. Se utilizó el odontograma, para plasmar características particulares presentes en boca como presencia de caries, restauraciones, mala posición, fracturas, alteración del desarrollo, manchas, abrasiones, uso de aparatos protésico, ortodónticos entre otros.

12. También se utilizó un periodontograma, para registrar medidas las cuales se obtuvieron con ayuda de una sonda periodontal la cual permitió un sondaje para saber la profundidad de la bolsa, medir la cantidad de pérdida de la adherencia epitelial, inducir el sangrado y detectar el cálculo subgingival.

Las medidas que se utilizaron en el periodontograma fueron la ya establecidas:

- MG = Margen gingival
- PS = Profundidad de sondaje
- PL = Placa dentobacteriana
- NIC= Nivel de inserción clínica
- SS = Sangrado al sondaje

6. PLAN DE TABULACIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS:

Se realizó la tabulación de los datos mediante la confección de matrices. El procesamiento se realizó de manera computacional, la presentación de los datos se hizo a partir de la confección de tablas de simple y doble entrada y la elaboración de gráficos de barra.

7. ANALISIS DE DATOS

El análisis de datos se llevó a cabo a través del cálculo de frecuencias absolutas (Nº) y relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables principales así mismo , para establecer si existe relación entre las variables secundarias con la principal se aplicó la prueba estadística chi - cuadrado a un nivel de confianza del 95% (0.05).

El proceso de análisis estadístico se llevó a cabo con la ayuda del papel computacional EPI-INFO versión 6.0 (OMS-CDC).

8. RECURSOS

A. HUMANOS

- Investigador : Bach. Merian Bulnes Loaiza

- Asesores
 - Asesor Director : C.D. Alfredo Tejada Málaga
 - Asesor metodológico: Dr. Xavier Sacca Urday
 - Asesor de redacción: Dra. María Luz Nieto Muriel

B. FINANCIEROS

El presente trabajo de investigación fue financiado, en su totalidad, por la investigadora.

C. MATERIALES

1. Trípode
2. Gorro
3. Guantes
4. Torundas de algodón
5. Cámara fotográfica
6. Lapicero
7. Papel

D. INSTITUCIONALES

- 1.-Universidad Alas peruanas-Filial Arequipa
- 2.- Centro de Rehabilitación Casa hogar Amor y Fe

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES SEGÚN EDAD

EDAD	N°	%
20 a 35 años	12	48.0
36 a 50 años	10	40.0
51 a más	3	12.0
Media Aritmética	38.16	
Desviación Estándar	12.61	
Edad Mínima	20	
Edad Máxima	67	
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

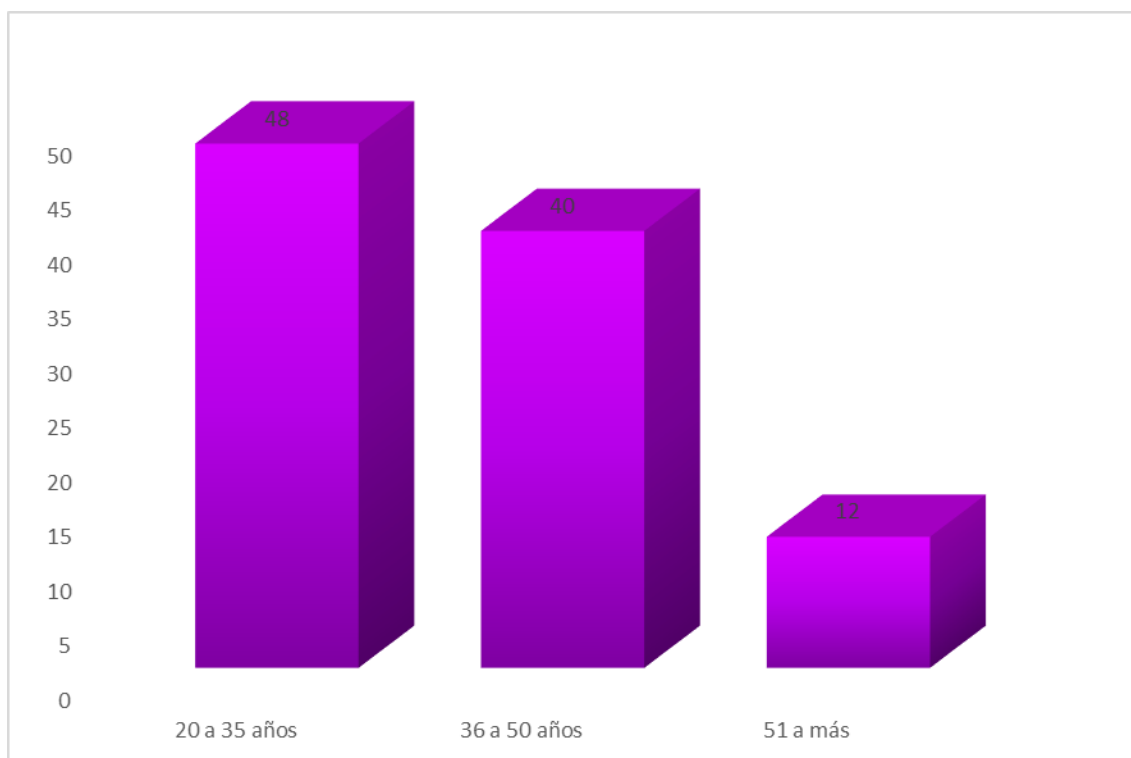
INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 1 podemos apreciar la edad de los pacientes drogodependientes motivo de estudio, observándose que el mayor porcentaje de ellos (48.0%) tenían entre 20 a 35 años, mientras que el menor porcentaje correspondió a los de 51 a más años (12.0%).

Así mismo, se evidencia que el promedio de edad de los pacientes drogodependientes fue de 38.16 años y sus edades oscilaron entre los 20 y 67 años.

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES SEGÚN EDAD



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES SEGÚN
TIEMPO DE CONSUMO

TIEMPO DE CONSUMO	N°	%
De 1 a 5 años	3	12.0
De 6 a 10 años	10	40.0
De 11 a 20 años	9	36.0
De 21 a más	3	12.0
Media Aritmética	13.56	
Desviación Estándar	10.20	
Tiempo Mínimo	1	
Tiempo Máximo	45	
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

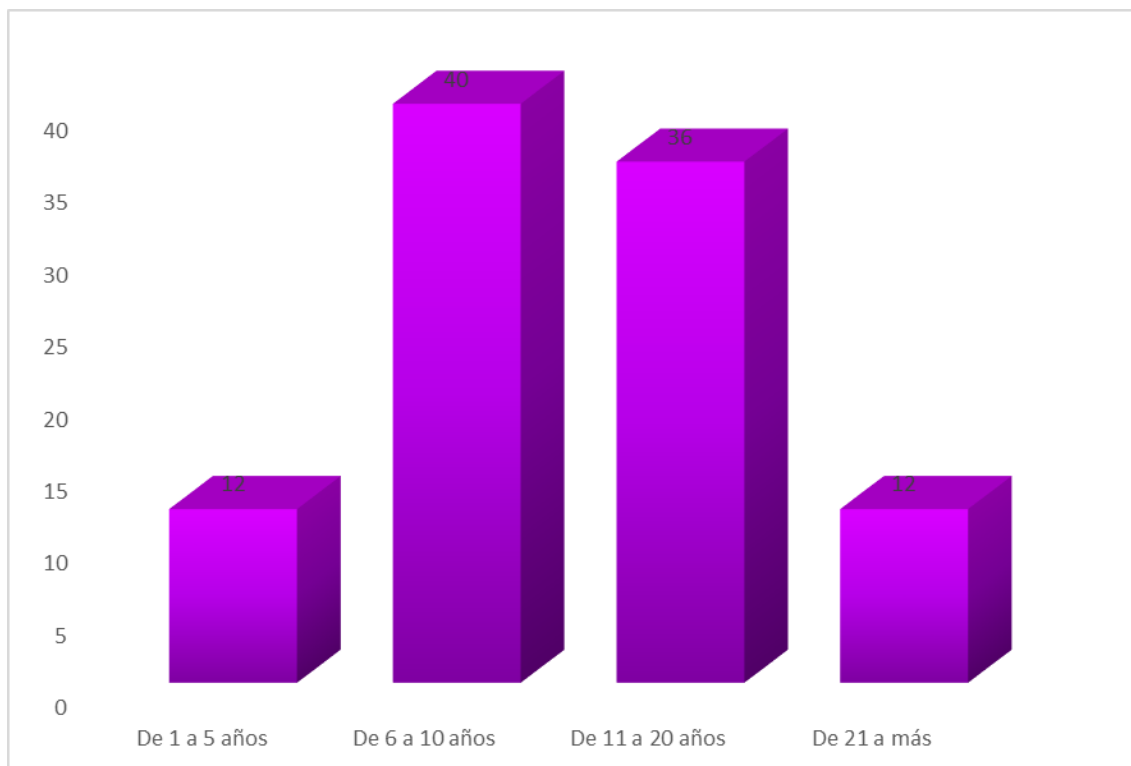
INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos permite evidenciar que el mayor porcentaje de pacientes drogodependientes (40.0%) tienen un tiempo de consumo que estuvo entre los 6 y 10 años, mientras que el menor porcentaje fue de 1 a 5 años (12.0%) y de 21 años a más (12.0).

Además, podemos apreciar que el promedio del tiempo de consumo fue de 13.56 años, observándose que el tiempo mínimo fue de 1 y el máximo llegó hasta los 45 años.

GRÁFICO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES SEGÚN TIEMPO DE CONSUMO



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES SEGÚN TIPO DE DROGA

DROGA	N°	%
PBC	17	25.4
Marihuana	9	13.4
Alcohol	11	16.4
Cocaína	24	35.8
Tabaco	6	9.0
Total	67	100.0

Fuente: Matriz de datos

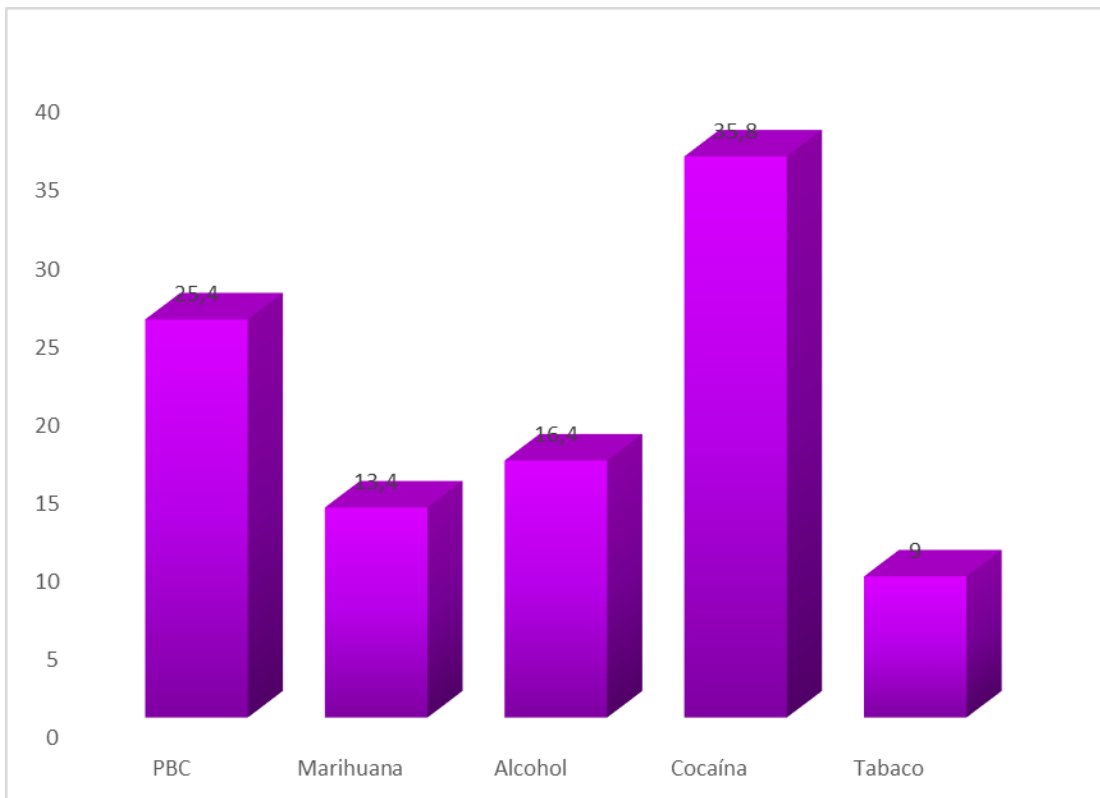
INTERPRETACIÓN:

Esta tabla nos permite establecer el tipo de droga consumida, cabe resaltar que el total es mayor al número de pacientes motivo de estudio debido a que ellos utilizan más de una a la vez.

Se puede observar que la droga más consumida fue la cocaína (35.8%) seguida de la Pasta Básica de Cocaína (PBC) (25.4%). Además, la droga menos consumida fue el tabaco (9.0%)

GRÁFICO N°3

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES SEGÚN TIPO DE DROGA



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 4**ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES**

IHOS	N°	%
Bueno	3	12.0
Regular	19	76.0
Malo	3	12.0
Media Aritmética	2.13	
Desviación Estándar	0.81	
Índice Mínimo	0.90	
Índice Máximo	3.80	
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

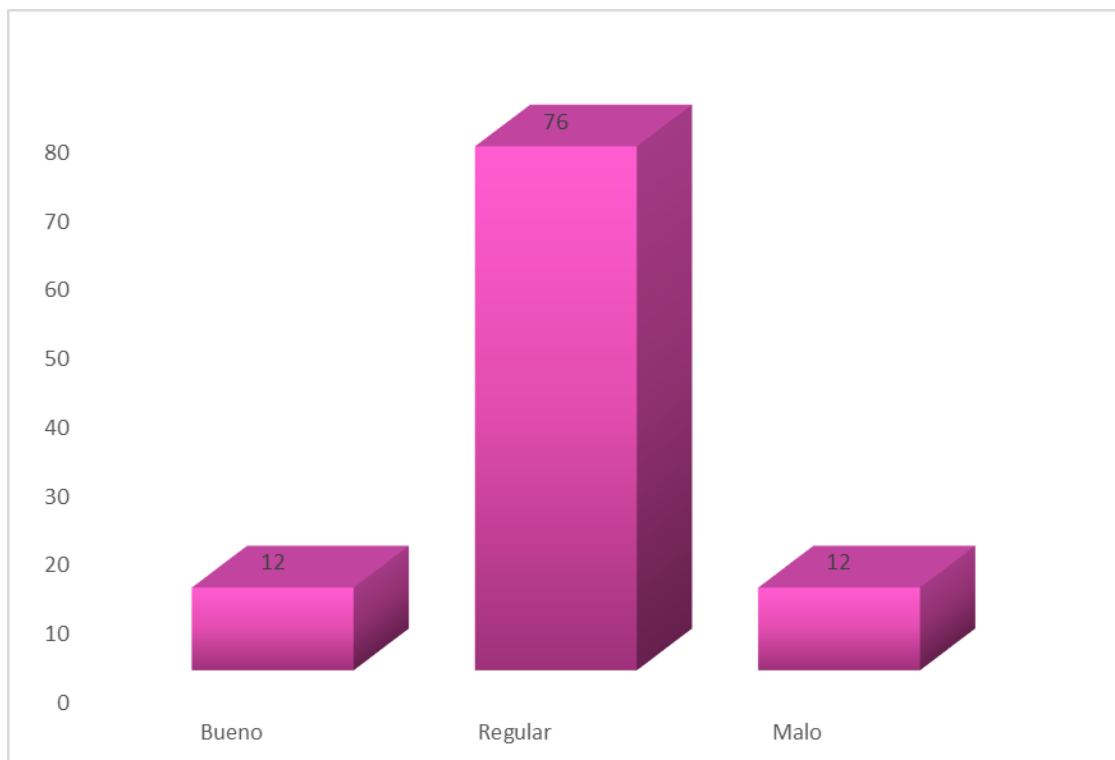
INTERPRETACIÓN:

El índice de higiene oral (IHOS) observado en los pacientes drogodependientes fue básicamente regular (76.0%), mientras que la minoría de ellos estaban dentro de la clasificación de bueno (12.0%) y malo (12.0%).

Además, podemos evidenciar que este índice alcanzó un promedio de 2.13, el cual es considerado como regular. Así mismo, el índice osciló entre el valor de 0.90 (considerado como bueno) y 3.80 (considerado como malo).

GRÁFICO N° 4

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 5
PIGMENTACIONES EN MUCOSA ORAL DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES

PIGMENTACIONES	N°	%
MELANOSIS DEL FUMADOR		
No presenta	21	84.0
Presenta	4	16.0
NEVO		
No presenta	19	76.0
Presenta	6	24.0
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

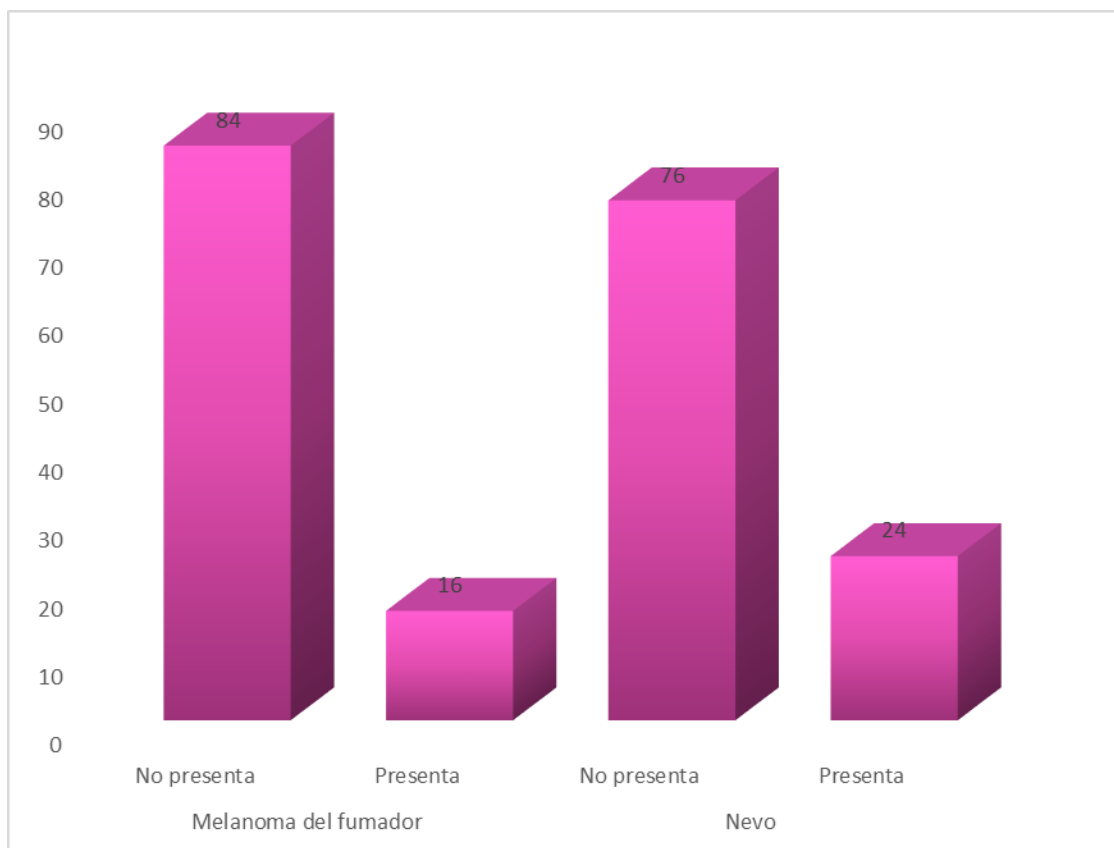
INTERPRETACIÓN:

Respecto a las pigmentaciones evaluadas en los pacientes drogodependientes, hemos encontrado en primer lugar, en el 16.0% de ellos melanosis del fumador, otro hallazgo realizado fue respecto al nevo, el cual fue descubierto en el 24.0% de los pacientes.

Entonces, respecto a las pigmentaciones, dentro de lo evidenciado, lo más prevalente fue el nevo

GRÁFICO N° 5

PIGMENTACIONES EN MUCOSA ORAL DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 6

LESIONES BLANCAS DE LA MUCOSA ORAL EN LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES

LESIONES BLANCAS	N°	%
NEVO ESPONJOSO BLANCO		
No presenta	24	96.0
Presenta	1	4.0
HIPERQUERATOSIS		
No presenta	20	80.0
Presenta	5	20.0
QUEILITIS ANGULAR		
No presenta	7	28.0
Presenta	18	72.0
LEUCOPLASIA		
No presenta	23	92.0
Presenta	2	8.0
LIQUEN PLANO		
No presenta	24	96.0
Presenta	1	4.0
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

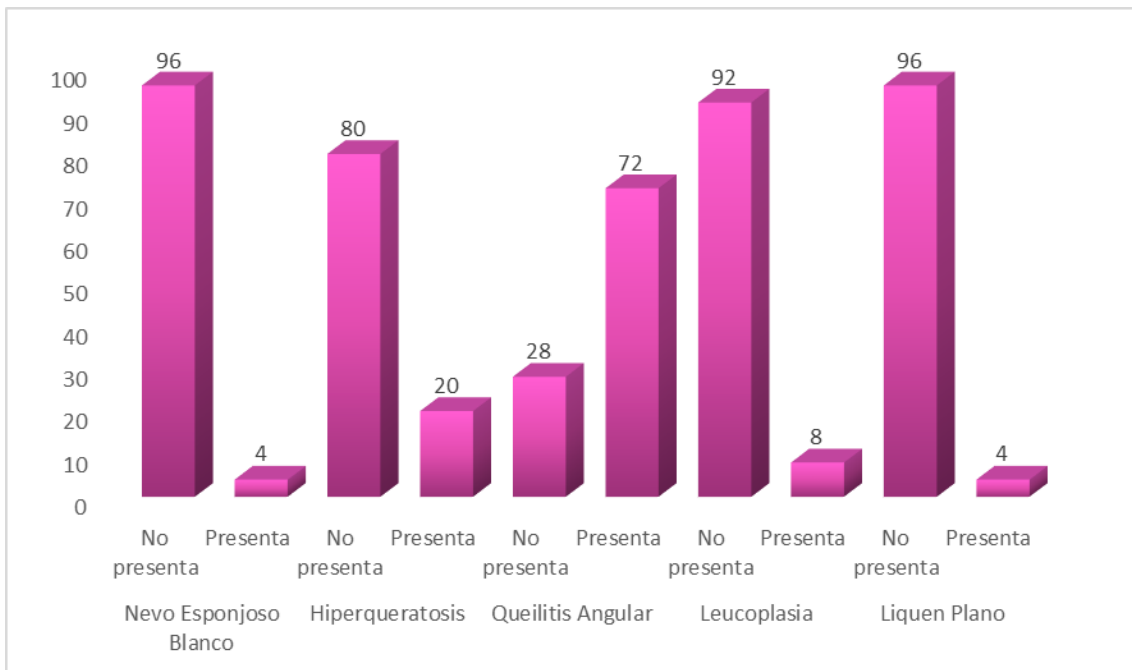
INTERPRETACIÓN:

En relación a las lesiones blancas encontradas, podemos apreciar que el nevo esponjoso blanco tuvo una prevalencia de 4.0% en los pacientes drogodependientes estudiados, ahora bien, respecto a la hiperqueratosis, su prevalencia alcanzó un valor de 20.0%, la queilitis angular fue prevalente en el 72.0%, la leucoplasia en el 8.0% y finalmente el liquen plano estuvo presente en el 4% del grupo de estudio.

Entonces, la lesión blanca más prevalente fue la queilitis angular.

GRÁFICO N° 6

LESIONES BLANCAS DE LA CAVIDAD ORAL EN LOS PACIENTES DRO- GODEPENDIENTES



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 7
LESIONES NO PATOLÓGICAS DE LA LENGUA EN LOS PACIENTES
DROGODEPENDIENTES

LESIONES NO PATOLÓGICAS DE LA LENGUA	N°	%
LENGUA FISURADA		
No presenta	15	60.0
Presenta	10	40.0
LENGUA SABURRAL		
No presenta	1	4.0
Presenta	24	96.0
LENGUA DENTADA		
No presenta	18	72.0
Presenta	7	28.0
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

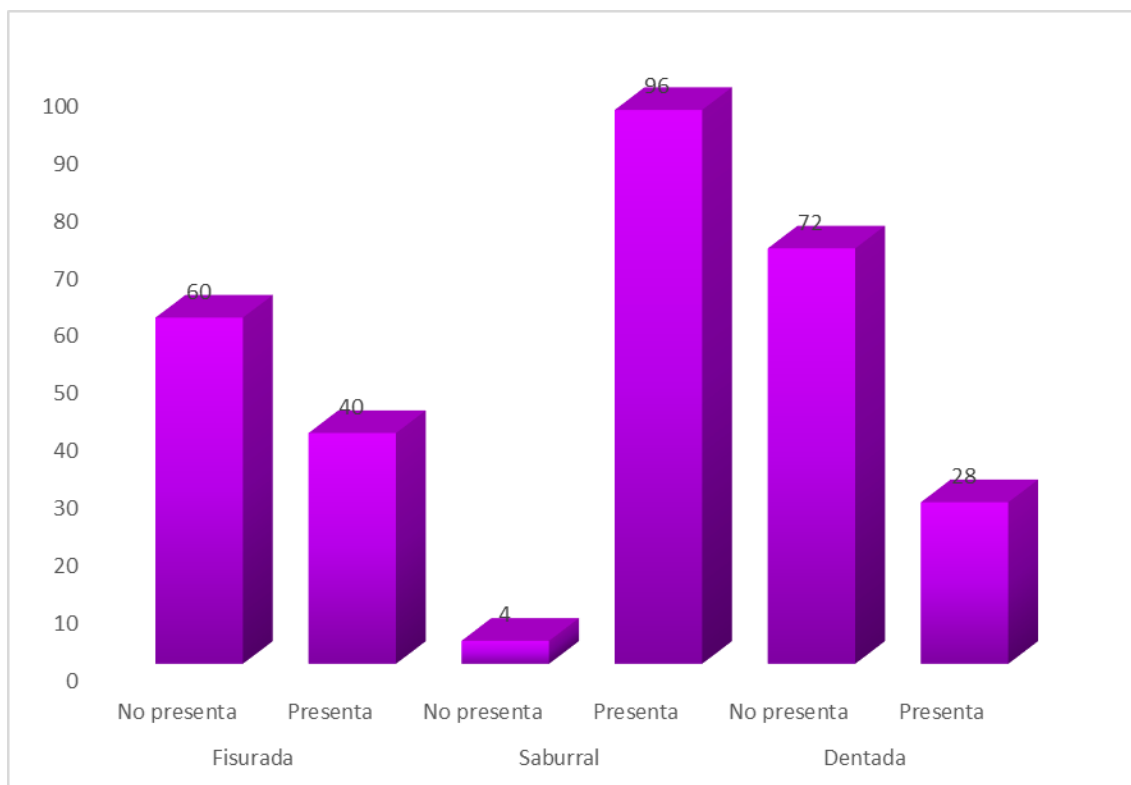
INTERPRETACIÓN:

Las lesiones no patológicas de lengua observadas en los pacientes drogodependientes evidencia que la lengua fisurada estuvo presente en el 40.0% de los pacientes, la lengua saburral fue prevalente en el 96.0% y la lengua dentada afecto al 28%.

Entonces, dentro de este grupo de hallazgos relacionados con la lengua, lo más saltante es la saburral.

GRÁFICO N° 7

LESIONES NO PATOLÓGICAS DE LA LENGUA EN LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 8
LESIONES ROJO AZULADAS DE LA CAVIDAD ORAL EN LOS PACIENTES
DROGODEPENDIENTES

LESIONES ROJO – AZULADAS	N°	%
GLOSITIS ROMBOIDE MEDIA		
No presenta	24	96.0
Presenta	1	4.0
Total	25	100.0

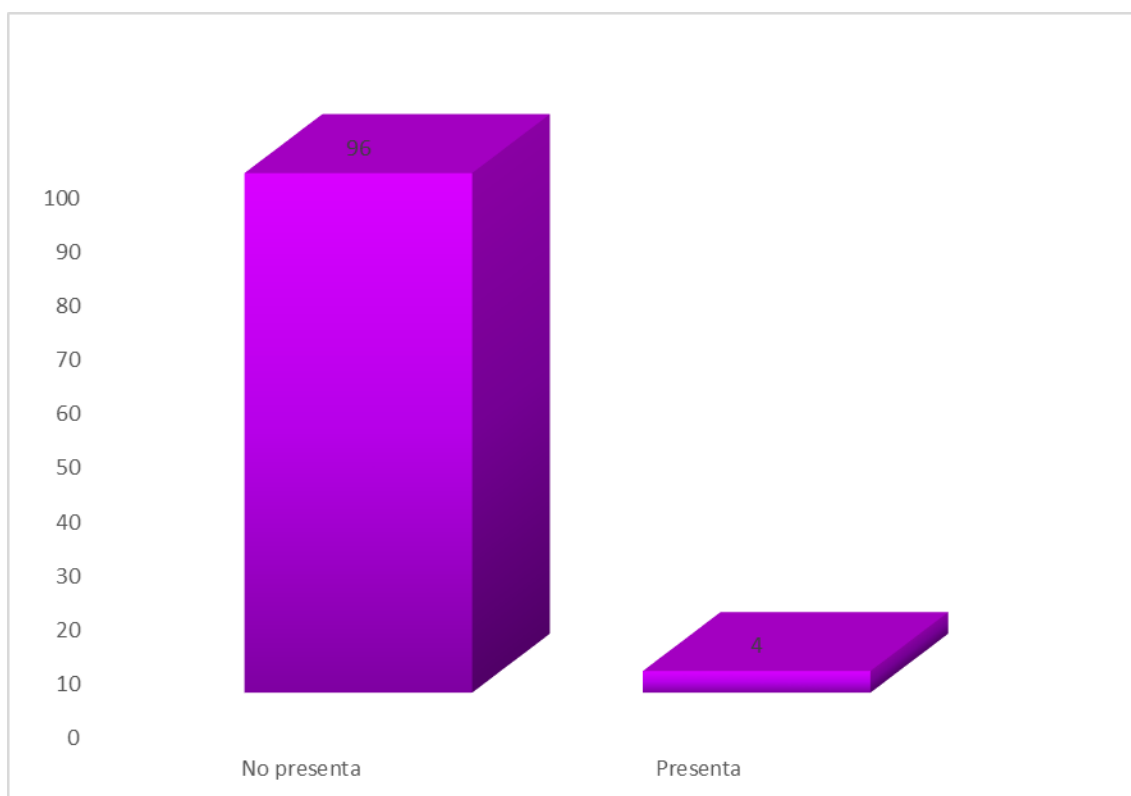
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

Las lesiones rojo azuladas que se encontraron fueron la glositis romboide media, la cual fue prevalente en el 4.0% de los pacientes drogodependientes motivo de investigación.

GRÁFICO N° 8

LESIONES ROJO AZULADAS DE LA CAVIDAD ORAL EN LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 9

**LESIONES ULCERATIVAS DE LA CAVIDAD ORAL EN LOS PACIENTES
DROGODEPENDIENTES**

LESIONES ULCERATIVAS	N°	%
ÚLCERA TRAUMÁTICA		
No presenta	18	72.0
Presenta	7	28.0
Total	25	100.0

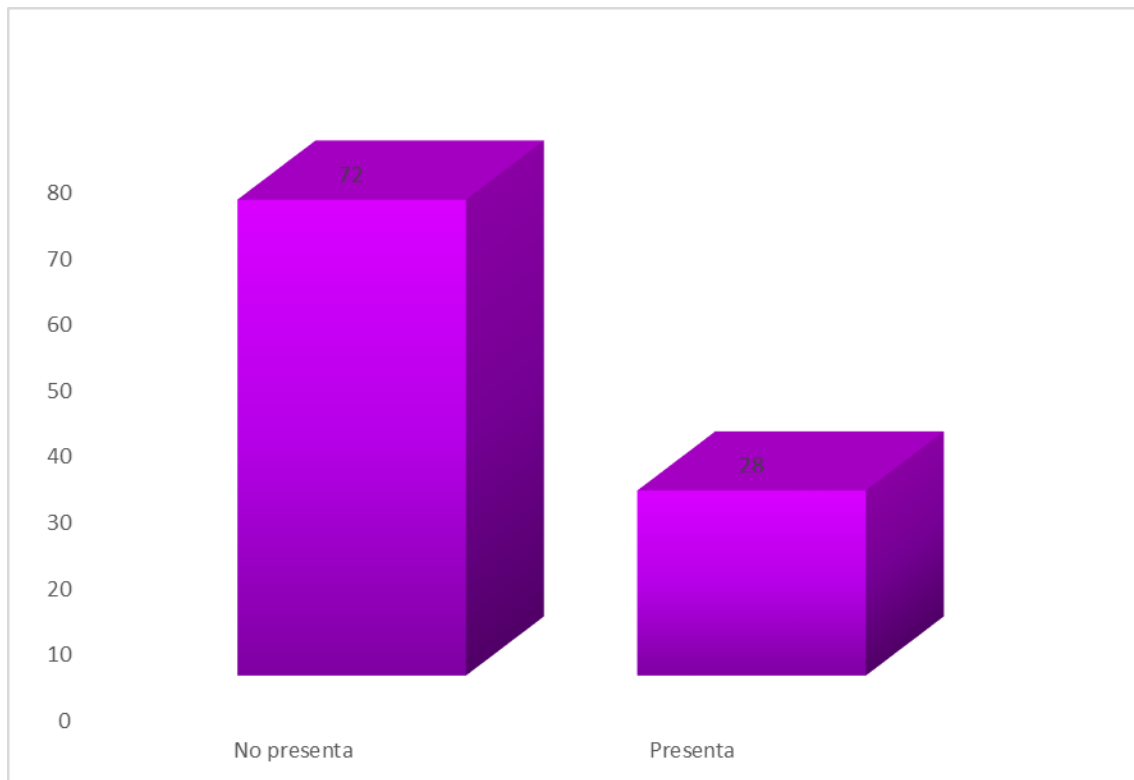
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos muestra las lesiones ulcerativas que tenían los pacientes drogodependientes, siendo diagnosticada la úlcera traumática, la cual fue prevalente en el 28% de los pacientes.

GRÁFICO N° 9

LESIONES ULCERATIVAS DE LA CAVIDAD ORAL EN LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES



Fuente: Matriz de datos

TABLA N°10

PERIODONTITIS EN LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES

Periodontitis - Tipo	Periodontitis – Gravedad						Total	
	Leve		Moderada		Severa		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Localizada	0	0.0	2	66.7	1	33.3	3	100.0 (12.0)
Generalizada	4	18.2	10	45.5	8	36.4	22	100.0 (88.0)
Total	4	16.0	12	48.0	9	36.0	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

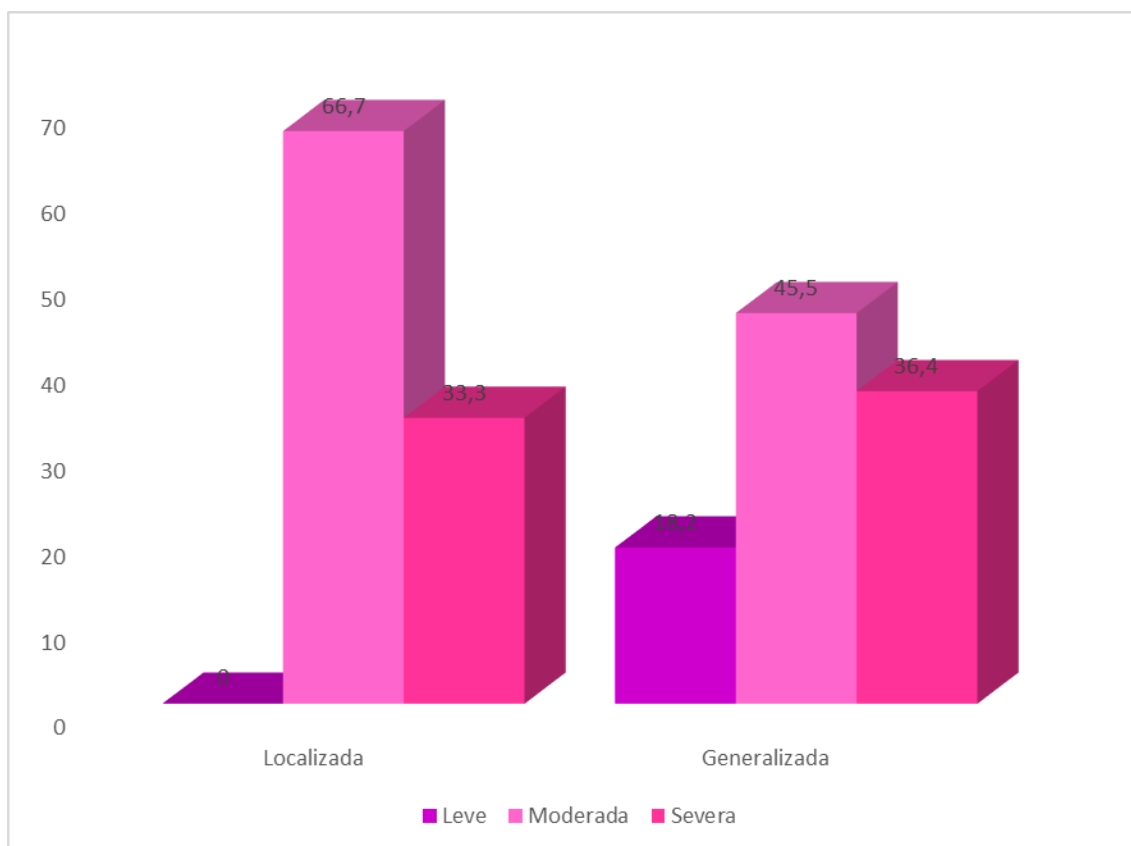
INTERPRETACIÓN:

La presente tabla nos permite conocer el tipo y la gravedad de la periodontitis que evidenciaron los pacientes drogodependientes considerados en la presente investigación. Respecto al tipo, la más prevalente fue la generalizada (88.0%), luego estuvo la localizada (12.0%). Respecto a la gravedad, en la mayoría de los pacientes fue moderada (48.0%).

Otro dato importante es que tanto los pacientes con periodontitis localizada (66.7%) como generalizada (45.5%) su gravedad correspondió al nivel de moderado.

GRÁFICO N°10

PERIODONTITIS EN LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 11

ÍNDICE DE CARIES EN LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES

VALORES	ÍNDICE DE CARIES			
	Cariadas	Perdidas	Obturadas	CPOD
Media Aritmética	13.63	3.63	0.74	18.00
Desviación Estándar	3.42	3.53	1.25	3.36
Mínimo	7	0	0	12
Máximo	20	14	4	24
TOTAL				25

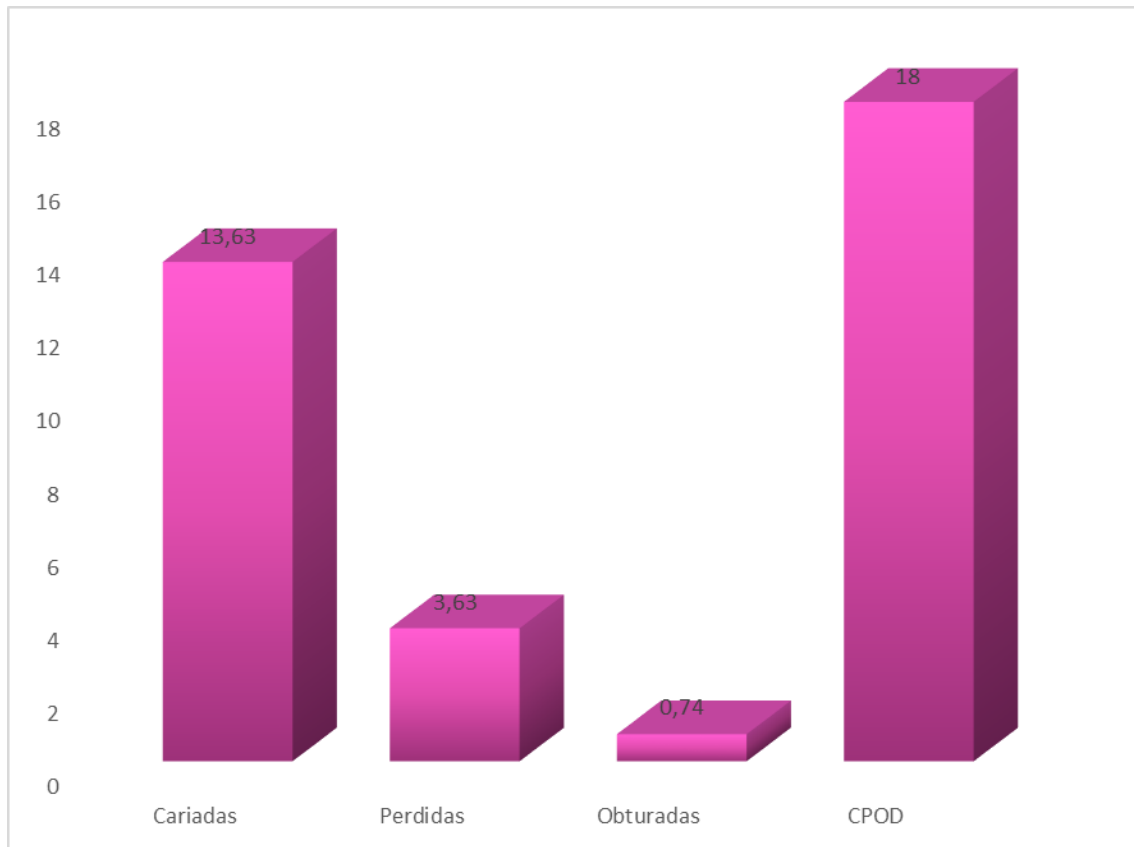
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

El índice de caries observado en los pacientes drogodependientes fue, para el componente de cariados, en promedio de 13.63, para el componente de perdidos de 3.63 y para el componente de obturadas de 0.74. Estos tres componentes determinan el índice de caries CPOD, el cual alcanzó un promedio de 18, considerado como muy alto según la Organización Mundial de la Salud.

GRÁFICO N° 11

ÍNDICE DE CARIES EN LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 12
DESGASTE DENTARIO EN LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES

DESGASTE DENTARIO	N°	%
ABFRACCIÓN		
No presenta	15	60.0
Presenta	10	40.0
Sector		
Anterior	7	70.0
Posterior	0	0.0
Anterior y Posterior	3	30.0
ATRICIÓN		
No presenta	13	52.0
Presenta	12	48.0
Sector		
Anterior	11	91.7
Posterior	0	0.0
Anterior y Posterior	1	8.3
EROSIÓN		
No presenta	18	78.3
Presenta	5	21.7
Sector		
Anterior	4	80.0
Posterior		0.0
Anterior y Posterior	1	20.0
Total	25	100.0

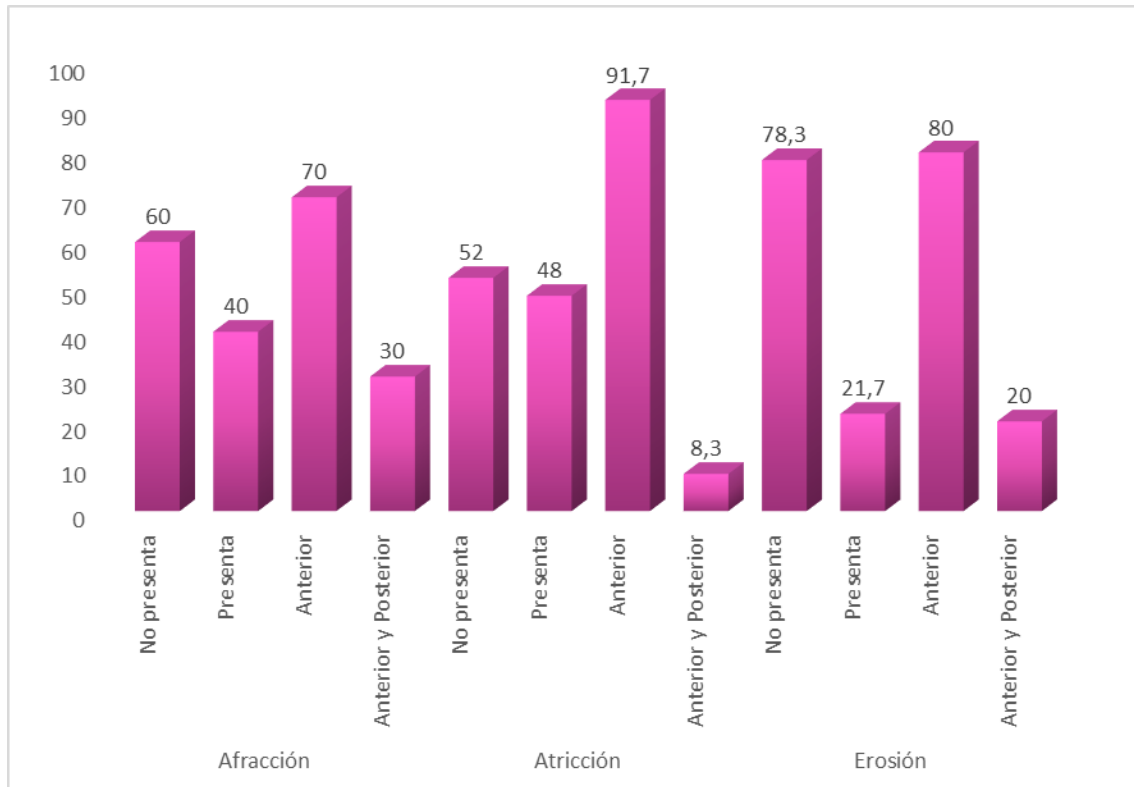
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

Respecto al desgaste dentario, tenemos que la abfracción se presentó en el 40.0% de los pacientes drogodependientes y se ubicó principalmente en el sector anterior (70.0%); respecto a la atrición, se evidenció en el 48.0% y se localizó preferentemente en el sector anterior (91.7%). Finalmente la erosión se observó en el 21.7% de los pacientes con una localización en el sector anterior (80.0%).

GRÁFICO N° 12

DESGASTE DENTARIO EN LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 13

MOVILIDAD DENTARIA DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES

MOVILIDAD DENTARIA	N°	%
GRADO		
No presenta	12	48.0
Grado 1	8	32.0
Grado 2	5	20.0
Grado 3	0	0.0
SECTOR		
Anterior	9	69.2
Posterior	2	15.4
Anterior y Posterior	2	15.4
Total	25	100.0

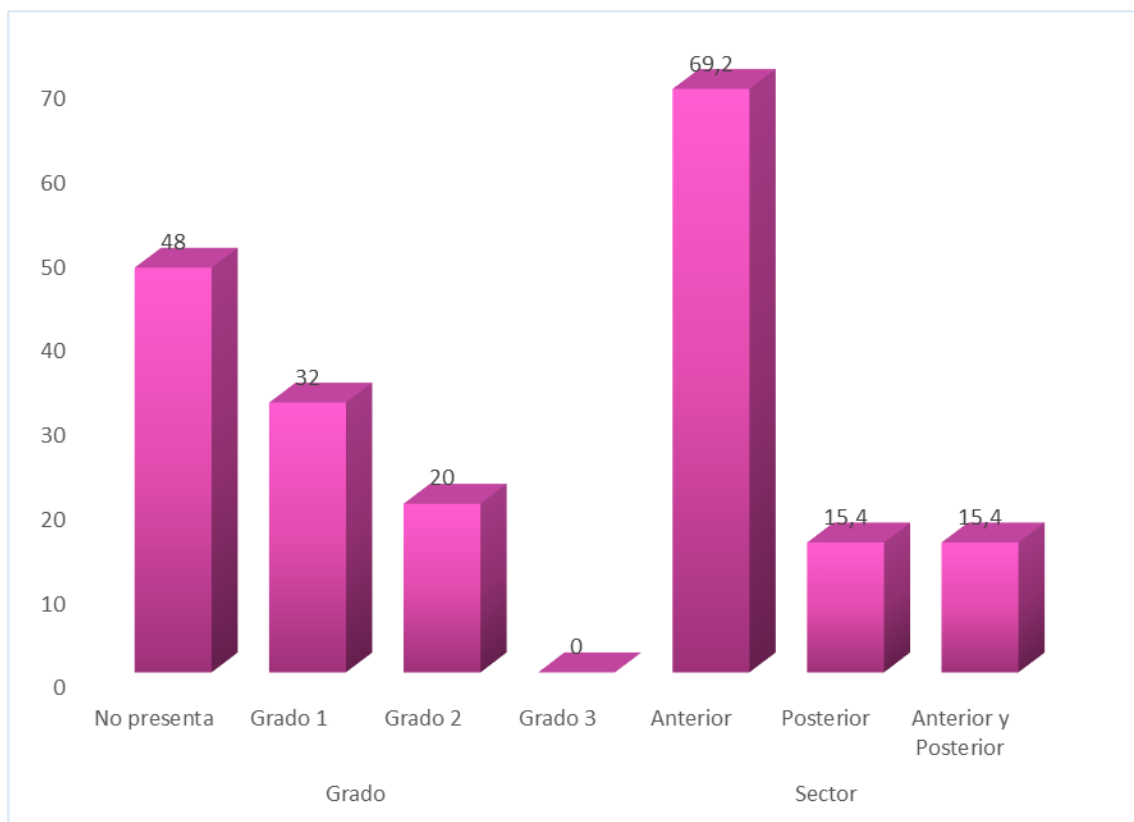
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La movilidad dentaria estuvo presente en el 52.0% de los pacientes, siendo el grado 1 la más habitual entre ellos (32.0%) seguido del grado 2 (20.0%). Respecto al sector donde se apreció esta fue en el anterior (69.2%).

GRÁFICO N° 13

MOVILIDAD DENTARIA DE LOS PACIENTES DROGODEPENDIENTES



Fuente: Matriz de datos

2. Discusión

El consumo de drogas legales o ilegales constituye un problema de salud, los riesgos y daños asociados al consumo varían para cada sustancia, como es el ejemplo del alcohol, cuyo consumo causa hipovitaminosis sobre todo de la vitamina B, al igual que en el caso de la cocaína, la cual al ser consumido ocasiona una disminución del apetito causando desnutrición y así colocando en un estado de debilidad al consumidor.

Nuestros resultados muestran a la queilitis angular como lesión más prevalente ubicada dentro de la categoría de lesiones blancas con un 72%, estos resultados concuerdan con los estudios realizados por Sandoval JC (35) en que la queilitis angular fue prevalente dejando en un menor porcentaje al resto de lesiones blancas presentes leucoplasia, leucoqueratosis nicotínica del paladar, candidiasis entre otros. El porcentaje elevado de prevalencia de queilitis angular, se debe probablemente a la desnutrición y déficit de vitaminas que presentan los pacientes drogodependientes ya que el consumo de ciertas drogas, como en el caso de la cocaína que disminuyen el apetito y el alcohol que produce una deficiencia de vitamina B, uno de los factores etiológicos de dicha lesión.

Otro Hallazgo importante fue la prevalencia de lengua saburral con 96%, lo cual también coincide con los estudios realizados con Sandoval JC (35), en que la lengua saburral prevalece sobre las lesiones encontradas dentro de la categoría de lesiones no patológicas de la lengua con 56%. Esto demuestra que la falta de higiene, factor causal de esta lesión, es evidente en este tipo de pacientes debido al problema de drogodependencia por el que atraviesan.

De otro lado, se observa la prevalencia de periodontitis generalizada con 88%, siendo en la mayoría de los pacientes moderada con 48%, resultados que difieren con los estudios realizados por Garay Pérez Roxana (19) donde la mayor cantidad de pacientes no presentaron bolsa gingival (86.7%) ni sangrado gingival (51,7%).

Así mismo se observa que la movilidad dentaria estuvo presente en 52% de los casos, resultados que también difieren con los estudios realizados por Garay Pérez Roxana (19) donde el 96,7% de pacientes no presentaron movilidad dentaria.

Coincidencias importantes fueron observadas en los resultados obtenidos por Cruz Salas Mirella(12) donde la atrición dental se presentó en 43% siendo la más común luego de la caries dental, en los pacientes alcohólicos examinados y en este estudio la atrición dental, fue la más frecuente con 48%.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Respecto a los tejidos blandos y tejidos duros de los pacientes drogodependientes, podemos concluir que el índice de higiene oral, en la mayoría de ellos (76.0%) fue regular; respecto a las pigmentaciones observadas en mucosa oral correspondieron a melanosis del fumador (16.0%) y nevo (24.0%). En relación a las lesiones blancas, se observó nevo esponjoso blanco (4.0%), hiperqueratosis (20.0%), queilitis angular (72.0%), leucoplasia (8.0%) y liquen plano (4.0%). Las lesiones no patológicas de la lengua, fueron la fisurada (40.0%) la saburral (96.0%) y la dentada (28.0%). También se encontró glositis romboide media (4.0%) y úlceras traumáticas (28.0%). La periodontitis fue principalmente generalizada (88.0%) y moderada (48.0%).

SEGUNDA:

En relación a los tejidos duros, el índice de CPOD fue de 18, además el desgaste dentario se evidenció como abfracción (40.0%), atrición (48.0%) y erosión (21.7%). Finalmente, la mayoría de los pacientes presentó movilidad dentaria (52.0%).

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Se sugiere a los profesionales de la salud oral llevar a cabo otras investigaciones, con esta misma población de drogodependientes, donde se evalúen los cambios histopatológicos que se producen en los distintos tejidos producto de su adicción.

SEGUNDA:

Se recomienda a los profesionales de la salud, específicamente a los odontólogos, conocer más acerca de los efectos que producen las sustancias psicoactivas en la cavidad oral, para su mejor diagnóstico y posterior tratamiento.

TERCERA:

Se recomienda que los Centros de Rehabilitación de Drogodependientes dependan de la autoridad de salud competente (MINSa) para que se vea y solucione sus problemas de salud de manera integral multidisciplinariamente (Atención odontológica) entre ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arizmendi Beatriz G, Aristizabal Juan Fernando, Ballesteros Rosa Emilia, Benitez Maria del Socorro, Hallazgos clínicos orales característicos en Consumidores de Basuco, Cocaína y/o Marihuana.
2. Bascones, Antonio. Medicina Bucal Editorial Ariel 3 era edición Barcelona, España 2004.
3. Basov Ksenia, Sanabria Zulayma , Aguilera María , Prevalencia de manifestaciones bucales en individuos Narcodependientes. (2012). Artículo elaborado por la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Volumen 13.
4. Bordoni N, Doño R, Squassi A. PRECONC. Odontología Preventiva. Diagnóstico de enfermedades por placa bacteriana. Argentina: Editorial Paltex. 1999.
5. Bobes Garcia, Julio, Casas Bruge, Miguel, Gutierrez Fraile, Miguel. Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencia, trastornos adictivos Editorial Ars Médica. España 2003. Disponible en: www.adamedfarma.es/wp-content/upload/2015/05/Manual-trastornos-Adictivos.pdf
6. Carranza A. Fermín Periodontología Clínica 9na edición 2004.
7. Ceccotti Luis, Sforza Ricardo, El diagnóstico en clínica Estomatológica. (2007). Primera edición .Buenos Aires .Editorial Medica Panamericana. Pp.505-600.

8. CEDRO. Disponible en :
<http://www.cedro.org.pe/drogas/marihuana>
9. Cruz Salas Mirella , Hallazgos clínicos más frecuentes pacientes alcohólicos internos en centro de rehabilitación casa de la Juventud Arequipa 2004, Tesis de Cirujano Dentista, Perú, Universidad Católica Santa María.
10. Crispian Scully, Jose V. Bagan, Marco Carrozo, Catherine M. Flaitz, Sergio Gandolfo. Guía de Bolsillo de Enfermedades orales. Editorial Elsevier Capítulo 1. p.11-15.
11. Cuadros Aranzamendi Fabiola Características, tipos y factores de las lesiones bucales en pacientes drogadictos de 20 a 70 años de edad, Centro de Rehabilitación casa de la Juventud Tesis bachiller –Facultad de odontología UCSM. Arequipa –Perú.
12. FIGUN, Mario E, Anatomía descriptiva y topográfica de la boca, 2da Edición el ateneo. Buenos Aires.1968.
13. Fundación Manantiales. Disponible en:
www.manantiales.org/drogas_pasta_base_de_cocaina.php
14. Garay Pérez Roxana, Consumo de marihuana y características clínicas, en el tejido periodontal en pacientes de un centro de rehabilitación, Tesis de Cirujano dentista, Perú, Universidad Nacional de San Marcos, 2009.
15. Gema I, San Narciso Izquierdo. Drogodependencias, conceptos básicos.
Disponible en :

www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/DROGODEPENDENCIA/S/1DRO-CONCEPTO.pdf

16. Grinspan D. Enfermedades de la boca: semiología, patología, clínica y Terapéutica de la mucosa bucal. Tomo 1, Cap 2. Ed. Mundi. Argentina. 1970.
17. Grisolle Augustin. Tratado elemental y practico de Patología Interna , Vol 1-2, pág. 266. 1840.
18. Guinta John, Patología Bucal Editorial Interamericana 1º Edición Mexico. 1978.
19. Gomes de ferraris, María Elsa. Cavidad bucal. Capítulo 5.p.87.
20. Henostroza Haro Gilberto, Diagnostico de Caries dental.Capitulo 1.p. 13-27.
21. Jimenez Cecilia. Acta odontológica Venezolana. Acta odontol. Venez v.45 n 3 .Caracas Sep.2007.Lesiones ulcerativas .Disponible en:

www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50001-63652007000300032
22. José Pedro Prieto, Cecilia Scorzo,Articulo de Divulgacion.Instituto de Investigaciones Biologicas Clemente Estable. Montevideo Uruguay. 2010. Disponible en:

www.iibce.edu.uy/DIVULGACION/ArticulodedivulgaciondeUruguay-PASTABASEDECOCAINA.pdf
23. Kaufman E, McNaul PJ.Desarrollos recientes en la compresión y trata-

miento del abuso de drogas y de la dependencia .Hospital and community Psychiatry.

24. Laskaris George, Atlas de Enfermedades Orales Editorial Elseiver Masoon 1era. Edición.España 2005.

25. Loo Escobar Karin, Consumo de Marihuana y su relación con algunas características clínicas macroscópicas en el periodonto en pacientes de tres centros de rehabilitación, Tesis de Cirujano Dentista , Arequipa Perú 2010.

26. Lorenzo Pedro, Drogodependencias .Farmacología. Patología .Psicología. Legislación Editorial Panamericana 2da Edición.España 2003.

27. Mario Martínez Ruiz, Gabriel Rubio Valladolid, Manual de drogodependencias. Para enfermería Ediciones Díaz Santos. Madrid 2002.

Disponible en:

<https://books.google.es/books?id=oOqPqRekscC&printsec=Frontcover&hl=esv=onepag&q&f=false>

28. REGEZI;Joseph A ; Sciubba James.” Patología bucal”.

29. Sandoval JC. Hallazgos de Lesiones bucales clínicamente observadas en un grupo de pacientes farmacodependientes. Tesis bachiller – Facultad de odontología UPCH, Lima- Perú 1989.

30. Sapp Philip Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea Editorial Elsevier. Edición.España 2005.

ANEXOS

ANEXO N°1

FICHA DE OBSERVACIÓN CLÍNICA

1.-ENTREVISTA

Nº Ficha:

Edad:

a) ¿A qué edad usted empezó a consumir drogas?

b) ¿Qué drogas ha consumido?

c) ¿Cuánto tiempo lleva consumiendo drogas?

d) Cuando consumía drogas, ¿Acostumbraba cepillarse los dientes?

SI No

e) ¿Con que frecuencia lo hacía?

- Una vez al día
- Dos veces al día
- Tres veces al día
- Después del consum

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

Superficie	16 / V	11/ V	26 / V	36 / L	31/ V	46 / L	
Detritos							
Cálculo							

- a) Excelente 0
- b) Bueno 0.1 -1.2
- c) Regular 1.3 - 3.0
- d) Malo 3.1- 6.0

2.- CAVIDAD ORAL: Localización de lesiones

LESIÓN	CATEGORÍA	UBICACIÓN (zona)

3.-ÍNDICE DE CPOD / ODONTOGRAMA

C	P	O	X

Cuantificación:

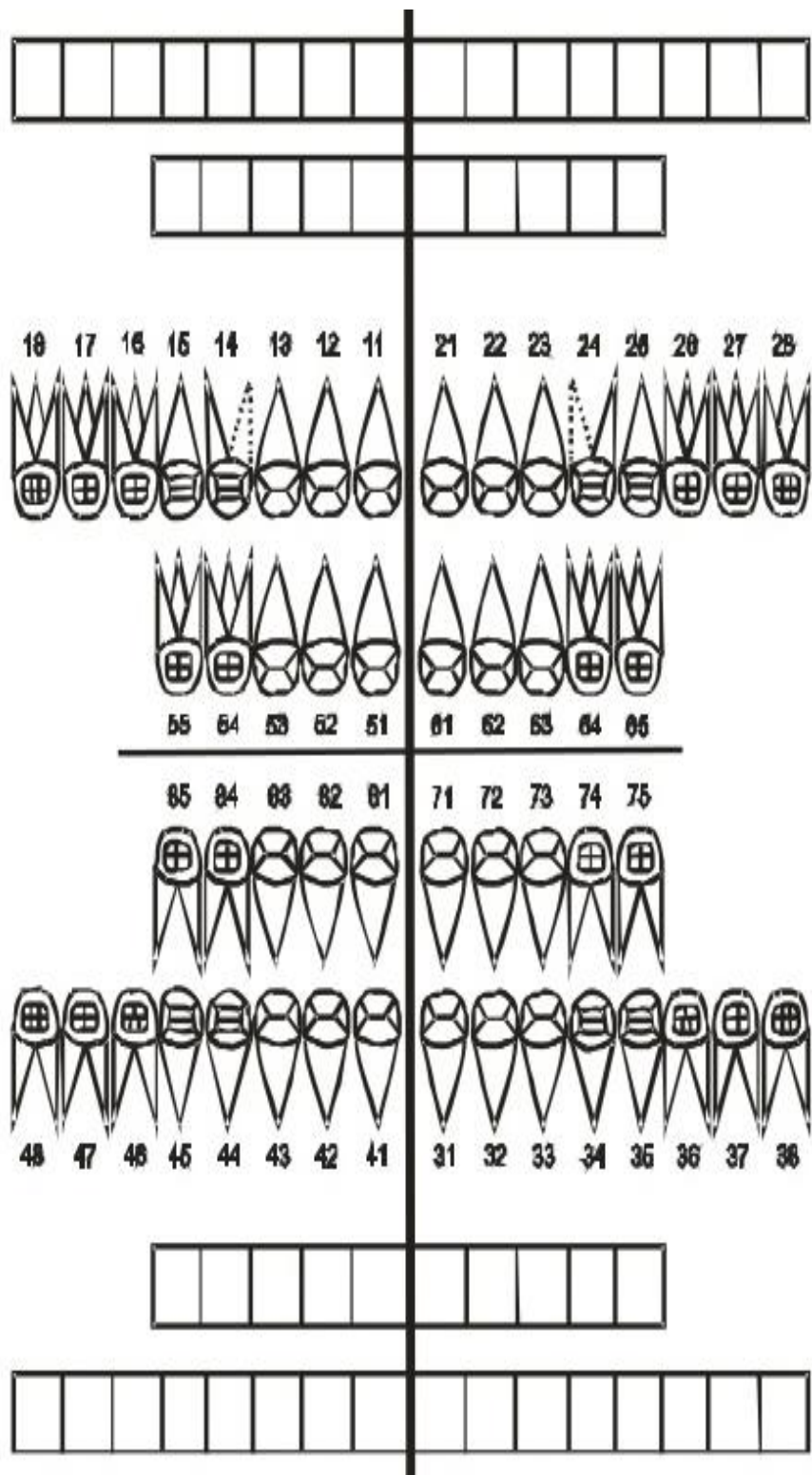
a) 0,0 - 1,1 = muy bajo

b) 1,2 - 2,6 = bajo

c) 2,7 - 4,4 = moderado

d) 4,5 - 6,5 = alto

e) > 6,6 = muy alto



Observaciones: _____

ANEXO N° 2 (MASTRIZ DE DATOS PARTE 1)

Nº	Edad	Tiempo de consumo	Droga	IHOS	Melanosis del Fumador	Nevo	Nevo esponjo blanco	Hiperqueratosis	Queilitis angular	Leucoplasia
1	44	13	1	3.5	0	0	0	0	1	0
2	39	19	3	3.8	1	0	0	0	0	0
3	36	7	4	2.9	0	1	0	0	1	0
4	20	2	1	2.4	0	0	0	0	0	0
5	60	45	3	3.8	0	0	0	0	0	0
6	34	16	4	1.8	0	0	0	0	1	0
7	47	29	5	2.6	1	0	0	0	1	0
8	46	10	2	2.6	1	0	1	0	1	0
9	36	16	4	2.6	0	0	0	0	1	0
10	29	10	3	3.0	0	0	0	0	1	0
11	28	12	1	1.9	0	0	0	0	1	1
12	34	14	2	1.6	0	1	0	0	1	0
13	67	37	2	2.16	0	0	0	1	1	0
14	65	14	4	2.16	0	0	0	0	0	0
15	48	10	4	2.16	0	0	0	1	0	0
16	24	8	5	1.33	0	0	0	1	1	0
17	46	18	4	2.0	0	0	0	1	0	0
18	38	9	5	1.83	0	1	0	0	1	0
19	20	1	4	1.33	0	1	0	0	1	1
20	30	8	5	1.82	0	0	0	0	1	0
21	35	10	1	1.16	1	0	0	0	1	0
22	25	6	2	1.1	0	0	0	0	1	0
23	35	4	5	0.9	0	1	0	0	1	0
24	40	14	1	1.3	0	0	0	0	1	0
25	28	7	4	1.66	0	1	0	1	0	0
			4							
			2							

			4							
			1							
			1							
			2							
			3							
			4							
			4							
			4							
			4							
			1							
			1							
			3							
			4							
			4							
			1							
			4							
			3							
			1							
			1							
			4							
			1							
			4							
			3							
			2							
			4							
			1							
			3							
			2							
			5							
			2							
			4							
			1							

			3							
			4							
			1							
			3							
			4							
			1							
			3							
			4							

0	No presenta	
1	Presenta	
1	Localizada	
2	Generalizada	
1	leve	
2	moderada	
3	severa	
1	anterior	
2	posterior	
3	anterior y posterior	
0	no presenta	
1	Grado 1	
2	Grado 2	
3	Grado 3	

MATRIZ PARTE 2

Liquen plano	Lengua fisurada	Lengua saburral	Lengua dentada	Glositis Romboide Media	Ulcera traumatica	Periodontitis (Tipo)	Periodontitis (Gravedad)
0	1	1	0	0	0	2	3
0	0	1	0	1	0	2	2
0	0	1	0	0	1	2	2
0	0	1	0	0	1	2	1
0	1	1	0	0	0	1	3
0	0	1	1	0	0	2	2
0	0	1	0	0	0	2	3
0	1	1	0	0	0	2	3
0	1	1	0	0	0	2	2
1	0	1	0	0	0	2	3
0	0	1	1	0	0	2	2
0	1	1	0	0	0	2	2
0	0	1	0	0	1	2	3
0	1	1	1	0	0	1	2
0	0	1	0	0	0	2	2
0	0	1	0	0	0	1	2
0	0	1	1	0	0	2	3
0	1	1	0	0	0	2	3
0	1	0	0	0	0	2	2
0	1	1	0	0	1	2	2
0	0	1	1	0	0	2	3
0	1	1	0	0	1	2	1
0	0	1	0	0	1	2	1
0	0	1	1	0	1	2	1
0	0	1	1	0	0	2	2

MATRIZ DE DATOS PARTE 3

C	P	O	CPOD	Afraccion	Sector	Atricción	Sector	Erosion	Sector	Movilidad Dentaria	Sector
12	2	4	18	0		1	1	1	1	2	1
15	6	0	21	0		1	1	0		2	1
19	1	0	20	0		1	1			0	
15	3	0	18	0		1	1			0	
13	3	1	17	0		0		1	1	1	3
12	0	1	13	0		1	1	0		0	
7	9	0	16	0		1	1	0		2	1
10	14	0	24	0		1	3	0		1	1
16	3	0	19	0		1	1	0		2	2
13	0	0	13	0		1	1	0		0	
13	1	0	14	1	1	0		0		0	
11	7		18	0		1	1	0		1	1
9	3	0	12	0		1	1	0		2	1
10	4	1	15	0		1	1	1	3	1	2
13	4	0	17	1	3	0		0		0	
10	5	2	17	1	1	0		0		0	
14	10	0	24	1	3	0		0		1	1
10	6	0	16	1	1	0		0		1	1
14	1	1	16	1	1	0		0		0	
20	0	3	23	0		0		1	1	1	3
20	2	1	23	0		0		1	1	1	1
16	0	4	20	1	3	0		0		0	
15	5	0	20	1	1	0		0		0	
17	0	0	17	1	1	0		0		0	
17	2	0	19	1	1	0		0		0	

ANEXO Nº 3
DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA

Arequipa, 01 de Julio del 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo Haward Hablutzel Berrios
Director y Presidente del Centro de Rehabilitación "CASA HOGAR AMOR Y FE"
autorizo la participación de los pacientes internos, en el trabajo de investigación titula-
do "Hallazgos clínicos intraorales en pacientes drogodependientes internos en el cen-
tro de Rehabilitación Casa Hogar Amor y fe, Arequipa- 2016", que será realizado por
la Bachiller en Estomatología Merian Bulnes Loaiza.


Director

Haward Hablutzel Berrios


Investigadora

Bachiller en Estomatología
Merian Bulnes Loaiza



"CASA HOGAR AMOR Y FE"

Por más oculta que sea la noche siempre habrá un nuevo amanecer

Arequipa, 26 de Agosto del 2016



COSNTANCIA DE ASISTENCIA

Quien suscribe, HAWARD HABLUTZEL BERRIOS, Director del Centro de Rehabilitación "CASA HOGAR AMOR Y FE", hace constar que la señorita Bachiller en Estomatología MERIAN BULNES LOAYZA asistió en el mes de Julio a nuestro centro los días 2,3,16,17,18 y en el mes de Agosto los días 4,5,11,12,18,19,25 y 26 , con fines investigativos para la realización de un estudio respecto al Consumo de drogas, para lo cual se le dio la respectiva autorización para lo dicho anteriormente.




Haward Hablutzel Berrios
Presidente de la Casa
Hogar Amor y Fé
CBL: 959393203

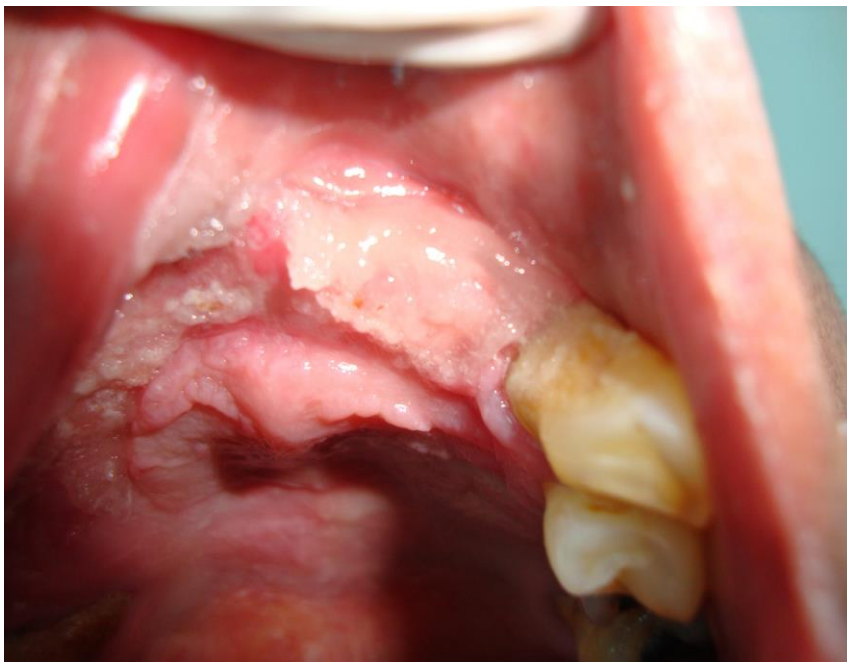
Deán Valdivia Cayma Enace Sector 13 pasaje Q 13 a espaldas de la posta de salud 699922 959393203

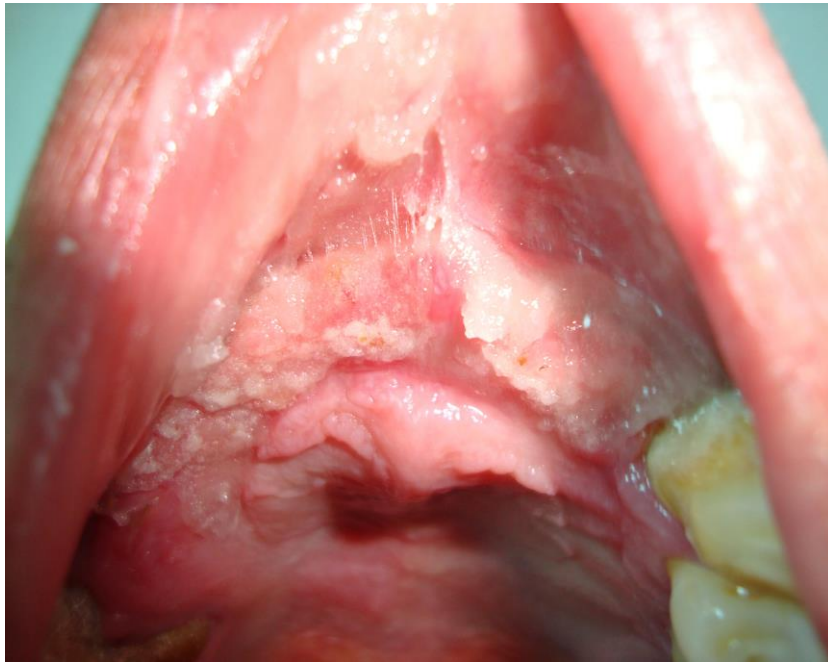
ANEXO Nº 4

SECUENCIA FOTOGRAFICA

HALLAZGOS CLÍNICOS

NEVO ESPONJOSO BLANCO





GLOSITIS ROMBOIDE MEDIA



MELANOSIS DEL FUMADOR





VISITA AL CENTRO DE REHABILITACIÓN

