



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso

Sig. Top. M.303 1988

Compra Canje Donación

.....
Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

~~M~~ / 7.0.
~~303~~ 303
~~1988~~

00333

PATOLOGIAS BUCODENTALES EN UNA COMUNIDAD DE DROGADICTOS

14-6-01-144

COLOGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

DIRECTIVAS


RECTOR:	Dr. Jorge Arango Tamayo
DECANO:	Dra. Marisol Arango de León
VICEDECANO:	Dr. Jairo Forero Morales
SECRETARIO ACADEMICO:	Dr. Luis Felipe Falla
COORDINADOR X SEMESTRE:	Dr. Roberto Arciniegas

Dra. Marisol Arango de León
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
L. C.


Me permito presentar el tema PATOLOGÍAS BUCODENTALES EN UNA COMUNIDAD DE DROGADICTOS, como cumplimiento parcial de los requisitos exigidos para optar el título de odontólogos en la facultad de odontología del COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO.


Esta investigación fue realizada bajo dirección y asesoría de la Dra. Matilde Ortiz.

Es mi deseo que este trabajo se cifa a las exigencias y requerimientos de la universidad. Y en el futuro pueda servir como texto de consulta para sus alumnos.



Dra. Matilde Ortiz.



Angela María Ríos O.


Rodrigo Ariano Mutis.

AGRADECIMIENTOS

De manera muy especial le agradecemos a la Dra. Matilde Ortiz por su tiempo dedicado y su gran colaboración para la realización de nuestra investigación.

A la Dra. Clara Patricia de Lizarralde por su gran colaboración.

Y a todas las personas que de una manera u otra colaboraron con nosotros.

A MIS PADRES Y A JOHN

Personas que siempre
colaboraron conmigo
para triunfar.

ANGELA MARIA RIOS OSSA.

A MIS PADRES

RODRIGO RIANO

PATOLOGIAS BUCODENTALES EN UNA COMUNIDAD DE DROGADICTOS

Por: RODRIGO RIANO MUTIS
Código: 822034

ANGELA MARIA RIOS OSSA
Código: 831256

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Bogotá, D.E., mayo de 1988

PREFACIO

En el libro EL FENOMENO DRUGA de FRANCESE FREIXA I SANTFELIU, capitulo 4, reflexiones sobre una triste historia, se trata el tema desde sus comienzos con la mas universal de las drogas, el alcohol, y aparece el primer paciente: NOE embriagado y ridiculizado por su hijo CAM.

Las primeras sociedades urbanas -Egipto, Mesopotamia, El Valle del Indo- aportaron las primeras personas que utilizaron las drogas embriagantes.

EL RIGUEDA, libro sagrado de la India, se refiere al soma, bebida ritual; LA ODISEA recoge el conocimiento sobre el napanta, brevaaje anestésico; HERODOTO habla del pueblo de las mesagetes que aspiraban vapores de plantas quemadas.

Turquia, India e Irán conocian el cannabis y la adormidera. A partir del siglo XVIII se extendió por

Europa el consumo de drogas incluida la cocaína.

Los chinos no conocían ni eran cultivadores de opio. El estereotipo de una China consumidora de opio esconde la vergonzosa presión británica, desde mediados del siglo XVIII, por introducir allí la droga a gran escala, propósito que consiguieron en 1839-1842 y 1856-1858, que tuvo como triste balance el aumento de los opíacos chinos 6.000% en tan solo 28 años.

La drogadicción es universal; en Colombia, que había sido un fenómeno silencioso se popularizó a partir de 1974 como un medio de producción, no de consumo, convirtiéndose en uno de los países con más tonelaje de exportación en marihuana y coca hasta el punto que las mafias colombianas ocupan el dudoso y denigrante sitio de honor en el manejo de las drogas en el mundo.

Las altas esferas de la sociedad aceptaron en su seno a los grandes exportadores de droga y estos gradualmente fueron adquiriendo "prestigio" en la misma.

Desafortunadamente, como siempre sucede con las armas de doble filo, los "capos" penetraron en todas las ramas administrativas del estado y se crearon los problemas conocidos por la gran mayoría de los colombianos.

De productores de droga se ha pasado a consumidores de las mismas y ya se conocen muchísimos casos de delitos involucrados con drogas.

En resumen, la droga se está convirtiendo en una de las actividades de la vida diaria de algunas personas y, lógicamente, habrán unos grupos de población que involucrarán en sus costumbres tradicionales, lo cual creará nuevas formas de trato en la sociedad y posiblemente nuevas patologías.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Felipe S. S. S.', written in a cursive style.

PROLOGO

Fue una idea de los estudiantes ANGELA MARIA RIOS USSA y RODRIGO RIANO MUTIS, la ejecución de este trabajo, con el fin de satisfacer sus ansias de conocimiento y específicamente sobre las patologías bucodentales que sufren las personas drogadictas.

Al acoger la invitación que los futuros Odontólogos hicieron, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- a. No es frecuente este tipo de investigaciones en nuestro medio odontológico.
- b. Tampoco es frecuente en nuestras publicaciones nacionales encontrar artículos sobre este tema.
- c. Es interesante incursionar en aspectos no muy conocidos para uno mismo y por eso es atractivo conocer sobre ellos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, el amable lector de este documento podría deducir que solo se tiene el deseo de aportar algunas experiencias, nuevas para los autores y para muchos odontólogos, en el campo de las patologías bucodentales de los drogadictos, fenómeno que aumenta gradualmente y por eso los Odontólogos deben conocer con mayor profundidad y precisión.

En este campo se puede hacer una investigación mas amplia, extensa y profunda pero, los factores que rodearon a esta, no fue posible cumplir con ese propósito.

La investigación no es realmente importante en el actual curriculum a los estudiantes no se les da tiempo académico para desarrollarla quienes lo deseen deben ejecutarlo en tiempo extra.

INTRODUCCION

Este documento contiene el informe de los resultados de un estudio descriptivo en una comunidad de drogadicctos en proceso de rehabilitación.

A. OBJETIVO.

El principal es describir las patologías bucodentales en una comunidad de drogadicctos.

B. PROPOSITOS.

Para la universidad cuente con un documento docente sobre el estado bucodental de los drogadicctos.

Para que los estudiantes o profesores de la universidad encuentren un punto de partida para nuevas investigaciones sobre el tema.

C. JUSTIFICACION.

Porque en la universidad no hay un documento docente propio, producido por ella, sobre el estado bucodental

de los drogadictos.

Porque tampoco hay en la universidad un documento orientado para quienes deseen trabajar en estos temas.



REVISION GENERAL DEL TEMA

1.1. ANTECEDENTES GENERALES

Francesc Freixa i Santfeliu, en el fenómeno droga, capítulo 4, reflexiones sobre una triste historia, comenta lo siguiente:

El relato bíblico menciona ya el consumo y los efectos de la más universal de las drogas: el alcohol. El patriarca Noé embriagado y su hijo Cam burlándose de él fueron los protagonistas.

Las primeras sociedades urbanas -Egipto, El Valle de Mesopotamia, El Valle del Indo- aportaron a la humanidad, junto a las legislaciones positivas más antiguas que se conocen (Código de Hammurabi, Código de Manu), las primeras noticias documentadas sobre la existencia de drogas embriagantes. En el caso egipcio, por ejemplo, las más corrientes fueron el opio y una especie de cerveza cuyo consumo se gravaba con impuestos. He aquí ya algunas de las características

que acompañaran a las drogas en su peripecia histórica: su uso institucionalizado, muchas veces con sentido religioso, su vertiente legal y su unión a una rentabilidad económica.

El Rigveda, libro sagrado de la India, contiene referencias al soma, bebida ritual "que eleva hasta las nubes" a quien la consumía, y la Odisea griega recoge el conocimiento de los poderes del Nepente, brebaje que hacía olvidar el dolor y el infortunio. El historiador Herodoto da noticias en sus obras del pueblo de los Mesagetas, que aspiraban los vapores despedidos por las semillas de ciertas plantas echadas al fuego. En los grandes misterios eleusinos, orgias sagradas celebradas cada cinco años, se practicaban ritos con ingestión de sustancias estimulantes, y Virgilio se refería a las adormideras como impregnadas por el sueño de leteo.

Con todo el alcohol ha sido sin duda la droga por excelencia de los pueblos mediterráneos y occidentales. Sus efectos fueron utilizados como vínculo litúrgico por egipcios, griegos, romanos y hebreos (el sincretismo judeocristiano llegaría a elevar el zumo de uva fermentado a la categoría de vehículo de la encarnación de la divinidad). La alquimia medieval continuaría esa larga tradición haciendo del vino el portador de una esencia o espíritu que podía ser obtenido por la destilación: el "agua de la vida" el aguardiente, etc,

constituyen algunos de los ejemplos de la mística manipulada del alcohol, casi siempre llevada a cabo desde los centros monásticos.

Si el alcohol ha sido la droga histórica de occidente, de Turquía a la India, pasando por la meseta del Irán, el protagonismo lo ocupan los derivados del cannabis y la adormidera. A partir del siglo XVIII, el consumo de estas drogas se extendió a Europa junto con la cocaína, primero en ambientes elitistas y, mediado del siglo XIX, de forma más generalizada. Los nuevos procedimientos para introducir en el cuerpo humano las sustancias farmacológicas (la morfina, descubierta a principios del siglo XIX, no pudo ser utilizada a gran escala hasta casi cincuenta años después, tras la invención de la jeringa y la aguja hipodérmica por Wood y Pravaz) favorecieron tal auge, así como la industrialización - otra vertiente más de la revolución industrial - de los productos farmacéuticos. El siglo XIX marcó un punto de inflexión en el consumo de drogas. El predominio del valor de uso -por razones culturales o médicas- cedió ante el valor de cambio, con motivaciones económicas; el tráfico llegó a alcanzar un volumen de negocio muy notable, e incluso amplios sectores de campesinos en los países productores (Turquía, Birmania, Tailandia, etc.) pasaron a depender exclusivamente de la rentabilidad del cultivo.

El peligro más grave al considerar históricamente el problema de las drogas es, sobre todo, adoptar una visión etnocéntrica, que aisle los problemas de su contexto, porque la utilización ritual de ciertas sustancias no siempre y en todas las sociedades ha supuesto problemas de drogadicción. En otras ocasiones, la visión occidental interesada ha llegado a desvirtuar incluso los hechos históricos. El estereotipo de una China consumidora tradicional de opio, por ejemplo, esconde la vergonzosa presión británica, desde mediados del siglo XVIII, por introducir allí la droga a gran escala, propósito que no se conseguiría hasta las guerras del opio (1839-1842; 1856-1858), que tuvieron como triste balance el aumento de los opiomanos chinos en un 6.000% en tan solo veintiocho años.

Los chinos no conocían ni eran cultivadores de opio. Uno de sus libros de farmacopea del siglo X lo menciona refiriéndose a un producto exótico de los Valles del Indo y del Ganges, indicando sus virtudes curativas en dosis casi homeopáticas y bajo los mismos enfoques que en su momento describieran Dioscórides (siglo I a. c.) o Plinio, el Viejo. La primera introducción de la droga en China estuvo asociada con la del tabaco y, probablemente también con la del cannabis, obras ambas holandesas y portuguesas. Ya en 1578 un médico chino escribiría: "La adormidera produce un medicamento que cura, pero que mata como un sable".

En 1729 el emperador Yung-Chen, consciente de la escala del opio en su país, promulgó las primeras normas de restricción y limitación de su comercio, des pués refarzadas con disposiciones en 1796, pero la compañía Inglesa de las Indias Orientales continuó incrementando el tráfico de la droga en régimen de monopolio. El aumento y extensión del conflicto fue tan espectacular, que en 1838 el propio emperador Ming-Ning apeló directamente a la "moral, virtuosa y cristianísima" Reina Victoria para que prohibiese a sus subditos vender en China lo que no era lícito en Gran Bretaña; por toda respuesta, la Cámara de las comunas Británicas decidiría que "era inoportuno abandonar una fuente de ingresos tan importante como el monopolio de la compañía de las Indias en materia de opio".

1.2. SITUACION ACTUAL

El conocimiento de las patologías bucodentales es muy limitado en la Universidad. Con base en esto se piensa que esta investigación proporciona un punto de partida para desarrollar investigaciones que complementen y den soluciones definitivas como también programas de información, prevención y control de las patologías en el paciente adicto.

Actualmente, ninguna de las instituciones encargadas de

esto, presta servicio odontológico y no tienen conocimiento profundo del problema bucodental causado por el consumo de las drogas.

Se es consciente de que todo resultado positivo depende directamente del deseo de la persona de superar su problema, conociendo los perjuicios que desencadenan en su integridad física, el consumo de la droga.

Aunque no se deben generalizar las estadísticas, puesto que la cantidad de drogadictos varía de acuerdo con cada país y se ha podido descubrir que en los países más industrializados aumenta el grado de adicción.

En Colombia por la lucha contra el narcotráfico, se ha pasado de ser un país exportador de droga a consumidor, por lo tanto el aumento del número de drogadictos aumentaría considerablemente.

Comparando grupos de edad similar, se encontró que los adictos adultos poseen aproximadamente el doble de caries, caries recurrentes y mayores extracciones dentales. Esta diferencia es menos notable, si la rata es comparada con bajos grupos socioeconómicos en los estudios Antofy y Asociados, combinados con otros factores que identifican a estos grupos, como son, bajo nivel educativo, y una alta rata de desempleo; esto indica que la dependencia de drogas es uno de los muchos

factores involucrados en la etiología de la enfermedad dental. (1).

El intentar atribuir la severidad de la enfermedad dental exclusivamente a las drogas es una simplificación de múltiples factores de relación causa-efecto. La pobre salud dental entre drogadictos puede ser interpretada como un resultado de estas condiciones poco favorables.

El problema de la farmacodependencia en el país, asociada al consumo de basuco y/o marihuana, ha tenido un incremento exagerado a partir de su aparición.

1.3. PERSPECTIVAS GENERALES

Para el futuro lo que se debe producir es una adecuada Campaña de Prevención de la Drogadicción, y por ende de las patologías bucodentales derivadas de este problema.

Francesc Freixa I Santfeliu, en su libro "El Fenòmeno Droga", capítulo III, al respecto comenta lo siguiente:

"La prevención, aplicada a cualquier actividad, situación o estado, debe pretender siempre desde el punto de vista socio sanitario-armonizar, defender y aumentar la salud, entendiéndola, no como la simple

ausencia de enfermedad (OMS), sino como un estado armónico individual y colectivo de bienestar físico, mental y social".

La auténtica prevención, la denominada prevención primaria, va dirigida a evitar la aparición del trastorno o el aumento de la "causa", favoreciendo medios de protección para los grupos mas expuestos y para la salud general. Los medios de prevención primaria deben dirigirse, pues, a grandes colectividades, aunque determinadas acciones solo recaigan en la población de mayor riesgo.

En el campo de las toxicomanias, existen diversos enfoques preventivos. El estrictamente médico, partiendo del valor que todo individuo dà a su salud, presupone que una buena información sobre las circunstancias y las sustancias potencialmente toxicógenas, basta como disuasorio para su uso. Por el contrario, el enfoque sicosocial considera que el consumo de sustancias con riesgos de toxicomania debe ser determinado por la presión de grupos de referencia y pertenencia, por la posición social del producto, y por el propio papel del sujeto y sus actitudes; cualquier cambio de conducta precisará, pues, algo mas que una información veraz y objetiva. El razonamiento sociocultural insiste en el inicio y el mantenimiento del comportamiento del toxicómano, debe hacerse por

factores socioeconómicos y culturales, por lo que será necesario un cambio profundo en las estructuras, para que el enfermo vuelva a convertirse en sujeto eficaz desde el punto de vista social. Por último, el enfoque jurídico presupondría que una estrategia de castigo y su temor consiguiente, aparte de la censura moral de la sociedad hacia el castigado, conduciría a la extinción de la conducta indeseable del toxicómano.

Cada uno de estos "modelos" puede tener aspectos positivos en el terreno de la prevención, pero la filosofía auténticamente preventiva de la salud pública ha de conllevar a armonizar y articular todos ellos en una sola dirección: la erradicación del conflicto, mesurando en cada situación concreta cual o cuales factores deben acentuarse.

Una campaña de prevención contra el alcohol o el tabaco por ejemplo, tiene que fundamentarse en un primer intento, en una información objetiva y veraz hacia ciertos grupos de profesionales que, con su prestigio social y con sus cambios de conducta y mensajes informativos, constituirán la base para la modificación de los hábitos sociales. Cuando estas hábitos de consumo y las costumbres han cambiado reduciendo el uso de la droga, será preciso una acción legislativa y de reestructuración del sector productivo correspondiente,

para evitar así una crisis económica sectorial.

En el caso de las drogas ilegales, el planteamiento previo, siguiendo las recomendaciones de la OMS, ha de ser diferente. En un principio, no se recomienda el empleo de los medios de la comunicación social masivos en las campañas de prevención, ya que pueden actuar como reveladores e informadores peligrosos para sectores de la población indefensos por su edad o por su formación.

Las técnicas de prevención, pues a este caso hacia grupos selectivos de población, como sanitarios, maestros, profesores, asociaciones comunales, imponiéndose como límites de asistencia la mayoría de edad legal. También se han demostrado eficaces los cursillos impartidos a grupos escolares por pedagogos y educadores motivados. Es un sistema lento, pero parece eficaz si es simultánea con campañas de información sanitaria sobre drogas legales (alcohol y tabaco) y una mentalización de los padres para que no las consuman ante sus hijos.

Por último, señalar como contraproducentes las campañas institucionales contradistorias, en las que se condena públicamente, la publicación sigue bombardeando al consumidor sobre las excelencias de otros tóxicos legales como alcohol o tabaco. Está demostrado que la única forma segura y científicamente previsible de

reducir el uso de las drogas ilegales es precisamente, reducir el uso de todas las drogas en general.

1.4. INTERFERENCIA CIENTIFICA

Por la supresión de la drogadicción se creará una población sana, libres de sicopatías y por ende de otras patologías derivadas de las primeras.

Es tan trascendental la supresión de las drogadicciones y el beneficio que produce sobre la población, que la ONU en 1961 firmó la convención única sobre estupefacientes cuyo contenido es el siguiente:

- PREAMBULO

A. LAS PARTES:

PREOCUPADAS por la salud física y moral de la humanidad, reconociendo que el uso médico de los estupefacientes, continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin.

RECONOCIENDO que la toxicomania constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad.

CONSCIENTES de su obligación de prevenir y combatir ese mal.

CONSIDERANDO que para ser eficaces las medidas contra el uso indebido de estupefacientes, se hace necesaria una acción concertada y universal.

ESTIMANDO que esa acción universal exige una cooperación internacional orientada por principios idénticos y objetivos comunes.

RECONOCIENDO que las Naciones Unidas tienen competencia en materia de fiscalización de estupefacientes y deseando que los organismos internacionales competentes pertenezcan a esa organización.

DESEANDO concertar una Convención Internacional que sea de aceptación general, en sustitución de los tratados existentes sobre estupefacientes, por la que se limite el uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos y se establezcan con una cooperación y una fiscalización internacionales constantes para el logro de tales finalidades y objetivos,

POR LA PRESENTE ACUERDAN

- RESERVAS TRANSITORIAS

1. Al firmar, ratificar o adherirse a la Convención, toda parte podrá reservarse el derecho de la autorización temporal en cualquiera de sus territorios:

- a. El uso del opio con fines casi médicos;
- b. El opio para fumar;
- c. La masticación de la hoja de coca;
- d. El uso de la cannabis, de la resina de cannabis, de extractos y pintura de cannabis, con fines no médicos;
- e. La producción, la fabricación y el comercio de los estupefacientes mencionados en las apartes a. a d. para los fines en ellos especificados.

2. Las reservas formuladas en virtud del inciso primero estarán sometidas a las siguientes limitaciones:

a. Las actividades mencionadas en el inciso primero se autorizarán solo en la medida que sean tradicionales en los territorios respecto a los cuales se formule la reserva autorizada en ellos el 10. de enero de 1961.

b. No se permitirá ninguna exportación de los estupefacientes mencionados en el párrafo primero para los fines que en el se indican con destino a un estado que no sea parte o un territorio al que no se apliquen las disposiciones de la presente

convención según lo dispuesto en el artículo 42.

c. Sólo se permitirá que fumen opio las personas inscritas a estos efectos por las autoridades competentes el 10. de enero de 1964.

d. El uso del opio para fines casi médicos deberá ser abolido en un plazo de 15 años a partir de la entrada en vigor de la presente Convención conforme al artículo 41 del inciso 10.

e. La masticación de la hoja de coca, quedará prohibida dentro de los 25 años siguientes, a la entrada en vigor de la presente Convención conforme a lo dispuesto en el artículo 41 del inciso 10.

f. El uso de la cannabis para fines que no sean médicos y científicos deberá cesar lo antes posible, pero en todo caso dentro de un plazo de 25 años a partir de la entrada en vigor de la presente Convención en el inciso 10. del artículo 41.

g. La producción, fabricación y el comercio de los estupefacientes de que trata el inciso 1 para cualquiera de los usos en el mencionado, se reducirán y suprimirán finalmente a medida que se reduzcan y supriman dichos usos.

1.5. MARCO CONCEPTUAL

Las reacciones que las drogas provocan en el organismo modifican el comportamiento psicológico, físico y social

del sujeto.

Las manifestaciones físicas varían de acuerdo con el tipo, tiempo y forma de uso de cada droga.

La cocaína, la marihuana y el basuco son las drogas que con mayor frecuencia se utilizan en Colombia.

En la cocaína se describen dos especies: el *Erythoxilum Novogranatense* y *Erythoxilum Coca*. Ambas especies forman parte del género *Erythoxilum*, de la familia de las *Erythoxiláceas*, las cuales pueden contener cerca de 250 especies en total.

La *Erythoxilum Coca* tiene dos variedades:

- a. *E. Coca* variedad coca, se cultiva entre los 1500 y 2000 metros en el Perú y Ecuador. No se da en Colombia. Produce semilla abundante.
- b. *E. Coca* variedad Ipadú, se cultiva por debajo de los 500 metros y contiene 0.85 de cocaína.

La *Erythoxilum Novogranatense* tiene dos variedades:

- a. *E. Novogranatense* variedad típica novogranatense colombiana, se cultiva entre los 500 y 1500 metros en zonas húmedas. No precipita bien el alcaloide cocaína, y tiene además salicilato de metilo y

resinas, contiene 0.60 de cocaína.

b. E. Novogranatense variedad Truxillense, cultivada en zonas desérticas de muy poca humedad. No precipita bien el alcaloide y además tiene salicilato de metilo y resinas.

La coca colombiana no es muy comerciable en cuanto a la producción de cocaína y se utiliza preferiblemente para producir basuco.

La cocaína es habitualmente esnifada pero puede ser tomada intravenosamente y puede ser fumada. La cocaína intranasal, produce euforia, júbilo y una sensación de mayor confianza, energía y claridad de pensamiento durante media hora. Alrededor de media hora mas tarde, el consumidor nota ansiedad, depresión y fatiga. Altas dosis crónicas, introducen un estado sicótico con alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. También son inducidas ilusiones paranoides con actos violentos.

El esnifado crónico de cocaine puede producir una perforación del septum nasal. Los efectos de la cocaína parecen depender de las expectativas del consumidor y la situación en la cual la droga es empleada.

La cocaína no produce dependencia o tolerancia física. Sin embargo, puede producirse depresión y fatiga, tras

la cesación abrupta de la droga. La dependencia siquica se desarrolla solamente con la utilización intravenosa o con el fumado.

El cannabis sativa L o marihuana, es una planta dióica anual, de las familias de las urticales, clases de las dicotiledóneas de 1 a 4 metros de altura, hojas alargadas y flores arracimadas. Contiene alrededor de 400 compuestos, de los cuales el principal es el 9 tetrahidrocannabinol.

Los efectos fundamentales de fumar marihuana son producidos sobre los sistemas nervioso central y cardiovascular. En dosis moderada (1 o 2 cigarrillos) el cannabis causa euforia, relajación y un estado de sueño fantástico. Las imágenes visuales y las sensaciones auditivas se vuelven mas vividas. El equilibrio se ve alterado, así como la capacidad de realizar tareas mentales complejas. La actividad adrenergica periférica, parece estar aumentada. Se produce marcada broncodilatación de corta duración. También provoca resistencia vascular periférica reducida, taquicardia refleja e hipotensión postural, junto con un intenso enrojecimiento de las conjuntivas. Hay sequedad de boca y un aumento del apetito, deseo de consumir dulces en grandes cantidades, líquidos suaves y ácidos cítricos.

El basuco es un derivado de la coca colombiana que se cultiva entre los 500 y 1500 metros de altura y que solo se produce en Colombia, ya que esta no es comercialmente rentable para sacar coca pura. El basuco es una mezcla de coca entre un 45 a un 50%, gasolina, cal, alcohol, amoníaco, permanganato de potasio y eter. Esta droga se empezó a utilizar desde 1981 en un 25% hasta llegar en 1983 a un 5%. (Datos obtenidos de la Clínica de Toxicología Guillermo Uribe Cualla). La proporción de su uso por sexo es de 6:1 entre masculino y femenino y el 47% había iniciado la utilización entre 15 y 19 años.

La vía de utilización es inhalante y se hace en recinto cerrado, se pierden los intereses sociales, amistosos, sexuales, culturales, etc. La utilización del basuco produce en el organismo una hiperactividad del sistema nervioso autónomo con: sequedad de mucosas, taquicardia, taquipnea, tos, hipertensión arterial, hipertemia, sudoración, polidipsia, pérdida de peso, alteración de la función hepática, con aumento de las transaminasas y fosfatasa alcalina correspondiente a una hepatitis tóxica, hiperreflexia generalizada, hipertomía muscular y en ocasiones convulsiones; se ha podido encontrar también leucocitosis con neutrofilia.

La prueba de función hepática y cuadro hemático se normalizarán generalmente con el tratamiento entre las

cuatro y seis semanas de la suspensión del tóxico.

La sintomatología siquiátrica se caracteriza principalmente por inquietud, ansiedad, agudización del oído, alucinaciones auditivas y luego visuales de carácter persecutorio, anorgasmia o prolongación del tiempo para el orgasmo, disminución o ausencia de interés sexual, anorexia, insomnio, total actitud general de alerta y tendencia a permanecer encerrados y a huir si aparecen extraños.

Muchos pacientes relatan efectos laxantes, abdomen agudo de tipo oclusión que está presentado en farmacodependientes de basuco.

En el cuadro crónico, psicosis paranoide donde prima el delirio persecutorio con frecuentes criterios y crisis de pánico y claro riesgo de homicidio. En este momento hay un pésimo estado general y francas lesiones hepáticas y polineuríticas, lo mismo que patología bronconeumonol de tipo bronquitis y neumonitis.

Se encuentra generalmente anemia e hipoproteinemia. En el síndrome de abstinencia lo mas notorio es la inquietud motora, crisis de llanto, taquipnea, sudoración, taquicardias, mioclonias, ligera hipertensión arterial y posteriormente depresión.

Siempre se ha observado crisis diarreicas y periodos de estreñimiento. Ha sido caracterisitca de la mayoria de los drogadictos abandono de su estado nutricional, personal y dental, por lo cual las patologias bucodentales han sido evidentes. La negligencia mas que la ignorancia, hacen que se presenten al consultorio en un estado dental de daño avanzado. Las patologias dentales solo se hacen evidentes durante el periodo de abstinencia o durante tratamientos de desintoxicación, ya que el efecto de la droga disminuye el umbral del dolor; por consiguiente estos pacientes solo asisten a la consulta odontológica tardiamente. Es muy dificil su control debido a su falta de interes.

Un estudio realizado por J.E. Hammer en 1969 revela estomatitis y glositis en los masticadores de coca, e igualmente 50% de glositis en estos adictos. La lengua fue descrita como roja, aspecto musculoso, pareciendose a la lengua geográfica. También presentaron leucoedema bilateral en la mucosa de la mejilla donde se apoya la bola de coca formada.

Los estudios mas recientes relacionados con los aspectos bucodentales de los pacientes se han realizado en esta década, los estudios realizados anteriormente sicológico y físico en general.

Existen evidencias biológicas cualitativas y cuantitativas en los tejidos orales de los drogadictos por cambios sistémicos producidos.

Una inhibición de la secreción salival por el uso psicoactivo de la droga, por razones médicas y no médicas, es responsable de cambios patológicos en la boca, de las cuales la caries es la más problemática. La cantidad de pH de la saliva parotídea disminuye durante la ingestión de la droga (marihuana, basuco), aumentando el índice de caries. (También disminuye las proteínas, y la concentración de fosfato significativamente. Di Zugno, 1981).

La salud dental es deficiente, debido a la falta de la posibilidad de poder tener regularmente un tratamiento dental por varios años, en estudios realizados en varios pacientes. La distribución de los ataques de la caries entre los drogadictos han sido explicados por el efecto farmacológico de las drogas. Muchas drogas promueven un decrecimiento en la secreción salival y esto puede causar la pérdida dental inclusive en la superficie dental si la dieta, los hábitos dietéticos, higiene oral y otras medidas preventivas son inadecuadas.

En efecto todas estas condiciones están presentes en estos grupos de individuos; varios autores han descrito la alta frecuencia de caries cervical y atribuyen esto a

una combinación de xerostomía, alteración salival y un incremento en el deseo de alimentos dulces entre los drogadictos. La formación de placa y la tendencia al sangrado es menos pronunciada en dientes anteriores y mas pronunciada en dientes posteriores. En este estudio, ninguna retracción del margen gingival abajo de la unión cemento-esmáltica fué encontrado, en las superficies registradas (F. Scheutz, 1984).

La higiene bucodental es sin ninguna duda, el factor favorable y uno de los factores determinantes de la degradación bucodental. La gran mayoría de los casos presentaban higiene totalmente abandonada, en los periodos de ansiedad por falta de droga. Según ellos (los drogadictos) aparece abruptamente un año después de consumir droga y se extiende muy rápidamente. La acción de la saliva, su composición y su flujo tiene un papel primordial sobre la salud bucodental. Su acción es de cuatro tipos: limpieza mecánica para disminuir la acumulación de placa; reducción de la solubilidad del esmalte, gracias a la acción del calcio, fosfatos y fluoruros que posee, la neutralización de los ácidos cariogénicos y acción bactericida. La saliva tiene pues, un papel mayor en la modificación del ph de la placa, haciéndola básica al aumentar su flujo. La disminución de la salivación, está acompañada por la aparición de una flora bacteriana, altamente

carriogénica, por una reducción de los electrolitos salivares y las inmunoglobulinas. En la mayoría de los casos los drogadictos no tienen regularidad alimenticia, tanto cualitativa como cuantitativamente, y los dulces y pasteles reemplazan muchas veces una alimentación balanceada.

El índice CDP para este grupo fué de 13.3. En este estudio se notó la presencia de caries atípicas en las superficies vestibulares de los dientes, mas grande de lo normal, color mas oscuro frecuentemente negro, apareciendo como una gran placa, empezando gingivalmente y extendiéndose hacia oclusal. Este tipo de caries es de superficie, sobre esmalte y dentina y al examen es asintomática. (Anne-Marie Bernardini, Jean Pierre Camus, 1983).

Investigar si las acciones de una droga particular afecta el estado bucodental se vuelve cada vez mas difícil, pues la mayoría de los drogadictos son politoxicómanos, consumiendo verdaderos cocteles, productos que se sustituyen uno a otro, o drogas de reemplazo según la disponibilidad en el mercado y sus posibilidades financieras.

En un estudio realizado en Dinamarca no se pudo obtener los resultados deseados ya que los pacientes no cumplieron con las citas.

PATOLOGIAS BUCODENTALES EN UNA COMUNIDAD DE DROGADICTOS

INDICE DE PLACA BLANDA, CALCIFICADA E HIGIENE ORAL

CUADRO No. 1

CARACTERISTICA	PLACA BLANDA	PLACA CALCIFICADA	HIGIENE ORAL
EDAD			
15 - 19	0.25	0.2	0.45
20 - 30	0.59	0.57	1.16
31 y más	0.8	1.0	1.8
SEXO			
Femenino	0.9	0.4	1.3
Masculino	0.51	0.56	1.08
INGRESOS			
Bajos	0.9	1.25	2.15
Medios	0.41	0.40	0.81
Altos	0.57	0.57	1.14
TOTAL	0.5	0.48	0.98

PATOLOGIAS BUCODENTALES EN UNA COMUNIDAD DE DROGADICTOS

PREVALENCIA DE PERIODONTOPATIAS

TASAS PORCENTUALES

CUADRO No. 2

CARACTERISTICAS	GRADOS									
	SANDS		GRADO 1		GRADO 2		GRADO 6		GRADO 8	
EDAD	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
15 - 19	5	83.3	1	16.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
20 - 30	1	6.2	13	81.2	7	43.7	4	25.0	0	0.0
31 y mas	0	0.0	3	75.0	2	50.0	3	75.0	2	50.0
SEXO										
Femenino	1	50.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0
Masculino	5	20.3	16	66.7	8	37.5	7	29.2	2	8.3
INGRESOS										
Altos	5	80.8	6	46.2	4	30.8	3	27.1	0	0.0
Medios	1	18.2	9	81.8	3	27.3	2	18.2	0	0.0
Bajos	0	0.0	2	50.0	2	100.0	2	100.0	2	100.0
SUBTOTAL	6	23.0	17	65.3	9	34.6	7	26.9	2	7.6
TOTAL	22	84.0								

PATOLOGIAS BUCODENTALES EN UNA COMUNIDAD DE DROGADICTOS

INDICE DE RUSSELL

CUADRO No. 3

CARACTERISTICA	INDICE
----------------	--------

EDAD

15 - 19	0.0
20 - 30	0.7
31 y más	3.1

SEXO

Femenino	0.1
Masculino	1.0

INGRESOS

Alto	0.5
Medio	1.5
Bajo	5.6

TOTAL	0.5
-------	-----



PATOLOGIAS BUCODENTALES EN UNA COMUNIDAD DE DROGADICTOS

PREVALENCIA DE CARIES DENTAL

TASAS PORCENTUALES

CUADRO No. 4

CARACTERISTICAS	SI		NO	
	#	%	#	%
EDAD				
15 - 19	6	100.0	-	-
20 - 30	16	100.0	-	-
31 y mas	4	100.0	-	-
SEXO				
Femenino	2	100.0	-	-
Masculino	24	100.0	-	-
INGRESOS				
Bajo	2	100.0	-	-
Medio	11	100.0	-	-
Alto	13	100.0	-	-
TOTAL	26	100.0	-	-

PATOLOGIAS BUCODENTALES EN UNA COMUNIDAD DE DROGADICTOS

INDICE DE C.O.P.

CUADRO No. 5

CARACTERISTICAS	CARIADOS	OBTURADOS	PERDIDAS	C.O.P.
EDAD				
15 - 19	4.3	4.6	0.6	9.5
20 - 30	8.1	4.7	5.8	18.6
31 y mas	2.5	8.5	6.0	17.0
SEXO				
Femenino	12.0	2.0	6.0	20.0
Masculino	5.9	5.4	4.3	15.6
INGRESOS				
Bajo	4.5	3.5	11.5	19.5
Medio	8.3	3.1	4.0	15.4
Alto	5.0	7.1	4.0	16.1
TOTALES	6.3	5.1	4.5	15.9

PATOLOGIAS BUCODENTALES EN UNA COMUNIDAD DE DROGADICTOS

NECESIDAD DE PROTESIS

CUADRO No. 6

PROTESIS PARCIAL SUPERIOR	53.8%
PROTESIS PARCIAL INFERIOR	65.3%
PROTESIS TOTAL SUPERIOR	0.0%
PROTESIS TOTAL INFERIOR	0.0%

PATOLOGIAS BUCODENTALES EN UNA COMUNIDAD DE DROGADICTOS

OTRAS PATOLOGIAS DE DIENTES PERMANENTES

CUADRO No. 7

PATOLOGIAS						
	Atrision %	Opacidad %	Fracturas %	Hipo- plasias%	Incisivos en Clavija %	Gemina cion %
EDAD						
15 - 19	3.5	-	-	0.3	-	-
20 - 30	8.3	0.3	0.8	0.3	-	-
31 y mas	5.7	-	1.0	-	-	-
SEXO						
Femenino	1.5	-	0.5	-	-	-
Masculino	6.5	0.2	0.6	0.2	-	-
INGRESOS						
Bajo	4.8	-	0.6	0.1	-	-
Medio	9.5	0.4	0.4	0.5	-	-
Alto	4.5	-	1.5	-	-	-
TOTAL	6.6	0.1	0.5	0.2	-	-

PATOLOGIAS BUCODENTALES EN UNA COMUNIDAD DE DROGADICTOS

INDICE DE C.O.P.

CUADRO No. 8

CARACTERISTICAS	CARIADOS	OBTURADOS	PERDIDAS	C.O.P.
EDAD				
15 - 19	4.3	4.6	0.6	9.5
20 - 30	8.1	4.7	5.8	18.6
31 y mas	2.5	8.5	6.0	17.0
SEXO				
Femenino	12.0	2.0	6.0	20.0
Masculino	5.9	5.4	4.3	15.6
INGRESOS				
Bajo	4.5	3.5	11.5	19.5
Medio	8.3	3.1	4.0	15.4
Alto	5.0	7.1	4.0	16.1
TOTALES	6.3	5.1	4.5	15.9

BIBLIOGRAFIA

- ALBANASA P., Albanase Av. Artusi R. Etiopathogenesis and therapy of dento-periodontal in drug addicts. Dental Cadmos 1985, Mar. 15,53 (4): 71-2, 75-8.
- ARTHUR M. J. et al. Developmen of a dental carerer Teacher program in substance clase. Dent. Educ. 1982, Mar. 45(3): 173-5.
- Aston R. Drug Abruse. Its relationship to dental practice. Dent. Clin. North Am., 1984, Jul, 28(30: 595-610.
- BERNARDING Anne Marie. Camus Jean Pierre. Et Al bucco-dentaire chel le toxicomana. Revue D'odonto-stomotologia. Tome XII Nro. 3, 1983, p. 169-173.
- BLANDS R. R., et al. Infactions complications of illicit drug use. Int. J. Addicts. 1984 April. 19(2) 2: 221-232.
- BURCHS L. J. Rehabilitating the impaiced dentist: a look at what the profession in doing to help. Am. D. Ass. 1982, Nov (105-431).
- CACCIAL, M. CACCAVARID R. Triccani A. Negri, P.L. Oro dental diseases in drug addicts. Riv. Ital. Stomatol, 1982, 51(11), 953-960.
- CARTER E. F. Dental implications of narcotics addiction. Augt. Dent. J. 1978, Augt 23(4): 308-310.
- DE LA GARZA FIDAL. La juventud y las drogas. Edit. Trillos. Mexico, 1983, primera edicion.
- DI CUGNO F. Efects of drug consupction on oral tissues and organs boll of sanits Panam. 1979, oct. 87 (4): 308.
- DI CUGNO F. Salibary sacration and dentant caries experience in drug addicts. Arch. Oral Biol. 26 (5): 363-367.
- DONNATH K. Et al. Histologic Findings of jaw bones, soft rissue and small salibary glands in drug relatet deaths. Baitr Gerichtl Med. 1983, 41: 349-257. (Eng. Abstr.).

- HORDWITE, LEONARD G. Nersations Roberts. A review of marihuana in relation to stras response mechaninsms in the dental patien JADA Vol. 96 jun 1978.
- MONCADA BENSAN ORLANDO, HERAZO ACUNA BENJAMIN. Morbilidad oral estudio nacional de salud 1977-1980. Minsalud, Ascofame. INS., 1985.
- MUTTA LIZCAND GERMAN. Una fàrmaco dependencia epidemica. Basues UN. facultad de farmacologia, 1983.
- PIGNALLI M., Revolta A., Santoro F. Dento periodonto pathy in drug dependen patients II. Mondo odontomatol, 1983 Marzo-Abril. 25(2): 13-30.
- SAN JUAN MARIA. Drogas y toxicomania. Madrid CEPE, 1979 colección educacional especial, 14.
- SHEUTZ F, Dental habits knowledge of young drug addicts. Scandinabia. Journal society medical, 1985, 13 (1): 35-40.
- SIEGEL R. K. Cocaine smoking. Journal Poychoactive drugs. 1982 oct-dic., 17 (4): 271-351.
- TRUZAK et al cocaine abuse and conective tissue disease. Journal of America Academy of dermatology 1984, Mar 10 (3): 5-25.

CONTENIDO

PREFACIO.....	11
PROLOGO.....	14
INTRODUCCION.....	16
A. OBJETIVO.....	16
B. PROPOSITOS.....	16
C. JUSTIFICACION.....	16
1. REVISION GENERAL DEL TEMA.....	19
1.1 ANTECEDENTES.....	19
1.2 SITUACION ACTUAL.....	23
1.3 PERSPECTIVAS GENERALES.....	25
1.4 INFERENCIA CIENTIFICA.....	29
1.5 MARCO CONCEPTUAL.....	32
2. CUADROS.....	42
3. BIBLIOGRAFIA.....	52