

10
69
7
00833

19-7-01-cv

805

**PRESENCIA DE PATOLOGIAS ORALES EN PACIENTES CONSUMIDORES DE
SUSTANCIAS SICOACTIVAS VINCULADOS A PROGRAMAS DE
REHABILITACIÓN EN LAS INSTITUCIONES LA LUZ Y EVOLUCIONAR**

**MARTHA LUCIA AYALA B.
OMAR ALEXANDER ESPITIA R.
MARIA CRISTINA MONTOYA G.
ALEXANDRA RODRIGUEZ C.
YAFFA YIHAM YURGAQUI D.**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C**

2000



**PRESENCIA DE PATOLOGIAS ORALES EN PACIENTES CONSUMIDORES DE
SUSTANCIAS SICOACTIVAS VINCULADOS A PROGRAMAS DE REHABILITACION
EN LAS INSTITUCIONES LA LUZ Y EVOLUCIONAR**

**MARTHA LUCIA AYALA B.
OMAR ALEXANDER ESPITIA R
MARIA CRISTINA MONTOYA G.
ALEXANDRA RODRIGUEZ C.
YAFFA YIHAM YURGAQUI D**

ASESOR CIENTIFICO:

CARLOS ARTURO VILLAMIZAR

Odontólogo Especialista en Implantología Patología y Cirugía Oral

ASESOR METODOLOGICO:

INÉS AMPARO REVELO MEJIA

Odontóloga Magister en Administración de Salud

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA D.C

2000

**PRESENCIA DE PATOLOGIAS ORALES EN PACIENTES CONSUMIDORES DE
SUSTANCIAS SICOACTIVAS VINCULADOS A PROGRAMAS DE REHABILITACION
EN LAS INSTITUCIONES LA LUZ Y EVOLUCIONAR**

**MARTHA LUCIA AYALA B.
OMAR ALEXANDER ESPITIA R
MARIA CRISTINA MONTOYA G.
ALEXANDRA RODRIGUEZ C.
YAFFA YIHAM YURGAQUI D**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para
optar el título de Odotólogo**

ASESOR CIENTIFICO:

CARLOS ARTURO VILLAMIZAR

Odontólogo Especialista en Implantología Patología y Cirugía Oral

ASESOR METODOLOGICO:

INÉS AMPARO REVELO MEJIA

Odontóloga Magister en Administración de Salud

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA D.C**

2000

**El trabajo de Grado PRESENCIA DE PATOLOGIAS ORALES EN PACIENTES
CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS VINCULADOS A PROGRAMAS
DE REHABILITACION EN LAS INSTITUCIONES LA LUZ Y EVOLUCIONAR
elaborado por MARTHA LUCIA AYALA, OMAR ALEXANDER ESPITIA, MARIA
CRISTINA MONTOYA, ALEXANDRA RODRIGUEZ , YAFFA YIHAM YURGAQUI, ha
sido aprobado como requisito parcial para Optar el título de Odontólogo.**

Santafé de Bogotá D.C., 27 de Mayo de 2000

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Martha Ligia Forero, Tecnóloga en Sistemas Fundación Evolucionar

Inés Amparo Revelo Mejía, Odontóloga Magister en Administración de Salud

Rafael Uribe, Director Fundación La Luz

Carlos Arturo Villamizar, Odontólogo Especialista en Implantología, Patología y Cirujía Oral

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2 JUSTIFICACIÓN	2
1.3 PROPÓSITO	3
1.4 MARCO TEÓRICO	3
1.5. OBJETIVOS	26
1.5.1. General	26
1.5.2. Específicos	26
2. METODO	27
2.1. TIPO DE ESTUDIO	27
2.2. POBLACION DE ESTUDIO	27
2.3. VARIABLES	27
2.3.1. Aspectos Sociodemográficos	27
2.3.2. Aspectos Clínico – Patológicos	28
2.4. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	28
2.5. PROCEDIMIENTO	28
3. RESULTADOS	30
3.1. ASPECTOS SOCIO DEMOGRAFICOS	30

3.2. ASPECTOS CLINICO PATOLOGICOS	31
4. DISCUSION	49
5. CONCLUSIONES	52
6. RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFIA	54
ANEXO 1	56

LISTA ESPECIAL

	Pág.
TABLA 1. Distribución de la población según el género	33
TABLA 2. Distribución de la población según la edad	34
TABLA 3. Distribución de la población según estado civil	35
TABLA 4. Distribución de la población según procedencia	36
TABLA 5. Distribución de la población según estrato socioeconómico	38
TABLA 6. Distribución de la población según nivel de escolaridad	39
TABLA 7. Distribución de la población según la ocupación	40
TABLA 8. Tejido blando oral	41
TABLA 9. Tejido dental	42
TABLA 10. Localización anatómica de la lesión	43
TABLA 11. Tipo de lesión en tejidos blandos orales	45
TABLA 12. Tipo de lesión en tejidos dentales	47
GRAFICA 1. Distribución de la población según el género	33

GRAFICA 2. Distribución de la población según la edad	34
GRAFICA 3. Distribución de la población según estado civil	35
GRAFICA 4. Distribución de la población según procedencia	37
GRAFICA 5. Distribución de la población según estrato socioeconómico	38
GRAFICA 6. Distribución de la población según nivel de escolaridad	39
GRAFICA 7. Distribución de la población según la ocupación	40
GRAFICA 8. Tejido blando oral	41
GRAFICA 9. Tejido dental	42
GRAFICA 10. Localización anatómica de la lesión	44
GRAFICA 11. Tipo de lesión en tejidos blandos orales	46
GRAFICA 12. Tipo de lesión en tejidos dentales	48

INTRODUCCION

Las sustancias psicoactivas son todas aquellas que ejercen una acción sobre el sistema nervioso central y que tienen la capacidad de producir transformaciones químicas bien sea aumentando o disminuyendo el funcionamiento o modificando estados de conciencia.

Dentro de los efectos a nivel de cavidad, se ha observado una inhibición de la secreción salival que es responsable de cambios patológicos en la boca, de los cuales la caries es la más problemática; la cantidad de pH de la saliva parotídea disminuye durante la ingestión de la droga como la marihuana y el bazuco; aumentando el índice de caries; también disminuye las proteínas y la concentración de fosfato significativamente.

También es frecuente encontrar en este tipo de pacientes alteraciones a nivel de tejidos orales como úlceras, aftas, pigmentaciones exógenas, enfermedad periodontal, entre otras.

El tratamiento para estos pacientes es realizar un manejo de forma integral donde se hace una evaluación minuciosa de cada uno en sus aspectos psicológico, físico, social, educar a cada paciente en sus hábitos orales y dando un tratamiento específico a cada lesión que se presente.

Esta investigación evaluó la presencia de patologías orales tanto en tejidos blandos como dentales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en proceso de rehabilitación vinculados a las fundaciones La luz y Evolucionar, que son entidades sin ánimo de lucro dedicadas a la rehabilitación de personas consumidoras de sustancias psicoactivas; estas entidades reeducan a dichas personas en sus aspectos físicos y psicológicos.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No es frecuente que se realice este tipo de investigaciones sobre consumo de sustancias psicoactivas en el medio odontológico ya que Colombia paso de ser un país traficante a ser un país consumidor de sustancias psicoactivas por lo tanto se debe ahondar en el tema ya que estos casos patológicos se ven cada vez más en la consulta odontológica, por eso cabe plantear los siguientes interrogantes: ¿Hay relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de patologías orales?, ¿Las sustancias psicoactivas son coadyuvantes de la presencia de patologías orales?, ¿Presentan los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas patologías a nivel oral?, ¿La presencia de patologías orales es común o es un fenómeno aislado?.

Hasta el momento no se ha reportado estudios realizados en Colombia que establezcan la relación entre la presencia de patologías orales en tejidos dentales y blandos con el consumo de sustancias psicoactivas.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Este estudio servirá de guía para estudiantes, docentes y especialistas en el manejo de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en la consulta institucional y particular.

1.3 PROPÓSITO

La investigación pretende actualizar a los estudiantes y docentes sobre las diferentes patologías encontradas en cavidad oral y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

1.4 MARCO TEÓRICO

Uno de los indicadores que se utilizan para dimensionar el consumo, es el consumo global, definido como haber consumido o estar consumiendo una o más de las sustancias psicoactivas ilegales. En 1996 el consumo global de estas drogas ilegales en Colombia, alguna vez en la vida se estimó en 6.5%, que corresponde aproximadamente a 1.676.924 personas; de estos, 1.301.243 son hombres y en su mayoría corresponden al grupo de edad entre 18 y 44 años. La prevalencia del consumo es aproximadamente cuatro veces mayor en hombres que en mujeres. (Rodríguez E. 1997).

La mayoría de los alcohólicos son hombres jóvenes, y cada vez se presentan más, mujeres con puestos de responsabilidad y que mantienen una familia. El alcoholismo es más frecuente en personas con padres alcohólicos, en aquellos que fabrican o venden alcohol y en los que trabajan como autónomos, y que por lo tanto, no son vigilados en su trabajo. El alcohol es uno de los mayores riesgos contra la salud de la sociedad moderna. (Evans. P 1990).

El consumo excesivo de alcohol tiene una elevada prevalencia en la población general , aproximadamente un 10%, que aumenta en la población hospitalaria. En nuestro medio, uno de cada cuatro o cinco pacientes ingresa en los servicios generales de medicina interna, por problemas relacionados con el etanol. Por otra parte el alcohol ha sido considerado como uno de los grandes imitadores ya que ocasiona enfermedades muy diversas, pudiendo afectar, de forma un tanto arbitraria, a todos los sistemas de la economía. (Fernández, S 1990).

Las personas que se convierten en alcohólicos normalmente empiezan a beber mucho como respuesta al estrés. El alivio temporal proporcionado por la bebida, gradualmente se convierte en un hábito, en que cualquier sensación de tensión sólo es disipada por el alcohol. Finalmente, la persona encuentra que tiene que beber sencillamente para sentirse normal, incluso al despertarse. A menudo el paso de beber socialmente al alcoholismo no se nota, y ocurre durante un período de varios años, aunque también puede ocurrir muy deprisa. Los primeros indicios y síntomas frecuentemente no son notados ni siquiera por los amigos o la familia (Evans P. 1990).

Los siguientes signos son indicios de la dependencia del alcohol:

Repetidos síntomas de malestar. Estos incluyen el sentirse mal, con dolor de cabeza la mayoría de los días; el tener náuseas y vómitos; temblores por las mañanas, de forma que resulta difícil sostener la taza sin temblar.

El beber para aliviar los síntomas de malestar; esto incluye beber por la mañana y el esperar delante de los bares antes de que abran sus puertas.

El ansia por el alcohol: si ha pasado varios días sin beber, el alcohólico experimenta un urgente deseo de hacerlo, y quizá se lance a ello durante dos o tres días. El beber puede convertirse en algo furtivo.

Una tolerancia cada vez mayor al alcohol; se necesitan más copas, o copas cada vez más grandes, o más cargadas para producir el mismo efecto.

El alcohólico puede volverse agresivo o irritable y padecer ataques de depresión o celos la pérdida de memoria o la pérdida momentánea de conciencia pueden ocurrir y una incapacidad de concentrarse significará que las exigencias del trabajo serán cada vez más difíciles de satisfacer. (Evans P. 1990).

El alcoholismo suele afectar el sistema nervioso central y periférico; predispone al organismo para la adquisición de otras enfermedades. El consumo de alcohol al parecer aumenta el riesgo de presentar cáncer oral, pero es muy difícil la identificación del alcohol como factor carcinógeno, porque casi todos los pacientes con cáncer bucal presentan ambos hábitos beber y fumar. No obstante, la mayor parte de los expertos considera el alcohol al menos como promotor, si no como iniciador de la enfermedad. En forma simplista se considera que este efecto se debe a la capacidad de irritación de la mucosa y de actuar como solvente de carcinógenos, en especial de los del tabaco, pero también los contaminantes carcinógenos de las bebidas alcohólicas pueden tener alguna función en la producción del cáncer. (Regezi A. 1995) .

El beber mucho puede llevar a enfermedades físicas graves, como cirrosis del hígado, las úlceras gástricas y otros problemas del aparato digestivo, que pueden causar hemorragias internas y lesiones cerebrales . Aunque se desconocen los mecanismos íntimos de la transformación neoplásica, se sabe que el 80% de las neoplasias están causadas por agentes medioambientales , muchos de ellos en relación directa con el estilo de vida . Dentro de estos últimos el alcohol ocupa un lugar primordial ya que es responsable del 3% de todas las muertes por cáncer. Es incuestionable la asociación entre ingesta de alcohol y cánceres de la cavidad bucal, faringe, esófago, laringe, tráquea y bronquios. Entre las manifestaciones orales producidas por el alcohol podemos citar hipertrofia parotídea , gingivitis, enfermedad periodontal, equimosis. (Evans P. 1990).

Para que resulte eficaz el tratamiento, el alcohólico debe reconocer que tiene un problema y estar muy motivado para superarlo. El tratamiento se basa en una combinación de terapias psiquiátricas y psicológicas en programas de desintoxicación llevadas a cabo en los hospitales con la ayuda de tranquilizantes para suprimir los síntomas del malestar y en la definitiva reinserción en la familia y en el trabajo.(Evans P.1990).

Las personas se convierten en drogadictas bien porque su médico les ha recetado drogas durante una temporada larga o bien porque les gusta los efectos agradables producidos por esta , y así siguen ingiriéndola de forma habitual y en cantidades cada vez mayores. Las drogas llamadas blandas, aquellas que crean una adicción suave, tales como la codeína, o aquellas que aparentemente no crean adicción, como la marihuana pueden ser utilizadas sin serios efectos

psicológicos. Son las llamadas drogas duras, tales como la heroína, las que pueden crear una adicción seria, puesto que hay que tomarlas en dosis cada vez mayores para mantener los efectos placenteros. Las sustancias volátiles, como el pegamento, si se esnifan también pueden crear adicción. La drogadicción lleva al colapso mental y físico, puesto que se altera la estructura química del cuerpo. (Evans P. 1990).

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, bazuco) , aumenta el índice de caries; también disminuye las proteínas y la concentración de fosfato significativamente. (Di Zugno, 1981).

Cantidades pequeñas y moderadas de alcohol también incrementan la incidencia de una variedad de actos agresivos, entre ellos el maltrato del cónyuge o de los hijos. Cantidades moderadas y altas de alcohol provocan un claro deterioro de las funciones mentales superiores, modificando severamente la capacidad de aprender y recordar. Cantidades muy altas causan depresión del aparato respiratorio y la muerte. El consumo frecuente de alcohol puede derivar en dependencia; dejarlo de manera súbita es factible que provoque síntomas de abstinencia, como severa ansiedad, estremecimiento, alucinaciones y convulsiones. Tal estado de abstinencia puede amenazar la vida. El consumo de grandes cantidades de alcohol por largos períodos, en particular cuando se come mal y poco también puede causar un daño permanente en órganos vitales como el cerebro y el hígado. Las madres que beben alcohol durante el embarazo pueden alumbrar niños con

síndrome de alcoholismo fetal; estos pequeños presentan deformidades físicas y retardo mental. Además, las investigaciones indican que los niños de padres alcohólicos se hallan en peligro mayor que otros chicos de convertirse en alcohólicos. (Secretaría de Educación de Estados Unidos 1989).

El principal componente de las bebidas alcohólicas es la sustancia química (alcohol etílico, pero la mayoría de las bebidas también contienen otras sustancias, como las cetonas, los esteroides, los azúcares y los ácidos, que le dan su típico sabor. Aunque se cree que el alcohol es un estimulante porque reduce las inhibiciones, en realidad lo que hace es causar depresión en el sistema nervioso y actuar como anestésico. La cantidad de alcohol varía de una bebida a otra. La cerveza del 3 al 5 % de alcohol, los vinos del 9 al 16 % y los licores hasta un 50 %. Si se ingiere con el estómago vacío, el alcohol es absorbido a la corriente sanguínea a los 5 minutos; la presencia de alimentos en el estómago retarda su absorción. Parte del alcohol ingerido es expulsado por la orina y por el aliento, aunque la mayor parte es transformado por el cuerpo en bióxido de carbono y agua. Incluso con tan poco alcohol como el 0,1 % en la sangre el conducir o el trabajar con maquinaria pesada se convierte en una actividad más peligrosa, porque los reflejos se ven retardados a causa del alcohol; además puede producirse la muerte si el nivel de alcohol en la sangre sube hasta 0,5 al 0,8 % . De igual manera, la drogadicción lleva al colapso mental y físico puesto que se altera la estructura química del cuerpo.(Evans P. 1990).

La cocaína estimula el sistema nervioso central, entre sus efectos inmediatos se incluye: la dilatación de las pupilas, elevación de la presión sanguínea, aceleración del ritmo cardiaco

respiratorio y el aumento de la temperatura corporal. Su uso ocasional puede ocasionar obstrucción o mucosidad nasal, mientras que su consumo consuetudinario llega a ulcerar la membrana mucosa de la nariz. La cocaína inyectada con instrumentos no esterilizados puede provocar SIDA, hepatitis y otras enfermedades, dependencia psicológica y fisiológica y la sensación de que el usuario no puede vivir sin ella; además, la tolerancia a la droga se desarrolla con rapidez. (Secretaría de Educación de los Estados Unidos 1989).

El crack o polvo en base libre provoca una adicción extrema y sus efectos se empiezan a sentir antes de 10 segundos; produciendo dilatación de las pupilas, aceleración del pulso, elevación de la presión sanguínea, insomnio, pérdida de apetito, alucinaciones táctiles, paranoia y ataques de apoplejía. Los narcóticos producen inicialmente una sensación de euforia que muy a menudo va seguida de modorra, náusea y vómito, los usuarios pueden padecer también contracción de las pupilas, ojos llorosos y comezón, la sobredosis llega a provocar una respiración lenta y profunda, la piel se vuelve pegajosa se presentan convulsiones, estados de coma y a veces la muerte. La tolerancia a los narcóticos se desarrolla con rapidez y es probable que se produzca dependencia. Entre los principales narcóticos podemos mencionar la heroína, codeína, morfina y el opio. (Secretaría de Educación de Estados Unidos de 1989).

En estudio realizado en Estados Unidos sobre alteraciones histológicas siguiendo exposición al tabaco sin humo a corto plazo en humanos se pretendió determinar si la posición del tabaco se relaciona con la presencia de lesiones orales, esta se pudo comprobar al observarse cambios clínicos e histológicos en nuevos sitios de colocación de tabaco en polvo en un tiempo de 2 a 7

días, subcalificando la rapidez de las alteraciones en los tejidos. (Jeffrey B. Payne, Georgia K.Johnson, Richard, A. Reinhardt, Marian Schmid, 1998).

Una exploración sobre alcoholismo crónico y su influencia en la relación odontólogo paciente, resalta la capacidad del odontólogo para identificar pacientes alcohólicos y de igual forma hacérselo saber para dar una pronta solución al problema. (Louis Mandel, D.D.S; Diane Hamele Bena, M.D.1997).

Una investigación realizada en una población de Dinamarca en pacientes consumidores de alcohol se determinó que este no está directamente relacionado con la incidencia de caries dental. El estudio indicó que la salud oral en alcohólicos puede ser explicada principalmente por situación social y comportamiento de salud dental y no por variables asociadas directamente con el consumo de alcohol. Una excepción fue la presencia de erosión dental la cual estuvo asociada al alcohol. (N.D Robb, B.G.N. Smith 1996).

Otras exploraciones comprueban como el alcoholismo crónico es la primera causa de sialadenosis y por ello no se debe descartar la posibilidad de que el paciente pueda presentar un compromiso sistémico; el odontólogo debe diferenciar entre un proceso inflamatorio o neoplásico de la glándula parótida. (Hede B. 1996).

Averiguaciones realizadas entre mediadores inflamatorios e inmunes en fluido crevicular de usuarios de drogas inyectables infectados con VIH sugieren que los niveles de IgG e IgA estaban

aumentados en fluido crevicular gingival en pacientes usuarios de drogas inyectables, fueron encontrados niveles de beta-glucoronidasa en usuarios de drogas inyectables VIH + inmunodeficientes. Estos hallazgos podrían ser manifestaciones locales de alteraciones sistémicas y sugieren que los análisis de fluido crevicular gingival podrían proveer una visión dentro de las respuestas inmunes e inflamatorias de individuos infectados con VIH a microorganismos periodontales. (Jhon T. Grbic, Ira B. Lamster, Dennis Mitchell-Lewis.1997).

Las patologías orales que se pueden presentar como respuesta a una agresión continúa en los diferentes tejidos bucodentales han sido descritas por múltiples autores; por esta razón es pertinente analizar la importancia de las características clínicas, etiología y tratamiento de cada una de ellas. (Cuadros del 1 al 7).

Las fundaciones “LA LUZ y EVOLUCIONAR” son entidades sin ánimo de lucro dedicadas a la rehabilitación de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, enfocadas hacia la reeducación de la persona en sus aspectos social, físico y psicológico, ambas instituciones cuentan con personal profesional y técnico capacitado para brindar ayuda a sus miembros.

La fundación LA LUZ esta ubicada en el municipio de Melgar (Tolima), y EVOLUCIONAR en el municipio de Arbeláez (C/marca); estas entidades poseen instalaciones apropiadas para el desarrollo de las actividades que a diario se realizan.

CUADRO No 1

ENFERMEDADES VESICULOBULOSAS

Enfermedad	Características clínicas	Causa	Tratamiento	Importancia
Infecciones por herpes simple. Gingivoestomatitis herpética primaria	Múltiples úlceras bucales Dolorosas, si las preceden Vesículas; pueden presentar lesiones cutaneas similares a las peribucales; por lo general se nota gingivitis, por lo general afecta niños Menores de 5 años de edad; es poco frecuente.	Virus herpes simple tipo I.(rara vez tipo II)	Tratamiento de apoyo; se dispone de aciclovir y otros medicamentos antivirales específicos cuando la infección es muy grave.	autolimitada, cura en dos semanas la reactivación del virus latente produce infección secundaria; los anticuerpos circulantes sólo proporcionan inmunidad parcial.
Infección secundaria por herpes simple.	Múltiples úlceras pequeñas a las que preceden vesículas; los síntomas prodrómicos son hormigueo, ardor o dolor; es mas frecuente en los labios, y cuando es Intrabucal se presenta en Paladar o encia; si se produce alrededor de las uñas de las manos se denomina herpes digital; con mayor incidencia, afecta a los adultos jóvenes; es muy frecuente.	Virus: herpes simple, representa la activación del virus y no reinfección; por lo general, el estrés, la luz solar, las temperaturas muy bajas, disminución de la resitencia, e inmunodeficiencia son los factores precipitantes.	Sintomático;el aciclovir es el único medicamento antiviral eficaz contra el herpes bucal; se utiliza en for-tópica o sistémica.	autolimitada; cura en dos semanas sin dejar cicatrices; es una enfermedad ocupacional; las lesiones son contagiosas durante el periodo vesicular, los pacientes se deben cuidar de no autoinocularse; no existen pruebas convincentes de la relación entre las infecciones por virus tipo I y el cáncer bucal.
Varicela Zóster	Úlceras y vesículas en todas las etapas de desarrollo, puriginosas y dolorosas	Virus: Varicela Zóster.	tratamiento de apoyo.	Autolimitada; la recuperación ocurre en varias semanas.

CONTINUACION DEL CUADRO No 1

	en el tronco y la cara, pocas lesiones bucales; es una enfermedad frecuente de la infancia.			
Herpes Zóster	Múltiples úlceras unilaterales que al inicio son vesículas y se distribuyen a lo largo del trayecto de un nervio sensitivo y producen dolor intenso; por lo regular, ocurren en el tronco, en la cabeza, en el cuello y rara vez dentro de la boca. Se presenta en adultos.	reactivación del virus varicela zóster	Tratamiento de apoyo; aciclovir en altas dosis, capsaisina tópica para el dolor poshepético.	Autolimitada, pero en ocasiones tiene evolución larga y dolorosa; en algunos casos se presenta con linfomas.
Enfermedad de las manos, los pies y la boca.	Vesículas y después úlceras dolorosas en manos, pies y mucosa bucal; se presenta casi siempre en niños; es poco frecuente.	Virus coxsackie	Tratamiento de apoyo	Autolimitada; la recuperación ocurre en dos semanas.

CUADRO No 2

TRANSTORNOS ULCERATIVOS

Enfermedad	Características clínicas	Causa	Tratamiento	Importancia
Lesiones reactivas	úlceras dolorosas cubiertas por una membrana fibrinosa amarilla; por lo general el diagnóstico es evidente a partir del aspecto cuando se combina con los antecedentes clínicos; es frecuente; las lesiones traumáticas artificiales son un reto diagnóstico.	Traumatismo, calor, radiación, sustancias químicas.	Sintomático; si el agente causal está activo, debe eliminarse.	Autolimitada; sana en días o semanas; la evolución de las lesiones artificiales es imprevisible.
Tuberculosis	úlceras crónicas induradas que pueden ser dolorosas.	Mycobacterium tuberculosis.	Isoniasida, etambutol, estreptomina, otros.	Hay riesgo ocupacional, las lesiones son contagiosas, los daños bucales casi siempre son secundarios a la lesión pulmonar.
Enfermedades micóticas profundas.	úlceras crónicas induradas que no cicatrizan, con frecuencia dolorosas, que por lo general siguen a la implantación del microorganismo a partir del pulmón.	Histoplasma capsulatum. Coccidioides immitis otros.	Anfoterisina B	Riesgo ocupacional; las lesiones bucales son secundarias a las sistémicas.
Enfermedades micóticas	úlceras inespecíficas de la piel en raras ocasiones de	Por lo general Sporothrix schenckii.	Yoduros o ketoconazol	Por lo general; la esporotricosis se presenta después de la inoculación.

CONTINUACION DE CUADRO No 2

subcutáneas.	la mucosa.			ción por plantas espinosas.
Infecciones micóticas oportunistas	Se presenta en huéspedes comprometidos. Úlcera necrótica que no cicatriza.	Mucor, Rhizopus, otros.	Anfotericina B, más el tratamiento de la enfermedad preexistente.	Por lo regular se les denomina ficomycosis; pueden simular sífilis, granuloma de la línea media y otras enfermedades; con frecuencia son mortales.
úlceras aftosas	úlceras dolorosas recurrentes de lengua, mucosa vestibular, piso de boca y pilares del paladar; no se encuentran en piel, labios, encía o paladar duro. Por lo general son redondas u ovals, no precedidas por vesículas. Tipo menor: por lo regular única, mide menos de 1 cm de diámetro, es poco frecuente. Tipo mayor: grave, cura después de seis semanas, deja cicatriz. Tipo Herpetiforme: varios grupos de úlceras recurrentes.	Desconocido, tal vez un defecto inmunitario mediado por linfocitos T; no es de etiología viral los factores precipitantes son el estrés, los traumatismos y otros.	Sintomático; la mayor parte de los medicamentos contienen esteroides o tetraciclina.	Enfermedad molesta muy dolorosa en raras ocasiones debilitante, excepto la del tipo mayor; la regla son las recurrencias y las curas son importantes.
Alergia por contacto.	Las lesiones ocurren de modo directo posterior a la presencia de antígenos externos; puede observarse eritemas, vesículas y úlceras.	En potencia, cualquier antígeno externo que tenga contacto con la mucosa o la piel.	Eliminar el agente causal.	La prueba con parches ayuda en el diagnóstico; es importante la historia clínica.

CUADRO No 3**LESIONES BLANCAS**

Enfermedades	Características clínicas	Causa	Tratamiento	Importancia
Hiperqueratosis local (friccional)	Placas blancas, asintomáticas, a menudo sobre el reborde edentulo, la mucosa bucal y la lengua; no desaparece al frotar, es usual.	Irritación crónica.	Eliminar irritantes.	remisión ocasional si se elimina la causa.
Lesiones blancas relacionadas con tabaco masticable.	Pliegue blanco asintomático, que rodea el sitio de la boca donde se sostiene el tabaco; por lo general se encuentra en el vestíbulo labial y bucal; es frecuente	Irritación crónica por tabaco masticable o rapé.	suspender el hábito; biopsia de las áreas sospechosas.	Después de algunos años puede presentarse carcinoma verrogoso.
Estomatitis nicotínica.	Opacificación generalizada asintomática del paladar que presenta puntos rojos correspondientes a los orificios de las glándulas salivales; es frecuente.	calor y humo provenientes de la combustión de tabaco.	Dejar de fumar.	En raras ocasiones se presenta cancer del paladar.
Quelitis solar.	se presenta en el labio inferior, donde se observa	Luz ultravioleta -en especial UVB, 2900	Filtros solares (PABA) y bloqueadores solares (óxido de zinc, dióxido de titanio)	Puede convertirse en ulceración crónica o en carcinoma de células

CONTINUACION DEL CUADRO No 3

	atrofia epitelial, deficiencia pre caria del borde bermellón y la piel; queratosis localizada; es común.	3200 A . Envejecimiento.	xido de titanio), intervención quirúrgica en casos graves.	escamosas.
Leucoplasia idiopática.	placa blanca asintomática, que no se separa al frotar; afecta con mayor frecuencia a varones.	Desconocida; puede relacionarse con el alcoholismo o tabaquismo.	Biopsia, extirpación.	Puede recidivar después de la excisión; 5% son malignas, 5% pueden malignizarse.
Leucoplasia pilosa.	Placa filiforme plana, asintomática sobre el borde lateral de la lengua, con frecuencia bilateral y en ocasiones en la mucosa bucal.	Quizas se deba al virus de Epstein-Barr	No existe tratamiento específico, valoración del SIDA.	Signo pre SIDA; en raras ocasiones puede presentarse en pacientes inmunodeprimidos sin SIDA; muchos pacientes desarrollan SIDA.
Lengua pilosa.	elongación asintomática de las papilas filiformes.	Desconocida; puede presentarse después de tratamiento con antibióticos o corticosteroides.	mejoría de la higiene bucal, identificación de los factores que favorecen su aparición.	proceso benigno; a veces es un problema estético.
lengua geográfica.	lesiones blancas, anulares, con centro atrófico rojo que presentan un patrón migratorio sobre el dorso de la lengua; varía en intensidad y puede desaparecer de manera espontánea; en ocasiones es dolorosa; es	desconocida.	ninguno, tratamiento sintomático para las lesiones dolorosas.	Completamente benigno; se produce remisión espontánea después de meses o años.

	frecuente.			
candidiasis	placas elevadas, dolorosas, (hongos,) que se despegan al frotar y que da una superficie hemorrágica y con erosión; se relaciona con mala higiene, antibióticos parenterales, enfermedad sistémica, debilidad, disminución de la reacción inmunitaria; las infecciones crónicas pueden producir mucosa eritematosa sin colonias blancas obvias; es frecuente.	hongos oportunistas. candida albicans.	Clotrimazol en trociscos o nistatina en suspensión y tratamientos de la enfermedad preexistente si la hay.	Por lo general desaparece después de una a dos semanas de tratamiento; en algunos casos crónicos es necesaria la terapéutica prolongada.
Quemaduras mucosas.	úlceras superficiales dolorosas cubiertas de exudado fibrinoso de color blanco, con borde eritematoso; es frecuente.	Sustancias químicas (aspirina, fenol), calor, quemaduras eléctricas.	Eliminar la causa; tratamiento sintomático.	Cura en días o semanas
Fístula.	Tumefacción gingival blanquecina debido al pus submucoso.	periodontitis o abscesos dentales.	Tratamiento de la bolsa periodontal o de los dientes no vitales.	Drenaje periódico hasta eliminar la causa primaria.

CUADRO No 4

LESIONES ROJIAZULES

Enfermedades	características clínicas	causa	Tratamiento	Importancia.
Granuloma piógeno.	Tumescencia asintomática de color rojo, compuesta por tejido de granulación; se observa con mayor frecuencia en la encía y se origina en el ligamento periodontal; puede ulcerarse de modo secundario; es frecuente.	Traumatismo o irritación crónica; los cambios hormonales alteran el tamaño.	Extirpación.	permanece por tiempo indefinido; existe recurrencia aunque la extirpación sea completa; el tamaño disminuye cuando se elimina la causa o después del embarazo.
Granuloma periférico de células gigantes.	Tumescencia roja y asintomática de la encía, compuesta por tejido de granulación y células multinucleadas gigantes; se presenta sobre todo en adultos, en el área anterior de los dientes primarios; cuando ocurre en áreas edéntulas produce una imagen clara en forma de copa; es poco frecuente.	traumatismo o irritación crónica.	Extirpación.	Sin tratamiento permanece indefinido. Es una lesión reactiva.

CONTINUACION DEL CUADRO No 4

Glositis romboidal media.	Aumento de volumen lobular de color rojo, en la porción anterior de la papilas circunvaladas, en la línea media.	¿Congénita contra infección crónica por cándida?	Ninguno.	Fomenta el crecimiento de <i>Cándida albicans</i> .
Lengua geográfica.	Lesiones blancas anulares con centros atróficos rojos; áreas blancas (queratósicas) con desarrollo deficiente, dejan parches rojos en el dorso de la lengua; en ocasiones es dolorosa; es muy frecuente; se encuentra en conjunción con la psoriasis cutánea.	desconocida.	Ninguno. Tratamiento sintomático.	poca importancia, excepto cuando produce dolor; no es premaligna.
Deficiencia de vitamina B	Enrojecimiento generalizado de la lengua por atrofia papilar; en algunos casos es dolorosa y se relaciona con queilitis angular.	Deficiencia de vitaminas del complejo B.	Complementos de vitaminas B.	Permanecen hasta que se alcanzan concentraciones terapéuticas de vitamina B.
Anemia (perniciosa y por deficiencia de Hierro).	Puede originar enrojecimiento generalizado de la lengua debido a atrofia papilar; a veces es dolorosa y se acompaña de queilitis angular; afecta con mayor frecuencia a mujeres; sin	algunas formas son adquiridas y otras hereditarias.	Diagnóstico y tratamiento del tipo específico de anemia.	Algunos tipos son muy graves; las manifestaciones bucales desaparecen con el tratamiento; el cáncer bucal puede ser una complicación del síndrome de Plummer-Vinson.

CONTINUACION DEL CUADRO No 4

	drome de Plummer-Vinson: anemia (por deficiencia de hierro), atrofia mucosa y predisposición al cáncer bucal.			
Reacciones medicamentosas y alergias por contacto.	Erupción roja de tipo vesicular o ulcerativo.	reacción inmunitaria a alérgenos.	Identificar y eliminar la causa.	Puede simular las lesiones de la deficiencia de vitamina B y la anemia.
Candidiasis atrófica(eritematosa)	paladar doloroso, hiperémico bajo la prótesis; queilitis angular; mucosa roja y dolorosa.	Los factores predisponentes más frecuentes son infección crónica por <i>Cándida albicans</i> , higiene bucal precaria, adaptación protésica deficiente.	Nistatina, instrucciones sobre una higiene bucal adecuada, prótesis nueva.	Las molestias en algunos casos hacen que el enfermo no use la prótesis; no es alérgica ni premaligna.

CUADRO No 5

PIGMENTACIONES DE LOS TEJIDOS BUCALES Y PERIBUCALES.

Enfermedad	Características Clínicas	Causa	Tratamiento	Importancia
Pigmentación por metales pesados.	Línea oscura a lo largo de la encía marginal, se produce por precipitación de metales; es muy poco frecuente.	Intoxicación por vapores de metales (plomo, bismuto, arsénico, mercurio), como resultado de la exposición ocupacional.	Tratamiento del problema sistémico.	la exposición quizá afecta el estado de salud general; la pigmentación gingival tiene impacto en la estética.

CUADRO No 6

LESIONES VERRUGOSOPAPILARES

Enfermedad	Características Clínicas	Causa	Tratamiento	Importancia
Condiloma plano	Su apariencia clínica es similar a la hiperplasia papilar; forma parte de la sífilis secundaria.	Treponema Pallidum.	Penicilina.	Cuando recibe tratamiento tiene buen pronóstico.
Papiloma escamoso.	Lesiones indoloras, exofíticas, granulares, con forma de coliflor que muestra predilección por la lengua, piso de boca, paladar, úvula, labios y los pilares del paladar, por lo regular única de textura suave, de color blanco, o similar a los tejidos que la rodean; se presenta en adultos y jóvenes.	En algunos casos se debe a papilomavirus y en otros es desconocida.	Extirpación.	No posee potencial maligno; es poco frecuente.

CONTINUACION DEL CUADRO No 6

<p>Verruga bucal vulgar.</p>	<p>Lesión papilar indolora, presenta proyecciones superficiales blancas a causa de la producción de queratina. Es frecuente en la piel pero no dentro de la boca; se presenta en niños y adultos jóvenes.</p>	<p>Papilomavirus.</p>	<p>Extirpación.</p>	<p>De poca importancia; puede ser múltiple; representa un problema estético.</p>
<p>Condiloma acuminado.</p>	<p>Lesión papilomatosa, exofítica, pedunculada o sésil, indolora, se presenta en adultos; es del mismo color o más clara que los tejidos vecinos; el paciente y su pareja sexual presentan lesiones similares; muy poco frecuente en la cavidad bucal.</p>	<p>Papilomavirus.</p>	<p>Extirpación.</p>	<p>Las lesiones bucales se adquieren por medio de autoinoculación o contacto sexual con la pareja infectada. La recurrencia es frecuente.</p>

CUADRO No 7

TUMEFACCIONES GINGIVALES

Enfermedad	Características Clínicas	Causa	Tratamiento	Importancia
Granuloma piógeno.	Tumescencia roja, asintomática, se encuentra en especial sobre la encía, pero puede observarse en cualquier lugar de la piel o de las membranas mucosas en donde hubo un traumatismo; es frecuente.	Reacción a traumatismo o irritación crónica.	Extirpación.	Puede recurrir aunque la extirpación sea completa; por lo general no produce resorción ósea.
Granuloma periférico de células gigantes.	Tumefacción roja, asintomática, de la encía; en términos clínicos no se diferencia del granuloma piógeno; es poco frecuente.	reacción a traumatismo o irritación crónica.	Tratamiento de extirpación.	es completamente benigno a diferencia del granuloma de la línea media.
Fístula	Tumefacción roja (o de color amarillo cuando contiene pus), se encuentra en la encía de niños y jóvenes; por lo regular no produce síntomas.	Fístula por absceso periodontal o periapical.	tratamiento del trastorno periodontal o periapical.	Se produce drenaje cíclico de la lesión hasta que se soluciona el problema preexistente.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. General

Establecer la presencia de patologías orales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas vinculados a programas de rehabilitación en los centros Fundación La Luz y Evolucionar.

1.5.2. Específicos

Determinar a nivel clínico la presencia de las patologías en tejidos blandos.

Determinar a nivel clínico, la presencia de las patologías en tejidos dentales.

2. METODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

2.2. POBLACION DE ESTUDIO

39 Pacientes de aceptación voluntaria que se encuentran en proceso de rehabilitación, 11 son atendidos en la Fundación La Luz y 28 en Evolucionar.

2.3. VARIABLES

2.3.1. Aspectos Sociodemográficos

- Género: M F
- Edad : de 12 a 56 años.
- Procedencia.
- Estado civil.
- Estrato socioeconómico.
- Nivel de escolaridad.

- Ocupación anterior.

2.3.2. Aspectos Clínico – Patológicos

- Tipo de tejido afectado: Blando
Dental
- Localización anatómica de la lesión
- Tipo de lesión en tejidos blandos orales
- Tipo de lesión en tejidos dentales

2.4. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para efectos de esta investigación se diseñó una ficha denominada “ficha oral de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas”, donde se consignaron los datos correspondientes a las variables propuestas. (Anexo 1).

2.5. PROCEDIMIENTO

Se solicitó la cooperación de las fundaciones LA LUZ y EVOLUCIONAR, las cuales están dedicadas a la rehabilitación y reeducación de personas consumidoras de sustancias psicoactivas; el paso a seguir fue comunicar por escrito la actividad a realizar y se esperó la aprobación de las correspondientes instituciones, luego se llevó a cabo la visita a la Fundación la Luz ubicada en el

municipio de Melgar (Tolima) vereda Nilo; se reunieron las personas que allí se encuentran en proceso de rehabilitación explicándoles las actividades a realizar y aclarándoles que su participación era de tipo voluntario; para empezar se dictó una charla sobre higiene oral y a las personas que quisieron participar se les diligenció un formato de aceptación voluntaria y el de recolección de datos, el patólogo realizó el examen clínico y la toma de fotografías de cavidad oral de cada paciente. La siguiente visita se hizo a la Fundación Evolucionar ubicada en el municipio de Arbelaez vereda la Isla (cundimamarca) ; realizando el mismo procedimiento anteriormente descrito.

3. RESULTADOS

3.1. ASPECTOS SOCIO DEMOGRAFICOS

La distribución de la población respecto al género fue de 35 hombres para un porcentaje de 89.7% y 4 mujeres para un porcentaje de 10.3% (Tabla 1, Gráfica 1). Según la edad la población osciló entre 12 y 56 años para un promedio de 34 años (Tabla 2, Gráfica 2). El estado civil que predominó fue el soltero con un número de 28 para un porcentaje de 71.8% , divorciados 4 para un porcentaje de 10.3% , unión libre 3 para un porcentaje de 7.7% , viudo 1 para un porcentaje de 2.5%. (Tabla 3, Gráfica 3). La procedencia que dominó fue Bogotá con 18 personas, correspondiente a 46.1% , seguida de Medellín con 6 personas, correspondiente a 15.4% ; y los demás procedían de los departamentos de Bolívar, Boyacá, Caquetá, Nariño, Norte de Santander y Quindío ; con 1 persona cada uno correspondiente a 2.6% (Tabla 4, Gráfica 4). De acuerdo al estrato socioeconómico, el que más sobresalió fue el 1 con un número de 28 personas para un porcentaje de 71.8% , seguido por el 4 con un número de 7 personas para un porcentaje de 17.9%, y el menor fue el 3 con un número de 4 personas para un porcentaje de 10.3% (Tabla 5, Gráfica 5). El nivel de escolaridad con mayor preponderancia fue Bachillerato incompleto con un número de 16 personas para un porcentaje de 41%, primaria completa con un número de 8 personas para un porcentaje de 20.5%, universitario incompleto con un número de 6 personas para un porcentaje de 15.4%, universitario completo con un número de 4 personas para un porcentaje de 10.3%, analfabeta con un número de 3 personas para un porcentaje de 7.7%,

bachillerato completo con un número de 2 personas para un porcentaje de 5.1%, primaria incompleta con un número de 0 personas (Tabla 6, Gráfica 6). El reconocimiento de la población según la ocupación anterior que más se presentó fue trabajador independiente con un número de 19 personas para un porcentaje del 49% , seguido del empleado con un número de 11 personas para un porcentaje de 28% y los de menor presencia fueron desempleado con un número de 7 personas para un porcentaje de 18%, seguido de otra con un número de 2 personas, donde uno se dedicaba al consumo de drogas y el otro a la delincuencia común para un porcentaje de 5% (Tabla 7, Gráfica 7).

3.2. ASPECTOS CLINICO PATOLOGICOS

Respecto al tipo de tejido afectado, el tejido blando afectado presenta un número de 30 personas para un porcentaje de 77% y tejido blando no afectado un número de 9 personas para un porcentaje del 9% (Tabla 8, Gráfica 8). El tejido dental afectado presenta un número de 24 personas para un porcentaje de 61.5% y tejido dental no afectado con un número de 15 personas para un porcentaje de 38.5% (Tabla 9, Gráfica 9). De acuerdo a la localización anatómica de la lesión las que más se presentaron fueron en encía con un número de 24, diente con un número de 24 pacientes, lengua con un número de 6 pacientes, fondo del surco vestibular con un número de 3 pacientes, labio con un número de 1 paciente, no se presentaron patologías en mucosa yugal, glándulas salivales, paladar duro, glándulas palatinas, paladar blando (Tablas 10 , Gráfica 10). En proporción al tipo de lesión en tejido blando, la que más se presentó fue enfermedad periodontal con un número de 21 pacientes, lengua saburral con un número de 5 pacientes, hiperplasia con un

número de 3 pacientes, úlceras aftosas con un número de 3 pacientes, candidiasis con un número de 2 pacientes, fistulas con un número de 2 pacientes, glositis migratoria con un número de 2 pacientes, glositis romboidea con un número de un paciente, herpes labial con un número de un paciente, pericoronitis con un número de un paciente, queilitis angular con un número de un paciente (Tabla 11, Gráfica 11). En cuanto al tipo de lesión en tejidos dentales, las de mayor predominio fueron caries con un número de 10 pacientes, restos radiculares para un número de 10 pacientes, pigmentaciones exógenas con un número de 9 pacientes, atrición con un número de 6 pacientes, fractura coronal con un número de 2 pacientes, movilidad dentaria con un número de 1 paciente (Tabla 12, Gráfica 12).

TABLA 1. Distribución de la población según el género

HOMBRES		MUJERES	
No	%	No	%
35	89,7	4	10,3

GRAFICA 1. Distribución de la población según el género

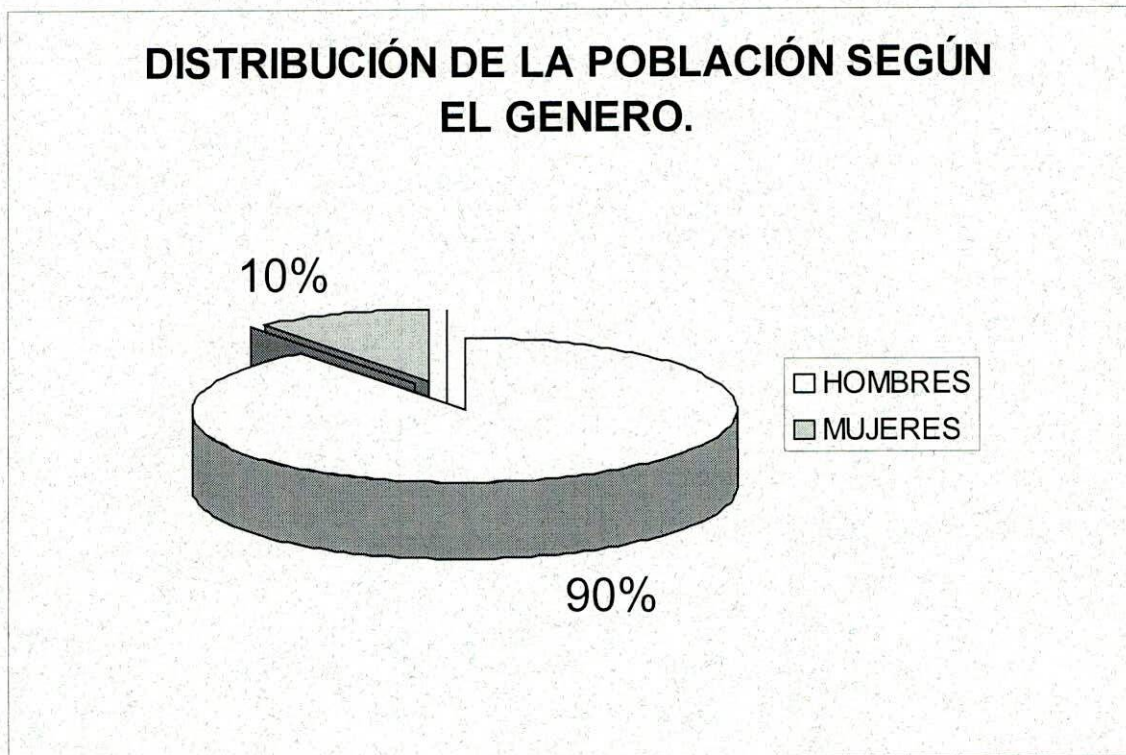


TABLA 2. Distribución de la población según la edad

RANGOS DE EDAD	No. DE PERSONAS
12 - 22	9
23 - 33	9
34 - 44	15
45 - 56	6

GRAFICA 2. Distribución de la población según la edad

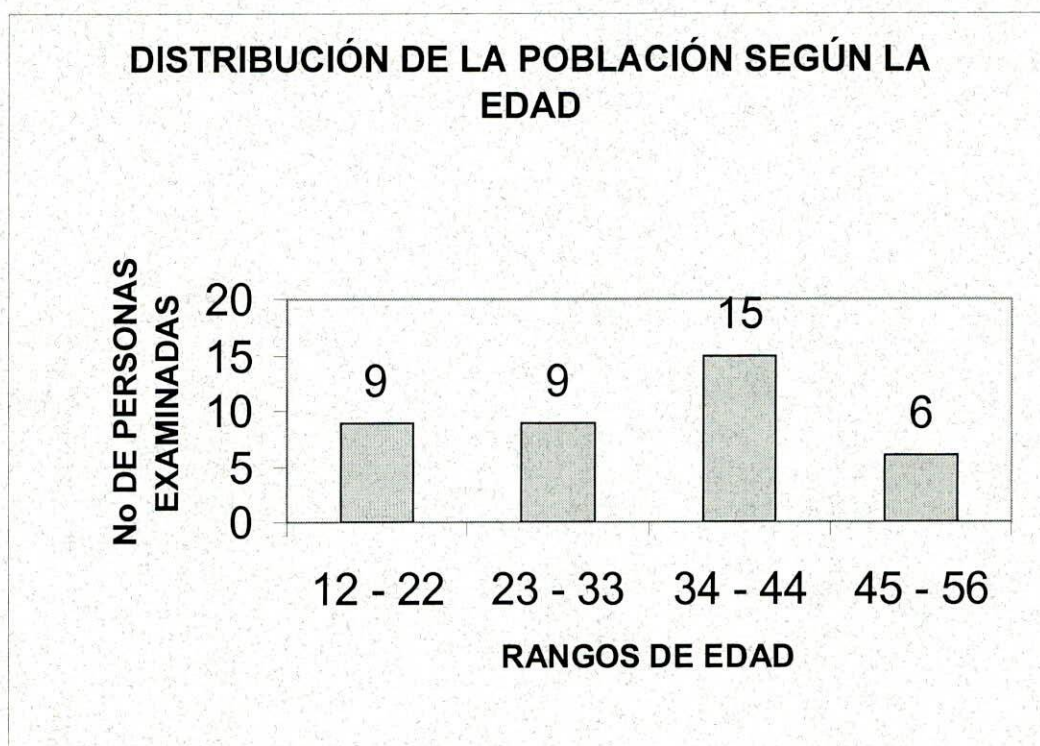


TABLA 3. Distribución de la población según estado civil

SOLTERO		CASADO		DIVORCIADO		UNIÓN LIBRE		VIUDO	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
28	71.80%	3	7.70%	4	10.30%	3	7.70%	1	2.60%

GRAFICA 3. Distribución de la población según estado civil

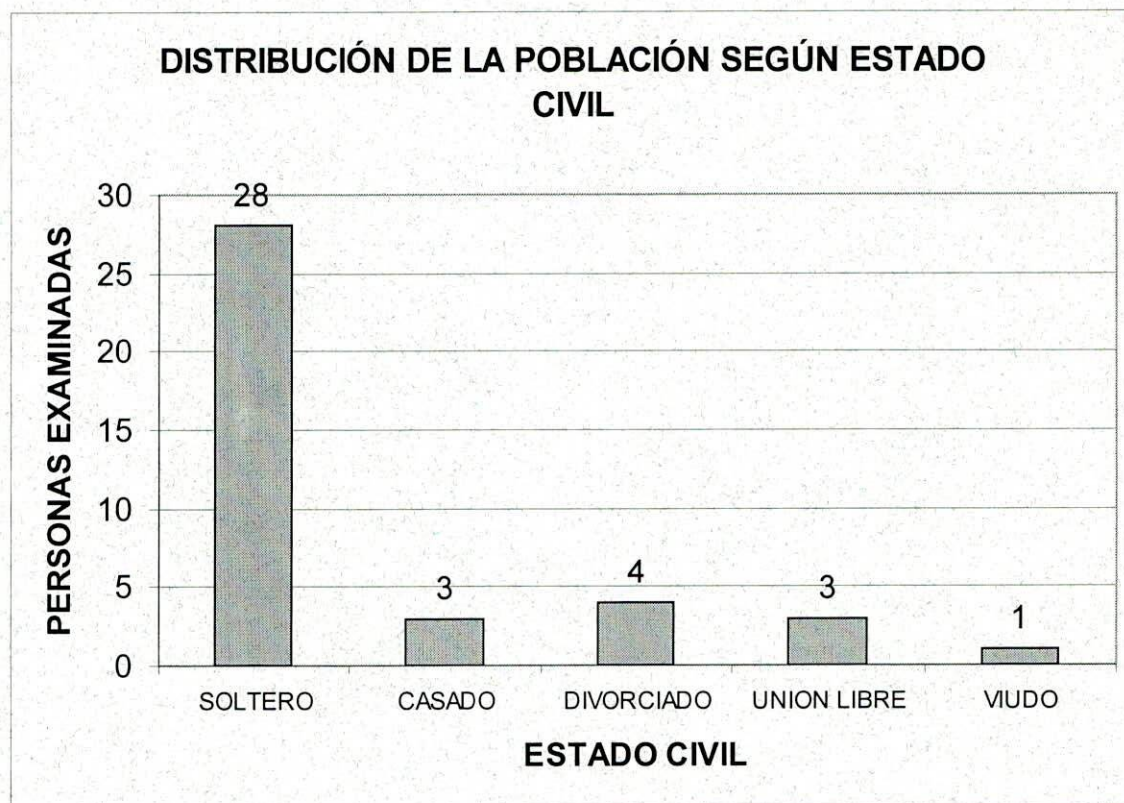


TABLA 4. Distribución de la población según procedencia

BOGOTÁ		MEDELLIN		TOLIMA		VALLE		RISARAL.		CESAR	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
18	46.10 %	6	15.40 %	3	7.60 %	3	7.6 0%	2	5.10 %	1	2.6 0%

N. SANT.		BOLIVAR		QUINDIO		CAQUETA		BOYACÁ		NARIÑO	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1	2.6 0%	1	2.60%	1	2.60%	1	2.60%	1	2.60%	1	2.60%

GRAFICA 4. Distribución de la población según procedencia

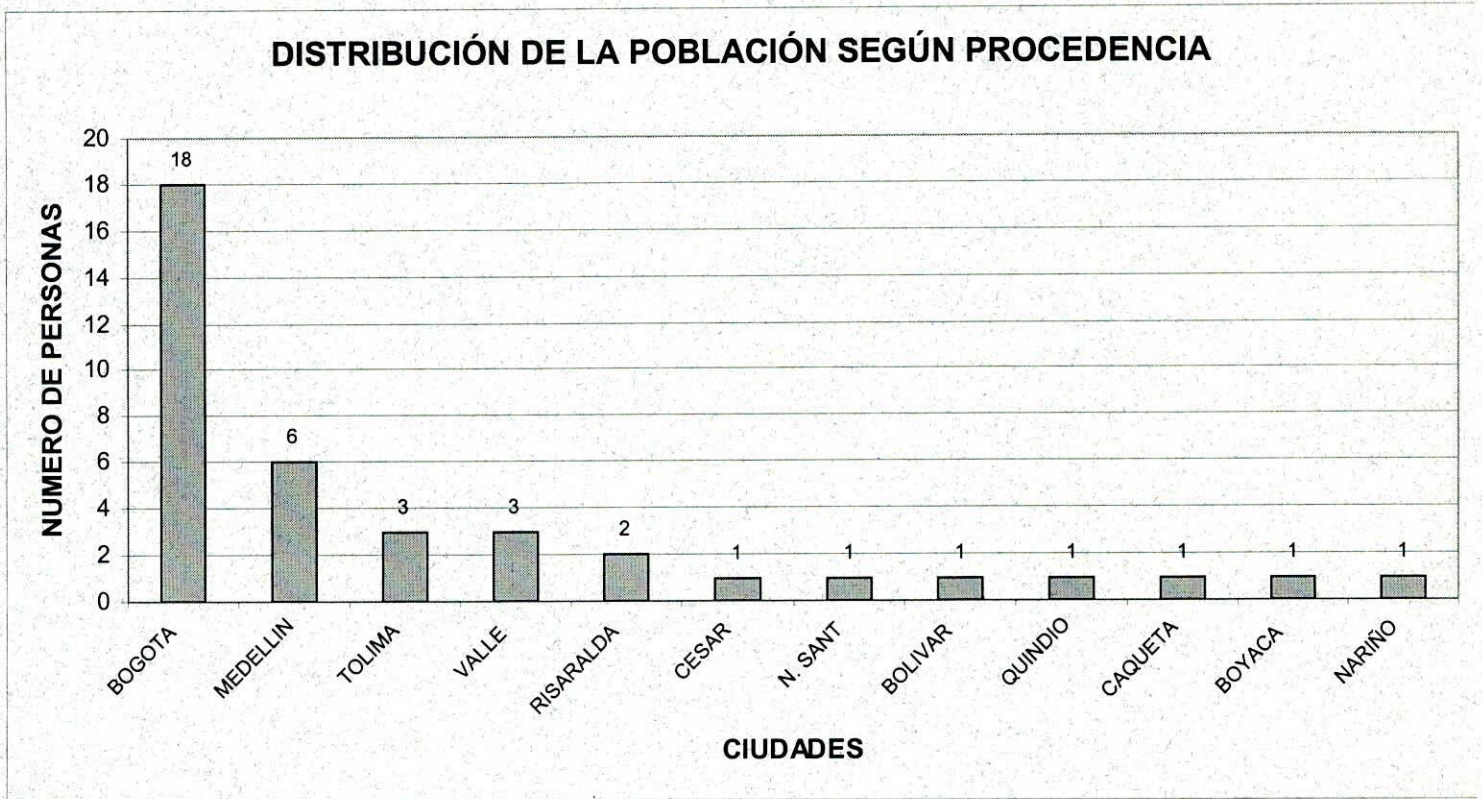


TABLA 5. Distribución de la población según estrato socioeconómico

ESTRATO 1		ESTRATO 3		ESTRATO 4	
No	%	No	%	No	%
28	71.8	4	10.3	7	17.9

GRAFICA 5. Distribución de la población según estrato socioeconómico

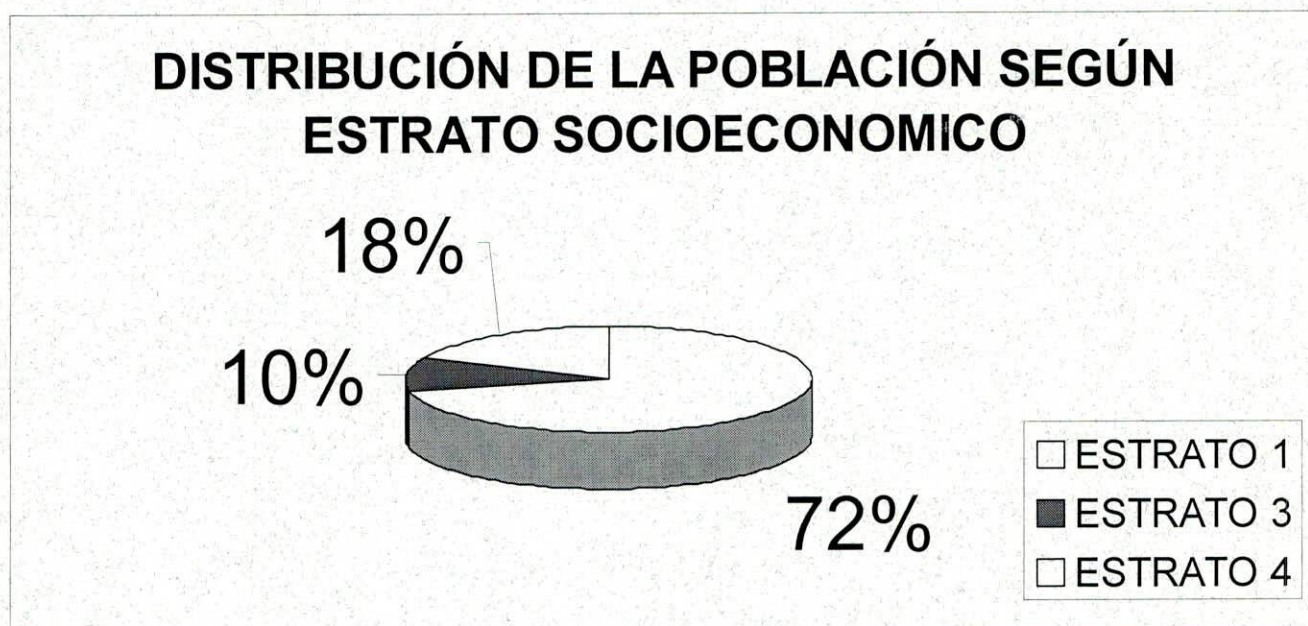


TABLA 6. Distribución de la población según nivel de escolaridad

UNIVERSITARIO COMPLETO		UNIVERSITARIO INCOMPLETO		BACHILLERATO COMPLETO		BACHILLERATO INCOMPLETO		PRIMARIA COMPLETA		PRIMARIA INCOMPLETA		ANALFABETAS	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
4	10.30%	6	15.40%	2	5.10%	16	41%	8	20.50%	0	0%	3	7.70%

GRAFICA 6. Distribución de la población según nivel de escolaridad

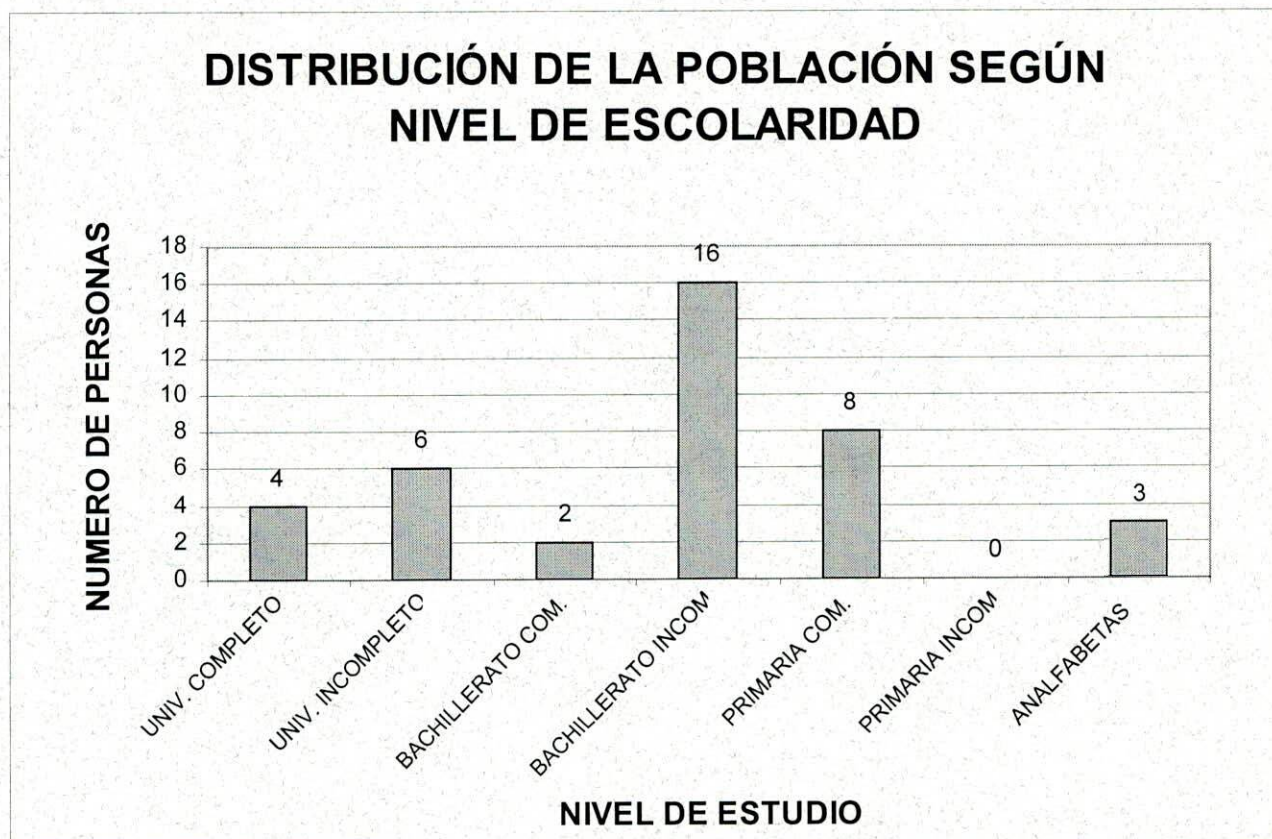


TABLA 7. Distribución de la población según la ocupación

EMPLEADO		DESEMPLEADO		TRAB. INDEPEN.		OTRA	
No	%	No	%	No	%	No	%
11	28%	7	18%	19	49%	2	5%

GRAFICA 7. Distribución de la población según la ocupación

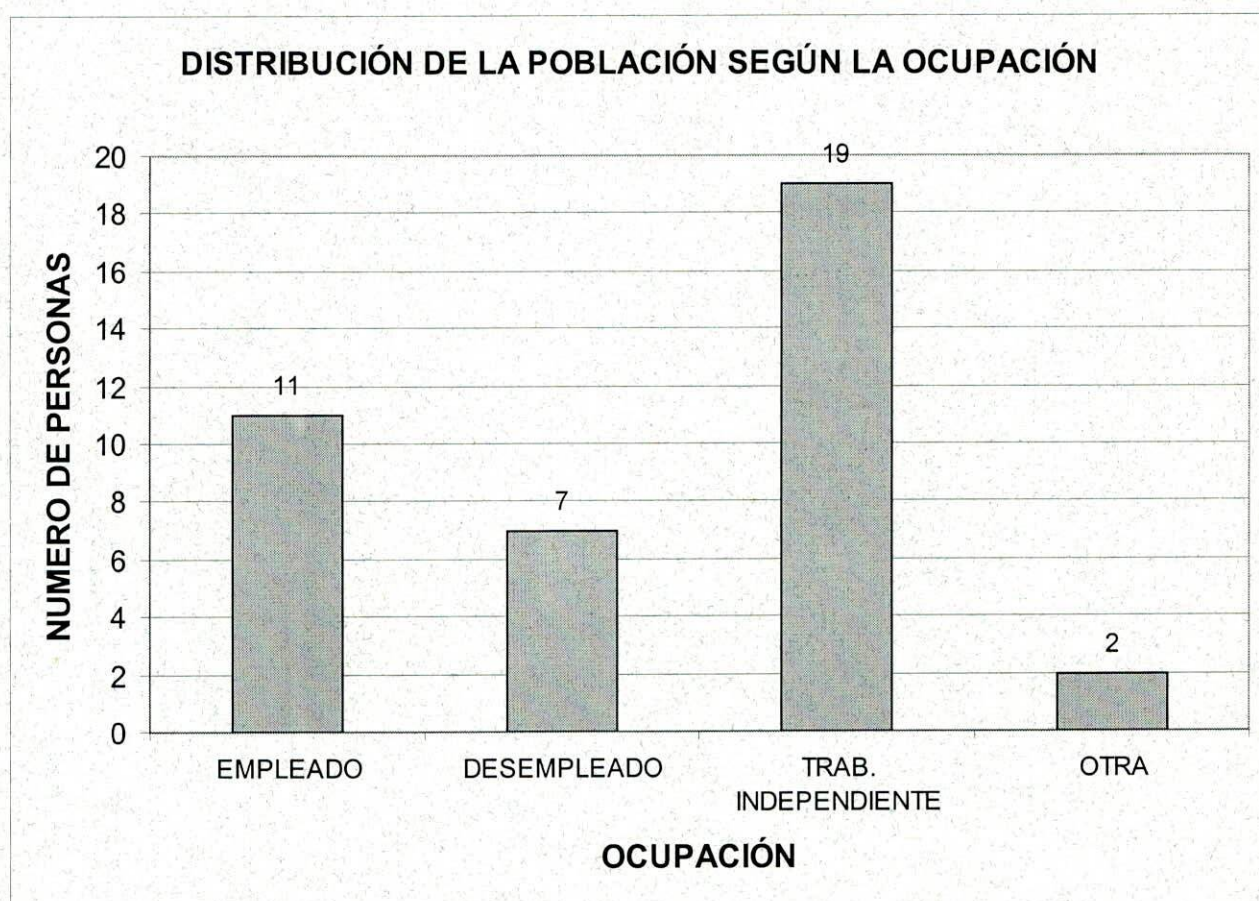


TABLA 8. Tejido blando oral

AFECTADO		NO AFECTADO	
No	%	No	%
30	77%	9	23%

GRAFICA 8. Tejido blando oral

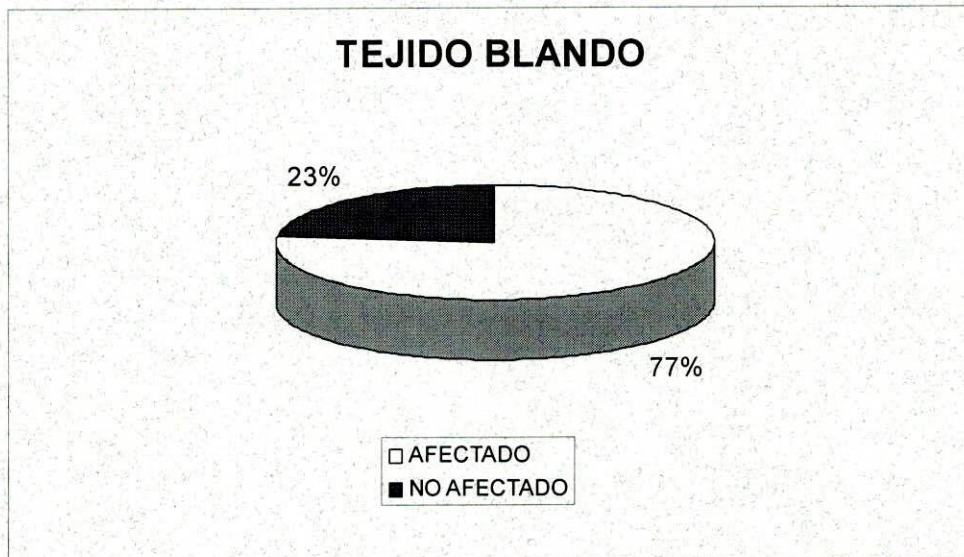


TABLA 9. Tejido dental

AFECTADO		NO AFECTADO	
No	%	No	%
24	61.50%	15	38.50%

GRAFICA 9. Tejido dental

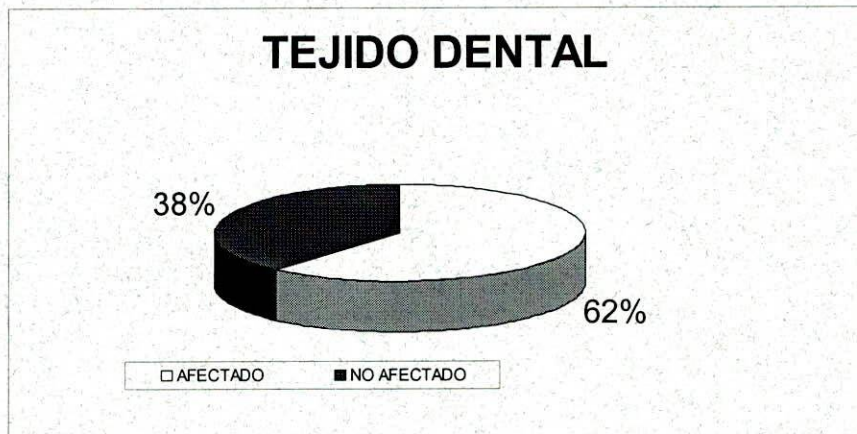


TABLA 10. Localización anatómica de la lesión

LOCALIZACIÓN ANAT.	NUMERO DE PERSONAS
DIENTE	24
ENCIA	24
LENGUA	6
FONDO SURCO VEST INF.	2
FONDO SURCO VEST.SUP	1
LABIO	1
PALADAR BLANDO	0
PALADAR DURO	0
MUCOSA YUGAL	0
GLANDULAS SALIVALES	0

GRAFICA 10. Localización anatómica de la lesión

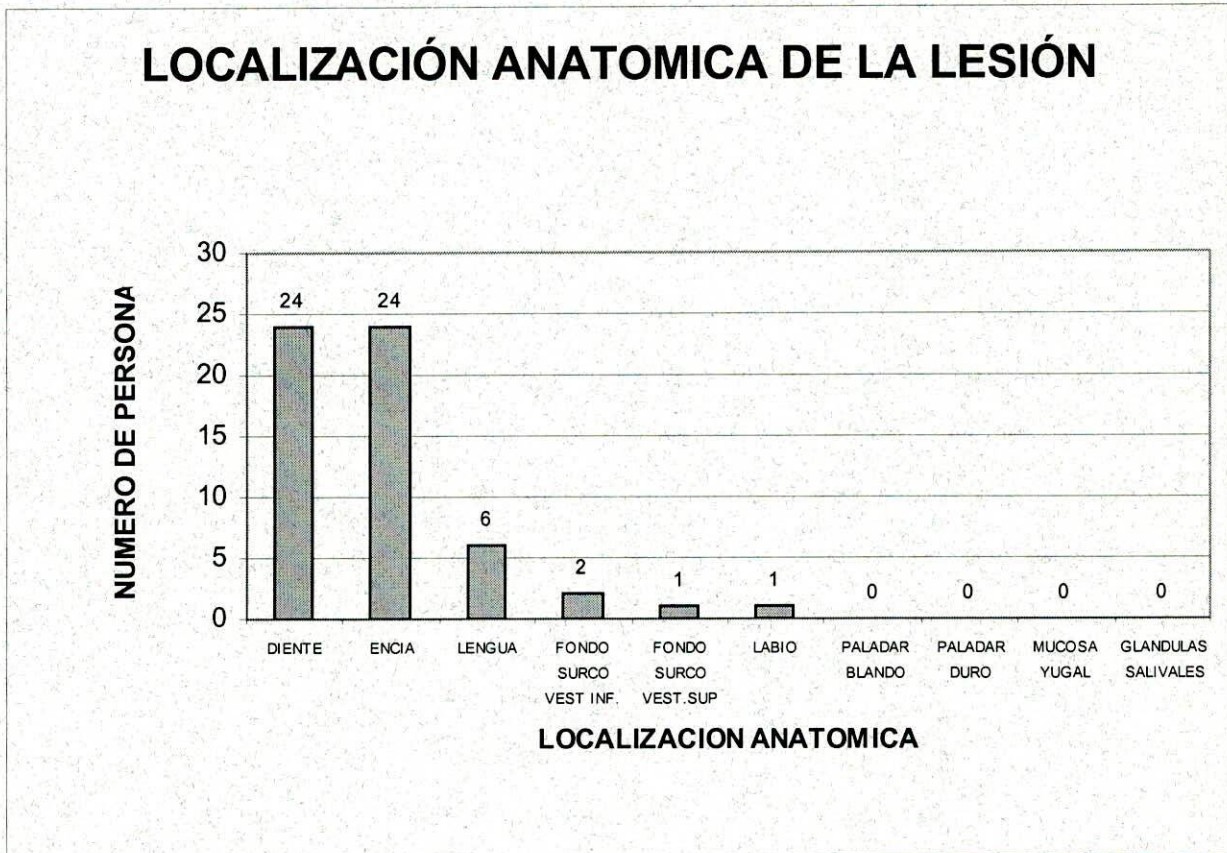


TABLA 11. Tipo de lesión en tejidos blandos orales

TIPO DE LESIÓN	No DE PERSONAS
ENF. PERIODONTAL	21
LENGUA SABURRAL	5
HIPERPLASIA	3
ULCERAS AFTOSAS	3
CARDIDIASIS	2
FÍSTULAS	2
GLOSITIS MIGRATORIA	1
GLOSITIS ROMBOIDEA	1
HERPES LABIAL	1
LENGUA FISURAL	1
PERICORONITIS	1
QUEILITIS ANGULAR	1

GRAFICA 11. Tipo de lesión en tejidos blandos orales

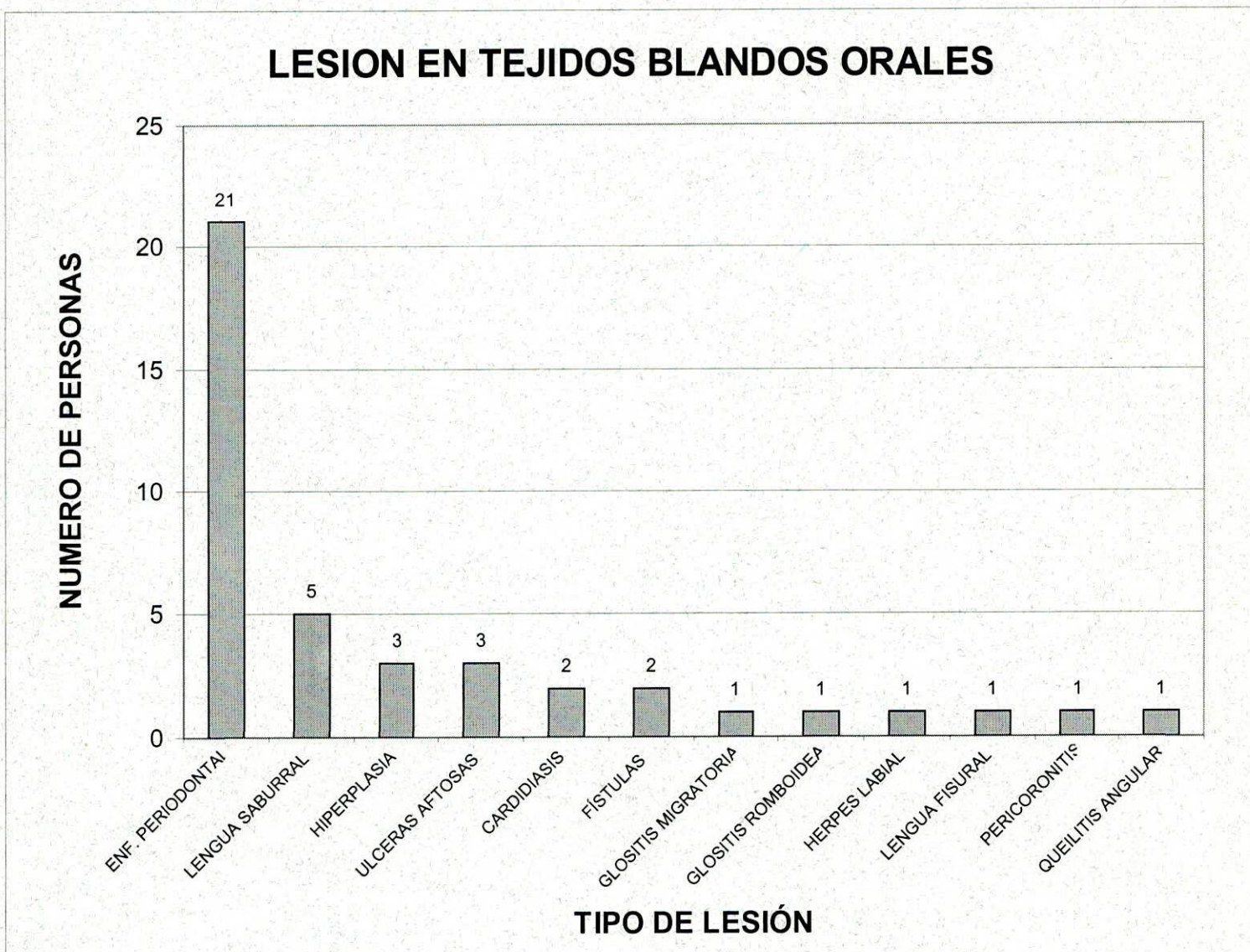
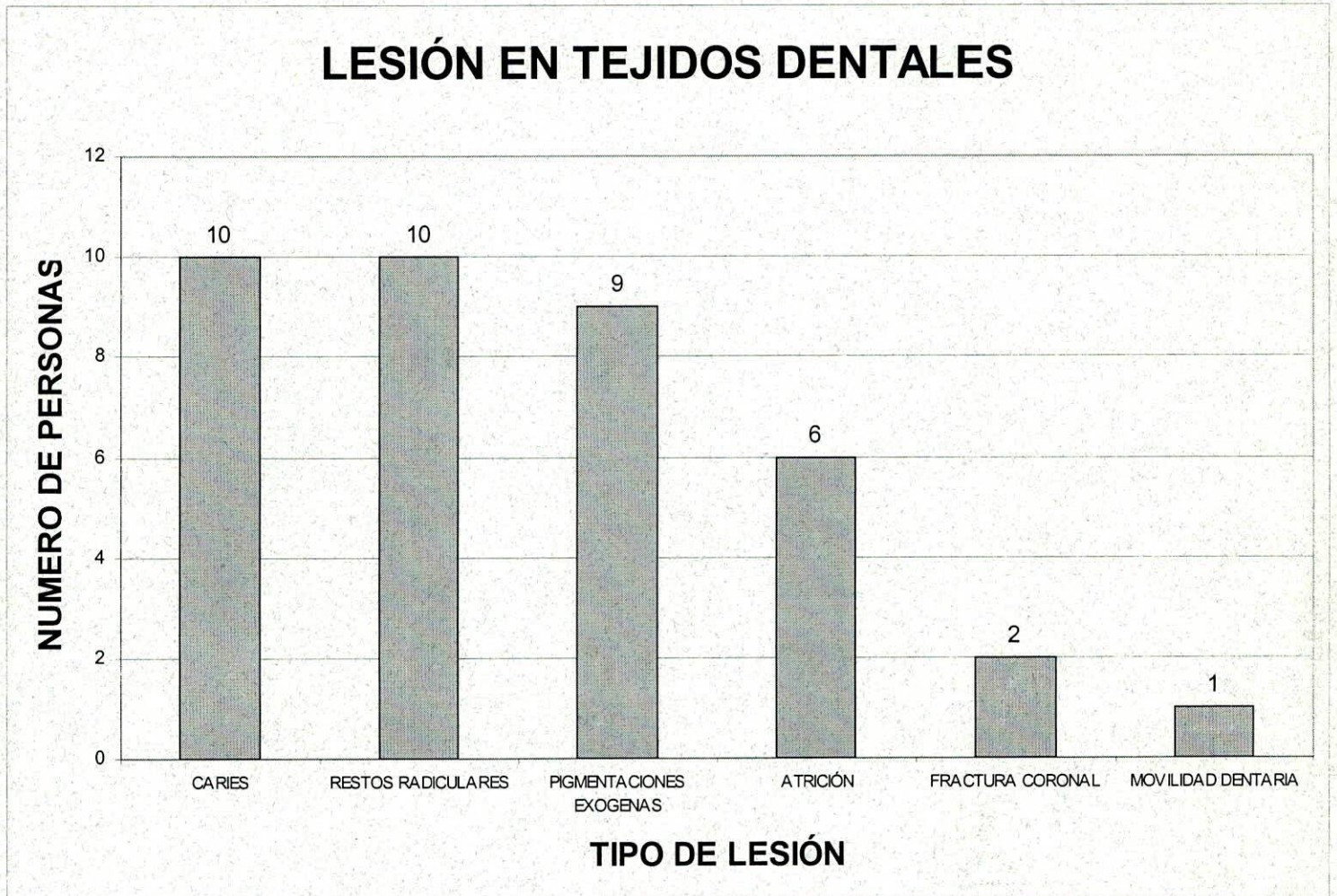


TABLA 12. Tipo de lesión en tejidos dentales

TIPO DE LESIÓN	No DE PERSONAS
CARIES	10
RESTOS RADICULARES	10
PIGMENTACIONES EXOGENAS	9
ATRICIÓN	6
FRACTURA CORONAL	2
MOVILIDAD DENTARIA	1

GRAFICA 12. Tipo de lesión en tejidos dentales



4. DISCUSION

Encontrada la lesión más frecuente de tejidos blandos en estos pacientes fue la enfermedad periodontal la cual está directamente relacionada con deficientes hábitos de higiene oral comunes en este tipo de pacientes así como al estrato socioeconómico (72% estrato 1). Dicha enfermedad periodontal también puede estar relacionada con hábitos de alcoholismo en estos pacientes como lo expone Evans y Col en 1990. La presencia de placa bacteriana, cálculos y pigmentaciones aumenta los casos de enfermedad periodontal el cual en este estudio fue de 21 personas del total de la población estudiada; cinco pacientes de los 39 estudiados presentaron lengua saburral, la cual esta relacionada con presencia de *Candida albicans* y asociada a deficiente higiene oral; se cree que la presencia de la *Candida* como causante de la lengua saburral está determinada por desequilibrio inmunológico en estas personas consumidoras de sustancias psicoactivas; lo cual concuerda con los estudios de Regezi en 1995.

Se detectaron hiperplasias en 3 de los pacientes evaluados, las cuales estaban relacionadas con prótesis desadaptadas y no funcionales de prolongado tiempo de uso lo cual constituye el factor predisponente que determina la presencia de dicha patología, esto es debido a la falta de atención y cuidado del paciente con respecto a su higiene oral, ya que inclusive dichas hiperplasias estaban relacionadas con candidiasis lo cual enfatiza el hecho de que son la mala higiene y la disminución de defensas inmunológicas las causantes de esta patología.

Tres pacientes del total de la población presentaron úlceras aftosas; relacionadas con inmunosupresión, hábitos compulsivos del paciente; náuseas laceraciones y presencia de irritantes locales como el alcohol y el tabaco, lo cual está relacionado nuevamente con el estrato socioeconómico y con los diferentes tipos de drogas consumidas (alcohol, marihuana, etc); esto se encuentra en estrecha relación con los estudios relacionados en Dinamarca por Smith y Col en 1996.

A pesar de los estudios reportados en la literatura (Regezi 1995, Shaffer 1985) que demuestran alto nivel de candidiasis en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en la presente investigación sólo 2 de los 39 pacientes mostraron presencia de candidiasis posiblemente debido a que algunos presentaban una relativa higiene oral. La candidiasis vista en este estudio fue detectada principalmente en lengua saburral y prótesis desadaptadas.

La glositis migratoria o lengua geográfica es una entidad relacionada con alteraciones de los niveles de defensa del organismo; en este estudio sólo un paciente presentó este tipo de lesión a pesar de que según estudios de Evans en 1990 y Regezi en 1995 esta patología es muy frecuente en personas alcohólicas y fumadoras.

La lengua fisural es una lesión caracterizada por un resquebrajamiento del dorso de la lengua asociada a irritantes locales, en el estudio un paciente presentó esta patología posiblemente relacionado con consumo de alcohol como irritante.

Aunque los estudios realizados por Regezi en 1995 y Evans en 1990 indican que la adicción a sustancias como el alcohol y el tabaco constituyen un factor carcinogénico que puede originar a mediano plazo cáncer oral, ninguno de los pacientes involucrados en este estudio presentó patologías malignas. La causa de esta discrepancia puede estar relacionada con el rango de edad de los pacientes evaluados que no sobrepasó la cuarta década; ya que se sabe que el cáncer oral es más común en personas entre la sexta y séptima década de vida.

Se observó además que la incidencia de patologías en cavidad oral es más común en hombres que en mujeres consumidores de sustancias psicoactivas; estos resultados están de acuerdo con los estudios de Evans en 1990 de los cuales la mayoría de los alcohólicos son más hombres jóvenes que mujeres.

Según la localización anatómica de la lesión los sitios de mayor presencia fueron encía, diente y lengua; lo cual se relaciona directamente con el hábito de fumar. Esta investigación se centró en la observación directa de patologías en cavidad oral en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas y no en la búsqueda de una correlación causa efecto entre el consumo de drogas y la presencia de las diferentes patologías.

5. CONCLUSIONES

La población evaluada fue mayor en el género masculino que el femenino.

La población osciló entre 12 y 56 años.

El estado civil que predominó fue el soltero.

La procedencia mayor fue de Bogotá.

El estrato socioeconómico predominante fue el 1.

El nivel de escolaridad con mayor preponderancia fue el bachillerato incompleto.

La ocupación anterior que más presentó fue trabajador independiente.

El tipo de tejido más afectado fue el blando.

La localización anatómica de la lesión que mayor número de casos presentó fue la encía.

La lesión en tejido blando que predominó fue la enfermedad periodontal.

La lesión en tejido dental de mayor predominio fue la caries dental.

6. RECOMENDACIONES

Los investigadores recomiendan realizar una investigación que correlacionen causa-efecto entre el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de patologías a nivel oral.

BIBLIOGRAFIA

CARVAJAL. MARIA E, CRUZ.V. Comportamiento y Salud 1. Grupo editorial Norma Educativa. Pg 269-278.

CAVAZOS.L Secretaría de Educación de los Estados Unidos 1989. Pgs 60, 63, 67.

EVANS. P. Enciclopedia Médica Familiar, Círculo de Lectores. Bogotá 1990. Pg 66,67. 244 – 245.

GONZALEZ. J. Alcoholismo. Fundación Educativa Pablo VI, departamento de ética y moral. Santafé de Bogotá, diciembre 6 de 1996. Pg 3-6.

HEDE B. Determinants of oral health in a group of Danish alcoholics. Eur. J. Oral Sci. 1996: 104;403-408.

JHON T. GRBIC, IRA B. AND DENNIS MITCHEL. Inflammatory and immune mediators in crevicular fluid from HIV-infected injecting drug users. J. Periodontol. 1997: 3; 249-254.

MANDEL. L, D.D.S, HAMELE, M.D. Alcoholic parotid sialadenosis. JADA. 1997:128; 1411-1415.

PAYNE J.B, JHONSON GK, REINHARDT R, SCHMID M. Histological alterations following short-term smokeless tobacco exposure in humans. J. Periodont Res. 1998: 33; 274-279.

REGEZI A, SCIUBBA J. Patología bucal, segunda edición, editorial interamericana McGraw Hill. Mexico, UNAM, 1995: pgs 82, R5-R51.

RODRIGUEZ OSPINA E. Consumo de sustancias psicoactivas Colombia, edición: editorial carrera septima . Bogotá –Colombia, 1996, pg 11.g

ANEXO 1

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FUNDACION LA LUZ
FUNDACION EVOLUCIONAR
FICHA CLINICA ORAL DE PACIENTES
CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS**

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Paciente N° _____
Género F ___ M ___
Edad _____ años
Estado civil _____
Procedencia _____
Estrato socio-económico _____
Nivel de escolaridad _____
Ocupación _____

II. ASPECTOS CLINICO-PATOLOGICOS

Blando _____
Dental _____

III. LOCALIZACION ANATOMICA DE LA LESION

Labio _____
Lengua _____
Mucosa yugal _____
Piso de boca _____
Glándulas salivales _____
Glándulas palatinas _____
Paladar duro _____
Paladar blando _____
Encía _____
Fondo del surco vestibular. Sup _____ Inf _____
Diente _____
Otras _____

IV. TIPO DE LESION EN TEJIDOS BLANDOS ORALES

V. TIPO DE LESION EN TEJIDOS DENTALES

