

269

Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ALCOHOLISMO, TABAQUISMO Y SUS  
CONSECUENCIAS BUCALES.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

TERESA JIMÉNEZ POBLANO  
VIANEY COVARRUBIAS CRUZ

29/9/06



DIRECTOR: C.D.M.O. VICTOR MANUEL DÍAZ MICHEL



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

NO TEMAS  
PORQUE YO ESTOY  
CONTIIGO;  
NO DESMAYES,  
PORQUE YO SOY  
TU DIOS  
QUE TE ESFUERZO,  
SIEMPRE  
TE AYUDARÉ,  
SIEMPRE  
TE SUSTENTARÉ  
CON LA DDESTRA  
DE MI JUSTICIA.

## AGRADECIMIENTOS:

A DIOS: POR DEJARME VIVIR ESTE MOMENTO RODEADA DE GENTE QUE ME QUIERE MUCHO Y POR ESTAR SIEMPRE CONMIGO.

A MIS PADRES: CLARA LUZ Y TOMÁS.

GRACIAS POR DARME LA VIDA, POR QUERERME TANTO, POR APOYARME SIEMPRE EN TODO LO QUE HE QUERIDO HACER, POR ALENTARME A SEGUIR ADELANTE, POR CREER SIEMPRE EN MÍ Y POR DARME TODO LO QUE NECESITE PARA LLEGAR HASTA ESTE MOMENTO, OJALÁ SE SIENTAN ORGULLOSOS DE MÍ, LOS QUIERO MUCHO Y QUE DIOS LOS BENDIGA.

A MIS HERMANOS: ROSY, LULÚ, MARY, JUAN Y PAO.

Por quererme y apoyarme cuando los necesito, por los ánimos que me dieron en estos años para no decaer y seguir adelante.

A MIS SOBRINOS: TANYA, LUIS, YOSE Y LALO.

Por darme alegría y por creer que soy un ejemplo a seguir.

A MIS ABUELITAS:

Por brindarme siempre su cariño y ayudarme cuando las necesite.

A LA FAM. JIMÉNEZ GARCÍA:

Por darme siempre palabras de aliento y preocuparse por mí.

A MIS AMIGOS:

Por dejarme ser parte de ellos, por apoyarme en todo momento, por darme su cariño y confianza.

A R.C.V.:

Por estar conmigo en los momentos que más te necesite dandome siempre tu cariño y protección, por ayudarme en todo lo que te pedí y por tener en tus labios siempre una palabra de amor y aliento para que siguiera adelante.  
T.Q.M.

A TODOS GRACIAS Y QUE DIOS LOS BENDIGA.

TERE.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología:  
por que me siento muy orgullosa de haber permanecido en ellas.

Al Dr. Diaz Michel:

Por el tiempo que me brindo al asesorarme en la realización de este trabajo.

Al Dr. Rolando Buneder:

Por brindarme su amistad, transmitirme sus conocimientos y por tener confianza en mí. Y por ayudarme cuando lo necesito.

A TODOS MIS PROFESORES:

Que a lo largo de estos años compartieron conmigo sus conocimientos para que pudiera llegar a convertirme en lo que siempre soñé ser: Cirujano Dentista.

AL HONORABLE JURADO.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.</b>	pág. 1
<b>CAPÍTULO 1. ALCOHOL Y ALCOHOLISMO.</b>	pág. 2
1. Generalidades.	
1.1.1. Alcohol	
1.2.1. Alcoholismo	
1.1.3. Etiología del Alcoholismo	pág. 3
1.1.4. Problemas biopsicosociales del alcoholismo	
1.1.5. Grados de Alcoholismo	pág. 4
1.1.6. Epidemiología	pág. 5
2. Características Clínicas del Alcoholismo	pág. 5
1.2.1. Diagnóstico de un alcohólico	
1.2.2. Complicaciones o efectos del alcoholismo	pág. 6
1.2.3. Problemas Sociales	
1.2.4. Abstinencia Alcohólica	pág. 7
1.2.5. Delirium Trémen	pág.8
1.2.6. Alcohol y Embarazo	
<b>CAPÍTULO 2. ALTERACIONES BUCALES CAUSADAS POR EL ALCOHOLISMO.</b>	
1. Manifestaciones Bucales.	pág. 10
2.1.1. Leucoplasia	
2.1.2. Eritroplasia	pág. 12
2.1.3. Carcinoma Epidermoide	pág. 14
2.1.4. Carcinoma Verrucoso	pág. 21
2.1.5. Estomatitis Nicotínica	pág. 23
<b>CAPÍTULO 3. TRATAMIENTO.</b>	
1. Fases del Tratamiento.	pág. 26
3.1.1. Fase Uno	
3.1.2. Fase Dos	
3.1.3. Fase Tres	pág. 27
3.1.4. Abstinencia	
3.1.5. Deshabitación	pág. 28
3.1.6. Alcohólicos Anónimos	

## **CAPÍTULO 4. TABACO - TABAQUISMO.**

<b>1. Generalidades.</b>	<b>pág. 30</b>
4.1.1. Tabaquismo	
4.1.2. El tabaco como amenaza para la Salud	pág. 31
<b>2. Análisis del Fumador.</b>	
4.2.1. Estructura Biopsicosocial del fumador	pág. 32
4.2.2. Personalidad del fumador	
4.2.3. Clasificación de personas fumadoras	pág. 33
4.2.4. Factores sociales que influyen el fumador Geriátrico	pág. 35
4.2.5. Formas en que se utiliza el tabaco	pág. 36
4.2.6. Consecuencias en la Comunidad	pág. 38

## **CAPÍTULO 5. MANIFESTACIONES BUCALES CAUSADAS POR EL TABACO .**

<b>1. Efectos del tabaquismo en la Cavidad Bucal.</b>	<b>pág. 40</b>
5.1.1. Pigmentación Dentaria	
5.1.2. Gingivitis y Periodontitis	pág. 41
5.1.3. Lengua Pilosa	pág. 42
5.1.4. Leucoplasia	pág. 43
5.1.5. Estomatitis Nicotínica	pág. 45
5.1.6. Cáncer Bucal	pág. 46

## **CAPÍTULO 6. TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO.**

<b>1. Formas de realizar el Tratamiento.</b>	<b>pág. 49</b>
6.1.1. Goma de mascar con nicotina	
6.1.2. Tabletas Masticables	pág. 50
6.1.3. Parches	

## **CAPÍTULO 7. LUCHA CONTRA EL HÁBITO DE FUMAR.**

<b>1. Lucha Antitabáquica.</b>	<b>pág. 52</b>
7.1.1. Objetivos de la lucha antitabáquica	
7.1.2. Programas informativos	pág. 53
7.1.3. Regulación de la promoción de las ventas del tabaco	pág. 54
7.1.4. Impresión Sanitaria de avisos y advertencias sanitarias en Los paquetes de cigarrillos	

## INTRODUCCIÓN

La finalidad de la realización de esta tesina es el de presentar en la forma más comprensible, las principales manifestaciones bucales que se presentan en la cavidad bucal, provocadas por el alcoholismo y tabaquismo en pacientes geriátricos.

El hábito tabáquico en cualquiera de sus formas (fumado, mascado o inhalado), y el alcoholismo son una de las principales causas de amenaza a la salud, así como de los problemas familiares, sociales y económicos que esto conlleva, además de causar mayor frecuencia a padecimientos coronarios, enfermedades cardiopulmonares, aterosclerosis, aneurismas de la aorta, enfermedades cerebro vasculares y aumento en el riesgo de abortos, sin olvidar que pueden causar cáncer en diferentes órganos del cuerpo como lo son, pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, vejiga, riñón, estómago, páncreas y cerviz uterino, causando por ende defunciones.

Es indispensable y no debemos olvidar la importancia que tiene, lograr un adecuado nivel de educación sanitaria a la población sobre la prevención de enfermedades causadas por el alcohol y tabaco.

Para tener éxito en el diagnóstico y tratamiento, se deben conocer no sólo el cuadro clínico de la enfermedad, sino también aquellas facetas relacionadas con ella, como la etiología, prevalencia, pronóstico y tratamiento.



## CAPÍTULO I

### ALCOHOL Y ALCOHOLISMO.

#### 1. GENERALIDADES.

En este trabajo de investigación iniciaremos por mencionar lo que es el alcohol y las consecuencias que provoca a las personas que lo consumen en exceso y que afectan su vida.

**1.1.1. Alcohol.** Es un líquido incoloro y volátil miscible en agua, cloroformo y éter.<sup>(1)</sup> El alcohol se produce por fermentación, que es un proceso natural en el cual la levadura, un hongo unicelular, transforma el azúcar en alcohol hasta alcanzar del 12 al 13 %. Los rasgos de una bebida dependen del origen del azúcar. De las uvas se obtiene el vino; de la cebada la cerveza; del centeno y el maíz, whisky; de la caña de azúcar, ron, y de las manzanas, sidra.<sup>(2)</sup>

Tomado puede servir como digestivo, como antipirético, además de ser usado por la medicina popular como excelente remedio contra el enfriamiento.<sup>(3)</sup>

**1.1.2. Alcoholismo.** Es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que esta socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor y sin embargo sigue bebiendo.<sup>(4)</sup>

### **1.1.3. Etiología del alcoholismo.**

Los individuos que mayores posibilidades tienen de convertirse en alcohólicos son aquellos que:

1. Responden a las bebidas alcohólicas en una cierta forma que les hace experimentar cierto alivio y relajación.
2. Poseen ciertas características de la personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.
3. Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

### **1.1.4. Problemas Biopsicosociales del alcoholismo.**

El alcoholismo afecta principalmente a personas neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, tendientes al aislamiento, dependientes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad. También se dice que suelen ser sujetos que sufren en la infancia privación emocional, de problemas afectivos en sus hogares.

El alcoholismo no disminuye la ansiedad ni la depresión de los bebedores crónicos como podría creerse, y por otra parte, si acentúa otros problemas psicológicos como la culpabilidad y la pérdida de la autoestima.<sup>(4)</sup>

Desde el punto de vista biológico, se cree que los alcohólicos tienen una predisposición para desarrollar el problema, la existencia de una susceptibilidad genética, heredada, hacia el alcohol. Los hijos de padres alcohólicos tienen un elevado riesgo de serlo también.

La tasa de alcoholismo es más elevada entre los parientes de alcohólicos que del resto de la población.

Trabajar con bebidas alcohólicas, por ejemplo en un bar, constituye un claro factor de riesgo, de igual manera los factores ambientales como son los problemas conyugales, el desempleo y la muerte de seres queridos se asocian con los problemas de alcoholismo.<sup>(2)</sup>

### **1.1.5. Grados de alcoholismo**

Dentro del alcoholismo podemos observar que existen diferentes grados como lo mencionaremos a continuación:

**\*ABSTINENCIA:** es la ingestión muy moderada de bebidas alcohólicas, nunca más de cinco veces al año sin llegar en ningún caso al estado de ebriedad.

**\*INGESTA MODERADA DE ALCOHOL:** es el hábito (tal vez sería mejor decir la costumbre) de consumir menos de 100 mililitros de alcohol en un día, alcanzando menos de doce estados de embriaguez al año.

**\*INGESTIÓN EXCESIVA DE ALCOHOL:** es la que comprende a los individuos que acostumbran a ingerir bebidas alcohólicas en forma habitual por más de tres días a la semana y en más de 100 mililitros de alcohol.<sup>(4)</sup>

### **1.1.6. Epidemiología.**

**\*Sexo:** el alcoholismo es más común en los hombres que en las mujeres, en personas que son solteras o divorciadas, o entre los homosexuales.<sup>(5)</sup> en los ancianos esto varía ya que son más comunes los problemas de alcoholismo en las mujeres que en los hombres esto es 5 a 1.<sup>(6)</sup>

**\*Raza y religión:** el alcoholismo es menos común entre los judíos, musulmanes, en los chinos, griegos e italianos.<sup>(5)</sup>

## **2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ALCOHOLISMO.**

El alcoholizado puede parecer una persona bien educada en sociedad, en familia, por el contrario, se comporta de modo grosero.

Estas van desde la falta de apetito, náuseas, vómitos a los trastornos hepáticos que evolucionan hacia la cirrosis, la pérdida de peso, la mal nutrición, hasta llegar a la caquexia, a la atrofia muscular.<sup>(3)</sup>

Los signos físicos importantes en una persona asintomática pueden ser arañas vasculares en la piel, caída de la muñeca, aliento alcohólico.<sup>(5)</sup>

### **2.1.1. Diagnóstico de un alcohólico.**

Para poder llegar a un diagnóstico el médico debe de recurrir a diversas estrategias para poder descubrir los hechos para diagnosticar a un alcohólico. Con frecuencia el interrogatorio debe de ser indirecto. Se buscan detalles que sean pertinentes para el diagnóstico. Este interrogatorio se basa en antecedentes del paciente, como a continuación se verá:

\*Antecedentes personales patológicos: accidentes que haya sufrido el paciente, intentos de suicidio, gastritis hemorrágica.

\*Antecedentes familiares: Muerte de alguno de los padres por cirrosis hepática o suicidio, pérdida de alguno de estos en la infancia o durante la adolescencia o si alguno de los padres es alcohólico.

\*Antecedentes personales no patológicos: Abandono de los estudios, a que nivel socioeconómico pertenece, grado de escolaridad.<sup>(5)</sup>

### **2.1.2. Complicaciones o efectos del alcoholismo.**

Existen dentro de las complicaciones o efectos del alcoholismo a corto y largo plazo. Dentro de los de corto plazo podemos mencionar:

\*RESACA (CRUDA): Esta se presenta horas después de haber ingerido grandes cantidades de alcohol, presenta dolor de cabeza, la sed y el malestar estomacal característico de la mañana siguiente se debe a los efectos combinados de las impurezas presentes en el alcohol, la deshidratación de las células del organismo y el descenso de los niveles de azúcar en la sangre. Los remedios populares para aliviar los peores síntomas son; por lo general, tan variados como ineficaces. Beber cerveza o algún licor puede proporcionar un alivio pasajero, pero el hecho de añadir alcohol a la corriente sanguínea simplemente retrasa los efectos de la resaca. Algunos métodos realmente útiles para reducir las molestias consisten en beber gran cantidad de agua antes de acostarse y tomar aspirinas y bebidas azucaradas. La leche contribuye a aliviar el malestar estomacal.

**2.1.3. Problemas sociales:** Dentro de estos se encuentra la pérdida del empleo por llegar sistemáticamente tarde o por el escaso rendimiento debido a la intoxicación alcohólica; la ruptura de la pareja, y el comportamiento delictivo

debido a la agresividad inducida por el mismo o a la necesidad de robar para comprar una cantidad de bebida.<sup>(2)</sup>

El consumo excesivo de alcohol puede provocar enfermedades en el hígado, sistema nervioso, el estómago, los riñones y el corazón (cirrosis hepática, gastritis, esofagitis, cardiopatía alcohólica. El alto índice de muertes que ocurren en los accidentes automovilísticos. La pérdida de eficiencia en la coordinación muscular unida a la deficiencia del juicio que ocurre durante el estado de intoxicación alcohólica hace que el bebedor este en peligro real cuando conduce un vehículo, ya que existe lentitud en sus reflejos y tiene exceso de confianza, el riesgo de que pueda sufrir un accidente al conducir un automóvil es de un 50%.

#### **2.1.4. Abstinencia alcohólica.**

Si un alcohólico, de repente, deja de beber, es probable que se reproduzcan síntomas de abstinencia. El síndrome de abstinencia de alcohol generalmente comienza de 12 a 24 horas después que la persona deja de consumir alcohol.

Los síntomas leves incluyen temor, debilidad, sudación y náuseas. Algunas personas sufren convulsiones, pueden sufrir alucinosis alcohólica. Pueden tener alucinaciones y oír voces que parecen acusadoras y amenazantes, causandoles aprensión y terror, esto puede durar días.

### **2.1.5. Delirium tréme.**

Este por lo general no comienza inmediatamente más bien aparece entre dos y diez días después de dejar de beber, la persona esta al principio ansiosa y mas tarde desarrolla confusión creciente, insomnio, pesadillas, sudación excesiva y depresión profunda.

El pulso tiende a acelerarse, puede aparecer fiebre, el episodio puede agravarse con alucinaciones fugases, que producen miedo, inquietud y desorientación. Siente en ocasiones que el suelo se mueve, las paredes se caen o que la cama gira. A medida que progresa el delirio, aparece temblor persistente en las manos que a veces se extiende ala cabeza y al cuerpo. Este puede ser mortal particularmente si no se trata. Un hígado dañado por el alcohol es menos capaz de eliminar del cuerpo las sustancias tóxicas, lo que puede causar un coma hepático. Una persona en embotada, somnolienta, confusa y generalmente presenta un temblor extraño en las manos, como aleteo. El coma hepático incluye peligro de muerte y necesita tratamiento inmediato.(6)

Los efectos sociales e individuales que no pueden ser cuantificados: el sufrimiento de la familia del alcohólico así como la frustración y el dolor moral del propio enfermo.(4)

### **2.1.6. Alcohol y Embarazo.**

Durante el embarazo el alcohol puede causar problemas que van desde el aborto a graves efectos en la conducta del recién nacido o en el niño en desarrollo, como comportamiento antisocial déficit de atención.

El riesgo de aborto espontáneo casi se duplica, el peso del recién nacido es inferior al normal, que es de alrededor de 2 kilogramos comparados con los 3.5 kilogramos del resto de los recién nacidos.

Consumir alcohol durante el embarazo puede provocar anomalías congénitas, excesivas cantidades de alcohol pueden presentar el síndrome alcohólico fetal. Estos recién nacidos son pequeños, suelen tener una cabeza de tamaño pequeña (microcefalia), anomalías faciales y deficiencias mentales al límite. Con menos frecuencia, se observan anomalías articulares y cardíacas. El desarrollo no es adecuado y tienen más probabilidades de morir al poco tiempo de nacer.<sup>(7)</sup>

Económicamente el mantener este hábito depende de la adición que el paciente presente ya que puede variar en el comprar desde un bebida barata hasta una de elevado costo. Por ejemplo:

MARCA	PRECIO	N° DE BOTELLAS INGERIDAS X SEMANA	TOTAL	
			MES	AÑO
Cerveza	\$ 4.50	1	\$18	\$72
Cerveza Fam.	\$ 12.00	1	\$48	\$576
Ron	\$ 49.00	1	\$196	\$2,352
Bacardi	\$ 55.00	1	\$220	\$2,640
Tequila	\$185.00	1	\$740	\$8,880
Whisky	\$450.00	1	\$1,800	\$21,600

Visto lo anterior se deduce que el costo que se realiza puede ser muy elevado, ya que la persona le da más prioridad al hábito que a cualquier otra cosa.



## CAPÍTULO 2

### **ALTERACIONES BUCALES CAUSADAS POR ALCOHOLISMO**

Los cambios que presenta la mucosa oral en relación con el envejecimiento es difícil de valorar debido a su amplitud. Los factores que propician estos cambios a lo largo de la vida pueden ser la dieta, los hábitos como el tabaco y el alcohol, prótesis, etc.

Los índices de cáncer oral casi se triplican entre los grupos de edad de 55 a 64 años o más. Es más probable que los ancianos presenten leucoplasias, que son las lesiones orales premalignas más prevalentes. Se piensa que casi el 0, 13 – 17 % de las leucoplasias blancas con un componente rojo (eritroleucoplasias) tienen un riesgo notable mayor de malignización. La mortalidad por cáncer oral oscila entre el 50 % y el 60 % a los cinco años.<sup>(7)</sup>

#### **2.1.1. Leucoplasia.**

El término leucoplasia significa placa blanca que no puede eliminarse fácilmente mediante frotación suave de la superficie mucosa

##### **\*Características clínicas.**

La localización más frecuente son la mucosa del carrillo, el piso de boca, las comisuras labiales, los bordes laterales de la lengua y los surcos alveolares, mandibulares y maxilares. Esta se presenta como una placa blanca en la mucosa bucal que no se desprende por raspado.

La leucoplasia puede variar desde un tejido poco notable, con ligero aspecto blanquecino sobre una base de apariencia normal sin inflamación, hasta una lesión de color blanco definido, gruesa, fisurada o verrugosa.

La leucoplasia a la palpación puede ser blanda, homogénea, o de textura finamente granular.

La leucoplasia verrugosa proliferativa puede ser agresiva, persistente, multifocal y recurrente.

### \*Etiología.

Su causa principal es el consumo de tabaco fumado o utilizado de otra manera. Otros factores como el abuso de alcohol, traumatismo e infección por candida albicans.

También se atribuye a factores nutricionales, en especial los relacionados con anemia por deficiencia de hierro.<sup>(9)</sup>

### \*Tratamiento.

Si la lesión no es premaligna o maligna, en la mayoría de los casos se hacen intentos para eliminar posibles factores locales. Si la lesión presenta displasia moderada a intensa deberán tomarse medidas necesarias para extirparse totalmente.

Diferentes métodos quirúrgicos por ejemplo la excisión con bisturí, electrocirugía y cirugía con láser. En casos de malformaciones extensas se requiere a veces de injertos después de la intervención quirúrgica.

### \*Pronóstico.

Puede ser recurrente.(11)

## **2.1.2.Eritroplasia.**

La eritroplasia o eritroplaquia se define haciendo referencia a lesiones de la mucosa oral que aparecen como placas rojas, aterciopeladas, de bordes irregulares aunque bien definidos.(7)

### \*Etiología.

Se desconoce la causa de esta anomalía. Sin embargo, se asume que los factores etiológicos de la eritroplaquia son similares a los que causa el cáncer bucal. Por lo tanto, el tabaco tal vez desempeña una función significativa en la inducción de muchas de estas lesiones. El alcohol, defectos nutricionales, irritación crónica y otros factores también pueden contribuir o actuar como modificadores.

### \*Características clínicas.

Debe considerarse como una lesión más grave que la leucoplasia, debido al porcentaje significativamente más alto de procesos malignos vinculados con ella. La anomalía adopta la forma de una placa roja con márgenes bastante bien definidos.

Los sitios de alto riesgo son el piso de boca, la lengua y la mucosa retromolar.

Los individuos entre 50 y 70 años de edad son los afectados con mayor frecuencia y no parece haber predilección por sexo.

En algunos casos también se pueden reconocer áreas blancas focales que representan queratosis. La eritroplasia suele ser flexible al tacto, aunque las mal formaciones invasivas pueden experimentar cierta induración.

#### \*Tratamiento.

El tratamiento preferido para la eritroplasia es la excisión quirúrgica. Debido a su naturaleza superficial, las lesiones displásicas in situ tiene mayor importancia que la excisión sea más extensa que profunda. Pero, dado que los cambios epiteliales pueden extenderse hacia los conductos excretores de la glándula salival del área, el borde quirúrgico profundo no debe ser muy superficial, ya que de no extirparse en su totalidad puede ser invasiva.<sup>(9)</sup>

#### \*Pronóstico.

Si se eliminan los agentes etiológicos después de la extirpación puede ser favorable.

### **2.1.3. Carcinoma Epidermoide.**

El carcinoma epidermoide es una neoplasia maligna del epitelio plano estratificado que puede producir proliferación destructiva local y metástasis a distancia.

Este también es denominado a veces como carcinoma de células planas. Los procesos malignos orales representan un 3% de los cánceres diagnosticados en hombres y el 2% en mujeres. Todos los años se diagnostican alrededor de 30,000 nuevos casos de cáncer oral en los Estados Unidos. La incidencia de cáncer oral difiere ampliamente según los hábitos de consumo de tabaco prevalentes en los diversos países del mundo. La incidencia de cáncer oral aumenta considerablemente en las sociedades donde el consumo importante de tabaco comienza a una edad temprana y continua después.

El carcinoma epidermoide es con mucho la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad oral, representando alrededor del 90% del total de los cánceres orales. Este es más frecuente en el labio inferior, en los bordes laterales de la lengua y el piso de la boca.

La incidencia del carcinoma epidermoide aumenta con la edad; la mayoría de los casos se presenta después de los 40 años.

Una serie de factores etiológicos parecen implicados en el desarrollo del carcinoma de células planas oral; consumo de tabaco y alcohol, virus, radiación actínica, inmunosupresores, deficiencias nutricionales, enfermedades preexistentes e irritación crónica.

### \*Factores etiológicos.

#### Consumo de tabaco en fumadores

1. Cigarrillos
2. Puros
3. Pipa
4. Irritación Crónica
5. Consumo de Alcohol

#### Consumo de tabaco en no fumadores

1. Rapé
2. Tabaco de mascar
3. Mascada (pan)

### \*Factores carcinógenos.

#### TABACO

El consumo habitual de tabaco en sus diversas formas, principalmente cigarrillos, puros, tabaco de pipa, rapé, tabaco de mascar y mascada, es el factor más importante asociado a la transformación de las células epiteliales normales de la mucosa en carcinoma epidermoide. Los datos de investigación señalan que 8 de cada 10 pacientes con cáncer oral habían sido grandes fumadores durante mucho tiempo. Como carcinógeno, el tabaco parece actuar con mayor intensidad en los fumadores que consumen tabaco. La asociación entre tabaco y cáncer resulta aún más evidente en los pacientes tratados por carcinoma de células planas orales.

Los datos de investigación indican que del 30 al 37% de los pacientes que siguen fumando después del tratamiento desarrollan una nueva lesión en otro punto de la orofaringe, mientras que solo el 6 y el 13% de los que dejaron de fumar desarrollan nuevas lesiones.

## ALCOHOL

Aunque no son considerados como causas directas, se han implicado varios cofactores, como el consumo del alcohol y la irritación crónica causada por dentaduras protésicas mal ajustadas, en la progresión del carcinoma oral de células planas. No se poseen pruebas sobre un efecto local del alcohol ingerido por que la mayoría de los bebedores crónicos son también fumadores. Se cree que el efecto del alcohol en la inducción de cáncer oral es indirecto y tal vez consecuencias de lesiones hepáticas (cirrosis). La asociación entre la cirrosis hepática y carcinoma epidermoide en el piso de boca y la lengua es especialmente alta. Cuando se combina una ingestión importante de alcohol y tabaquismo intenso, se piensa que existe un efecto sinérgico, aumentado considerablemente la incidencia de carcinoma orofaríngeo.

### \*Características clínicas.

El carcinoma oral de células planas tiene una serie de presentación clínica diferentes.

Las presentaciones tempranas más comunes del carcinoma de células planas intraoral son las leucoplasias y las eritroplasias. Las lesiones más avanzadas aparecen en primer lugar como una úlcera indolora, una masa tumoral o una excrecencia verrucosa (papilar).

Este carcinoma que se ha infiltrado profundamente en el tejido conjuntivo puede tener pocos cambios superficiales, pero aparece como un área indurada firme con pérdida de la movilidad del tejido. En el piso de boca esta lesión produce habitualmente fijación de la lengua e imposibilidad de abrir la boca totalmente.

El carcinoma que invade la encía hasta el maxilar o la mandíbula subyacentes pueden llevar a movilidad o pérdida de dientes, mientras que los que penetran profundamente en la mandíbula con afectación del nervio dentario inferior pueden causar parestesia de los dientes y del labio inferior.

\*Localización e incidencia.

La incidencia del carcinoma epidermoide en diversas localizaciones anatómicas tiene manifestaciones distintas; algunas áreas parecen ser relativamente inmunes, mientras que otras parecen ser proclives al mismo. Cuando se tienen en cuenta todas las localizaciones anatómicas, el labio inferior es el sitio más propenso. En el interior de la cavidad oral, las caras laterales y ventral de la lengua y el suelo adyacente de la boca son los sitios más propensos, seguidos por la parte posterior del paladar blando, especialmente en las áreas adyacentes a los pilares amigdalinos. Con menor frecuencia es la mucosa del carrillo, especialmente por encima de la línea oclusal. Son relativamente raros los carcinomas originados en el paladar duro y el dorso de la lengua.



## LABIO INFERIOR

El carcinoma epidermoide del labio inferior representa del 30 al 40% del total de los carcinomas orales.

Es más frecuente en hombres que en mujeres y se presenta principalmente entre la quinta y octava década de la vida. La mayoría de las lesiones aparecen en los bordes derecho o izquierdo del bermellón de los labios y rara vez en la línea media. En casi todos los casos las lesiones van precedidas por períodos prolongados de queilitis actínica, seguido por un intervalo de ulceración y formación de costras recidivantes. Finalmente la úlcera ya no cicatriza y desarrolla un borde arrollado, rodeado de tejido indurado.

Este carcinoma suele ser bien diferenciado y tarda en producir metástasis, cuando esta no se produce las lesiones son curables casi al 100%.

## LENGUA

Los bordes laterales de la lengua constituyen la localización del 25% del total de los carcinomas epidermoides y del 50% de las lesiones intraorales.

Las lesiones tempranas de la superficie lateral de la lengua suelen estar localizadas en los tercios medio y posterior. Aparecen inicialmente como áreas de leucoplasia que se ulceran pronto y desarrollan bordes elevados. Otras lesiones pueden empezar como áreas focales de eritema o zonas nodulares. Las lesiones avanzadas de todos los tipos clínicos se ulceran finalmente y producen una induración extensa del tejido circundante, llevando frecuentemente a inmovilidad de la lengua y alteraciones del habla.

La metástasis se presentan por lo general tempranamente en el curso de la enfermedad y se extiende a los ganglios linfáticos submandibular y cervical profundo.

El tratamiento de elección es la hemiglossectomía seguida de radioterapia. En general la tasa de supervivencia a 5 años de los pacientes con las lesiones más avanzadas es menor del 30%.

## SUELO DE BOCA

Constituye alrededor de un 20% del total de los carcinomas orales y la tercera localización más frecuente del total de los carcinomas de células planas intraorales. La mayoría de las lesiones se localizan en las áreas anteriores contiguas a las carúnculas, que contienen los orificios de los conductos de Wharton.

Las lesiones iniciales se presentan como un área de eritroplasia o eritroplasia moteada que evoluciona gradualmente a una ulceración central de forma irregular. Cuando las lesiones avanzan, el área se convierte en nodular e invade los tejidos más profundos. En las lesiones avanzadas son frecuentes la fijación de la lengua y la extensión sobre la encía.

Su tratamiento es quirúrgico e incluye a menudo los ganglios linfáticos adyacentes, seguido de radioterapia.

## PALADAR BLANDO

Se presenta con mayor frecuencia en la región posterolateral adyacente a los pilares anteriores del istmo de las fauces.

Este es el 15% de los carcinomas intraorales. Las lesiones son habitualmente eritroplásicas o incluyen un área que semejan a placas rojas y blancas. La invasión suele producirse antes de ser visible la ulceración a la superficie. La mayoría de las lesiones son moderada o pobremente diferenciadas e invaden a menudo las estructuras más profundas y la metástasis se da hacia los ganglios linfáticos cervicales y yugulares antes de que existan grandes lesiones ulcerativas o nodulares.

#### ENCIA / CRESTA ALVEOLAR.

Las lesiones en encía y cresta alveolar representan del 4 al 6% del carcinoma intraoral y tiene comúnmente inicialmente el aspecto de una leucoplasia verrugosa o de una úlcera con bordes. La mandíbula se afecta más a menudo que el maxilar los signos más característicos son la amplia movilidad y la pérdida pronta de los dientes en ausencia de enfermedad periodontal avanzada y alveolos que ya no cicatrizan después de la extracción.

En la mandíbula la metástasis suele afectar a los ganglios linfáticos submandibulares y cervical.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica; puede ser imprescindible la resección segmentaria cuando existe invasión del hueso.

## MUCOSA DEL CARRILLO

Es raro localizar un carcinoma epidermoide, dando como resultado de un 1 a un 2 % en carcinomas intraorales. Las lesiones suelen presentarse en forma de úlceras situadas a lo largo de la línea oclusal.

El tratamiento consiste en su extirpación quirúrgica y/o radioterapia.

### \*Tratamiento.

El carcinoma epidermoide de la cavidad oral suele tratarse mediante extirpación quirúrgica, radioterapia o ambos tratamientos. En función del tamaño, localización y estadio de la lesión, el tratamiento quirúrgico puede consistir en extirpación local o disección de los ganglios linfáticos regionales. Algunos requieren de quimioterapia y son los que tienen peor pronóstico.

### **2.1.4. Carcinoma verrucoso.**

En la mucosa bucal se ha definido una lesión designada hiperplasia verrucosa.

### \*Características clínicas.

Esta forma de carcinoma explica el 15% de todos los carcinomas de células escamosas intrabucuales.

Más de la mitad de todos los casos ocurren en la mucosa bucal y otra tercera parte se presenta en encía predominando más en la de la mandíbula que la del maxilar.

Existe un claro predominio en hombres y la mayoría de los individuos son mayores de 50 años de edad.

Las lesiones tempranas, que al principio pueden interpretarse como hiperplasia verrugosa, son relativamente superficiales y en el examen clínico casi siempre muestran color blanco. El origen de estas lesiones puede ser la leucoplaquia.

Con el tiempo, los bordes de las lesiones se vuelven irregulares e indurados. Conforme se desarrolla el carcinoma verrugoso, la lesión se hace exofítica son una superficie vellosa blanquecina o grisácea. Aunque no muy infiltrativa, la lesión se desplaza hacia el interior de los tejidos circundantes. Cuando afecta los tejidos gingivales se fija al periostio subyacente. Sin tratamiento, puede ocurrir invasión gradual del periostio y destrucción del hueso.

#### \*Etiología.

El carcinoma verrugoso de las membranas mucosas de la boca se relaciona más estrechamente con el empleo de tabaco en sus diferentes formas, en especial el tabaco mascado.

### \*Tratamiento.

El tratamiento primario de la mayor parte de los casos de carcinoma verrugoso es quirúrgico. Esto se debe principalmente a los informes iniciales de la diferenciación que ocurre en el carcinoma verrugoso después de radioterapia.

La radioterapia intensiva va desde el principio o combinada con operación puede ser un método alternativo de tratamiento viable.

Rara vez produce metástasis, aunque es destructivo localmente. En casos avanzados en los cuales el maxilar o la mandíbula muestran destrucción significa puede ser necesaria la resección.

### \*Pronóstico.

El pronóstico del carcinoma verrugoso es excelente, sobre todo debido a su alto nivel de diferenciación y la rareza de propagación metastásica.

La recurrencia local aún es una posibilidad bien establecida si el tratamiento no es el adecuado.

## **2.1.5 Estomatitis Nicotínica.**

Cambio blanco difuso del paladar y/o de la mucosa bucal causado por una combinación de hiperqueratosis y acantosis. Se encuentra en grandes fumadores.

La estomatitis nicotínica es un término usado para describir un tipo específico de hiperplasia epitelial que afecta principalmente al paladar duro de los fumadores crónicos de pipa. En raras ocasiones se encuentra en el fumador de puros o cigarrillos.

#### \*Características clínicas.

El paladar de los pacientes con estomatitis nicotínica suele ser más blanco de lo normal y presenta múltiples papilas circulares pequeñas con centros rojos umbilicados diminutos del paladar blando.

El fondo blanco puede tener una superficie áspera y estar fisurado y arrugado. Las lesiones también pueden presentarse en la mucosa, especialmente en el lado de la boca donde se sostiene el cigarro o la pipa.<sup>(9)</sup>

#### \*Etiología.

Esta es una forma de queratosis relacionada con tabaco. La estomatitis nicotínica suele relacionarse con el hábito de fumar puro o pipa y existe una correlación positiva entre la gravedad de la enfermedad y la intensidad del hábito de fumar.

La importancia del efecto tópico directo del humo se puede reconocer en casos en los cuales el paladar duro está cubierto por una prótesis removible; como resultado, la mucosa situada debajo del dispositivo es respetada y la hiperqueratosis sólo se detecta en las áreas expuestas.

La combinación de los carcinógenos de tabaco y la temperatura elevada es aún más dañina cuando se fuma de revés (colocando el extremo encendido dentro de la boca), lo que añade un riesgo significativo para la conversión de maligna.<sup>(11)</sup>

\*Tratamiento.

La estomatitis nicotínica se resuelve deprisa cuando cesa el consumo de tabaco.

\*Pronóstico.

La estomatitis nicotínica no parece predisponer al paladar duro a la malignidad. Sin embargo, el grado de tabaquismo aumenta el riesgo de aparición de carcinoma epidermoide en el istmo de las fauces y en la región retromolar, así como en el tracto respiratorio superior e inferior.<sup>(7)</sup>



## CAPÍTULO 3

### **TRATAMIENTO**

El tratamiento depende de las complicaciones, a veces incluso es necesario hospitalizar al paciente. Se debe llevar a cabo terapia de nutrición, empleo de tranquilizantes en el proceso de desintoxicación.

El alcoholismo es una enfermedad familiar, por lo que a veces es necesario tratar a toda la familia para que el alcohólico se recupere.

Existen organizaciones como la de Alcohólicos Anónimos, que proporcionan apoyo a estas familias y al enfermo alcohólico para facilitar su rehabilitación.<sup>(1)</sup>

#### **1. FASES DEL TRATAMIENTO.**

##### **3.1.1. Fase uno.**

En la primera fase del tratamiento, el alcohol se suprime por completo, por lo tanto, un alcohólico tiene que modificar su conducta. Permanecer sobrio es difícil y sin la ayuda necesaria, la mayoría recae en unos pocos días o semanas.

Generalmente el tratamiento de grupo es más eficaz que el asesoramiento individual, sin embargo, el tratamiento se debería adecuar a cada individuo. También es importante contar con el apoyo de los familiares.

##### **3.1.2. Fase dos.**

Una vez efectuado el diagnóstico de la enfermedad, la fase siguiente es la sensibilización y motivación del paciente para que colabore activamente en el tratamiento de su enfermedad

. Esta etapa incumbe al médico, el cual debe ofrecer su comprensión y apoyo al paciente y centrar desde el principio el problema (la dependencia) en el enfermo: se trata de su enfermedad, la recuperación le interesa a él y la conseguirá con su esfuerzo y colaboración activa.

### **3.1.3. Fase tres.**

La siguiente etapa es el tratamiento de la intoxicación crónica y desintoxicación: el alcohol debe suprimirse de forma brusca y total. El síndrome de abstinencia se previene o alivia con fármacos sedantes de mínimo efecto depresor. Los más utilizados en la actualidad son el clorometiazol y el tetrabamato.<sup>(10)</sup>

### **3.1.4. Abstinencia.**

En la abstinencia leve es recomendable que el enfermo se encuentre en una habitación bien iluminada, la presencia de familiares o amigos y el tranquilizar al paciente constituye importantes aspectos del tratamiento. Muchos de los síntomas pueden tratarse con benzodiazepinas, que incluyen el clordiazepóxido, 25-100 mg por vía oral cada 6 horas, diazepam 5-10 mg por vía oral cada 6 horas. El objetivo del tratamiento consiste en sedar al paciente hasta que este calmado. Las dosis deben ajustarse según el estado clínico del paciente. Hay que dar también tiamina, 100 mg por v.i. o i.m. cada día durante tres días, seguidos de 100 mg por vía oral cada día: asimismo podrán administrarse preparados multivitamínicos que contengan ácido fólico. Las circunstancias sociales determinarán si es preferible realizar esto en el domicilio o en el hospital.<sup>(13)</sup> Si esto se lleva a cabo en el hospital serán suficiente de 10 a 15 días de internamiento.

### **3.1.5. Deshabitución.**

La etapa siguiente es la deshabitación. Esta es la fase más difícil, que debe ser realizada por un equipo especializado y multidisciplinario, combinación con fármacos (disulfirán, cianamida cálcica) y de técnicas psicosociales (psicoterapia, grupos terapéuticos). De todas formas, hay que señalar que, en esta fase, la medicación es sólo un recurso de soporte, que carece de sentido si no se complementa con técnicas psicosociales. El grupo de discusión para enfermos alcohólicos, libre, abierto y con la presencia de un terapeuta moderador no directivo es la técnica de elección en esta etapa del tratamiento de la dependencia alcohólica.

### **3.1.6. Alcohólicos Anónimos.**

En la rehabilitación y reinserción social del paciente alcohólico, última etapa del proceso asistencial, son fundamentales el soporte de la asistencia social y de las asociaciones de ex alcohólicos (Alcohólicos Anónimos). Con su ayuda, el enfermo puede, una vez deshabitado, reincorporarse a la sociedad y volver a ser un miembro útil para la comunidad. En esta última etapa, además del apoyo del grupo familiar, es imprescindible la comprensión y apoyo de los mandos directos y de los compañeros del medio laboral.

Las últimas dos etapas que son la rehabilitación y la reinserción social su duración mínima es de 24 meses. En este periodo de tiempo el paciente debe acudir regularmente al centro especializado de una a dos veces por semana.

Durante todo el proceso es muy importante que el paciente continúe en contacto con el médico de cabecera que le diagnosticó y remitió el centro especializado, ya que, una vez terminado el tratamiento, volverá a quedar bajo su control.

Finalmente, no hay que olvidar que, en muchos casos, la familia del enfermo alcohólico necesita también atención médica psicológica y social para paliar los efectos negativos de la presencia en su seno de un paciente dependiente del alcohol.

## CAPÍTULO 4

### TABACO - TABAQUISMO

#### 1. GENERALIDADES

El tabaco es una planta originaria de América, *Nicotiana tabacum*, (12) en la hoja del tabaco están contenidos ácidos minerales, agua y nicotina.(13)

**4.1.1. Tabaquismo:** es una intoxicación crónica producida por el abuso del tabaco a causa de la nicotina y los alquitranes que contiene. Afecta al aparato respiratorio, aparato circulatorio y Sistema Nervioso, favorece la aparición del cáncer bronquial, el infarto del miocardio, insomnio y lesiones bucales. (14)

\* Tabaquismo agudo: se caracteriza por sialorrea, náuseas, vómitos, sudor frío, diarrea, vértigos, malestar general y taquicardia.(13)

\*Tabaquismo crónico: se presenta por el contrario con trastornos visuales, estados de vértigo, ataxia, hiperclorhidria, arritmias, extrasístoles y neuritis.(13)

Para todos los fumadores, el tabaco tiene un aroma y un sabor agradables; además, el cigarrillo mantiene las manos ocupadas y resulta agradable de llevar a la boca.

Los fumadores deben aprender a tragar el humo, lo cuál lleva tiempo y al principio resulta desagradable. Una vez que lo han aprendido, muy pocos lo dejan. Esto es así porque la inhalación es un medio rápido y eficaz de administrar una droga al cerebro, pues la sustancia llega a su destino en menos de 7 segundos.(12)

#### **4.1.2. El tabaco como amenaza para la salud.**

La afirmación de que el tabaco es nocivo para la salud es casi tan antigua como el propio hábito de fumar. La primera condena oficial, fue dada a conocer, en 1604, por el monarca inglés Jacobo I.<sup>(12)</sup>

El tabaquismo enferma y mata; aumenta la demanda de asistencia médica, reduce la esperanza de vida, incrementa el ausentismo del trabajo y produce accidentes e incendios.<sup>(15)</sup>

A pesar de las disposiciones del código sanitario, es mínima la información que se brinda al consumidor acerca de los riesgos del tabaco para la salud.

Algunos de los problemas que causa el fumar en el organismo son:

\*En las mujeres en el período premenstrual y menstrual, de embarazo y de lactancia puede determinar alteraciones.

\*En el sistema nervioso, causa disminución de la memoria, de la atención, atonía intelectual.

\*Inflamaciones catarrales de las mucosas de la laringe, tráquea, bronquios y estómago.

\*Trastornos cardíacos.<sup>(13)</sup>

## **2. ANÁLISIS DEL FUMADOR.**

### **4.2.1. Estructura biopsicosocial del fumador.**

El hábito del tabaquismo se inicia por imitación; el niño que ve a sus padres y las personas mayores, fuman y reflejan un deseo de identificarse con ellos. Así, la probabilidad de que un adolescente fume es mucho mayor si sus padres lo hacen. Debido a las características del período de la adolescencia, se encuentra en proceso de individualización y de identificación con otros jóvenes de su misma edad, de modo que se adhiere a grupos que le proporcionan la oportunidad de ampliar su conducta social y experimentar nuevas actitudes que no se atrevía a iniciar como cualquier otra conducta y que está sujeto a las normas de reforzamiento positivo y negativo.

### **4.2.2. Personalidad del fumador.**

Existen ciertos rasgos que se pueden advertir, aún cuando las personas niegan tener el hábito de fumar. Estos rasgos se pueden clasificar según sea la recompensa o el placer que sienta la persona al fumar y son:

\*Recompensas Psicosociales; son aquellas que incluyen el fumar como un medio de ganar aceptación y afiliación a un grupo, así como obtener las connotaciones simbólicas de rudeza y precocidad. Se presenta fundamentalmente al inicio del tabaquismo.

\*Recompensas Sensoriales: son todas las satisfacciones de los sentidos (sabor, olor, manipuleo, observar el humo, etc.), así como las más específicas del tipo oral, como es el caso de la succión.

\*Recompensas Farmacológicas: incluyen los diversos efectos nicotínicos (euforizante, sedante, estimulante), así como el rápido alivio que se experimenta con la nicotina en los casos de supresión.

#### **4.2.3. Clasificación de personas fumadoras.**

1.-Fumador Psicosocial: las recompensas son sólo psicosociales; prácticamente no existe inhalación de nicotina. El fumar es intermitente y se limita a situaciones sociales; fuera de ellas no existe deseo de fumar. Paulatinamente se va dando una evolución hacia otras recompensas, primero sensoriales y más tarde farmacológicas.

2.-Fumador Indulgente: las recompensas se reducen al puro placer, de manera que se fuma en diversas situaciones, como al ver la televisión, al descansar después del trabajo, mientras se lee, etc. El individuo fuma después de ingerir algún alimento o bebida, o en sustitución de éstos. Cuando decide suspender su hábito, este tipo de fumador tiende a aumentar su ingesta de alimentos y bebidas. El indulgente no es un fumador constante sino que tiende a presentar períodos de varias horas, por ejemplo, entre las comidas, en las cuales no fuma, o mientras no está trabajando.



3.-Fumador por tranquilizarse: el efecto sedativo de la nicotina el calmante de la gratificación oral y el mantener las manos ocupadas, se utilizan para aliviar la tensión y la ansiedad. Las recompensas son tanto sensoriales como farmacológicas y la frecuencia en el fumar varía de acuerdo con el estado emocional.

4.-Fumador por estimularse: se utiliza el efecto estimulante de la nicotina para mantener cierta conducta deseable y ahuyentar la fatiga cuando se realizan tareas monótonas como conducir un vehículo por largas distancias, o para estimular la creatividad y el estado de alerta al escribir. La frecuencia del fumar se incrementa en estas situaciones específicas. La recompensa es predominantemente farmacológica.

5.-Fumador por adicción: el sujeto experimenta los efectos de la supresión si no logra fumar en un lapso de 20 a 30 minutos y fuma para aliviar esas molestias.

La frecuencia del fumar no varía con las circunstancias externas y se inicia poco después de levantarse por la mañana, cesa durante el sueño y es regulada por los niveles de nicotina en sangre.

La recompensa es totalmente farmacológica y llega a ser inclusive displaciente el hecho de no poder dejar de fumar en ocasiones en que el individuo así lo desea.<sup>(15)</sup>

#### **4.2.4 . Factores sociales que influyen en el fumador geriátrico.**

El tabaquismo, es un problema muy complejo, pero más aún cuando lo realizan personas de edad avanzada, ya que se suma a los problemas que el individuo presenta tanto físicos, familiares y psicosociales provocados por él mismo o por la sociedad que lo rodea. Los factores que desencadenan que el paciente inicie o continúe con el hábito son: soledad, pérdida de trabajo ya sea por jubilación o por incapacidad física, cansancio, imposibilidad para realizar un deporte, bajos ingresos, frecuentar amigos que fuman, alcoholismo, rechazo de sus familiares, abandono.

El hábito a veces es tolerado por los familiares pues creen que la persona se siente bien fumando y sólo le ponen atención o les causa preocupación cuando ven que el tabaquismo le está afectando de manera notable en su salud.

#### 4.2.5. Formas en que se utiliza el tabaco.

\*Cigarrillo, puro y pipa: Una comparación entre el uso de cigarrillos, puros y pipas indica que los puros causa menos lesiones bucales que los otros dos, posiblemente por la mayor temperatura de combustión en estos. La frecuencia más elevada de todas las lesiones bucales se relacionan con el uso de la pipa sola o además cigarrillos; el empleo de cigarrillos produce el mayor índice de estomatitis por nicotina. La edad es un factor importante, pues las lesiones bucales relacionadas con el tabaquismo son más frecuentes en el grupo de más de 50 años. Hasta la fecha las lesiones bucales por tabaquismo son más comunes en varones, pero considerando el aumento de esta costumbre en mujeres jóvenes se espera cambie esta posición.<sup>(18)</sup>

En fumadores crónicos es común el engrosamiento del epitelio, el aumento de queratinización de áreas normalmente queratinizadas y la congestión y enrojecimiento generalizado del paladar blando y las fauces. Las quemaduras y placas queratósicas son comunes en los labios, en el sitio que se acostumbra fumar, en particular en donde se conserva mucho tiempo el cigarrillo o puro ya muy corto.<sup>(18)</sup>

Los fumadores de pipa y puros no suelen tragar el humo, entre otras cosas, porque este tipo de humo es demasiado fuerte para respirarlo directamente hacia los pulmones. El tabaco de pipa y el de los puros se seca y se cura en un proceso más natural y más prolongado que el utilizado para los cigarrillos, lo cual hace que el humo no sea ácido, sino alcalino. Esto significa que la nicotina puede absorberse a través de las mucosas de la boca y no es preciso inhalar el humo a los pulmones.<sup>(18)</sup>

\* Aspiración bucal: La aspiración bucal (colocación o retención del tabaco en polvo o finamente molido (rapé) en el vestíbulo bucal), se relacionan con una frecuencia excepcionalmente alta de mortalidad por cáncer bucal y faríngeo. Los no fumadores que acostumbran la aspiración bucal tienen cuatro veces más riesgo de cáncer bucal que los que no lo hacen. La aspiración bucal no siempre se acompaña de un aumento de la frecuencia del cáncer bucal.<sup>(18)</sup>

\* Masticación del tabaco y nuez de areca: En la India, Sudeste de Asia y Repúblicas Soviéticas, mezclan variedades de tabaco curado y no curado con cal, aceite y sabores y en la India con la semilla molida de la areca que da un color rojo pardo intenso a la saliva, la mucosa bucal y los labios de quienes lo usan. Los extractos de nuez de areca pueden producir leucoplasia y carcinoma.<sup>(18)</sup>

\* Fumar al revés: Esta forma se observa en comunidades costeñas primitivas aisladas de la India, el Caribe y Sudamérica. Esta forma, que se dice permite fumar en sitios o labores expuestas a grandes vientos y llovizna, se acompaña de una frecuencia mayor de lesiones bucales posiblemente por la temperaturas intrabucales elevadas y los diferentes productos de la combustión.<sup>(18)</sup>

\* Fumadores pasivos: Se deben tomar en cuenta los daños ocasionados a los fumadores pasivos, es decir, aquellas personas que están expuestas involuntariamente al humo del tabaco, en el hogar o en el ámbito laboral,<sup>(17)</sup> pues el riesgo que corren de llegar a sufrir los mismos trastornos pulmonares que los fumadores, aunque sea en menor grado.<sup>(2)</sup>

#### 4.2.6. Consecuencias en la comunidad.

El tabaquismo es la causa número uno de muertes y enfermedades que se podrían prevenir, por lo que se considera un grave problema de salud pública. Se estima que alrededor de 118 personas mueren diariamente en México por causas vinculadas con el tabaco.

Algunas de las enfermedades asociadas con este hábito producen invalidez, lo que implica un alto costo social y económico. Por otra parte, los problemas ocasionados por el tabaquismo no se hacen evidentes en forma inmediata, por lo que pasan muchos años antes de que el fumador comience a registrar los signos y síntomas del padecimiento y, frecuentemente, acude a los servicios de salud cuando ya es demasiado tarde y los costos de los servicios se elevan considerablemente.

Las enfermedades asociadas al tabaquismo son de carácter crónico, irreversible, incapacitante y mortal, lo que da lugar al deterioro en la calidad de vida de los fumadores y sus familias, así como la pérdida de años potenciales de vida saludable, incidiendo en la disminución de la productividad, el incremento del ausentismo laboral, la sobreutilización de los servicios de salud lo que representa un elevado costo social al que habrá de hacer frente la comunidad.<sup>(17)</sup>

## Esperanza de vida en fumadores.

	Esperanza de vida	Disminución de la Esperanza de vida
No fumadores .....	48 años	—
Gente que fuma poco .....	44 años	- 4 años
Gente que fuma mucho .....	42 años	- 6 años
(20 cigarros diarios)		
Gente que fuma demasiado .....	40 años	- 8 años
(40 cigarros diarios) <sup>(19)</sup>		

El mantener económicamente este hábito es muy variado ya que depende, de la adicción que presente la persona y puede ir desde el tabaco más económico hasta el de un precio muy elevado. Por ejemplo:

Marca	Precio	Nº de cajetillas Consumidas X semana	TOTAL	
			MES	AÑO
Delicados	\$ 5.00	1	\$20	\$240
Montana	\$10.00	1	\$40	\$480
Raleigh	\$11.00	1	\$44	\$528
Marlboro	\$12.00	1	\$48	\$576
Benson	\$15.00	1	\$60	\$720

Visto lo anterior se deduce que el costo que se realiza puede ser muy elevado ya que la persona le da más prioridad al hábito que a cualquier otra cosa.

## CAPÍTULO 5

### MANIFESTACIONES BUCALES CAUSADAS POR EL TABACO.

#### 1. EFECTOS DEL TABAQUISMO EN LA CAVIDAD BUCAL

Se debe mencionar que el odontólogo es una de las personas que debe tener en cuenta la importancia que tiene el estar capacitado para poder atender a un paciente geriátrico, ya que estas personas suelen tener una higiene bucal muy carente y que aunada al hábito del tabaquismo puede causar problemas muy serios dentro de su boca y puede llegar a tener hasta consecuencias fatales. Por lo tanto debemos estar informados acerca de las manifestaciones bucales que podremos encontrar en estos pacientes para poder realizar un adecuado diagnóstico y un buen tratamiento.

Es importante también enseñar al paciente que tenga la habilidad, para poder realizarse el autoexamen de su boca, para que tome muy en serio y comunique de inmediato algún cambio que se presente como; algún abultamiento, cambio de color en las mucosas, anomalías en la encía o paladar, etc.

##### **5.1.1. Pigmentación dentaria.**

Los dientes de los fumadores crónicos presentan manchas cuyos colores van desde un amarillo oscuro hasta negro, según la cantidad de cigarrillos consumidos, su frecuencia y la susceptibilidad e higiene oral de quienes tienen estos hábitos.

El color, así como la intensidad, cantidad y distribución de tales manchas se encuentran en correspondencia con la intensidad y duración de la exposición.

Por su parte, los efectos morfológicos, estructurales y posicionales aumentan la pigmentación.

### **5.1.2. Gingivitis y Periodontitis.**

La gingivitis se caracteriza por una inflamación de la encía y la periodontitis por la destrucción ósea del proceso alveolar, la cual es irreversible.

Desde el punto de vista etiológico, las causas pueden ser sistémicas y locales. Debido a la frecuencia de su consumo, uno de los factores más importantes en la aparición de la enfermedad parodontal es el tabaco. El efecto que produce es particularmente llamativo; por ejemplo, en la alta prevalencia de gingivitis ulcerativa en fumadores.

La gingivitis simple y la periodontitis con resorción ósea se incrementan paralelamente al aumento en el consumo del tabaco, sin embargo, cuando la higiene bucal es adecuada, dichos efectos se reducen .

#### **\*Tratamiento.**

El tratamiento consiste en la eliminación de hábitos nocivos, higiene bucal después de ingerir alimentos mediante cepillado, detartraje y curetaje. En casos avanzados se recurre a la gingivectomía o gingivoplastía.



### 5.1.3. Lengua pilosa.

La lengua pilosa, también denominada lengua vellosa negra o lengua peluda, es una afección poco común.

Aunque la etiología es incierta, aparte de los casos idiopáticos de lengua pilosa se conoce un cierto número de factores que producen esta alteración, especialmente el uso de antibióticos y corticoesteroides, la utilización de ciertos enjuagues a base de hidrógeno, la mala higiene bucal, el abuso del Tabaco y los trastornos gastrointestinales.

#### \*Clínicamente.

El padecimiento se caracteriza por hiperplasia de las papilas filiformes de la lengua sin la descamación normal, las cuales pueden alcanzar una longitud que oscila entre unos pocos milímetros y un centímetro. El color de las papilas varía de blanco amarillento al pardo e incluso al negro. La localización más frecuente es en el tercio posterior del dorso de la lengua, por delante de las papilas circunvaladas.

Esta pigmentación se debe a factores extrínsecos, como crecimiento de microorganismos cromógenos, restos alimenticios, minerales en el agua, medicamentos y especialmente el Tabaco. Dicha alteración es asintomática, aunque en ocasiones presenta sensación de ardor.

#### **5.1.4. Leucoplasia.**

La leucoplasia “es una mancha blanca de la mucosa bucal que no se elimina por simple raspado y no puede ser clasificada clínica o macroscópicamente como una entidad específica”.

##### **\*Etiología.**

- \* Factores locales extrínsecos: Tabaco, alcohol, sepsis bucal, irritación local, infección candidiásica.
- \* Factores intrínsecos: sífilis, deficiencia vitamínica, trastornos endócrinos.

El tabaco es un elemento importante en la producción de leucoplasia y esto se debe a que muchos de sus componentes químicos y sus productos terminales de combustión como alquitranes y resinas, son sustancias irritantes capaces de producir alteraciones leucoplásicas en la mucosa bucal, al igual que el calor generado durante la combustión.

##### **\*Características clínicas.**

Las lesiones leucoplásicas generalmente son placas de tamaño variables, desde una lesión bien localizada hasta una que involucra una porción importante de la mucosa bucal. Su coloración varía del blanco perla al blanco amarillento y grisáceo; en los grandes fumadores puede adquirir un tono castaño.

Se trata de lesiones planas, o bien ligeramente elevadas, fisuradas y papilomatosas, y de consistencia firme, debido a que en la mayoría predomina la queratina.

Según su aspecto clínico se clasifica la leucoplasia en :

- a) Homogéneas; tienen una placa blanca, uniforme, de espesor variable y límites precisos.
- b) Nodulares (moteadas); en este caso se trata de placas blancas, irregulares y entremezcladas con áreas eritematosas. En su evolución este grupo es el más agresivo.

**\*Localización.**

Las áreas leucoplásicas pueden localizarse en: carrillos, las comisuras son las localizaciones más frecuentes; en orden decreciente les sigue la mucosa alveolar, lengua, labios, paladar, piso de la boca, encía y zona retromolar.

**\*Sexo y edad.**

La distribución por edades, se observa en los pacientes que se encuentran entre los 40 y 70 años de edad, y las mujeres tienden a adquirir esta enfermedad un poco más tardíamente que los hombres.

**\*Potencial maligno de la leucoplasia.**

La leucoplasia se considera una lesión premaligna debido a dos razones fundamentales: 1. Al parecer un número considerable de carcinomas bucales se han asociado con áreas de leucoplasia, y 2. Algunas leucoplasias parecen volverse malignas.

## \*Tratamiento.

Si existe una relación causa-efecto, basta con eliminar la causa. La decisión de tratar o no una leucoplasia bucal depende del resultado del examen histológico, de la etiología de la lesión y del aspecto clínico de la leucoplasia.

En la displasia epitelial severa y el carcinoma in situ está indicada la escisión quirúrgica. En la displasia epitelial moderada se debe efectuar el control periódico del paciente. Si el agente etiológico es un padecimiento sistémico, deberá corregirse y mantenerse una vigilancia estrecha de las lesiones bucales. Si, por el contrario, el problema se debe a factores locales, para que la lesión remita es necesario suprimir los irritantes. Por último, independientemente del resultado histológico, si el comportamiento clínico de la leucoplasia es agresivo o su aspecto indica malignidad, el tratamiento será la escisión quirúrgica.

### **5.1.5. Estomatitis Nicotínica.**

La estomatitis nicotínica, también llamada "paladar del fumador", "leucoqueratosis del paladar", "leucoqueratosis nicotínica del paladar" o "palatitis nicotínica", se observa principalmente en los fumadores de pipa y en las personas que fuman el cigarro invertido. Los cambios que se producen en la mucosa bucal se vinculan con la combustión del tabaco, de ahí que los factores químicos y térmicos sean los responsables de la lesión.

**\*Clínicamente.**

Durante las primeras fases, el proceso se caracteriza por enrojecimiento del paladar, el cuál adquiere rápidamente un aspecto difuso, blanco-grisáceo; en ocasiones aparecen fisuras y grietas que dan a la mucosa pápulas elevadas como nódulos múltiples entre las fisuras, con un punto rojo brillante en el centro, que representa la apertura de los orificios de los conductos de las glándulas salivales palatinas.

**\*Tratamiento.**

El tratamiento consiste en suprimir el tabaco, puesto que si se elimina la causa, la afección mejora.

### **5.1.6. Cáncer Bucal.**

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal, ya que representa el 90% de los carcinomas

**\*Etiología.**

Su etiología es desconocida, pero existen ciertos factores que directa o indirectamente participan en la aparición de la enfermedad. Estos factores son: Tabaco, alcohol, cirrosis hepática, sífilis, deficiencias nutricionales, factores dentales, exposición prolongada a la luz solar (en el labio), riesgos industriales, nivel socioeconómico.

### \*Características clínicas.

Clinicamente, el carcinoma epidermoide de cavidad bucal, por lo general lo precede una leucoplasia o una eritroplasia, esta última se asocia con mayor frecuencia al cáncer. Cuando ocurre la transformación, puede adoptar 3 tipos de crecimiento;

1.-Exofítico: se presenta como una masa elevada, de base amplia y superficie nodular, y con induración en su base y bordes, los cuales pueden llegar a ulcerarse.

2.-Ulcerado o infiltrante: es una lesión crateriforme de bordes indurados y elevados, con tendencia a invadir o infiltrar de forma importante los tejidos subyacentes.

3.-Verrugoso: se caracteriza por un crecimiento papilar excesivo, con múltiples pliegues; este carcinoma rara vez se ulcera.

### \*Localización.

El carcinoma epidermoide de la cavidad bucal se localiza frecuentemente en: labios, lengua, piso de la boca, encías y mucosa de carrillos. Los sitios más afectados son el labio y la lengua.

\*Sexo y edad.

Esta lesión se presenta, después de la quinta década de la vida, tiene mayor incidencia en el sexo masculino.

\*Tratamiento.

En términos generales, los procedimientos que se utilizan en el tratamiento de estas lesiones son:

\*cirugía. \*radioterapia. \*quimioterapia. \*criocirugía.

El pronóstico del cáncer bucal es bastante malo, lo cual muchas veces se debe a la tardanza en hacer el diagnóstico y prescribir el tratamiento.<sup>(16)</sup>

## CAPÍTULO 6

### TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO.

#### 1. FORMAS DE REALIZAR EL TRATAMIENTO.

Para obtener el abandono del hábito, la comunicación persuasiva debe ir acompañada de instrucciones sobre cómo hacerlo (instrucciones detalladas del médico durante la visita, folletos, charlas, sesiones de discusión).<sup>(11)</sup>

La nicotina se utiliza como ayuda temporal en los fumadores que desean abandonar el hábito.<sup>(20)</sup>

**6.1.1. Goma de mascar con nicotina:** Su acción principal es estimular de manera transitoria a los ganglios autónomos, para luego deprimirlos de manera persistente. Estimula de manera notable al sistema nervioso central y sus efectos cardiovasculares dependen de la dosis. Aumenta el tono y la motilidad gastrointestinal y genera estimulación inicial de las glándulas salivales y bronquiales, seguida de una inhibición.

\* **Vía de administración:** bucal, masticar en forma lenta e intermitente durante 30 minutos una goma en cada ocasión que sienta deseo de fumar, no ingerir agua mientras se mastica la goma. La cantidad promedio es de 10 gomas al día, no exceder de 30 gomas de 2 mg al día y no más de 20 gomas de 4 mg al día.

\* **Contraindicaciones y precauciones:** No prolongar el tratamiento con goma de mascar por más de tres meses, en problemas de ATM.

\* **Reacciones adversas:** cefalea, aumento del apetito, taquicardia.<sup>(20)</sup>



**6.1.2. Tabletas masticables:** Aquí la nicotina está unida a una resina de intercambio iónico y se libera durante la masticación.

**\*Vía de administración:** bucal.

**\*Contraindicaciones y precauciones:** En personas con hipersensibilidad a la nicotina, arritmias cardíacas, angina de pecho, durante el embarazo.

**\*Reacciones adversas:** Pueden ocurrir erupciones, salivación excesiva, dolor de los músculos masticatorios, dolor de garganta.

**\*Presentación:** Nicorette. tabletas masticables. Cada tableta contiene 2 o 4 mg de nicotina unida a una resina de intercambio iónico. Caja con 60 tabletas de 2 mg. Caja con 30 tabletas de 4 mg. (20)

**6.1.3. Parches:** Se distribuye ampliamente en el organismo, cruza la placenta y alcanza concentraciones significativas en la leche materna. (20) Penetra en la piel por difusión y pasa a la circulación general. (21) Se metaboliza sobre todo en el hígado, riñones y pulmones, y sus metabolitos principales son la cotinina y la nicotina 1-N-óxido. Se elimina en la orina como tal (10 al 20 %) o en forma de metabolitos. La vida media de la nicotina y la cotinina es de 1 a 2 h y de 15 a 20 h, respectivamente. (20)

**\*Vía de administración:** cutánea. Pacientes con menos de 60 kg de peso que fuman menos de 10 cigarrillos al día o tienen enfermedad cardiovascular, un parche de 15 mg al día durante cuatro a ocho semanas, después reducir paulatinamente la dosis. En pacientes con más de 60 kg de peso, sin enfermedad cardiovascular, fumador de más de 10 cigarrillos al día, un parche de 30 mg al día durante seis semanas, después reducir la dosis en forma paulatina. (20)

El tratamiento debe iniciarse el mismo día que se deja de fumar, al levantarse, o bien en las horas previas. El parche no debe usarse en zonas con pelo porque disminuye la absorción, ni en zonas recientemente afeitadas por el riesgo de aumentarla.(21)

Para los que fuman más de 20 cigarrillos al día se aconseja iniciar el tratamiento con parche de 30 cm<sup>2</sup> una vez al día, se aplicará en una zona no vellosa del tronco o el brazo. Los que fumen menos deberán comenzar con parches de 20 cm<sup>2</sup>. El parche se aplica en una zona limpia, no vellosa, seca e intacta de la piel del tronco o el brazo. Se apretará con la palma de la mano durante 10-20 segundos, cada día se elegirá un lugar diferente para la aplicación.(21) El parche no deberá quitarse durante el baño o la natación.(20)

**\*Contraindicaciones y precauciones:** No se debe usar en niños, embarazo, en la lactancia, hipertensión, hipertiroidismo, diabetes mellitus, úlcera péptica.(21)

**\*Reacciones adversas:** Eritema, prurito, ardor, sensación de quemadura en el sitio de la aplicación.(20)

**\*Presentación:** Nicolan. Parche. Cada parche contiene 15 o 30 mg de nicotina y excipiente c.b.p.. Cajas con 7, 14 o 21 parches, cada uno en sobres de aluminio e instructivo. CILAG.(20)

Nicotinell TTS\* (10 cm<sup>2</sup>) caja con 7, 14, 21 y 28 parches.

(20 cm<sup>2</sup>) caja con 7, 14, 21 y 28 parches.

(30 cm<sup>2</sup>) caja con 7,14,21 y 28 parches.(21)

## CAPÍTULO 7

### LUCHA CONTRA EL HÁBITO DE FUMAR.

Dada la gravedad del problema del tabaquismo, la OMS está recomendando que se pongan en marcha planes de lucha antitabáquica para controlar esta grave epidemia. La última recomendación fue efectuada en 1980, en el cual el Día Mundial de la Salud fue dedicado al tabaco con el lema "Tabaco o Salud, elija".

En el problema del tabaquismo están implicados intereses contrapuestos que van desde los productores agrícolas del tabaco hasta la salud pública del país, pasando por la fabricación, promoción y venta de los productos elaborados, y por los presupuestos del Estado que se nutren, de los impuestos del tabaco.

#### **1. LUCHA ANTITABÁQUICA.**

##### **7.1.1. Objetivos de la lucha antitabáquica.**

Cualquier plan destinado a reducir el número de enfermedades, incapacidades y defunciones prematuras resultantes del hábito de fumar deberá incluir cinco objetivos fundamentales:

- 1.- Reducir al máximo posible el número de jóvenes que empiezan a fumar y retrasar al máximo el momento del inicio de los que lo hagan.
- 2.- Reducir el número de fumadores, aconsejando y ayudando al mayor número posible de fumadores para que dejen de fumar.
- 3.- Promover que los fumadores que no puedan abandonar el hábito disminuyan la inhalación de las sustancias nocivas presentes en el tabaco.

4.- Proteger a los no fumadores de los efectos nocivos o molestos del humo del tabaco.

5.- Crear un medio ambiente social negativo para el hábito de fumar, que lo convierta en socialmente inaceptable.

### **7.1.2. Programas informativos.**

1.- Conseguir que el público esté informado de las consecuencias del consumo de tabaco para la salud y comprenda mejor el problema del tabaquismo y su magnitud.

2.- Lograr que las personas encargadas de tomar decisiones, es decir, los políticos, se den cuenta de la necesidad de la lucha antitabáquica y de las posibilidades de acción de este tema.

3.- Procurar que las personas cuyo ejemplo y acciones son fundamentales de la lucha antitabáquica (políticos, maestros, personal de salud) tomen consciencia de la importancia de su papel y actúen en consecuencia.

4.- Contrarrestar los efectos de una información inexacta, en especial la diseminada por los fabricantes de cigarrillos.

5.- Ayudar a proteger los derechos de los no fumadores.

6.- En general, crear una atmósfera social en la cual abstinencia de fumar sea considerada conducta normal y socialmente aceptable.

La información debe dirigirse a toda la población, los mensajes deben ser precisos y exactos y no deben producir temor. Los métodos utilizados varían según la población objeto de información, a través de informes técnicos, manuales, circulares.

A la población general se debe llegar mediante los métodos indirectos de información y educación sanitaria (carteles, folletos, prensa, cine, radio, televisión y otros medios de comunicación social). Los medios de comunicación de masas (prensa, radio, televisión), son de especial relevancia al principio de la lucha antitabáquica, para que la gente conozca el problema y empiece a interesarse por él.

### **7.1.3. Regulación de la promoción de las ventas del tabaco.**

La promoción de las ventas del tabaco adopta diferentes formas, pero la más importante es la publicidad directa (prensa, radio, cine y TV) o a través de carteles y murales situados en exteriores. El patrocinio de actividades deportivas y culturales es otra forma de publicidad (indirecta en este caso), que goza de gran aceptación entre los fabricantes de cigarrillos.

Actualmente la publicidad del tabaco está prohibida en 15 países, en otros 32 países existen legislaciones más o menos restrictivas sin que la publicidad esté totalmente prohibida.

### **7.1.4. Impresión obligatoria de avisos y advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos.**

La OMS, ha establecido ya legislaciones que obligan a las industrias tabaqueras a imprimir en todos los paquetes de cigarrillos avisos y advertencias de salud.

Se recomienda que se especifique exactamente las características que deben tener las advertencias (medida, color, diseño y lugar donde deben ir impresas) con el fin de atraer la atención del fumador, al menos igual que cualquier otra parte del paquete. Con esto se pretende evitar que los fabricantes disminuyan sus efectos con un diseño cuidadoso del paquete o cualquier otro artificio.

Las advertencias deben ser veraces y comprensibles para el público en general.

Algunas advertencias sanitarias son:

“La Dirección General de Salud Pública advierte que el uso del tabaco es perjudicial para su salud”

“fumar perjudica seriamente la salud”

“fumar provoca cáncer”

“fumar provoca enfermedades cardiovasculares”

“fumar en el embarazo daña al futuro hijo”

“fumar puede causar enfisema pulmonar”

La advertencia debe ir impresa de origen, nunca sobreimpresa y con caracteres tipográficos bien legibles e indelebles, no inferiores a 3 mm, ocupará al menos el 5% de la superficie exterior del paquete y se situará en un lugar no destructible con la apertura habitual del mismo, pero en ningún caso sobre la base de dicho paquete.<sup>(11)</sup>

## CONCLUSIONES.

Al concluir la realización de esta Tesina, pudimos comprender que el Odontólogo, tiene la obligación de estar bien capacitado para lograr identificar dentro del ámbito laboral los problemas de Salud buco-dental que puede presentar el paciente geriátrico; sobre todo si este tiene el mal hábito de fumar o beber en exceso, pues esto puede repercutir no sólo en su salud bucal sino también en su salud general. Por lo tanto debemos tener los conocimientos adecuados para poder alertar a los pacientes sobre las consecuencias que pueden ejercer estos hábitos sobre su salud.

De igual manera hay que hacer énfasis en las personas acerca de los costos que estos hábitos pueden ocasionar en la economía familiar, ya que una vez que el paciente se hace adicto, no le importa cuanto invierta con el fin de obtener Alcohol y Tabaco. Aún sabiendo que los mismos pueden aumentar considerablemente de un momento a otro, aunado a que en ese momento no se toma en cuenta el gasto mayor que representaría en él o en su familia el atender una desintoxicación a un nivel hospitalario ya sea privado o institucional.

## GLOSARIO.

- ACANTOSIS: *f.* Hiperplasia y engrosamiento difuso de la capa de células espinosas de la epidermis.
- ATAXIA: *f.* Falta de coordinación muscular, irregularidad de la acción muscular.
- CARÚNCULAS: *f.* Pequeña prominencia carnosa, normal o anormal.
- CARCINÓGENO: *adj.* Cualquier sustancia que produce cáncer.
- CRIOCIRUGÍA: *f.* Destrucción de tejidos por la aplicación de frío intenso, se utiliza en algunas formas de cirugía intra craneal y dérmica.
- EMBOTADA: *tr.* Volver romo, quitar a algo parte de su agudeza o su filo.
- EXCISIÓN: Extirpación quirúrgica.
- EXTRASÍSTOLES: *f.* Contracción prematura del corazón, independiente del ritmo normal, que nace como respuesta a un impulso en algún sitio que no es el nudo sino auricular.
- HEMIGLOSECTOMÍA: *f.* Extirpación de una mitad de la lengua.
- HIPERCLORHIDRIA: *f.* Secreción excesiva de ácido clorhídrico por las células gástricas.
- HIPERQUERATOSIS: *f.* Hipertrofia de la capa córnea de la piel.
- METÁSTASIS: *f.* Transparencia de enfermedad de un órgano o una parte hacia otro sitio no directamente relacionado.
- NEURITIS: *f.* Inflamación de un nervio que se acompaña de dolor e hipersensibilidad a lo largo de la trayectoria del mismo, anestesia y parestesias, parálisis, agotamiento y desaparición de los reflejos.



PARESTESIA: *f.* Sensación pervertida, sensación anormal, como ardor, punciones, hormigueo.

QUIMIOTERAPIA: *f.* Tratamiento de las enfermedades por agentes químicos.

SIALORREA - PTIALISMO: *m.* Secreción excesiva de saliva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Enciclopedia de Mosby y Medicina y Enfermería. Editorial Océano España 1985.
2. Guía Médica Prevención Sanitaria y de Salud. Editorial Argos Vergadura 1988 Barcelona. 151 pp.
3. Hombre, Medicina y Salud Enciclopedia Médica 1. Editorial Británica 1982 Madrid.
4. Velasco Fernández r. Esa enfermedad llamada alcoholismo. Editorial Trillas 3ª reimpresión 1982, México 95 pp.
5. De Dowin. Examen de diagnóstico clínico. Ediciones Científicas La Prensa Medica. 2ª edición 1991, México.
6. Manual Merck de información Medica para el hogar. Editorial Océano 1998, España. 1517 pp.
7. Revista Española de Geriatria Gerontología 1999,34(3):163-171
8. Sapp Philip. Patología Oral Contemporánea. Editorial Mosby-Harcourt 1997, España. 433 pp.
9. Reguezzi. Patología Bucal. Editorial Interamericana 1999, México.D.F.
10. Gregory A. Edwald. Manual de terapéutica Médica. Editorial Masson. 9ª edición. 1996, España. 735 pp.
11. Piedrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Publica. Editorial Masson-Salvat. 9ª edición. 1991, España. 1476 pp.
12. Guía Médica . "Prevención sanitaria". Editorial Argos Vergara S.A., Barcelona España 1988, 152 págs.

13. Hombre, Medicina y Salud. "Enciclopedia Medica" .Enciclopedia Británica, 1989, 1188 págs.
14. Gran Diccionario Salvat Ilustrado en Color. Salvat editores, Barcelona España 1989, 346 págs.
15. Control del hábito de fumar, organización panamericana de la Salud. Buenos Aires Argentina 1985, 346 págs.
- 16.F. Gerardo Rico Méndez. "Tabaquismo su repercusión en Aparatos y Sistemas". Editorial Trillas 1ra edición, 1990, 202 págs.
17. Folleto informativo del Consejo Nacional contra las Adicciones, "Tabaco" Secretaría de Salud.
18. Burket, "Medicina Bucal". Editorial Interamericana, México D.F., 1987, 930 págs.
19. Gemez Reux, "Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene". Editorial Limusa México D.F., 1989, 534 págs.
20. Rodríguez Carranza Rodolfo. "Vademécum Académico de Medicamentos" Editorial Mc Graw-Hill, 3ra. Edición México D.F., 1993, 1895 págs.
21. Vademécum Farmacéutico, Reza editores, 2da edición México D.F., 1993, 1895 págs.
22. National Cancer Institute, publicación del NIH, No. 92-22275, Mayo de 1992.
23. Dorland. "Diccionario Medico de Bolsillo". Editorial Interamericana Mc Graw-Hill., 23a edición, México D.F., 1989;898 págs.