

252



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TABAQUISMO Y SUS MANIFESTACIONES
BUCALES EN PACIENTE GERIATRICO**

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
C I R U J A N A D E N T I S T A
P R E S E N T A:
MARIA DE LA LUZ HERNÁNDEZ SANTES

DIRECTORA: C.D. NANCY ANTONIETA JACQUES MEDINA
ASESOR: C.D. ROLANDO DE JESÚS BUNEDER



MEXICO, D.F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis hijos:

Abigail y Eduardo que son mis grandes tesoros, que me dan la fuerza y aliento para seguir adelante y no decaer.

A mi esposo:

Que como pareja me ha apoyado y brindado la comprensión para seguir adelante.

A mi padres:

Que siempre me han brindado ese gran apoyo. Que como hija he necesitado.

A familiares y amigos que en algún momento me han apoyado; a todos.

Gracias

Ma. de la Luz

INDICE.....	1
INTRODUCCIÓN.....	4
I. EL ANCIANO	
1. BIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO	
a) Definiciones del fenómeno vejez.....	7
b) Teorías del envejecimiento	8
c) Alteraciones físicas asociadas al envejecimiento.....	13
d) Psicología del anciano.....	18
2. EXPECTATIVA DE VIDA DEL ANCIANO	20
a) Antecedentes en México.....	21
b) Aspectos Sociales de la Vejez.....	22
c) Condición Económica y Jubilación.....	24
d) Atención Médica.....	26
3. PROBLEMAS QUE GENERA EL TABAQUISMO	
EN LA SALUD DEL ANCIANO	29
a) Consecuencias del tabaquismo sobre la salud.....	30
b) Tabaquismo involuntario.....	38
II. TABAQUISMO EN MEXICO	
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	
a) Descripción Botánico de la planta de Tabaco	40
2. EL HÁBITO TABAQUICO EN MÉXICO	
(PROBLEMA, SALUD PUBLICA)	
a) Porque las gente fuma.....	42
b) Qué gana si dejo de fumar	43
c) Prevalencia y consumo.....	44
3. ASPECTOS LEGALES DEL TABAQUISMO	
a) Políticasejecutivas.....	47
b) Legislación	48

4. LUCHA CONTRA EL HÁBITO DE FUMAR	
a) Difusión	50
b) Estrategias	51
c) Clínicas del tabaquismo.....	52
III. MANIFESTACIONES DEL TABACO EN LA CAVIDAD BUCAL	
1. GENERALIDADES	
a) Odontogeriatría.....	54
b) Hábitos.....	55
2. MANIFESTACIONES DEL TABACO EN TEJIDOS DUROS	
a) Cambios en la estructura dentaria senil.	57
b) Pigmentación.....	59
3. MANIFESTACIONES DEL TABACO EN TEJIDOS BLANDOS	
a) Cambios en los tejidos blandos seniles.....	63
b) Manifestaciones en el tejido bucal.....	65
c) Melanosis del fumador.....	66
d) Estomatitis Nicotínica.....	68
e) Entroplasia.....	72
f) Leocuplasia.....	75
g) Cáncer de la cavidad oral.....	80
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	88
V. JUSTIFICACIÓN.....	89
VI. OBJETIVOS:.....	90
6.1 General	
6.2 Específicos	
VII. METODOLOGÍA.....	91
7.1 Material y método	
7.2 Tipo de estudio	
7.3 Población de estudio	

- 7.4 Muestra
- 7.5 Variables de estudio
- 7.6 Criterios de inclusión
- 7.7 Criterios de exclusión
- 7.8 Recursos

VIII. RESULTADOS.....	93
IX. CONCLUSIONES.....	105
X. BIBLIOGRAFÍA.....	106
XI. GLOSARIO.....	110

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un problema de salud pública, que empezó a reconocerse a partir de la década de los años cincuenta en los países desarrollados que desde entonces abrieron líneas de investigación para medir y precisar los daños provocados por el consumo del tabaco, que fueron ampliamente evidenciados en un gran número de enfermedades.

El principio activo del tabaco es una alcaloide, responsable de la dependencia y de los fenómenos asociados de tolerancia y habituación. El tabaquismo produce cambios estructurales que son un problema que debe ser solucionado por un equipo médico completo, a través de acciones preventivas y de tratamiento. La prevención de los daños a la salud relacionados con el tabaquismo se sitúa en el conocimiento profundo de los factores que predisponen al individuo al consumo del tabaco. La lucha contra el tabaquismo trasciende sus fronteras e involucra acciones legislativas, de difusión, educativas, económicas, sociales y de investigación.

Es importante destacar los problemas relacionados con el tabaquismo, desde una perspectiva que tome en cuenta: al agente, el tabaco; al huésped, el sujeto que fuma; y al medio ambiente, que incluye tanto a las variables socioculturales que influyen en la iniciación del hábito y en su mantenimiento, como en sus consecuencias.

Las consecuencias del tabaquismo en la salud son muy importantes, ya que disminuyen la calidad de vida del individuo evidenciando un gran número de enfermedades como son el cáncer pulmonar, enfermedades cardiovasculares, enfisema, bronquitis crónica, úlcera, gastritis crónica y otras formas de cáncer en el aparato digestivo, así como patologías bucodentales.

Lo que preocupa a nosotros como odontólogos son las diferentes patologías que se presentan en la cavidad bucal, ya que muchas de estas son, precancerosas; esto significa que existe un riesgo mayor de presentar cáncer.

El fenómeno del envejecimiento es un proceso biológico natural, desfavorable e irreversible que inicia con la concepción, es inherente a todo tipo de organismo e independiente del medio, ocurrirá en todos los miembros de una especie y aun en el ambiente más propicio a su conservación. En este proceso se suscitan los cambios propios de la edad, atribuibles al paso del tiempo, independientemente al grado de protección del organismo respecto del medio.

En el ámbito en el que ejercemos nuestra profesión, nos enfrentamos a un gran problema de salud bucal, ya que las consecuencias son muy severas y si tomamos en cuenta que nuestra población adulto mayor se va incrementando y un alto porcentaje de esta población tiene el hábito del tabaco desde hace muchos años atrás; tendremos frente a nosotros a un paciente precanceroso, que sólo vamos a identificar con el conocimiento y reconocimiento de las diferentes lesiones en cavidad bucal, basándonos en los 3 factores de la enfermedad; el agente, el huésped y el medio ambiente, factores fundamentales que nos permitirán darle un adecuado y pronto tratamiento a nuestros pacientes.

Sin embargo en la actualidad el número de ancianos aumenta constantemente, por lo que es muy importante para el odontólogo tener los conocimientos básicos para el manejo y el tratamiento del paciente geriátrico que tuvo o es adicto al tabaco, así como los problemas que genera éste en su salud integral y específicamente en su cavidad bucal.

Es por esto que el realizar esta investigación en este rubro y grupo etáreo aportara información importante en nuestra área de trabajo profesional.

I EL ANCIANO

1.- BIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

A) DEFINICIONES DEL FENÓMENO VEJEZ

Existen diferentes definiciones del envejecimiento (natural o patológico), según la perspectiva desde la que se le considere.

De acuerdo con Burnet y Bourliere, el envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

El fenómeno del envejecimiento humano es "un proceso biológico natural, deletéreo o irreversible que se inicia con la concepción y termina con la muerte". Es natural porque depende del transcurso del tiempo; deletéreo porque es desfavorable; e irreversible por cuanto la ley de la vida es cambiar, y el envejecimiento representa cierto tipo de cambios .

Por lo general, los gerontólogos consideran al envejecimiento como un deterioro progresivo de las funciones orgánicas del adulto, el cual disminuye su capacidad de adaptación en un ambiente dinámico y culmina con la muerte.(1)

Todo hombre desea llegar a la vejez, sin embargo, se queja cuando lo consigue. Tal paradoja sugiere que el envejecimiento no constituye meramente un problema médico, sino una progresión inevitable de circunstancias sociales, emocionales y psicológicas que alteran al individuo. El envejecimiento trae consigo el abandono de la profesión o de otros objetivos la reducción del vigor físico, cambios en los placeres sensoriales y una conciencia de la muerte desconocida durante la juventud.(2)

No todos los pacientes o tejidos individuales envejecen a la misma velocidad y por tanto, cada tejido orgánico puede tener un grado de envejecimiento diferente. Por tanto, es importante evaluar los sistemas corporales que son importantes en relación con el tratamiento odontológico, y determinar si los cambios degenerativos propios del envejecimiento han desaparecido a un índice normal para la edad cronológica del paciente o si el sistema es biológicamente "viejo". La mera observación de la apariencia facial del paciente, que indica la edad biológica de la piel, es probable que no ayude a evaluar la conducta adaptativa del paciente. Sin embargo, puede haber cierta relación entre los cambios visibles de la piel y los de la mucosa bucal, y entre los cambios esqueléticos y el hueso alveolar. La valoración de estos detalles durante el interrogatorio al paciente puede tener cierta importancia en la evaluación global de las necesidades futuras del mismo.(3)

B) TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Son muchas las teorías que han intentado explicar el proceso o causa del envejecimiento y los cambios progresivos de la involución. Sin embargo, es innegable que el ritmo del envejecimiento sería de acuerdo con los individuos, y seguramente según los grupos étnicos.(1)

Entre las teorías más importantes se encuentran las siguientes:

- a. De la mutación
- b. Inmunológica
- c. Del estrés
- d. Del eslabonamiento cruzado
- e. Radical
- f. De la colágena
- g. Integrada
- h. De la muerte celular programada

Debido al tipo de trabajo que se esta realizando, veremos las teorías en grupo.

Envejecimiento celular

Si consideramos que todas las células de un individuo provienen del mismo óvulo fecundado podríamos pensar que todas ellas son de la misma edad, pero si tenemos en cuenta las edades fisiológicas advertiremos que éstas difieren notablemente entre sí. Las células de los órganos envejecen con diferentes ritmos, en momentos distintos y de diversas maneras.

Esquemáticamente, las poblaciones celulares se separan en tres tipos: a) Posmitóticas terminales. b) Posmitóticas especializadas. c) Intermitóticas.

Las células posmitóticas terminales son células muy diferenciadas que no se dividen. Pertenecen a este grupo fundamentalmente las neuronas, la célula muscular estriada, los glóbulos rojos y parte de las células del cristalino.

Las células posmitóticas especializadas se dividen muy poco, e incluso sólo lo hacen bajo el influjo de estímulos intensos. Se agrupan aquí las células cartilaginosas, el endotelio vascular, los fibroblastos del tejido conjuntivo, los hepatocitos y las células renales. Las células centrales del epitelio cristalino, experimentan con la edad una disminución de su capacidad mitótica y, en consecuencia, del potencial de proliferación de tejido. También en el resto de los tejidos correspondientes a estas familias celulares es posible demostrar la presencia de un cierto decaimiento clonal.

Por su parte, las células intermitóticas se dividen fácilmente y corresponden a las más indiferenciadas del organismo no obstante, algunas son origen de otras mucho más indiferenciadas que ellas, como sucede con las células hematopoyéticas. Son representantes de este grupo las células de la epidermis, del epitelio intestinal y del epitelio corneal, entre otras.

Envejecimiento molecular

Tres teorías basadas en las propiedades de las moléculas portadoras de información ADN y ARN se consideran en la actualidad como la explicación más clara del proceso del envejecimiento.

La primera de ellas, conocida como la Teoría de los errores, propone que con el paso del tiempo la información transmitida en los procesos de transcripción y traducción del mensaje genético desde el ADN al ARN y a las enzimas y otras moléculas proteicas, podrían estar sujeta a un número progresivo de errores. Éstos darían lugar a moléculas enzimáticas defectuosas y conducirían a un declive de la capacidad funcional de las células. La acumulación de errores en un sistema biológico puede en parte evitarse mediante los conocidos procesos de reparación, pero éstos no actúan a la perfección ni de forma indefinida.

La segunda teoría, postula que sólo el 0.4% de la información del ADN es utilizada por la célula durante su periodo vital, y muchos de los genes están repartidos en secuencias idénticas, por lo que el mensaje genético resulta redundante. La teoría se basa en que las secuencias repetidas estarían normalmente reprimidas, pero en el momento en que un gen activo fuese dañado, sería reemplazado por un gen idéntico de reserva; por ello la redundancia del ADN podría proporcionar un mecanismo protector frente a la vulnerabilidad del sistema, causada por accidentes moleculares. Así, por

medio de este mecanismo se prolongaría el tiempo de supervivencia al evitar la acumulación de errores suficientes para alterar el mensaje genético. Sin embargo, al final todos los genes repetidos serían utilizados, los errores se acumularían y las deficiencias fisiológicas del envejecimiento comenzarían a aparecer.

La tercera teoría propone que los cambios producidos por la edad son simplemente una continuación de las señales genéticas normales que regulan el desarrollo de un ser viviente desde el momento de la concepción hasta la madurez sexual, y lo que sucede luego es irrelevante para la supervivencia de la especie. Supone incluso la existencia de "genes del envejecimiento" que frenarían o detendrían vías bioquímicas de forma secuencial y conducirían a una expresión programada de los cambios propios del envejecimiento.

Envejecimiento fisiológico

Se entiende por envejecimiento fisiológico aquel que se ajusta a una serie de parámetros aceptados en función de la edad del individuo, que le permiten sobre todo una adecuada adaptación física, psicológica y sociocultural al medio que le rodea.

El proceso normal de envejecimiento puede verse alterado por multitud de factores, tanto endógenos -que responden a una causa biológica- como exógenos, es decir, los que se producen por el ambiente.

Los principales cambios fisiológicos son los siguientes:

1. Desecación gradual de los tejidos.

2. Retardo paulatino de la división celular y de la capacidad para crecer y para la cicatrización de los tejidos.
3. Disminución de la capacidad para producir anticuerpos inmunizantes en los casos de infección.
4. Decremento gradual de la velocidad de oxigenación de los tejidos.
5. Atrofia celular y aumento de la pigmentación celular.
6. Gradual disminución de la elasticidad de los tejidos y cambios degenerativos en el tejido conjuntivo.
7. Disminución de la velocidad locomotriz, fuerza y resistencia.
8. Degeneración progresiva y atrofia del sistema nervioso.
9. Disminución de la capacidad, visual auditiva, de la atención y la memoria.

No es tan fácil establecer la línea divisoria entre lo fisiológico y lo patológico; distinguir si se trata de involución y dónde empieza la enfermedad. La probabilidad de conservar la salud depende de la medida en que aparezcan las manifestaciones de desgaste y deterioro del organismo.

A pesar de las diferencias individuales, el envejecimiento fisiológico debe considerarse como curso armónico de una evolución dirigida; no existe un paso brusco de la juventud a la madurez, ni de ésta a la senectud. La senescencia es un proceso biológico continuo, que se desarrolla a un ritmo

variable que en lo fundamental reviste la misma forma en todos los seres pluricelulares.(1)

C) ALTERACIONES FÍSICAS ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO

Las alteraciones físicas que se asocian con el envejecimiento son conocidas desde que fueron enumeradas por Hipócrates como "disnea, catarro acompañado de tos, disuria, dolores en las articulaciones, nefritis, vértigo, apoplejía, caquexia, prurito de todo el cuerpo, insomnio, de flujos intestinales, oculares y nasales, debilitación de la visión, cataratas, glaucoma y endurecimiento del oído". Los cambios morfológicos que acompañan al paso de los años pueden provocar achaques en el paciente, pero sólo requiere una valoración diagnóstica aquellos que revelan un proceso patológico. En prácticamente todos los sistemas orgánicos aparecen modificaciones físicas a medida que envejecemos.

Piel: A medida que la piel se aventaja, aumenta la pigmentación, se atrofian las glándulas sudoríparas y los folículos pilosos de la epidermis y se degenera la trama de sostén a base de fibras colágenas y elásticas. Disminuye también la grasa subcutánea, y los vasos sanguíneos se hacen más gruesos. Estos cambios morfológicos dan origen a la piel descolorida, delgada, arrugada, seca y frágil. Propia de las personas mayores. En los ancianos se manifiesta además púrpura senil, queratosis senil, verrugas atróficas y encanecimiento.

Nariz, garganta y lengua. El envejecimiento va acompañado también de alteraciones rinolaringológicas y linguales. En etapas avanzadas de la vida, la atrofia de la mucosa de estos órganos, así como la degeneración neuronal de las papilas gustativas se consideran cambios morfológicos normales. Los sentidos del gusto y del olfato en las personas mayores se

ven limitados a causa de la pérdida de los centros neuronales primarios. La mayoría de los pacientes afrontan bien estas variaciones; sin embargo, en algunos se desarrollan problemas de anorexia, pérdida de peso y malnutrición. Los viejos están sujetos a manías alimenticias que pueden dar origen a una malnutrición; y los que además sufren de anorexia suelen "picar" de una misma comida preparada para varios días, exponiéndose así a una intoxicación alimentaria.

Musculatura y esqueleto. El sistema muscular se atrofia con la llegada de la vejez. En las personas mayores disminuyen la masa muscular y la fuerza física, aunque la mayoría siguen siendo capaces de realizar sus actividades cotidianas. A medida que el esqueleto envejece, aparece la osteoporosis, especialmente cuando el índice de reabsorción ósea excede al de neoformación. Los ligamentos y cartílagos articulares pierden resistencia y elasticidad. El cartílago experimenta también alteraciones degenerativas con los años. La asociación de debilidad muscular, rigidez articular y deterioro de la sensorpercepción merma la seguridad en la actividad física. La posición encorvado de los ancianos deriva de la atrofia de las estructuras esqueléticas de sostén. Su estatura disminuida suele ser consecuencia de la compresión de la columna vertebral, primero a nivel de los discos y después de los propios cuerpos vertebrales.

Riñones. La función renal se conserva en la senectud, aunque aparecen modificaciones netas. Hacia los 85 años, la masa renal se ve reducida en aproximadamente un tercio. El índice de filtración glomerular disminuye a casi la mitad entre los 20 y los 90 años. En la misma escala disminuye el flujo sanguíneo renal. A pesar de los cambios fisiológicos en la función renal, la mayoría de los ancianos mantienen unos valores de laboratorio normales, excepto en situaciones de estrés.

Corazón. La aorta pierde elasticidad, se dilata y desdobra, de manera que ocasionalmente puede obstruir el retorno venoso en el lado izquierdo del cuello. En el reconocimiento de las personas mayores, con frecuencia se encuentra un aneurisma aórtico, en particular inmediatamente por debajo de la salida de las arterias renales, lo que puede ocasionar un flujo arterial precario que origine claudicación clínica, dolor abdominal crónico o disección potencialmente letal. Las cúspides valvulares cardíacas degeneran y se calcifican, proceso que de vez en cuando se extiende tabique interventricular. Las válvulas cardíacas rígidas provocan soplos y regurgitación mitral. Las válvulas calcificadas constituyen el emplazamiento idóneo para la infección bacterial, y cuando la calcificación afecta al tabique interventricular, da lugar a defectos de conducción electrocardiográficos (bloqueo de rama),

Pulmones. El desarrollo de las vías aéreas se completa en el útero. No obstante, durante la infancia se produce la multiplicación alveolar, responsable en gran medida del crecimiento del pulmón. No se conoce a ciencia cierta la edad a la que cesa tal multiplicación, pero en un momento dado se ve sustituida por la dilatación alveolar. A medida que pasa los años, disminuye la superficie alveolar, achicándose por tanto el área disponible para el intercambio gaseoso. Esto, junto con las modificaciones del lecho capilar pulmonar que acompaña a la edad, es la causa, al menos parcialmente, de la reducción de la capacidad de difusión pulmonar y del volumen sanguíneo en los capilares pulmonares. Las membranas del tabique alveolar degeneran, lo que da lugar a una hiperinsuflación (llamada enfisema senil) y probablemente guarda relación con la conocida disminución de la elasticidad pulmonar en los ancianos. Como las fuerzas elásticas del parénquima actúan manteniendo abiertas las vías aéreas, la pérdida de elasticidad origina también un estrechamiento de las mismas. La combinación de estas tres alteraciones (la pérdida de superficie alveolar, la disminución de la capacidad de retroceso y el estrechamiento de las vías

aéreas) constituye la base de mucho de los trastornos seniles relativos a la mecánica pulmonar.

Dentadura. El proceso de envejecimiento del aparato digestivo se caracteriza por la aparición de caries dental, atrofia gingival, alteraciones atroficas de la mandíbula y cambios de la mucosa gástrica e intestinal. Los pacientes pierden algunos dientes, lo que les dificulta la masticación. A causa de la atrofia gingival, resulta difícil adaptar y sujetar prótesis dentales. La incapacidad para masticar, junto con las variaciones de las funciones gastrointestinales, provocan un apetito caprichoso que a veces conlleva adelgazamiento y malnutrición.(2)

SENTIDOS ESPECIALES

Audición. Aunque muchas personas tienen pérdida de la audición en la vejez, esto sólo se aplica a una parte del espectro de frecuencia. No debe suponer que la capacidad auditiva de todos los pacientes ancianos está disminuida ya que es molesto para el paciente que otra persona sea el intérprete de sus deseos, cuando él es capaz de oír, entender y responder por sí mismo.. Al excluirlos de la plática general se les induce un sentimiento de aislamiento, por lo cual los sordos tienden a la sospecha e introversión, y a veces hasta a la paranoia. La sordera de los ancianos pocas veces tiene la serenidad de la ceguera de la vejez. Para el paciente completamente sordo se debe usar alguna forma de comunicador.

Lenguaje. Cuando se deteriora el sistema nervioso central, el lenguaje puede volverse más difícil. Una situación no muy rara en los ancianos es la xerostomía que también puede impedir la pronunciación apropiada de las palabras. El paciente geriátrico a veces tiende a repetir frases, palabras o sonidos ininteligibles continuamente, lo cual puede

relacionarse con un temblor senil, los cuales no tienen relación con el parkinsonismo, y consisten en movimientos y sacudidas de la cabeza, abrir o cerrar la boca y otros movimientos repetitivos caprichosos acompañados de gruñidos, caen en la categoría de espasmos habituales, sin ninguna manera conocida de evitarlos. Con frecuencia ocurre afasia o disfasia, en las que las palabras no se pueden decir o no se pueden ver y apreciar mentalmente después de accidentes vasculares cerebrales. Esta incapacidad para comunicarse, con frecuencia conduce a la frustración y a que el paciente se irrite, abochorne y agite, lo cual a su vez puede conducir a un desequilibrio emocional.

Dolor. La sensibilidad al dolor está disminuida en los ancianos debido a la disminución de la capacidad funcional de los componentes" neurofisiológicos que se asocian con el dolor. Sin embargo, aunque aumenta el umbral para el dolor cutáneo, la tolerancia para el dolor profundo puede estar disminuida. El dolor facial es relativamente común en los ancianos y requiere procedimientos de diagnóstico muy cuidadosos para diferenciar uno orgánico de otras enfermedades. Los umbrales al dolor están muy relacionados con la personalidad del paciente y dependen en alguna medida del deseo de manifestar dolor.

Reacciones. Las reacciones se relacionan principalmente con la actividad del sistema nervioso central y es necesario tomar en cuenta la capacidad mental, lo cual es de interés para el odontólogo. Los procesos o la capacidad mental se pueden dividir en cinco partes:

- a). Capacidad fluente, que es la facilidad para el razonamiento inductivo, pensamiento racional, aprendizaje a corto plazo, memoria y velocidad de razonamiento;

- b). Inteligencia práctica, el conocimiento adquirido a través de la propia experiencia;
- c). Percepción espacial;
- d). Exactitud y atención;
- e). Velocidad de ejecución y motora.

Con la edad declina el aprendizaje fluente y el poder de razonamiento, y el poder de razonamiento, y se retardan los procesos del pensamiento. "El aprendizaje práctico aumenta a medida que se adquiere experiencia y se acumulan datos, y declina sólo al final de la vida cuando empieza a ocurrir daño cerebral grave. Si la tarea está dentro de la experiencia y capacidad del individuo, los ancianos con frecuencia son más precisos y cuidadosos que los jóvenes. Por otra parte, si la tarea está fuera de sus capacidades disminuidas, los estímulos que en la juventud podrían ser un reto excitante, ahora podrían ser excesivos, por lo que pueden volverse muy descuidados.(3)

D) PSICOLOGÍA DEL ANCIANO

Como en otros campos biológicos, los cambios en el enfoque mental de un paciente cuando envejece son muy variables. Las interacciones de los cambios de la edad física y las enfermedades somáticas con la actitud mental y el aspecto del sujeto, tienen participación importante para determinar el patrón de conducta. Por tanto, se deben las generalizaciones que aquí se hacen como parte de un espectro de cambios que se observan en la población general.

Probablemente lo que con más frecuencia se presenta con el envejecimiento es el aumento de la inflexibilidad para aceptar nuevos estilos o ambientes de vida. Los ancianos con frecuencia han vivido con muchos cambios de ambiente y circunstancias, y han elegido el modelo que piensan es el más apropiado para ellos, por lo que resistirán todos los intentos de cambiarlo, en particular si son de una persona más joven y por tanto "con menos experiencia". Hasta un cambio en el día o la hora de una cita regular para tratamiento médico u odontológico, puede producirle irritación, aunque el cambio no represente ningún inconveniente para el paciente. Irritación y cólera son términos que con frecuencia se aplican a los ancianos para describir su falta de flexibilidad. Por tanto, es prudente evitar, en cuanto sea posible, cambios en la disposición de transporte, hora de las citas u otras disposiciones, una vez hechos.

Otra característica común de los ancianos es la preocupación sobre sí mismos. El aumento del egoísmo ocurre cuando disminuye el círculo de experiencias, consecuencias del retiro del contacto laboral y social que se asocia con él, como la pérdida de la capacidad para desplazarse por debilidad física, disminución de la vista o adición o muerte del cónyuge. El retiro de los contactos sociales empeora por la muerte de otros pacientes o amigos y la desintegración de la familia, por lo que la actividad mental se concentra más en "mi" que en "mis amigos".

Se deben hacer varias adaptaciones al modo de vida después de la edad de jubilación. Para la persona que normalmente está en casa, el problema es que de repente tiene a su compañero que se gana la vida en casa todo el día. Su presencia puede alterar la participación en las interacciones sociales y en las actividades domésticas, induciendo complejos sentimientos de culpa en relación con la pérdida de contacto con las amistades, con la continua indulgencia en actividades que excluyen al

compañero. Las mujeres que trabajan parecen enfrentar mejor el retiro, probablemente por la prolongación de sus actividades domésticas y por el patrón establecido de relaciones especialmente con los parientes. Las mujeres cuyos maridos han muerto o cuyos hijos han crecido y abandonado el hogar, encuentran compañía en otras mujeres de su misma edad en circunstancias similares, mucho más que los hombres, que probablemente tengan muchos menos conocidos.(4)



2. EXPECTATIVA DE VIDA DEL ANCIANO

El término gerontología proviene del griego (gerón: anciano; logos: tratado) y designa a la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en todos sus aspectos: biológicos, funcionales, psicológicos y sociales.

La capacidad profesional que han adquirido las diversas disciplinas no sólo la han proporcionado los progresos actuales de las ciencias de salud, los métodos profilácticos, los recursos preventivos y el perfil humanista, sino el desarrollo histórico de la gerontología, que desde sus inicios ha

presentado numerosas interrogantes para el ser humano, despertando así una inquietud frente a la problemática que representa el misterio y los mitos de la vejez, los cuales afloran cuando el hombre se encuentra inmerso en ella y comienza la reflexión.(1)

A) ANTECEDENTES EN MÉXICO

El desarrollo de la gerontología en nuestro país es aún muy reciente si se considera que existen antecedentes de asistencia a la vejez desde 1861, año en que se crea la Dirección General de Fondo de Beneficencia, que manejaba los hospicios y establecimientos de beneficencia del gobierno de México.

Asociación Internacional de Gerontología (IAG). El movimiento despertó interés entre los profesionales y en 1956 culminó en la ciudad de México con el Primer Congreso Panamericano de Gerontología.

En noviembre de 1978, en la ciudad de México, se realizó el primer Congreso Nacional de Gerontología, y en 1991 en el mes de octubre se desarrolló el VI Congreso Nacional de Geriátría y Gerontología y Curso internacional de Gerontología. El 22 de agosto de 1979 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto presidencial por el cual se crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN). En el propio decreto se señalan los objetivos del mismo: atender, ayudar, orientar y proteger a la vejez mexicana, estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas.

Se abrieron albergues, centros gerontológicos, clubes de la tercera edad, la Procuraduría de la Defensa del Anciano, la Bolsa de Trabajo, el Club de Ecología, el Departamento Deportivo, el voluntariado y los Cursos de Preparación al Retiro. Destaca la fundación del Centro Cultural de la Tercera

Edad, que cuenta con más de 900 alumnos y la posibilidad de transformarse en Universidad de la Tercera Edad.

Uno de los pocos centros culturales que organizan actividades dirigidas a ancianos y en general a todo el grupo familiar es el Centro Comunitario Culhuacán (CCC), dependiente del Instituto Nacional de Antropología e Historia. El centro ofrece diversas actividades para ancianos: taller de macramé, cocina vegetariana y terapia ocupacional. Se desarrollan ciclos de conferencias sobre aspectos médicos de la vejez, que constituyen una guía para las personas en la tercera edad, en lo que toca a control de la artritis, diabetes, ceguera y trastornos auditivos. (1)

B) ASPECTOS SOCIALES DE LA VEJEZ

Entre todas las edades –cronológicas, biológica, cultural, subjetiva- la social es la más determinante. Es aquella que la comunidad cree que el anciano tiene y a la cual adaptan sus comportamientos hacia él. La sociedad ha sido históricamente injusta con el anciano, manteniéndolo al margen como si fuera un extraño, con grandes riesgos para él mismo, porque mientras es incapaz de sostenerlo, desperdicia sus experiencias y relega su actividad creadora. Por su parte, al verse privado de esos recursos, el anciano se sumerge en un sentimiento de amargura e inutilidad, de ahí que la reforma de su imagen es la sociedad sea indispensable.

En nuestro medio, más el 90% de las personas de edad avanzada viven en núcleos familiares, los cuales constituyen el clima ideal y el mejor hábitat para envejecer.

La sólida estructura familia, patriarcal y matriarcal, aún extendida y preservada tanto en el contexto urbano como en el rural, asegura al mexicano un perdurable eslabón difícil de romper. Sólo en familia el anciano puede seguir desempeñándose en todos los menesteres y continuando por la vida sin que disminuya su personalidad ni pierda sus efectos esenciales. Es tradicional, y al parecer perdurará durante un largo periodo, la integración del anciano a una familia ideal, conservando su hogar por toda la vida. Como esto no es siempre posible, es preciso acudir a la familia de los hijos o parientes más cercanos, que deben ser formados en la idea de que tener al anciano consigo constituye un privilegio y no una carga.

En nuestro país es muy común que se prefiera utilizar los sistemas privados de atención a la salud, y no los oficiales para el control de los ancianos. Es materia de honor mantener a la madre o al padre relativamente saludable y feliz en el círculo familiar.

En suma, es necesario que la atención a los ancianos cuente con la colaboración del Estado, pero igualmente con la participación de la sociedad, de la familia y del viejo mismo.

Desafortunadamente la vejez es, con frecuencia, un tiempo de pérdidas y las principales pérdidas que acompañan a la vejez son:

- ÷ Salud debido a incremento de la patología.
- ÷ Bienestar económico debido a jubilación.
- ÷ Compañía secundaria a abandono social.
- ÷ Independencia debida a incapacidades adquiridas.
- ÷ Homeostasis debida a la pérdida del control fino del medio interno.
- ÷ Status debido a la jubilación y pérdida de la independencia.

Los cambios y pérdidas mencionados exponen al anciano a las siguientes consecuencias:

- + Tristeza, pesar, depresión, suicidio .
- + Aumento en la frecuencia de enfermedades.
- + Aumento del riesgo de accidentes.
- + Pobreza.
- + Dependencia y abuso.
- + Desnutrición.
- + Hipotermia.
- + Jubilación.(5)



C) CONDICIÓN ECONOMICA Y JUBILACIÓN

En México, así como en otras latitudes, las pensiones fueron, en tanto prestación económica, la primera manifestación de la seguridad social.

En agosto de 1925 se publica en el Diario oficial la Ley de pensiones civiles y de Retiro, ley que incluía a todos los encargados de un servicio público, exceptuando militares, senadores y diputados. Pero esta vez quedaron incorporados los presidentes de la República.

A partir de entonces se han introducido varios cambios, se ha modificado la ley, se creó la Dirección de Pensiones Civiles, que posteriormente desapareció y fue sustituida en 1944 por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y en 1972 el Fondo de Vivienda y Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (FOVISSSTÉ).

La jubilación representa el cese obligatorio de la actividad laboral y la percepción por este hecho de una remuneración o pensión.

Dada la generalización de la edad de jubilación a los 65 años como lo fija la seguridad social, y el aumento de la esperanza de vida en México las características humanas que rodean a estas personas de edad avanzada, es decir, los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que acompañan a este periodo de la vida cada vez más largo y en el que tiene que llevarse a cabo un difícil proceso de adaptación que resulta determinante según el nivel socioeconómico y profesional.(1)

La jubilación obligatoria se usa para controlar el equilibrio entre empleo y desempleo en sociedades industrializadas, no siendo necesariamente lo mejor para el individuo. Tiene ventajas y desventajas. Un 20% de trabajadores temen a la jubilación, pero 50% la busca. Son aspectos negativos las siguientes pérdidas de:

- Ingresos, todos se vuelven más pobres

- + Status relacionado con el trabajo
- + Relación con los compañeros de trabajo
- + La salud
- + La vida

Para contrarrestar las desventajas mencionadas también existen aspectos positivos:

- + Puede ocupar una tercera parte de la vida, en otras actividades
- + La mayor parte de ese tiempo se puede permanecer apto y sano.
- + Es una oportunidad para rehacer la vida y promover la buena salud
- + Tiempo disponible para nuevos intereses, actividades y relaciones(4)

Es de justicia exigir que al jubilado no se le cierren las fuentes de trabajo ni se rechace su experiencia, que puede y debe transmitir a las nuevas generaciones. La sociedad que abandona a sus miembros aparentemente improductivo y no quiere o no sabe aprovechar la experiencia acumulada por ellos, es una sociedad que pierde la memoria.

Añadir más vida activa, plena y con salud a los años de jubilación es en definitiva el objetivo final de todo programa dirigido hacia quienes entran en la tercera edad por la puerta del retiro obligatorio de su trabajo o profesión.

D) ATENCIÓN MÉDICA

La atención sanitaria del paciente mayor constituyen un aspecto de la práctica médica general particularmente desafiante. Los ancianos pueden presentar una problemática clínica compleja que requiera cierta sofisticación médica; además, los aspectos emocionales y sociales que comporta su cuidado resultan cruciales para permitir al paciente adaptarse a la enfermedad y a su tratamiento. Las personas de edad avanzada no siempre aportan síntomas, quizá porque temen que pueda diagnosticárseles enfermedades graves o simplemente porque asumen sus problemas como parte del envejecimiento. A menudo, la exploración minuciosa de un síntoma aparentemente trivial revelará un proceso patológico. El facultativo ha de estar muy prevenido ante indicios sutiles del problema oculto, teniendo en cuenta al mismo tiempo que su origen puede ser una situación de tensión física, social o emocional.(2)

La boca es el monitor inicial del sistema digestivo y se encuentra además íntimamente relacionada con las funciones del lenguaje, trastornos emocionales y la estructura del ego en las personas de edad avanzada, de manera que las enfermedades que la afectan pueden exacerbar deficiencias nutricionales, contribuir a los trastornos metabólicos, desempeñar un papel oculto en la génesis de las depresiones y contribuir significativamente al deterioro progresivo y a la caquexia. En aquellos individuos con enfermedades cardiacas, la sepsis oral puede conducir a la septicemia y a la endocarditis bacteriana subaguda.

En los casos de enfermedades cerebrovasculares que afectan a la boca, es posible observar disfunciones del habla en varios grados. La incidencia de cáncer oral es más alta en los ancianos y es la causa de casi 8 000 muertes anuales.

La interacción de estos problemas nos conduce a una revisión exhaustiva de conocimientos para diagnosticar, identificar y tratar los cambios y estudiar los efectos normales y patológicos que el envejecimiento tiene en la boca.

SECTOR SALUD

La Ley General de Salud confiere el calificativo de básicos, entre otros, al VII de los servicios de salud, que trata de la prevención y control de enfermedades bucodentales.

El señalamiento de servicios básicos les confiere la calidad de prioritarios por parte del sector salud y de los gobiernos de las entidades federativas. En su definición subyacen criterios tales como:

- ÷ Una orientación preferente hacia los aspectos preventivos sobre los curativos, y
- ÷ El desarrollo orientado de una infraestructura de recursos humanos y tecnológicos.

Respecto del enfoque odontológico en los ancianos, como objetivos de la odontogeriatría se establecen los siguientes:

- a) La capacitación del cirujano dentista para entender los componentes multidimensionales de la vejez, esto es, educación gerontológica.
- b) El desarrollo de las habilidades y conocimientos necesarios para la salud bucal en geriatría.

- c) La formulación de un modelo de interés académico para el desarrollo nacional de la gerodontología y la odontogeriatría.

Esta formación académica debe manifestarse en la realidad orientada no sólo al estudio del aspecto clínico dental del anciano, sino también a los aspectos multidimensionales de la demografía senecta de nuestro país. Vale decir, impartir conocimientos básicos de la biología del envejecimiento, la geropsicología, la nutrición la rehabilitación de la patología edéntula, la prevención de los padecimientos más frecuentes y las relaciones humanistas y socioeconómicas de las personas de edad avanzada.(1)

3) PROBLEMAS QUE GENERA EL TABAQUISMO EN LA SALUD DEL ANCIANO.

Son varios los hechos que han determinado la aparición y subsiguiente desarrollo de la geriatría y de la gerontología.

- a) Progresivo envejecimiento a nivel individual. La esperanza de vida al nacer alcanza en nuestro país 73 años para los hombres y 79 para las mujeres.
- b) Las causas de envejecimiento de las poblaciones se han debido a la disminución de la tasa de natalidad, mejor alimentación, mejor atención sanitaria y control de muchas enfermedades infecciosas, pero a su vez hemos encontrado muchos problemas de salud y de la integridad del anciano por el tabaquismo.(6)



a) Consecuencias del tabaquismo sobre la salud

La inhalación de humo proveniente de la combustión el tabaco (cigarrillos, cigarros o pipa), ya sea en forma directa por parte del individuo que está fumando (vía oral) o en forma pasiva por parte de aquéllos en estrecho contacto con el fumador (vía nasal), puede llevar a un amplio espectro de consecuencias adversas para la salud que afectan al tracto respiratorio, el aparato cardiovascular, el sistema nervioso central, el tracto digestivo y funciones inmunológicas y metabólicas sistémicas (incluidas alteraciones de la manipulación de fármacos) y puede afectar en forma sustancial el desarrollo fetal durante la gestación intrauterina.

ETIOLOGÍA

El humo del tabaco consiste en una mezcla compleja de cientos de sustancias químicas , muchas de las cuales tienen acciones únicas, incluidos efectos proinflamatorios, citotóxicos y carcinógenos. Además de los efectos tóxicos directos sobre el epitelio del tracto aerodigestivo, otros órganos, sistemas y aparatos (p.ej. cardiovascular, cerebrovascular, arterial periférico) se afectan en forma adversa por el humo del tabaco o sus constituyentes. La

duración y la intensidad de la exposición (años/paquetes en el caso de quienes fuman cigarrillos o a la medida de dosis/duración equivalente en el caso de otros tipos de fumadores) y la susceptibilidad individual (que se cree que está genéticamente controlada) a los efectos del humo son codeterminantes de la naturaleza y la extensión del "daño".(7)

La nicotina es la responsable del bienestar psicológico y de la dependencia biológica del fumador. Esta sustancia es una amina, y durante el proceso de combustión, se vaporiza penetra a través de la boca en forma de aerosol. El 15% se ubica en la corriente central del humo de los cigarrillos, del 25 al 40% se encuentra en el humo de la corriente central del humo de los cigarrillos, del 25 al 40% se encuentra en el humo de la corriente lateral y del 15 al 25% se deposita en el filtro. La cantidad de nicotina es aproximadamente de 1 mg (varía de 0.5 a 1.5 mg), con gran afinidad para fijarse en los pulmones, cerebro, hígado, bazo y cruza libremente la placenta, encontrándose inclusive en el líquido amniótico.

Existe una asociación clara entre el tabaquismo y los siguientes padecimientos:

- a) Bronquitis crónica
- b) Enfisema
- c) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- d) Hiperreactividad de las vías respiratorias.
- e) Cáncer broncogénico.
- f) Otros cánceres (laringe, boca, esófago, vejiga, páncreas)
- g) Enfermedades cardiovasculares
- h) Enfermedad cerebrovascular
- i) Enfermedad oclusiva arterial periférica

j) Enfermedad gastrointestinal

Bronquitis Crónica

Existe una estrecha relación entre tabaco y aumento de la prevalencia de los síntomas respiratorias (tos y producción de esputo o expectoraciones). Estos se incrementan con la cantidad de cigarrillos consumidos, reaparecen cuando el individuo vuelve a fumar y se presenta una mejoría cuando la persona deja de hacerlo. El tabaco produce alteración pulmonar.

El tabaquismo conlleva a cambios estructurales y funcionales de las vías respiratorias y del parénquima pulmonar. El término bronquitis crónica se refiere a la inflamación permanente de los bronquios de las vías respiratorias o de aquellas próximas a los conductos cartilagosos. Clínicamente se determina por la producción diaria de expectoración (flema) a lo largo de tres meses durante dos años consecutivos. Se caracteriza por una excesiva producción de moco y crecimiento de las glándulas mucosas, y en casos avanzados pueden observarse microabscesos y deformidad de las vías respiratorias.

La evolución natural de la enfermedad obstructiva bronquial en un paciente es aquella en la que se inicia la adición al tabaco aproximadamente a los 15 años de edad, y que hasta los 25 ó 35 disminuye la tolerancia al ejercicio y aparecen anomalías sutiles en la función pulmonar. Entre los 35 y los 45 años se aprecia tos con expectoraciones y mayor alteración en las pruebas del funcionamiento de los pulmones. De los 55 a los 65 años se presenta insuficiencia cardíaca secundaria al problema de los pulmones, insuficiencia respiratoria con incapacidad grave, y después la muerte.

ENFISEMA

Los factores de riesgo para el desarrollo de enfisema son: el tabaquismo, y una enfermedad en la que exista una deficiencia de alfa 1 antiproteasa.

El enfisema se define como la destrucción de los tabiques alveolares con alteración en su capacidad elástica, originando obstrucción de la vía aérea durante la espiración (salida del aire). Existe una relación directa entre el número de cigarrillos y la gravedad del enfisema. El abandono del hábito disminuye el avance de la enfermedad. El paciente que la padece refiere "falta de aire", denominado disnea en el lenguaje médico.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC)

Los pacientes con EPOC presentan tos, expectoración y disnea. En el 80 por ciento de los casos, la tos antecede al comienzo de la disnea. La expectoración por lo general es mucoide, y cuando cambia de coloración amarillento-verdosa se traduce en una infección bacteriana agregada.

Cuando el padecimiento no está muy avanzado, la disnea aparece únicamente con el ejercicio. A medida que la enfermedad se agrava, la disnea evoluciona con pequeños esfuerzos y cuando los casos están muy avanzados, se presenta incluso en reposo.

Hiperreactividad de las Vías Respiratorias

Consiste en la broncoconstricción (espasmo de la vía aérea), considerado como un factor independiente en el desarrollo de EPOC. Cuando este padecimiento se encuentra asociado, es importante saber si la

broncoconstricción responde o no al empleo de broncodilatadores, ya que la reversibilidad de la obstrucción bronquial se traduce en una mayor sobrevida

Algunos estudios han demostrado que la hiperreactividad bronquial asociada al tabaquismo crónico es reversible cuando se abandona el hábito. El espasmo bronquial posiblemente sea secundario a la lesión de la mucosa por los componentes del humo del tabaco, y a la liberación de sustancias bioactivas por parte de células inflamatorias.

Cáncer Broncogénico

Se considera que el carcinoma pulmonar constituye el 16 por ciento de todas las neoplasias, lo que se traduce en un 28 por ciento del total de las muertes por cáncer (20 por ciento de ellas del sexo masculino) y contribuye con el 38 por ciento de las muertes por tumores malignos. Es tal su magnitud, que supera la suma de muertes por otros tumores como los de colon, hígado, estómago y páncreas. Diversos estudios demuestran que el riesgo de presentar cáncer pulmonar es proporcional a la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente, la edad del fumador, el inicio en la adición, la forma de inhalación y la cantidad de alquitrán de la marca de preferencia.

Con relación al cáncer pulmonar, el tamaño del tumor tiene una estrecha relación con los síntomas que presenta. De esta forma, un tumor de 1cm., puede ser asintomático e incluso tratarse quirúrgicamente, mientras que otra de 10 cm., presente tal vez sintomatología respiratoria y/o síntomas de diseminación a otro sitio, como por ejemplo a nivel cerebral, y estar fuera de posibilidades de tratamiento con un tiempo de vida corta. En nuestro

país, como ocurre en muchos otros por desgracia, el paciente se atiende cuando está fuera de posibilidades de tratamiento.(8)

Cáncer de laringe

Diversos estudios epidemiológicos, clínicos y experimentales han establecido una fuerte relación entre fumar y el cáncer de laringe. En general, se considera que los fumadores presenten –en comparación con los no fumadores- un aumento del riesgo relativo a desarrollar este tipo de neoplasia, que oscila de 2.0 a 27.5 veces, con una estrecha relación de dosis-respuesta.

Cáncer de boca

Estudios han demostrado también una alta incidencia de cáncer oral en fumadores. En términos generales, se considera que la relación de mortalidad entre fumadores y no fumadores es de 13 a 1.6. Asimismo, poblaciones con pocos fumadores (mormones) tienen una tasa muy baja de morbilidad por este tipo de neoplasias.

Cáncer de esófago

Datos obtenidos de estudios, indican que el cigarro es una de las causas principales de cáncer de esófago.

Aunque existen grandes variaciones, en las diferentes investigaciones con relación al riesgo atribuible al tabaquismo, se considera que la mortalidad por esta neoplasia es de 1.3 a 11.1 veces mayor en los fumadores.

Cáncer de vejiga

El riesgo relativo a desarrollar cáncer de vejiga en los fumadores es de 2 a 3 veces más alta que los no fumadores. Se ha demostrado también un gradiente en este riesgo, asociado con el número de cigarrillos fumados, que va de 1.6 (media cajetilla o menos) a 5.3 (dos cajetillas o más).

Cáncer de Páncreas

Diferentes estudios, realizados con seguimiento de varios años, han sugerido que esta neoplasia ocurre en una proporción aproximada de 2 a 1 en los fumadores, en comparación con los no fumadores. Sin embargo, la asociación no ha sido tan fuerte como en las neoplasias mencionadas.(9)

Enfermedades cardiovasculares

El tabaco incide de manera directa sobre el daño a los vasos, cuya manifestación es la aterosclerosis prematura caracterizada por eventos vasculares cerebrales, aneurismas aórticos, cardiopatía isquémica y enfermedad vascular periférica, lo que a su vez favorece la mortalidad.

En un principio, dosis bajas de nicotina producen estimulación del Sistema Nervioso Central y cantidades altas de depresión del centro respiratorio, además de taquicardia e hipertensión, trastornos de la coagulación, así como la liberación de hormona antidiurética y catecolaminas. En fecha reciente se demostró que esta sustancia ocasiona directamente trastornos de la función cardíaca.

Los efectos favorecedores de la aterosclerosis secundarios a la nicotina, se deben fundamentalmente a cuatro factores:

1. Daño del endotelio (que forma parte de los vasos del organismo), lo que produce cambios que favorecen la acumulación de lípidos (grasas), que junto con las plaquetas, dañan directamente al vaso.

2. Aumento en la trombogénesis (formación de trombos). Este efecto, aunado al de daño endotelial, favorece el hacinamiento de plaquetas, leucocitos y macrófagos (que corresponden a las células de la sangre), lo que condiciona la liberación de sustancias y produce mayor daño a los vasos, lo que significa circulación lenta con disminución de la llegada de sangre al corazón.

3. Aumento de la actividad simpática (efecto de disminución en el tamaño del vaso), lo cual repercute en la rigidez de los vasos, disminución del riego al corazón y genera trastornos del ritmo (arritmias).

4. Aumento de la frecuencia cardíaca, lo que conlleva una disminución de la llegada del oxígeno a nivel del corazón.

Además de la nicotina, en el tabaco existen otras sustancias favorecedoras de aterosclerosis, como es el caso de monóxido de carbono que además de ocasionar daños de los vasos e incremento en la formación de trombos, tiene acciones directas como aumento de las células rojas de la sangre (policitemia), produce un aumento de la viscosidad sanguínea y un incremento en los leucocitos, que en menor proporción ayudan a la obstrucción de los vasos.

Enfermedad Cerebrovascular

Los fumadores tiene un riesgo relativo de mortalidad por este tipo de padecimiento e 2.2 a 3.7 veces mayor, incrementándose esta probabilidad hasta 4.8 en el grupo de 35 a 64 años.

La enfermedad vascular cerebral abarca insuficiencia vascular cerebral, oclusión de los vasos cerebrales por aterotrombosis o embolismo y hemorragia subaracnoidea o intraparenquimatosa.

Enfermedad oclusiva arterial periférica

El tabaquismo constituye el factor de riesgo más importante que predispone a este trastorno, cuyas manifestaciones consisten en la presencia de dolor en las extremidades inferiores, con cambios de coloración en la piel. Ejemplo de la misma se encuentran en al enfermedad aortoiliaca y femoropoplítea. Los aneurimas (ensanchamientos) de la aorta abdominal son 4.6 veces más frecuentes en fumadores.

Gastrointestinal

La úlcera péptica es el prototipo de este grupo de padecimientos, cuya frecuencia es de 2.5 veces mayor en los consumidores de tabaco, con relación directa sobre la cantidad de cigarrillos fumados diariamente, los años de fumador y la profundidad de la inhalación. No está comprobada la relación de potenciación del daño del tabaco con la ingestión de café o alcohol.

b) TABAQUISMO INVOLUNTARIO

La exposición involuntaria al humo ambiental ha sido llamada tabaquismo pasivo. Esto ocurre entre los no fumadores, tanto niños como adultos, al respirar los productos de la combustión del tabaco. En espacios cerrados el humo se acumula y la concentración varía con el número de fumadores, con el tipo de tabaquismo y con las características de la habitación. Aunque las exposiciones al tabaquismo activo y pasivo no son idénticas, el pasivo incluye la inhalación de la mayoría de los derivados de la combustión del tabaco

Diferentes estudios demostraron que en los no fumadores, la exposición pasiva al humo del tabaco produce elevación de los niveles de carboxihemoglobina circulante y nicotina en saliva y orina, semejantes a los niveles esperados para fumadores moderados, quienes fuman de uno a diez cigarrillos por día. Asimismo, existen evidencias de una asociación significativa entre la prevalencia de enfermedades respiratorias, como bronquitis y neumonías en niños menores de dos años; hijos de padres fumadores. Las sibilancias y el asma son también más frecuentes en estos niños; al respecto se observó una mejoría de estas alteraciones cuando los padres dejaron de fumar. Finalmente, el tabaquismo de los padres se ha identificado como un factor de riesgo para la otitis media persistente en niños.

Entre los adultos, los síntomas más comunes derivados de la exposición pasiva al humo del tabaco incluyen irritación ocular, cefalea, síntomas nasales y tos. También implica la precipitación o agravamiento de la crisis alérgicas respiratorias. Hasta hace poco se empezó a estudiar la presencia de cáncer pulmonar en los fumadores pasivos, pero los resultados aún no son concluyentes.(8)

II. TABAQUISMO EN MÉXICO

1) ANTECEDENTES HISTÓRICOS

a) Descripción botánica de la planta de tabaco

El tabaco (planta de la familia de las solanáceas) es una planta originaria del Continente Americano, cuyo uso se ha extendido universalmente, en especial en el curso de este siglo. Su principio activo es un alcaloide —la nicotina—, responsable de la dependencia y de los fenómenos asociados de tolerancia y habituación. Desde el punto de vista conductual, el hábito tabaquico es una conexión —aprendida o condicionada— entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador.(9)

La familia de los solanáceas comprende plantas herbáceas y leñosas, raramente árboles; se caracteriza por tener hojas alternas, sin estípulas enteras o lobuladas. Las flores son completas, en cimas axilares, pero en ocasiones también solitarias: con un cáliz persistente que consta de cuatro a seis piezas. La corola es rotada o campanulado tubulosa en cinco lóbulos; es decir, está constituida por cinco pétalos soldados, con cinco estambres insertados sobre el tubo de la corola, alternando con las piezas de ésta. El ovario tiene dos lóculos, con óvulos axiales muy numerosos. El fruto es una cápsula o una baya y encierra pequeñas semillas reniformes y a veces comprimidas. En esta familia están comprendidas plantas alimenticias, medicinales e industriales.(10)

B) COMPONENTES DEL HUMO

Además de la nicotina, el humo del tabaco contiene una compleja composición de productos químicos, ya identificados. Muchos de éstos, a

través de diversos mecanismos, ejercen un efecto nocivo sobre células y tejidos.(9)

En pruebas de laboratorio se han aislado más de 4 mil sustancias químicas contenidas en el humo del tabaco, la mayoría en niveles de subnanogramos o picogramos, sólo el monóxido de carbono y la nicotina pueden medirse en miligramos (mg.) por cigarrillo. De estos componentes, la nicotina y el alquitrán se consideran los más nocivos.

El alquitrán, por sí mismo, no es un carcinógeno simple, se trata de una mezcla compleja de iniciadores tumorales, cocarcinógenos, promotores tumorales y carcinógenos órgano-específicos. Se entiende por iniciador tumoral a aquella que actúa sobre una célula formando generalmente un enlace histológico con daño irreversible a este nivel. La nicotina, transferida en forma de humo del tabaco, no es un carcinógeno, pero algunos compuestos de la degradación de ésta (como son las nitrosomonas, las dibenzacridinas y el dibenzocarbozol) tiene el potencial de serlo. Se dice que el humo del tabaco induce a mutaciones en los genes supresores de tumores malignos.

Cada cigarrillo produce alrededor de 10 a 20 mg. de monóxido de carbono. Sus efectos biológicos se relacionan principalmente con su potencial en la patogénesis de la enfermedad vascular aterosclerótica, especialmente en la enfermedad coronaria. Los aldehídos, cetonas y el cianuro de hidrógeno originan citotoxicidad de los cilios en las vías aéreas principales. Entre los elementos carcinógenos de la fase gaseosa, destacan el formaldehído, acroleínas y el acetaldehído, que son inductores tumorales, así como carcinógenos de contacto en animales sometidos a estudios experimentales.(8)

2) EL HÁBITO TABÁQUICO EN MÉXICO

(PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA)

El tabaquismo es un problema de salud pública al que nos enfrentamos en todo el mundo. Actualmente es la causa principal de enfermedades (cardiovasculares, pulmonares, cerebro-vasculares, neoplásicas, etc.) prevenibles en nuestra sociedad contemporánea. Se estima que en el mundo mueren 8,242 personas y en nuestro país 118 personas mueren todos los días por enfermedades atribuibles al tabaquismo. El humo del cigarro contiene mas de 4,000 sustancias químicas entre ellas destacan por su importancia el monóxido de carbono, alquitrán, hidrocarburos, plomo, cromo, mercurio y la nicotina, entre otras.

a) POR QUÉ LA GENTE FUMA?

La nicotina contenida en el cigarro es la que causa adicción. Tiene efectos en el sistema nervioso central y origina sensaciones placenteras y de activación psicomotriz que afecta prácticamente a todos los aparatos y sistemas del organismo. Sin embargo, cada uno de los órganos y sistemas afectados por la nicotina desarrolla resistencia progresiva ya que condiciona que el sujeto fumador aumente y mantenga su consumo.

Un solo cigarro que usted se fume

- ✦ Aumenta la presión sanguínea.
- ✦ Aumenta su frecuencia cardiaca.
- ✦ Aumenta el monóxido de carbono en su sangre.
- ✦ Altera el flujo de sangre y aire hacia sus pulmones.
- ✦ Disminuye la temperatura de su piel en dedos y manos.

Es importante saber que el fumar hace daño tanto a la persona que fuma como a los que conviven con un fumador; las mujeres embarazadas que

fuman tienen mayor probabilidad de dar a luz bebés con bajo peso, si todas las mujeres dejaran de fumar durante el embarazo se podrían prevenir aproximadamente 4,000 muertes infantiles en un año. Durante los dos primeros años de vida, los niños de mujeres que fuman tienen mas probabilidades de ser hospitalizados con bronquitis y pulmonía en comparación con los niños de padres que no fuman.



b) QUÉ GANO SI DEJO DE FUMAR

Muchos estudios médicos demuestran que al dejar de fumar su cuerpo, empieza a mejorarse casi inmediatamente aunque haya fumado por muchos años, al dejar de fumar:

- + Eliminas el mal aliento.
- + Gozarás de mejor salud y más años para compartir con tus seres queridos.
- + Mejorarás tu salud inmediatamente.
- + Quitarás las manchas amarillas de los dientes y dedos.
- + Respirarás mejor.

- ✦ Sus hijos no aprenderán de usted ese mal hábito.
- ✦ Su familia no se enfermará por estar expuesta al humo de cigarro.
- ✦ Se cansará menos ya que su cuerpo recibirá más oxígeno.
- ✦ Tendrá menos resfriados y tos.
- ✦ Ya no malgastará el dinero comprando cigarros y podrá ahorrar e invertir en viajes, libros, etc.(12)



c) PREVALENCIA Y CONSUMO

La Secretaría de Programación y Presupuesto y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática, consideraron que el pronóstico del consumo del tabaco durante el período de 1980 – 1985, estuvo determinado por el incremento en la población, el consumo per cápita y el rendimiento de producción de cajetillas de cigarros por tonelada de tabaco. Estas instituciones consideraron dos alternativa: la primera contempla una tasa de crecimiento de 2.2% en promedio anual, esto indicaría que para 1983 se habrían vendido 2,887 millones de cajetillas; para 1984 la cantidad se encontraría en los 2,968 millones y para 1985 se habrían vendido más de 3,000 millones de cajetillas.

La segunda alternativa considerada, plantea que el rendimiento de producción de cajetillas de cigarros por tonelada de tabaco en rama se mantiene constante, así como el consumo per cápita de cigarrillos permanece estático. Si esto así, el mercado de la industria cigarrera debió haber crecido en una tasa media de 3.5% en promedio anual. La producción de cajetillas de cigarros entonces hubo de alcanzar 3,265 millones al finalizar el año de 1985.(9)

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 arroja los siguientes datos:

Los resultados obtenidos en el ámbito nacional, mostraron que 27.7% de la población entre 12 y 65 años de edad eran fumadores, lo que representa a más de 13 millones de individuos; 14.8% exfumadores y más de la mitad señalaron ser no fumadores.

La prevalencia de fumadores en la población masculina de 12 a 65 años fue de 42.9%, lo que equivale a más de ocho millones de individuos con este hábito; mientras que entre las mujeres, la prevalencia fue de 16.3%, lo que se traduce a más de cuatro millones de fumadoras.



Dentro del grupo de fumadores de 18 a 65 años, la prevalencia total fue de 32%, lo que equivale a más de 12 millones de fumadores adultos, lo que supera a la media nacional (27.7%) para la población de 12 a 65 años. La mayor prevalencia (51.2%) corresponde a la población masculina con 8 033 716 fumadores y solamente el 18.4% a la femenina, que equivale a 4046 939 fumadoras; es decir, se tienen 2.8 varones que fuman por cada mujer.(13)



4) ASPETOS LEGALES SOBRE TABAQUISMO

a) Políticas ejecutivas (acción del gobierno)

La Ley General de Salud, promulgada en 1983, considera un programa del Gobierno para combatir la adicción a los estupefacientes, incluido el consumo del tabaco (Secretaría de Salud 1983). Dentro de este marco general, en 1986 el Gobierno creó el Consejo Nacional Contra las Adicciones, presidido por el Secretario de Salud. También como un esfuerzo colaborativo de la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional contra las Adicciones y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (Secretaría de Salud 1986). Antes de que se iniciara esta campaña de salud pública, las actividades de antitabaquismo se limitaban a los programas de cese concentrados en los hospitales universitarios de la Ciudad de México. Por su naturaleza, estos programas tenían un enfoque curativo más bien que preventivo.

El Programa contra el Tabaquismo tiene cuatro objetivos: desarrollar la educación antitabáquica para las escuelas y el público general, mejorar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; consolidar el marco legal para el control del tabaquismo, y mejorar la investigación científica sobre el tabaco y la salud. Se diseñó una serie de estrategias, líneas de acción y actividades concretas para alcanzar estos objetivos. Cuatro comités técnicos, que incluyen representantes de varias instituciones, están encargados de la ejecución del programa.

El primer año del programa nacional antitabáquico destacó las actividades de educación pública y en las escuelas (Rubio 1990). Además, se patrocinaron 12 proyectos de investigación científica. De estos, ocho fueron biomédicos, tres abordaron temas psicosociales, y uno analizó la economía de la publicidad sobre productos de tabaco en la televisión (Chan-Escalante 1989). En 1989, el Taller Intersectorial de Derecho Sanitario Mexicano discutió el problema del tabaquismo e hizo varias propuestas legislativas.(14)

b) LEGISLACIÓN

Las medidas legislativas son un componente fundamental de los planes de lucha antitabáquica.

Las únicas objeciones serias contra las medidas legislativas proceden de las industrias del tabaco y de las empresas que hacen su publicidad, las cuales se han opuesto a la adopción de medidas coercitivas contra el hábito de fumar, basándose, principalmente, en la afirmación de que estas medidas constituyen restricciones innecesarias a la libertad y en que su eficiencia no está suficientemente probada. Ninguno de estos argumentos es aceptable hoy en día.(15)

En las Américas se han realizado numerosos esfuerzos legislativos para controlar el consumo de tabaco. Las leyes promulgadas hasta la fecha incluyen la prohibición total o parcial de la publicidad sobre el cigarrillo; la obligación de poner advertencias sobre los riesgos para la salud en los paquetes de cigarrillos y de difundirla en los medios de comunicación; las restricciones de venta de cigarrillos; la prohibición del consumo de tabaco en las escuelas y los lugares públicos y de trabajo; la prohibición de la publicidad asociada al deporte; la limitación de la publicidad dirigida a los jóvenes, y la obligatoriedad en las escuelas de la educación sanitaria sobre los peligros del consumo de tabaco.

Hasta el momento, 91 países en todo el mundo han promulgado leyes para controlar el uso del tabaco. De ellos, menos de la tercera parte son países americanos. Por lo general, las leyes restrictivas han sido promulgadas por los gobiernos nacionales, pero tanto en el Canadá y los Estados Unidos como en numerosos países de América Latina y el Caribe cada día se promulgan más leyes, ordenanzas o decretos estatales, provinciales o locales.

En los últimos 25 años se ha manifestado cada vez más el papel crucial que desempeña la legislación para controlar la epidemia del tabaquismo. Casi todos los países de las Américas tienen leyes vigentes que limitan la publicidad y promoción del cigarrillo; obligan a imprimir advertencias en los envases sobre los riesgos del tabaquismo para la salud, y restringen el consumo del tabaco en los lugares públicos.

La 43ª Asamblea Mundial de la Salud confirmó en 1990 la eficiencia de las estrategias de lucha antitabáquica, especialmente de las medidas legales y política tendientes a proteger a las personas contra la exposición

involuntaria al humo del tabaco en los lugares de trabajo y en los locales y transportes públicos; aumentar gradualmente el precio el tabaco para hacer más difícil su consumo, y controlar la publicidad y la promoción directa e indirecta de los productos derivados del tabaco.(16)

5) LUCHA CONTRA EL HÁBITO DE FUMAR

a) Difusión

Cualquier medida en contra del tabaquismo es justificada, aun sin el deseo del fumador, especialmente cuando se considera al "fumador pasivo". Así, se plantean medidas generales antitabaco que van desde las sencillas recomendaciones normativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1970), en las que se sustente que "ninguna acción en los países desarrollados sería más importante para prolongar la vida que el control del tabaquismo", hasta medidas legislativas, como obligar a anunciar en los envases el contenido de nicotina de los cigarrillos e indicar que se trata de un producto nocivo para la salud; la venta limitada a mayores de 18 años, ciertas cláusula que restringen su propaganda en los medios de difusión y el señalamiento de espacios para fumadores y no fumadores en aerolíneas, restaurantes, hospitales, etcétera. Otras medidas incluyen planteamientos educativos, tanto informativo como encaminados a la prevención particularmente en el nivel institucional y de medios de comunicación.

Por otro lado se ha difundido información a través de carteles, folletos, spots de radio, etcétera. Se han creado Clínicas de Tabaquismo y se ha impulsado la investigación de tipo epidemiológico y clínico para la detección de factores de riesgo. Todo esto con el fin de disminuir el hábito tabaquico.(10)

Los mensajes sobre antitabáquico han sido difundidos por el Programa Nacional de Antitabaquismo, tanto a través de los medios de información impresos como electrónicos. El Programa ha participado rutinariamente en el Día Mundial sin Tabaco patrocinado por la Organización Mundial de la Salud.

Aunque las actividades de información pública se han concentrado en la prevención del tabaquismo, se dispone de programas de cese. Varios hospitales de la Ciudad de México y otros estados ofrecen clínicas para dejar de fumar.(14)

B) ESTRATEGIAS

Estrategias en atención a la Salud

- ÷ Establecer las medidas de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación del fumador.

- ÷ Llevar a cabo un diagnóstico temprano tratamiento del fumador involuntario.

- ÷ Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica sobre tabaquismo.

Estrategias en Educación para la Salud

- ÷ Desarrollar actividades de educación para la salud, con el fin de modificar hábitos, actitudes y conductas que se relacionan con esta adicción y que permitan la disminución y la no adquisición de la misma.

- + Desarrollar actividades de enseñanza encaminadas a la capacitación del personal de salud, docente y grupos afines.
- + Estimular la participación social mediante la integración de grupos que desarrollen actividades sobre prevención del tabaquismo.
- + Concertar la coordinación intersectorial salud-educación.

Día mundial sin fumar

Una de las estrategias más importantes en contra del tabaquismo es la de evitar el inicio de esta hábito entre los grupos más susceptibles. Desde 1988 se celebra el Día Mundial sin Fumar con el lema "Salud para todos, todos para la Salud", que marco el inicio de la Campaña Nacional contra el Tabaquismo.

En esta acción se conjunta esfuerzos importantes del Sector Salud, clubes de servicio y diversos organismos oficiales, sociales y privados para difundir esta campaña a nivel nacional a través de los medios masivos de comunicación.

El lema del Día Mundial sin Fumar de 1991, propuesto por la Organización Mundial de la Salud fue el de "Sin humo de cigarro en los lugares públicos y en los medios de transporte colectivo". (9)

c) CLINICAS DEL TABAQUISMO

Esta modalidad terapéutica es una de las más utilizadas en el mundo y se caracteriza por su flexibilidad en lo que toca al número de individuos que conforman el grupo, cantidad y duración de las sesiones, contenidos

informativos y de reeducación; técnicas conductuales —ente las que predomina el autorregistro- y los auxiliares farmacológicos, como la goma de mascar con nicotina.(10)

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias se cuenta con una terapia cognitivo-conductual que ayuda a las personas que quieren dejar de fumar a que lo hagan.

Esta terapia consta de dos partes: una médica y una psicológica. La parte psicológica del tratamiento consiste en 10 sesiones de terapia de grupo, en las cuales los pacientes se dan cuenta cuales son los motivos que los llevan a fumar y se les enseña a enfrentarse a ellos, tienen que acudir 2 veces por semana.

Para ingresar al tratamiento es necesario acudir a la Clínica de Tabaquismo del INER y cumplir con los requisitos que son la entrevista psicológica y el estudio socioeconómico que permite asignar el costo a cada paciente según sus ingresos.(12)

III. MANIFESTACIONES DEL TABACO EN LA CAVIDAD BUCAL

1) Generalidades

a) Odontogeriatría

Definición: La parte de la medicina consagrada al estudio del envejecimiento anatomofisiológico de cavidad bucal, lengua y estructuras adyacentes, así como sus relaciones con al salud integral del anciano, se denomina gerontoestomatología, término que deriva del grupo: geronto, viejo; estoma, boca: logos, tratado.

En el estudio de las estructuras bucofaciales se incluyen aspectos que corresponden a modificaciones anatomofisiológicas del envejecimiento, en el nivel de los tejidos dentarios, parodonto, cutáneos, mucosos, submucosos, estructuras óseas, musculares y de las glándulas salivales, como procesos irreversibles; o bien como proceso de adaptación ante las nuevas situaciones, lo que, más que un cambio fisiológico significaría un mecanismo de compensación enmarcado dentro de los límites de lo no patológico. Sin embargo, con frecuencia pueden producirse modificaciones patológicas por la adaptación a estas nuevas situaciones: personas parcial o totalmente edéntulas, la colocación y adaptación de prótesis, que pueden constituir una prueba de su declive físico; modificaciones tegumentarias, como adaptación de varicosidades linguales, áreas irritativas o traumáticas, estomatitis pre o paraprotésicas, que con frecuencia conducen a estados de cancerofobia, los cuales deben ser conocidos para comprender el comportamiento del anciano dentro del entornos social del que nosotros mismo somos parte.

Reconociendo estas características, debemos reflexionar acerca de la importancia que para el cirujano dentista, de práctica general o especializada, reviste la odontología o estomatología geriátrica; por el hecho de que las enfermedades dentales y orales son una condición crónica que afecta a la mayoría de la población de ancianos.

Generalmente, la persona de edad avanzada tiene problemas de insuficiencia masticatoria que inciden en la normalidad de sus procesos digestivos superiores sabemos, que la masticación es esencial para la digestión completa de muchos alimentos; y que la mayoría de los seres humanos no llegan a la edad senil con la dentición natural intacta; lo específico de la edad avanzada es la atrofia ósea de los maxilares, con desaparición de los alvéolos, lo que conduce a una pérdida general de los dientes debido a la movilidad, una transformación característica de la boca en la vejez.(1)

HÁBITOS

Los hábitos son factores importantes en el comienzo y evolución de la enfermedad periodontal. Con frecuencia, se revela la presencia de un hábito insospechado en casos que no respondían al tratamiento periodontal.

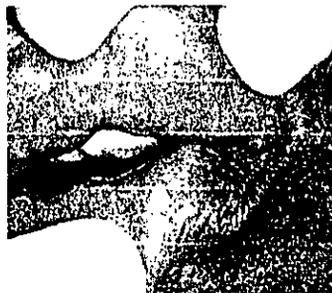
Hábitos importantes en la etiología de la enfermedad periodontal:

1. Neurosis, como el mordisqueo de labios y carrillos, lo cual conduce a posiciones extrafuncionales de la mandíbula; mordisqueo del pañillo dental y su acuñamiento entre los dientes, "empuje lingual", el morderse las uñas, morder lápices y plumas, y neurosis oclusales.

2. Hábitos ocupacionales, como sostener clavos en la boca, según lo hacen los zapateros, tapiceros o carpinteros, cortar hilos o la presión de una lengüeta al tocar determinados instrumentos musicales.

3. Varios, como fumar en pipa o cigarrillos, marcar tabaco, métodos incorrectos de cepillado dental, respiración bucal y succión del pulgar.(17)

Fumar: La halitosis del fumador es objetable a cualquier edad, pero en los ancianos puede ser prejudicial. El fumar no sólo ensucia la cavidad oral, sino que disminuye la capacidad gustativa. Su peor efecto es inhibir la sensación del olfato que se interrelaciona con el gusto.



PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD CON HÁBITO TABAQUICO

El paciente debe ser advertido del riesgo que implica fumar cigarros, pipas o puros. Las mujeres posmenopáusicas con bajos niveles de estrógeno corren el mismo riesgo; además, el tabaquismo da una mayor propensión a las cardiopatías. El enjuagarse la boca con una solución antiséptica antes de las comidas favorece y estimula los sentidos del gusto y del olfato.(1)

En la cavidad bucal se produce el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco, sustancia que en mayor o menos grado ocasiona cambios o alteraciones en los tejidos blandos y duros. Dichos cambios se condicionan a diferentes factores:

Tipo de tabaco	(pipa, cigarro, puro)
Cantidad y calidad del mismo	(número y grado de calidad de los cigarros)
Forma o hábito de fumar	

Además, es necesario tener en cuenta la susceptibilidad de cada individuo respecto de estos cambios. La relación entre el consumo de tabaco, salud bucal y enfermedad ya ha sido demostrada en múltiples estudios, de manera que en este capítulo se describirán los principales cambios que en dicha cavidad provoca el hábito de fumar: pigmentación dentaria, gingivitis y periodontitis; lengua pilosa, leucoplasia, estomatitis nicotínica y cáncer bucal.(10)

2) MANIFESTACIONES DEL TABAJO EN TEJIDOS DUROS

a) Cambios en la Estructura Dentaria Senil

Los tejidos de la cavidad bucal reflejan los cambios producidos por el envejecimiento; sin embargo, algunos elementos del sistema

estomatognático son específicos de la boca y presentan gran variedad de características ante un minucioso examen.

Algunas de las alteraciones que sufren los tejidos duros del diente a lo largo de la vida del individuo han servido inclusive para establecer métodos de determinación de la edad en adultos. La estimación de la edad, basada en la clasificación de las raíces y en la erupción de la dentadura temporal y permanente, proporciona una base segura para precisar la edad de un cuerpo, desde el nacimiento hasta los 23 a 25 años, con una diferencia de seis meses.

Atrición: La que sufren las superficies incisales y oclusales debido a la función masticatoria.

Periodontitis: Es decir, la movilidad del diente, erupción continua caracterizada por cambios en el sistema de inserción del mismo.

Dentina secundaria: Puede aparecer dentro de la cavidad pulpar, en parte como consecuencia de la edad y en parte como reacción a condiciones patológicas como caries y periodontitis. Este cambio se aprecia únicamente por medio del microscopio.

Cementosis: Puede abarcar sólo la zona apical o toda la zona radicular.

Reabsorción radicular: Puede involucrar cemento y dentina.

Transparencia radicular: Aumenta con la edad y las causas que la producen no están muy claras, al igual que su tratamiento.

Obturación del orificio apical: Durante la etapa del desarrollo, el ancho de este orificio está en relación directa con la edad del individuo, y en las personas jóvenes casi siempre es posible hacer una exacta determinación de la edad valiéndose solamente de este signo.(1)

CAMBIOS EN LA MANDIBULA

Los cambios producidos en el esqueleto con la edad se ilustran bien con las microrradiografías de la mandíbula. En los huesos jóvenes los sistemas Haver están bien mineralizados y tanto la formación como la resorción son iguales y limitadas. Con la edad la resorción es extensa y excede con mucho a la formación que es incompleta, por los grandes diámetros de los canales de Havers y la baja densidad de muchas de las lámeas. También hay una marcada degeneración de la arteria dental inferior así que el hueso cada vez depende más del suministro perióstico.

b) PIGENTACIÓN 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 quien tiene 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 defectos morfológicos, estructurales y posicionales, como es el caso de fosetas,

fisuras prominentes, grietas, cavidades cariosas y mala posición dentaria, aumentan la pigmentación.

Cuando se mastica el tabaco, los productos de alquitrán de carbón se disuelven en la saliva modificando su pH y penetran dentro de las fositas, fisuras y grietas de los órganos dentarios, y también se tiñen las superficies lisas del esmalte que entran en contacto con el tabaco; esta penetración de los productos de la masticación del tabaco puede involucrar al esmalte, dentina, cemento e incluso a la pulpa de los órganos dentarios.

Al fumar después de una semana o más de abstinencia, se producen un dibujo reticulado difuso, pero fumar habitualmente provoca la aparición de líneas cuyo color oscila de marrón a negro, las cuales se encuentran por encima de las líneas libres y en cualquier parte del diente, aunque se delinear mejor los márgenes de las cavidades u obturaciones.

Cuando se fuma o se masticaba tabaco, las fisuras en el esmalte y en la dentina expuesto se decoloran, y el cálculo supragingival se oscurece; consecuentemente, la formación del cálculo se incrementa.

El examen microscópico de los dientes del fumador muestra decoloración en la cutícula del esmalte y la dentina. La difusión de la mancha se produce en la unión esmalte-dentina, penetra en los túbulos dentinarios y queda fijada a su contenido orgánico. Los dientes extraídos que han sido saturados en extracto de tabaco muestran idénticos cambios.(10)

Por lo común, el fumar no origina cambios notables en la encía. El calor y los productos de la combustión acumulados son irritantes locales

particularmente indeseables en periodos posteriores al tratamiento. En los fumadores pueden aparecer los siguientes cambios bucales:

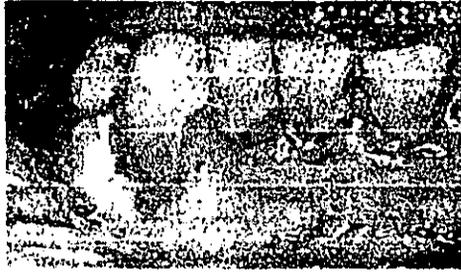
1. Depósitos parduscos y cambio de color de la estructura dental.

2. Coloración grisácea difusa y leucoplasia gingival.

3. "Paladar del fumador", que se caracteriza por glándulas mucosas prominentes con inflamación de los orificios y eritema difuso o superficie arrugada "guijarrosa".

4. El mantenimiento de la pipa en un lugar fijo puede desgastar el diente y formar un espacio elíptico entre los dientes, producir la intrusión de los dientes y alteraciones traumáticas en los tejidos periodontales de soporte.

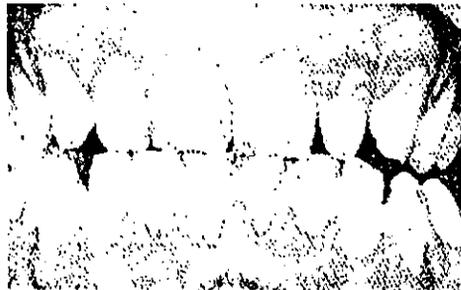
En fumadores se registró una mayor prevalencia de gingivitis crónica y gingivitis ulceronecrosante aguda al igual que una mayor prevalencia e intensidad de enfermedad periodontal; además, la acumulación de placa aumenta en los fumadores, con mayor cantidad de cálculo en fumadores de pipa que en los de cigarrillo. Se ha observado que las mujeres entre 20 y 39 años y los entre 30 y 59 años que fuman cigarrillos tienen dobles posibilidades de tener enfermedad periodontal o quedar desdentados que los no fumadores.(17)



PIGMENTACIÓN DENTARIA



PIGMENTACIÓN DENTARIA



PIGMENTACIÓN POR HÁBITO TABAQUICO

3) MANIFESTACIONES DEL TABACO EN TEJIDOS BLANDOS

a) Cambios seniles en los tejidos blandos

La mucosa bucal experimenta cambios por la edad similares a los que afectan a la mucosa en otras partes del organismo; pero factores locales, como el hábito de fumar, el uso de prótesis y la higiene bucal influyen en dichos cambios. En general, la mucosa sufre atrofia en los ancianos, el epitelio se adelgaza y su diferenciación es deficiente con aumento del contenido de colágena en los tejidos subyacentes. Se reduce la queratinización de paladar y encías, y por el contrario, los carrillos y labios tienden a queratinizarse.

El borde bermellón de los labios se estrecha y se producen lesiones en las comisuras labiales por candidiasis en un área que se conserva húmeda y blanda por la presencia de saliva, o como un signo de deficiencia vitamínica. La mucosa que sostiene la prótesis se beneficia si existe un buen ajuste del aparato; se ha demostrado que los cambios por la edad en el epitelio son más lentos y que mejora la salud de los tejidos cuando la mucosa está cubierta por una prótesis que ajusta perfectamente, y se retira durante la noche. Este benéfico efecto puede deberse a la protección de una mucosa debilitada por la edad debido a las fuerzas masticatorias.

La superficie del dorso de la lengua tiende a hacerse más lisa por la atrofia papilar, pudiendo aparecer fisuras profundas y extensas. La declinación general de la actividad muscular no afecta los músculos masticatorios hasta una edad relativamente avanzada, pero la pérdida de la dentición natural acelera su atrofia. La ausencia de dientes o la pérdida de substancia dentaria por enfermedades, afecta la capacidad masticatoria y puede influir en la selección de los alimentos de la dieta.

La pérdida dentaria también afecta la fonética, ya que los dientes participan en la articulación de las consonantes por medio de la interrupción de la columna de aire exhalado; en particular, pueden alterarse los sonidos relacionados con la pronunciación de la V, F, D, S Y Z.

La percepción del sabor, quizá más que otras sensaciones, se altera probablemente por la disminución del número de papilas linguales en los ancianos, si bien puede haber degeneración central que contribuye a propiciar este efecto. Este puede ser otro factor determinante del contenido de la dieta, puesto que ya no es posible seleccionar los alimentos por su sabor; el paciente geriátrico tampoco puede apreciar las sutilezas de los que alguna vez consideraba platillos apetitosos. Ya se ha demostrado que una prótesis reduce el aprecio por la comida, pero como la textura del alimento, así como su olor son importantes, la exclusión de la mucosa palatina del contacto con la comida puede ser un hecho esencial en dicha reducción.

La sensación táctil en la cavidad bucal tiende a disminuir con la edad, esta pérdida de la sensibilidad puede producir incapacidad para manejar el bolo alimentario, disminución de la capacidad para apreciar su textura, así como reducción de la capacidad para aprender a controlar la prótesis.

Normalmente, la función salival no se reduce hasta después de más o menos los 60 años, si bien las mujeres pueden tener reducción de la velocidad del flujo salival después de la menopausia. La falta de una cubierta protectora de moco, junto con la atrofia senil, produce una mucosa que es penetrada por algunas sustancias de los alimentos; dicha penetración aumenta las sensaciones de ardor y escozor, y puede contribuir al desarrollo de cáncer en los ancianos. Una mucosa seca se irrita con facilidad y es común el traumatismo causado por la prótesis, por lo cual no es fácil la adaptación de una prótesis confortable. La disminución de la

producción salival también afecta la fonética, y se hace difícil la deglución de grandes porciones de alimento y de medicamentos en forma de tabletas. Por tanto, es de gran importancia elaborar prótesis que trituren con eficacia los alimentos.

Los defectos directos de la edad sobre los tejidos bucales están aumentados por los cambios que se presentan por el tiempo en otras partes del organismo. Es importante para el odontólogo saber qué se espera del envejecimiento de la cavidad bucal y examinarla con cuidado, ya que él puede ser el primero en detectar signos no sólo de lesiones locales, sino de enfermedades sistémicas.(3)

b) Manifestaciones del Tejido Bucal

Generalidades

Las desviaciones de la normalidad en los tejidos periodontales reciben actualmente el nombre genérico de enfermedad parodontal. En el pasado, cada autor efectuaba su propia clasificación con base en las manifestaciones clínicas, extensión de las lesiones, tejidos involucrados y diferencias etiológicas de los padecimientos detectados en el parodonto.

En la actualidad, las entidades patológicas parodontales se clasifican en inflamatorias y distróficas; entre las primeras se encuentran la 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.

La gingivitis simple y la periodontitis con resorción ósea se incrementan paralelamente al aumento de tabaco. En 1949, Pindborg demostró mediante datos estadísticos que el tabaco tiene un efecto específico en los tejidos gingivales; sin embargo, cuando la higiene bucal es adecuada, dichos efectos se reducen considerablemente.(10)

c) Melanosis del fumador

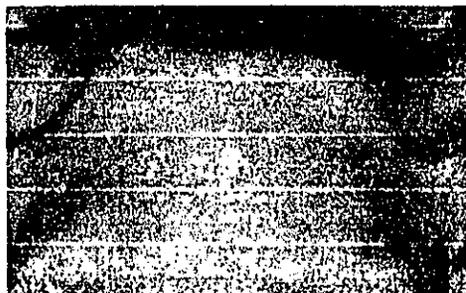
Etiología

Fumar cigarrillos y en pipa suele causar grados variables de pigmentación de la mucosa oral. El aumento de pigmentación parece estar relacionado con un componente del humo del tabaco que estimula el aumento de la producción de melanina. Es frecuente un grado leve de melanosis del fumador en hombres y mujeres fumadores, que puede ser difícil de detectar clínicamente, en especial en personas que presentan una pigmentación fisiológica normal importante. Puesto que se sabe que algunas hormonas femeninas intensifican la pigmentación melánica, en las mujeres fumadoras que consumen anticonceptivos orales puede presentarse una pigmentación más intensa de las mucosas.

Características Clínicas

La melanosis del fumador suele ser más visible en la parte anterior de la encía labial. Otras localizaciones intraorales comúnmente afectadas son la mucosa del carrillo, el suelo de la boca y el paladar blando. Se ha señalado que la melanosis del fumador que aparece en el paladar blando debería considerarse con mayor atención, porque a veces se ha asociado

con enfermedades relacionadas con el tabaquismo, como enfisema y carcinoma broncogénico.



MELANOSIS DEL FUMADOR



MELANOSIS DEL FUMADOR

Histopatología

Una biopsia obtenida de un área de melanosis del fumador presenta rasgos histológicos similares a los que se encuentran en una mancha melánica. Hay aumento de depósitos de melanina en las células epiteliales basales y el tejido conjuntivo subyacente presenta un leve infiltrado de linfocitos e histocitos. Es habitual la presencia de gránulos de melanina en las células fagocíticas del tejido conjuntivo superficial.

Tratamiento

El tratamiento más eficaz de la melanosis del fumador es dejar de fumar. Esto conducirá en general a la desaparición de la pigmentación en unos pocos meses. Si la pigmentación persiste después de un período de abstinencia del tabaco es aconsejable una biopsia para valorar la lesión.(18)

d) Estomatitis Nicotínica

La estomatitis nicotínica, también llamada "paladar de fumador", "leucoqueratosis del paladar", "leucoqueratosis nicotínica del paladar" o "palatitis nicotínica", es una leucoplasia que se localiza en el paladar duro y en el blando; tiene características clínicas muy específicas y se presenta en los grandes fumadores.

La estomatitis nicotínica es una padecimiento casi exclusivamente masculino.(10)

Etiología

Esta forma de queratosis relacionada con el tabaco es uno de los trastornos que ocurren con mayor frecuencia en la boca y sólo se presenta en individuos fumadores. Es típica de los fumadores de pipa o cigarrillos y la gravedad de la lesión es directamente proporcional a la intensidad del consumo. Puede apreciarse la importancia del efecto superficial del humo cuando se cubre el paladar duro con una prótesis móvil, pues la mucosa que se localiza debajo del dispositivo no presenta alteraciones y se encuentra hiperqueratosis de las zonas expuestas.(19)

Manifestaciones clínicas

La localización es el tercio medio y posterior de la bóveda palatina en su parte central. Se detienen las lesiones aproximadamente a un centímetro de la implantación dentaria. Rara vez prolonga al tercio anterior del paladar duro.

Únicamente se observa donde existen muchas glándulas salivales menores. Los orificios de los conductos de las glándulas salivales palatinas se observan bien marcados y algo eritematosos.

A su alrededor se levanta una pápula blanquecina dura, aproximadamente de $\frac{1}{2}$ centímetro de diámetro, umbilicada en su centro, que se eleva 1 a 2 mm sobre la superficie mucosa. Las pápulas confluyen y están separadas por surcos. La mucosa que rodea al orificio central es blanca. La lesión tiene el aspecto de un embaldosado, a veces hay saliencias verrugosas.

La salida de una gota de saliva por presión de la glándula muestra un signo importante: el signo del rocío. En ocasiones existe sólo la lesión del orificio de la glándula sin la pápula (palatitis glandular simple). Es asintomático.



ESTOMATITIS NICOTINICA



ESTOMATITIS NICOTINICA

Histopatología

En la biopsia del tejido afectado se pueden observar formaciones papuloides, delimitadas bruscamente por una depresión en la periferia, que muestran una hiperqueratosis, con hipergranulosis y acantosis de crestas interpapilares. Dicha acantoqueratosis disminuye de intensidad hacia la periferia y es reemplazada en el centro de la pápula, por una acantosis con acentuado leucoedema, sin presencia de capa granulosa. Dicho sector leucoedematoso se continúa a través del espesor del epitelio, siguiendo el trayecto, de la desembocadura de una glándula salivar palatina. El sector intraepitelial del conducto aparece generalmente dilatado, según algunos autores por estenosis superior. Se han comprobado conductos ocluidos por la descamación de sus células epiteliales, o formación de quistes mucoides en el seno del epitelio.

En el corion se observa un discreto edema con escaso infiltrado linfocitario a nivel de los vasos papilares que están dilatados. En los

intersticios de los tubulillos glandulares salivales se ve edema e infiltrados linfocitarios con dilatación de algunos conductos excretores y tendencia atrófica de acinos.

Se cree que el punto rojo que clínicamente centra las pápulas se produce generalmente por transparencia de los vasos dilatados del corion y no corresponde al orificio de salida del conducto excretor. El criterio clásico, en el sentido de que el punto rojo es el orificio externo del canal excretor. Mehta y col. Han llamado la atención sobre la existencia de hiperortoqueratosis y atrofia malpighiana en los que fuman con el cigarrillo invertido, contrariamente a la hiperparaqueratosis e hiperplasia epitelial que se observa en las otras maneras de fumar.

Tratamiento

Debe dejarse de fumar, sobre todo en pipa o con el cigarrillo invertido, y aplicar Orabase con cortisona, 3 ó 4 veces al día en el paladar. La vitamina A y el complejo vitamínico B, suelen ser muy útiles en este proceso.(20)

El tratamiento debe dirigirse a la reducción o eliminación del consumo de tabaco, ya que es una alteración de naturaleza benigna que posee un riesgo mínimo de que se transforme en carcinoma del paladar. En algunos casos la lesión remite al suspender el consumo de tabaco.

Debe reconocerse que la intensidad de consumo de tabaco necesaria para producirse estomatitis nicotínica causa efectos similares en el aparato respiratorio, por lo que aumenta de modo importante el riesgo de cáncer en estas regiones. Por esto, la estomatitis nicotínica debe considerarse como un indicador potencial de alteraciones epiteliales importantes en otros sitios.

La estomatitis nicotínica posee poca importancia si se compara con la queratosis de otras zonas de la cavidad bucal. En raras ocasiones se maligniza, a excepción de los individuos que acostumbran "fumar al revés". Este hábito, frecuente en algunos países (p.ej., India), intensifica el efecto carcinógeno del calor y el humo sobre el paladar, lo que aumenta de manera considerable el riesgo de cáncer.(19)

e) Eritroplasia

La eritroplasia, también llamada <<eritroplasia>>, fue un término empleado por primera vez por Queyrat para describir una lesión roja, aterciopelada, situada en el glande del pene de hombres ancianos. Literalmente, el término significa <<una mancha o placa roja>>. El término se usa para describir lesiones mucosas rojas de la cavidad oral que no tienen causa aparente.(18)

Etiología

Se desconoce la causa de la lesión, pero, se supone que intervienen los mismos factores etiológicos del cáncer bucal. Es posible que el tabaco tenga una función importante en la producción de muchas de estas lesiones. Otros factores que contribuyen o actúan como modificadores etiológicos son consumo de alcohol, defectos nutricionales, la irritación crónica y otros.

Características clínicas

La eritroplasia de la boca suele ser una lesión asintomática que aparece principalmente en hombres mayores que fuman cigarrillos. Puede encontrarse en el suelo de la boca, superficies lateral y ventral de la lengua, paladar blando y mucosa del carrillo.

El término <<eritroplasia moteada>> se emplea a menudo para describir una lesión principalmente roja, pero que presenta placas blancas focales entremezcladas. Esta lesión debería contemplarse con un alto índice de sospecha dada su alta incidencia de degeneración premaligna o maligna. Al obtener una biopsia de esta lesión deben tomarse muestras de ambas áreas, rojas y blancas.



ERITROPLASIA



ERITROPLASIA DE PISO DE BOCA

Histopatología

La evaluación microscópica de las eritroplasias revela que el 60 al 90% son displasias epiteliales, carcinomas in situ o carcinomas de células planas. En consecuencia, las eritroplasias orales deberían considerarse con un alto grado de sospecha y ser sometidas rutinariamente a biopsia para evaluación histopatológica.(18)

Tres características microscópicas de las eritroplasias explican la intensa coloración roja de las lesiones. En primer lugar, las eritroplasias carecen de la cantidad normal de queratina de la capa superficial que normalmente difunde el color rojo que procede a la vascularización subyacente. Segundo, las capas epiteliales restantes que cubren normalmente las papilas del tejido conjuntivo situadas entre las crestas epiteliales tienen muchas veces un espesor menor; por ellos, los vasos sanguíneos presentes normalmente en las papilas resultan más visibles desde la superficie que en la mucosa normal. Tercero, en la mayoría de las eritroplasias, el tamaño y el número de las estructuras vasculares aumenta en respuesta a la inflamación asociada al epitelio adelgazado y neoplásico.

Tratamiento

La mejor terapéutica es la extirpación quirúrgica. Es importante que la escisión sea amplia por la naturaleza superficial de las lesiones in situ; sin embargo, también debe ser profunda porque las alteraciones epiteliales pueden extenderse a los conductos de las glándulas salivales. En ocasiones, es necesario realizar múltiples cortes histológicos para valorar la afección de los conductos salivales.

Se sabe que las lesiones displásicas graves pueden convertirse en carcinomas invasores, pero como se requieren meses o años para que esto suceda se recomiendan exámenes periódicos en estos pacientes.(19)

f) Leucoplasia

El término leucoplasia significa literalmente <<placa blanca>>. Se emplea como término clínico solamente para describir una variedad de lesiones blancas de las mucosas. Algunos clínicos prefieren restringir este término a las lesiones que no pueden eliminarse fácilmente mediante frotamiento suave de la superficie mucosa, excluyendo así las lesiones que producen una pseudomembrana (esfácelo). En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) modificó aún más el concepto al definir la leucoplasia como <<una placa blanda situada sobre la mucosa bucal que no puede ser eliminada mediante rascado ni clasificada como ninguna otra enfermedad diagnosticable>>. En diversas partes del mundo y entre diferentes clínicos, el término puede emplearse en forma ligeramente diferente.(18)

Etiología

La relación causa-efecto está bien demostrada en esta lesión, y es probable que los factores locales extrínsecos sean los principales causantes de la producción de leucoplasia. Entre tales factores destacan el tabaco, el alcohol, la sepsis bucal, irritación local, radiación actínica, infección candidiásica, virus y ciertos elementos industriales; y de forma secundaria, algunos factores predisponentes intrínsecos como sífilis, deficiencia vitamínica y trastornos endocrinos desempeñan un papel preponderante en su génesis.

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

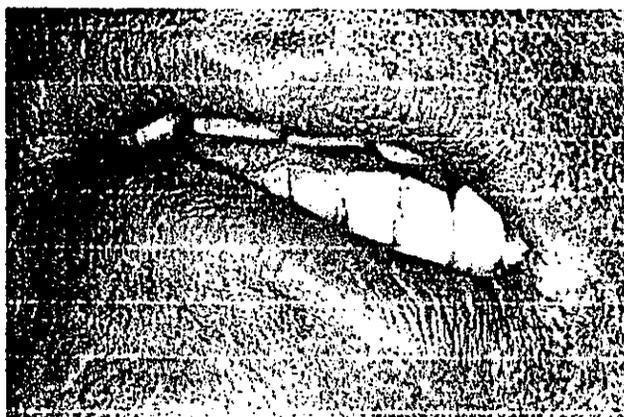
demuestra por el hecho de que la zona leucoplásica se produce en el lugar en el que se deposita el tabaco.(10)

Características clínicas

Las lesiones leucoplásicas generalmente son placas de tamaño variable, 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, fisurales y papilomatosas, y de consistencia firme, debido a que en la mayoría, la sintomatología suele ser muy anodina; a lo sumo existen escozor, sensación de tirantez o rugosidad en la zona; sin embargo, y debido a la escasa sintomatología es frecuente que el paciente acuda a la consulta cuando su lesión ya lleva cierto tiempo de evolución.(21)

Se ha indicado que la leucoplasia tiene tres formas clínicas principales: homogénea (o leucoplasia simple), nodular (o manchada) y verrugosa. Leucoplasia homogénea es una lesión localizada o una placa blanca extensa que presenta un patrón relativamente constante en toda su extensión, aunque su superficie puede describirse como corrugada ("como una playa al bajar la marea"), con un patrón de líneas finas ("crestas"), arrugada ("como lodo seco, agrietado") o papilomatosa. La leucoplasia nodular (manchada) es una lesión roja y blanca en la que hay diseminados pequeños nódulos queratósicos sobre una placa de mucosa atrófica (o eritroplásica). Esta variante clínica tiene especial importancia por su índice extremadamente elevado de transformación maligna, en algunas series en dos tercios de los casos hay pruebas de displasia epitelial o carcinoma en el examen histopatológico.

Leucoplasia verrugosa es un término no bien establecido en los escritos publicados, aunque diversos investigadores lo han aplicado a lesiones bucales blancas con múltiples salientes papilares en la superficie que también pueden estar muy queratinizadas, originando una lesión que guarda cierta semejanza con el dorso de la lengua. Algunos autores han aplicado el término hiperplasia verrugosa a lesiones similares que se observan con mayor frecuencia entre la sexta y la octava décadas de la vida en la mucosa alveolar y la mejilla, por lo general acompañadas de leucoplasia homogénea en otras superficies bucales.(22)



LEUCOPLASIA INDUCIDA POR TABACO



LEUCOPLASIA POR TABACO



LEUCOPLASIA MOTEADA

Histopatología

Dentro de la caracterización morfológica de las leucoplasias orales cabe diferenciar dos tipos o formas: las leucoplasias orales benignas o sin displasia y las formas con displasia. En las primeras existe una asociación variable de hiperqueratosis (orto o paraqueratosis) y acantosis epitelial.

Las leucoplasias displásicas pueden calificarse como ligeras, moderadas y graves. El calificar una displasia como una u otra forma depende de la presencia de un mayor o menor número de anomalías atípicas en el epitelio.

Del estudio histopatológico nos interesará sobre todo si existen o no signos de displasia en el epitelio, lo que nos hará tener una actitud más o menos conservadora a la hora de planificar el tratamiento; así, consideramos que las leucoplasias displásicas, aunque sean ligeras o moderadas, se deben tratar quirúrgicamente por extensas que sean, mientras que en las leucoplasias sin displasia podemos plantear actitudes más conservadoras.(21)

Tratamiento

El tratamiento inicial de una posible leucoplasia debe incluir el intento de eliminar todos los posibles factores irritantes locales y sistémicos predisponentes identificados. En seguida debe administrarse la terapéutica antimicótica continua por una a dos semanas (enjuagues antimicóticos y tabletas que se dejan disolver bajo la lengua). Hay que hacer una cita específica para que el paciente regrese a valoración de vigilancia, planeando para la misma una biopsia si no ha ocurrido para esa época una resolución importante de la lesión. Si el paciente ha abusado constantemente del tabaco y el alcohol, hay que intentar eliminarlos cuando menos en forma

temporal; si cabe esperar problemas importantes por su presión, se toman las disposiciones necesarias para asesoría y tratamiento médicos.

La lesión no debe tratarse de ninguna otra forma antes de tomar muestra para biopsia. El tratamiento subsiguiente de las lesiones dependerá del resultado final de la biopsia. Si no hay pruebas de displasia y se piensa que el sitio de biopsia es representativo de la lesión total, es aceptable el tratamiento conservador.

Durante mucho tiempo se ha recomendado administrar vitamina A para tratar leucoplasias que no pueden extirparse fácilmente con cirugía. En fecha más reciente se ha estudiado el efecto de diversos análogos naturales y artificiales de la vitamina A, que suelen denominarse retinoides (p. Ej., ácido 13-cis-retinoico; RO-7539; tretinoína) y como grupo son menos tóxicos que la vitamina A, en la leucoplasia y varias otras lesiones bucales crónicas como el liquen plano y la lengua geográfica. La vitamina A y sus análogos causa alteraciones metaplásicas en el epitelio escamoso y reducen su tendencia a la queratinización. La aplicación tópica de estos agentes reduce el tamaño de las lesiones de leucoplasias clínicamente y el tratamiento por dos o tres semanas suele originar modificaciones precisas. (22)

g) Cáncer de la Cavidad Oral

El carcinoma de la cavidad oral se define como una lesión maligna originada en cualquiera de las estructuras anatómicas situadas entre el pilar amigdalino posterior y los labios. Los sitios afectados con mayor frecuencia son la lengua, las amígdalas y el piso de la boca. Las lesiones se asocian con un tamaño y una presentación variables, no obstante, en su mayoría están compuestas por células escamosas.

Etiología

La causa más frecuente es el consumo prolongado de tabaco, en forma de cigarrillos o de tabaco para mascar. La combinación de tabaquismo con el consumo de alcohol potencia el efecto cancerígeno.

Características Clínicas

Los síntomas más habituales son dolor, la presencia de una lesión que no cura y dificultades para la masticación y la deglución. En otros casos los pacientes refieren el sangrado al cepillarse los dientes o simplemente la presencia de una masa ocupante. A menudo estas lesiones experimentan una colonización bacteriana secundaria y desprenden un olor fétido.(23)

Clínicamente, al carcinoma 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: a) exofítico, b) ulcerado o infiltrante, y c) verrugoso.

La lesión exofítica 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.

El carcinoma ulcerado (infiltrante) es una lesión crateriforme de bordes indurados y elevados, con tendencia a invadir o infiltrar de forma importante los tejidos subyacentes.

Aunque algunos autores lo clasifican como exofítico, la mayoría separa al carcinoma de tipo verrugoso, ya que presenta características clinicopatológicas bien definidas y se distingue por un crecimiento papilar excesivo, con múltiples pliegues; este carcinoma rara vez se ulcera.(10)



CARCINOMA EPIDERMOIDE



LEUCOPLASIA DE PISO DE BOCA



CARCINOMA EPIDERMOIDE

Histopatología

La observación en el microscopio de una muestra tomada mediante biopsia de una lesión tumoral es el punto clave para el diagnóstico del carcinoma epidermoide.

El carcinoma de células escamosas deriva del epitelio mucoso pavimentoso de la cavidad oral, es decir, de los queratinocitos. Desde el punto de vista morfológico se ha clasificado según diferentes criterios. El criterio de diferenciación es el más sencillo y está basado en el análisis de la textura histológica del tumor en comparación con la textura del epitelio estratificado malpighiano del que deriva. La semejanza o la ausencia de parecido se clasifican en tres grados:

1. Bien diferenciados. Presentan una textura histológica muy similar a la de un epitelio plano pavimentoso de tipo malpighiano, y las células constituyentes muestran una tendencia madurativa en sentido córneo, es decir, con formación de queratina, frecuentemente en forma de perlas o globos córneos. Estos tumores, están constituidos por elementos epiteliales dispuestos en nidos, cordones o masas sólidas con límites bien definidos. En estas formas tumorales las mitosis no suelen ser muy abundantes, con aisladas mitosis atípicas. Es frecuente encontrar un intenso infiltrado peritumoral.

2. Moderadamente diferenciados. Poseen una menos semejanza con las células escamosas, tanto en la forma como en la disposición de sus células. La presencia de queratina es menor, y en ocasiones se producen fenómenos de queratinización individual de una célula, también llamada disqueratosis. El número de mitosis suele ser más elevado y el infiltrado peritumoral menor.

3. Poco diferenciados. También denominados mal diferenciados o indiferenciados. El parecido de los elementos celulares neoplásicos con el epitelio pavimentoso malpighiano es muy escaso, existiendo en ocasiones verdadera dificultad para reconocer la textura epitelial del tumor debido al gran polimorfismo celular, al escaso grado de maduración y al elevado número de mitosis. Las células no mantienen una cohesión entre ellas, de forma que la arquitectura tumoral tiene un aspecto más disperso. En ocasiones es necesario realizar el diagnóstico diferencial con ciertos sarcomas debido al aspecto pseudosarcomatoso de las células.

Tratamiento

Los métodos terapéuticos más importantes en el carcinoma epidermoide intraoral son la cirugía y la radioterapia, bien de forma aislada o

en combinación, dependiendo del estadio clínico en que se encuentre el tumor. La quimioterapia es la tercera alternativa de tratamiento, generalmente reservada para los casos muy avanzados a su edad, no están indicados otros tipos de tratamiento.

Cirugía

Consiste en la extirpación de toda la lesión con un margen amplio de seguridad, incluyendo, además, la escisión de los ganglios cervicales cuando se sospechen metástasis ganglionares, de forma profiláctica, o bien cuando haya adenopatías palpables.

En el vaciamiento ganglionar existen diversas modalidades. La radical estándar consiste en la extirpación del sistema linfático cervical, los músculos esternocleidomastoideo y omohioideo, las venas yugulares interna y externa, el nervio accesorio, la glándula submaxilar y el polo inferior de la parótida. En ocasiones se realizan otras modalidades más conservadoras que no incluyen el nervio accesorio, el músculo esternocleidomastoideo, ni la vena yugular interna. Estas últimas variantes se utilizan cuando se sospechan metástasis microscópicas y/o cuando las adenopatías son clínicamente negativas, aunque en los pacientes con riesgo elevado se efectúa de forma profiláctica.

En lesiones localmente avanzadas se realiza la "operación comando", que incluye no sólo la extirpación del tumor, sino también la de las estructuras óseas vecinas, así como el tratamiento radical del cuello.

Radioterapia

Esta forma de tratamiento se ha ido utilizando cada vez más como modalidad terapéutica primaria en las neoplasias orales. En general se emplea en el tratamiento de lesiones iniciales, bien vascularizadas. También

se ha comprobado que es eficaz en la eliminación de pequeños focos de células malignas periféricas, o marginales a una gran lesión, o relacionadas con metástasis tempranas de los ganglios linfáticos cervicales.

La radioterapia se utiliza también en pacientes con riesgo para la anestesia o cirugía o cuando el tumor no es accesible quirúrgicamente. Asimismo, se emplea como tratamiento coadyuvante antes de iniciar el tratamiento quirúrgico para disminuir el volumen del tumor y facilitar la operación subsiguiente o bien en el período postoperatorio para asegurarse de que no queden restos de celularidad neoplásica en los bordes de la resección.

La técnica más empleada es la denominada de haz externo, obteniéndose la radiación gamma como consecuencia de la descomposición de un material radiactivo como el Co, de ahí el nombre también aplicado a esta modalidad terapéutica de cobaltoterapia. La dosis suele ser de 4.500-7.500 rads, siendo fraccionada en dosis diarias de 180-250 rads.

Es importante señalar que tras la irradiación suelen producirse fenómenos inflamatorios de la mucosa oral (mucositis), fragilidad hística y fibrosis. Aparecen, además, alteraciones de la saliva, tanto cualitativas como cuantitativas, debido a lesiones directas sobre las glándulas salivales, observándose una disminución del flujo y, por tanto, de la cantidad total de saliva; analizada ésta, se comprueba un aumento del pH y la viscosidad. Como consecuencia, existe una mayor facilidad para la aparición de caries.

También son importantes los efectos que acontecen en los maxilares, sobre todo en la mandíbula, cuando se ha aplicado cobaltoterapia. Así, son posibles los fenómenos de osteorradionecrosis, lo cual hay que tener en cuenta a la hora de iniciar un tratamiento de radioterapia, pues será

conveniente extraer todos los dientes en mal estado que se suponga vayan a tener que extraer en un futuro próximo, ya que, una vez finalizada la radioterapia, existirá un riesgo considerable de aparición de necrosis ósea tras la exodoncia de los dientes.

Quimioterapia

Se utiliza en determinadas ocasiones como tratamiento primario, ya que sólo se produce una regresión parcial del tumor, mientras que como tratamiento coadyuvante se consiguen mejores resultados, asociada a la cirugía o a la radioterapia. A veces se emplea como tratamiento paliativo, ya que, al disminuir el volumen del tumor, se puede conseguir una mejoría temporal de la función y de la calidad de vida del paciente.

Los agentes quimioterápicos más utilizados son el metoxato, la bleomicina, el cisplatino, la vincristina y la hidroxiurea.

Los efectos secundarios de estas sustancias son también importantes: estomatitis o mucositis, inmunosupresión, inhibición de la médula ósea, insuficiencia renal, disfunción hepática.(21)

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El adulto mayor es un individuo mucho más susceptible de enfermar que otras personas por las características biológicas propias de su edad y si agregamos a esto que tengan un factor de riesgo tanto sistémico como social como lo es el hábito tabáquico, será muy importante conocer cada una de las lesiones bucales que se presentan más a menudo, así como conocer la frecuencia y duración del hábito en los pacientes geriátricos.

V.- JUSTIFICACION

El tabaquismo es un problema con severas repercusiones sistémicas que ocasionan importantes consecuencias en la cavidad bucal por lo que es necesario conocer las lesiones que provoca este hábito así como saber diagnosticarlas, prevenirlas y de esta manera evitar en nuestro paciente un padecimiento precanceroso o cáncer.

En la actualidad el número de ancianos aumenta constantemente, por lo que es muy importante para el odontólogo tener los conocimientos básicos para el manejo y el tratamiento del paciente geriátrico que fue o es adicto al tabaco así como los problemas que genera éste en su salud integral y específicamente en su cavidad bucal.

Como odontólogos y profesionales de la salud debemos educar a nuestros pacientes en la adquisición de hábitos que mejoren la salud bucal y darles a conocer los riesgos que implica el adoptar hábitos nocivos como es el fumar, el realizar esto de manera cotidiana en nuestra practica profesional se va a traducir en la disminución o suspensión de la adicción en nuestros pacientes.

Pocas investigaciones se han realizado en este rubro en el adulto mayor, por lo que la realización de este trabajo será beneficioso para nuestro gremio.

VI.- OBJETIVOS

6.1.- OBJETIVO GENERAL

- ⊕ Determinar las manifestaciones bucales más frecuentes del hábito tabáquico en población adulto mayor, que solicita atención en la clínica de odontogeriatría de la Facultad de Odontología de la UNAM.

6.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ⊕ Conocer la prevalencia del hábito tabáquico por edad y sexo de la población en estudio.
- ⊕ Determinar el inicio, frecuencia y duración del hábito tabáquico.
- ⊕ Identificar las manifestaciones bucales por el hábito tabáquico.

VII.- METODOLOGÍA

7.1.- MATERIAL Y MÉTODO:

El estudio se realizó con pacientes de ambos sexos que solicitaron servicio en la clínica de Odontogeriatría, que fueran fumadores y exfumadores. Se realizó inspección de la cavidad bucal y así mismo se desarrolló una encuesta específicamente diseñada (anexo 1) con las variables de estudio.

Los datos se analizaron con el programa estadístico EXCEL.

7.2.- TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, Descriptivo, Propospectivo y Transversal.

7.3.- POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Pacientes que solicitaron servicio en la clínica de Odontogeriatría de sexo femenino y masculino.

7.4.- MUESTRA:

Diez pacientes que aceptaron participar en el estudio y que eran fumadores y exfumadores.

7.5.- VARIABLES DE ESTUDIO:

Edad

Sexo

Estado Civil

Ocupación

Hábito Tabáquico: Inicio, duración, frecuencia, tipo, preferencia y lesiones bucales.

7.6.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- * Pacientes de más de 60 años, de sexo femenino y masculino
- * Pacientes fumadores o exfumadores.

7.7.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- * Pacientes menores de 60 años
- * Pacientes que nunca han fumado

7.8.- RECURSOS:

Humanos:

- * Un pasante Cirujano Dentista
- * Pacientes geriátricos
- * Un tutor Cirujano Dentista
- * Un asesor Cirujano Dentista

Materiales:

- * 10 Encuestas
- * 1500 Fotocopias de artículos y libros
- * Una cámara fotográfica
- * Dos rollos fotográficos
- * Revelado fotográfico
- * 10 Espejos
- * 10 Guantes
- * 10 Cubre bocas
- * Computadora
- * Programa Word 2000
- * 5 Disquetes

- * Financieros:

Total gastado..... \$ 1500.00

VIII.- RESULTADOS

El estudio estuvo conformado por 10 pacientes de la tercera edad que acudieron a solicitar atención a la clínica de odontogeriatría de la Facultad de Odontología de la UNAM, en los cuales la edad se presentó de la siguiente manera : de 60 a 65 años el 60%, de 66 a 70 años fue de un 30% y más de 70 años fue de un 10% (Gráfica 1)

Con respecto al sexo de los 10 pacientes el 20% fueron femeninas y el 80% fueron masculinos.

En relación al estado civil, más de la mitad de los fumadores fueron casado con un 60% , divorciados con un 30% y viudos con un 10% (Gráfica 3).

La ocupación principal de la población de fumadores fueron los oficios con un 50%, seguido por las amas de casa con un 20%, pensionados con un 10%, comerciantes con 10% y finalmente los profesionistas con un 10% (Gráfica 4).

Observamos que un 80% fuma por lo que el 20% restante son exfumadores (Gráfica 5).

La edad de inicio de los fumadores fue: entre los 7 a 10 años un 40%, de los 11 a los 15 años el 30% y finalmente de los 16 a 20 años un 30% (Gráfica 6)

El tiempo que llevan fumando dio como resultado, que más del 60% lleva fumando 30 años, el 10% tiene de 21 a 30 años; el 10% de 5 a 10 años; de la misma manera los exfumadores un 10% de 11 a 20 años y el 10% de 5 a 10 años (Gráfica 7).

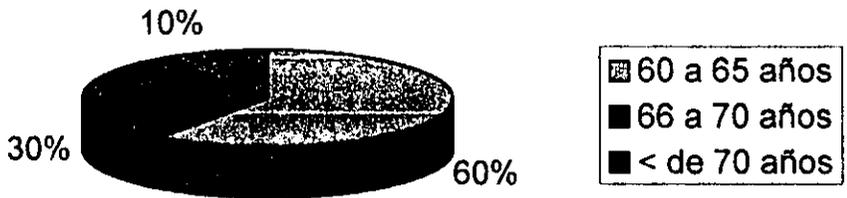
La frecuencia con la que fumaban o fuman fue de 5 a 10 cigarros por día el un 50%, de 10 cigarros a 1 cajetilla por día el 40% y más de 1 cajetilla por día el 10% (Gráfica 8).

Con respecto a que fuman o fumaban y su preferencia se encontró que el 100% fuma cigarro y solo una persona (exfumadora) fumaba cigarro, pipa y puro , así como el 100% fuma cigarro con filtro.

Con respecto al tipo de lesión bucal se encontró que el 80% tiene una estomatitis nicotínica, seguida por un 10% de melanososis del fumador, y un 10% de una probable eritroplasia, ya que dicha lesión no está comprobada y además el paciente porta una prótesis en el área afectada (Gráfica 10).

*DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES ADULTOS
MAYOR DE LA CLINICA DE ODONTOGERIATRÍA*

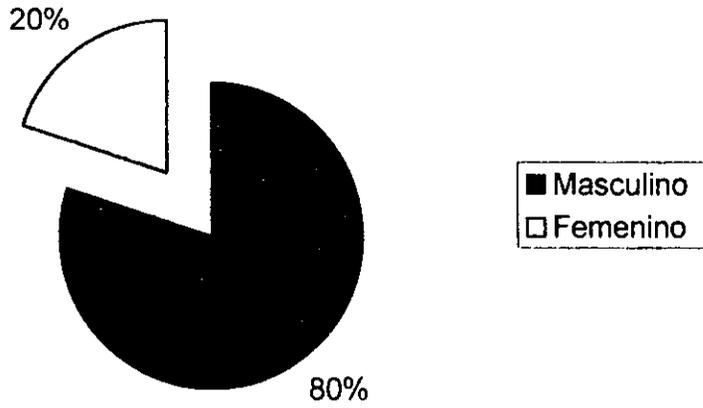
EDAD



FUENTE DIRECTA

*DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES ADULTOS
MAYOR DE LA CLINICA DE ODONTOGERIATRÍA*

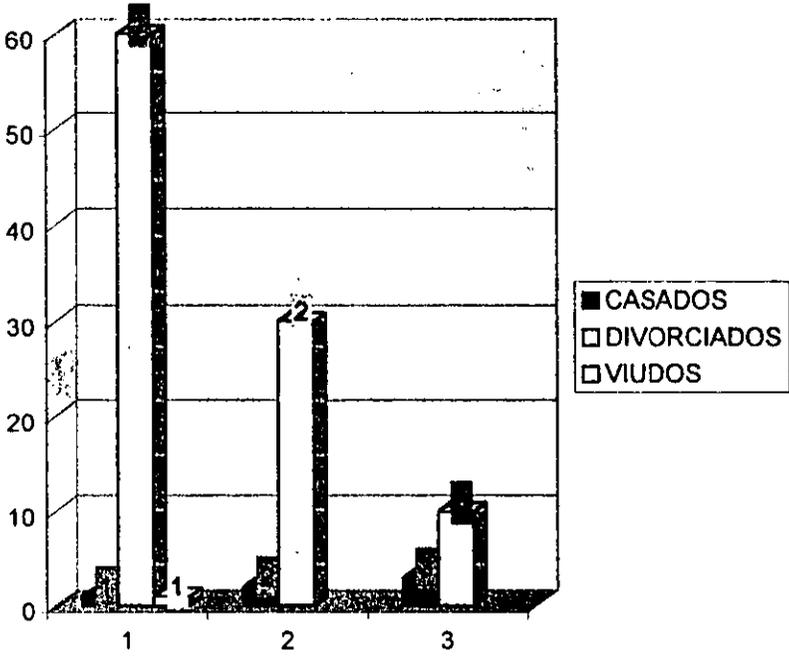
SEXO



FUENTE DIRECTA

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES ADULTOS
MAYOR DE LA CLINICA DE ODONTOGERIATRÍA

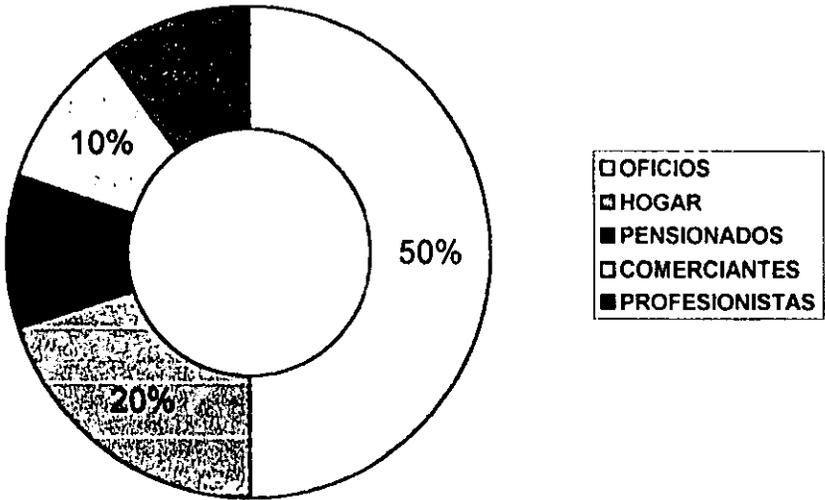
ESTADO CIVIL



FUENTE DIRECTA

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES ADULTO MAYC
DE LA CLINICA DE ODONTOGERIATRÍA

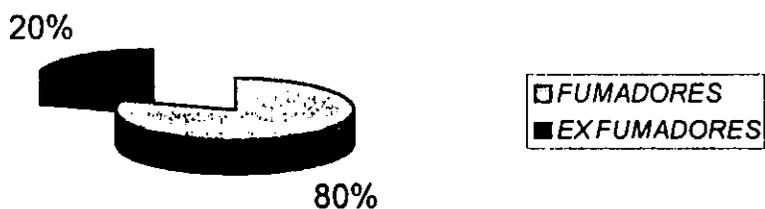
OCUPACIÓN



FUENTE DIRECTA

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES ADULTOS
MAYOR DE LA CLINICA DE ODONTOGERIATRÍA

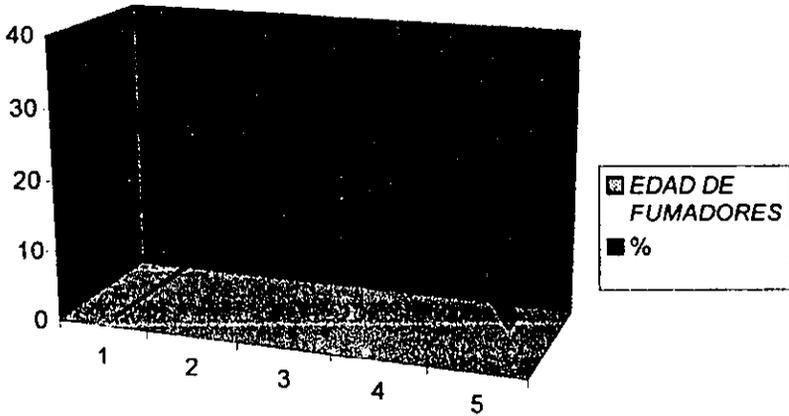
FUMADORES Y EXFUMADORES



FUENTE DIRECTA

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES ADULTOS
MAYOR DE LA CLINICA DE ODONTOGERIATRÍA

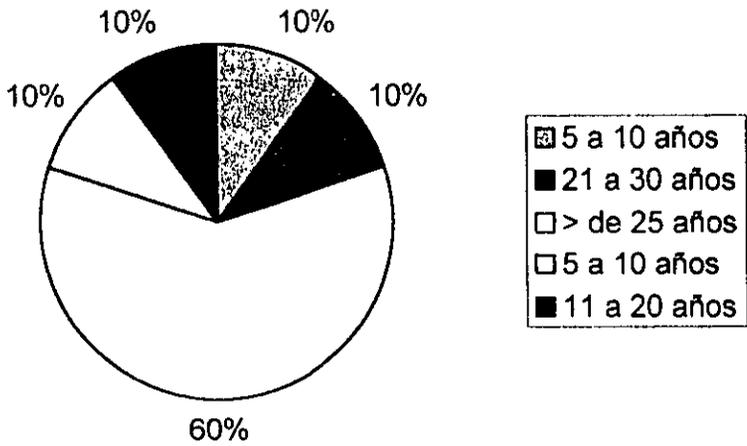
INICIO DE HÁBITO



FUENTE DIRECTA

*DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES ADULTOS
MAYOR DE LA CLINICA DE ODONTOGERIATRÍA*

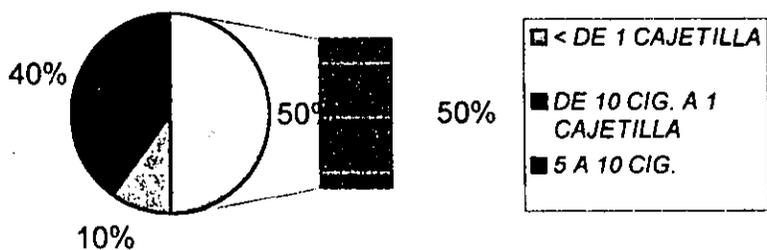
DURACIÓN DEL HÁBITO



FUENTE DIRECTA

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES ADULTOS
MAYOR DE LA CLINICA DE ODONTOGERIATRIA

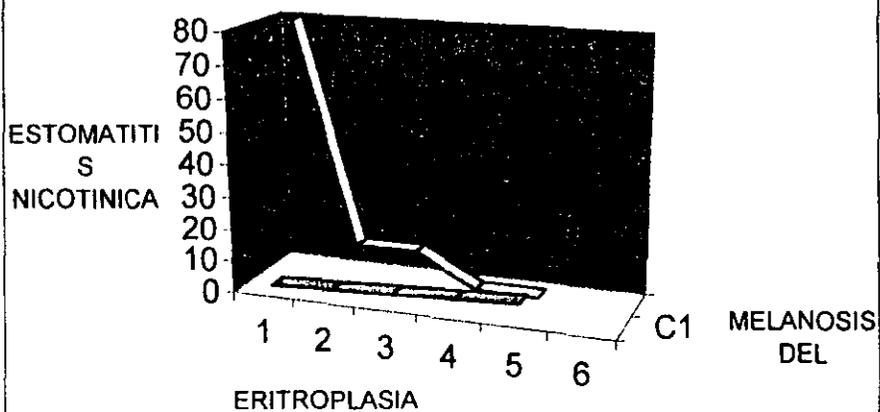
FRECUENCIA DEL HÁBITO



FUENTE DIRECTA

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES ADULTO
MAYOR DE LA CLINICA DE ODONTOGERIATRÍA

LESIONES BUCALES



FUENTE DIRECTA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

NOTA: ESTA ENCUESTA ES CONFIDENCIAL Y SE USARA PARA FINES DE ESTADÍSTICAS PARA UNA TESINA.

1. Edad.
2. Sexo.
1) Masculino 2) Femenino
3. Estado civil.
1) Casado 2) Divorciado 3) Viudo 4) Otros
4. Ocupación.
1) Hogar 2) Pensionado 3) Obrero 4) Técnico
5) Oficio 6) Comerciante 7) Profesionista
5. ¿Actualmente fuma?
1) Si 2) No 3) Ex - fumador
6. ¿Qué edad tenía cuando fumo su primer cigarro?
1) 7 a 10 años 2) 11 a 15 años 3) 16 a 20 años 4) más de 25 años
7. ¿Cuánto lleva fumando?
1) 5 a 10 años 2) 11 a 20 años 3) 21 a 30 años 4) más de 31 años
8. ¿Cuántos tiempo duro fumando?
1) 5 a 10 años 2) 11 a 20 años 3) 21 a 30 años 4) más de 31 años
9. ¿Qué fuma o fumaba?
1) Cigarro 2) Pipa 3) Puro
10. ¿Qué tipo de cigarro es de su preferencia?
1) Con filtro 2) Sin filtro
11. ¿Qué tipo de tabaco fuma o fumaba?
1) Claro 2) Oscuro
12. ¿Con qué frecuencia fuma o fumaba?
1) 1 a 3 x día 2) 5 a 10 x día 3) 10 a 1 cajetillas x día
4) Más de 1 cajetilla x día.
13. Tipo de lesión.
1) Estomatitis Nicotínica 2) Melanosis del Fumador
3) Eritroplasia 4) Leucoplasia 5) Cáncer bucal

IX CONCLUSIONES

Al concluir la investigación realizada en este grupo etareo. Se encontró que un alto porcentaje de la población geriátrica masculina inicio este hábito por problemas correspondiente a la esfera psicosocial: Desintegración familiar, maltrato infantil e influencia de familiares . Cabe mencionar que estos mismos pacientes iniciaron en etapas muy tempranas de la vida el hábito tabaquero.

En relación a las pacientes fumadoras de sexo femenino se encontró que iniciaron el hábito entre los 16 y 20 años.

De igual manera es importante enfatizar que ha esta edad es muy difícil eliminar este hábito que ha perdurado a través de la mayor parte de su vida. Algunos de ellos comentaron " Si dejo de fumar me muero ", lo que manifiesta la dependencia física y psicológica ha esta droga.

El paciente geriátrico preocupantemente es un individuo altamente fumador, con un hábito muy arraigado que fuman hasta una cajetilla o más al día y en su mayoría presentan lesiones como la Estomatitis nicotínica, Melanosis de fumador; pero también son pacientes que tienen mala higiene bucal, a muchos de ellos su misma condición de senectos y su apariencia les hace pensar que ya no tiene caso cuidar su aseo.

Finalmente al concluir este estudio es importante reflexionar sobre la gran influencia y responsabilidad que tenemos como profesionistas del area de la salud de dar como ejemplo a nuestros pacientes " El no fumar "; ya que si lo hacemos perdemos credibilidad y difícilmente podremos establecer en ellos acciones educativas y preventivas en relación al tabaquismo.

X.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- José y OSAWA DEGUCHI
ESTOMATOLOGÍA GERIATRICA
Primera Edición
Ed. Trillas.
México, D.F. 1994
- 2.- THOMAS M. Walshe
MANUAL DE PROBLEMAS CLINICOS EN MEDICINA GERIATRICA
Primera Edición.
- 3.- J. F. BATES
Tr. REZA FRANCO
TRATAMIENTO ODONTOLOGICO DEL PACIENTE GERIÁTRICO
Primera Edición
Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V.
México, D.F., 1986
- 4.- Nicolás CONI, FRCP WILLIAMS
GERIATRÍA
Tercera edición
Ed. El Manual Moderno S.A de C.V
México D.F
- 5.- Poul Holm PEDERSON. Harol
GERIATRIC DENTISTRY
Primera Edición
Ed. Munksgaard
U.S.A. 1986
- 6.- Alberto SALGADO, Francisco Guillen
MANUAL DE GERIATRÍA
Ed. Salvat
- 7.- WILLIAM B. Abrams, M.D. y Roberto Berkow
MANUAL MERCK DE GERIATRÍA
Ed. Doyma
Barcelona, 1992.

- 8.- **INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL TABAQUISMO**
Secretaría de Salud
Subsecretaría de servicios de salud
Dirección de salud mental
Concejo Nacional Contra las Adicciones
Secretariado Técnico
México, d. F. , 1995
- 9.- **PROGRAMA CONTRA EL TABAQUISMO**
Secretaría de salud
Subsecretaría de coordinación y desarrollo
Consejo nacional contra las adicciones
México D.F. 1992.
- 10.- **F. Gerardo RICO Mendez**
TABAQUISMO
Primera edición
Ed. Trillas
México D.F. 1990
- 11.- **H. PARDELL – E. Saltó, -LL. Salleras.**
MANUAL DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO
Ed. Medico Paramericana
Madrid, 1996.
- 12.- **Noticias en la Web**
Sitio: TERRA
- 13.- **EL CONSUMO DE TABACO EN MÉXICO**
Secretaría de prevención y control de enfermedades
Instituto Nacional de Psiquiatría
Dr. Ramón de la Fuente
México D.F. 1998
- 14.- **TABACO O SALUD**
Consejo Nacional de las Americas
Colombia, 1995
- 15.- **G. PIEDROLÁ Gil y otros**
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Novena Edición
Ed. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A Salvat, Masson.
Barcelona, España, 1991.

- 16.- TABAQUISMO
Una amenaza constante para la salud
Organización panamericana de la salud
Organización mundial de la salud
Colombia, 1997
- 17.- GLICKMAN
Tr. Marina B. González
PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA
Quinta Edición
Ed. Interamericana
México, D.F, 1986
- 18.- J. PHILIP SAPP
PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORANEO
Ed. Hareourt
Madrid España
- 19.- Joseph A. REGEZI
PATOLOGÍA BUCAL
Tercera edición
Ed. Interamericana.
México, 1999
- 20.- David Grispan
ENFERMEDADES DE LA BOCA
Tomo II
Primera Edición.
Ed. Mundi S.A.C.I.L
Buenos Aires, 1973.
- 21.- José V. BAGAN Sebastián y otros
MEDICINA ORAL
Ed. MASSON, S.A
España, 1995.
- 22.- BURKET
Tr. Dr. Alberto Folch
MEDICINA BUCAL DE BURKET
Diagnostico y tratamiento
Octava Edición
Ed. Interamericana S.A. de C.V.

XI.- GLOSARIO

ACANTOSIS: Lesión histológica de la epidermis, caracterizada por la hipertrofia del cuerpo mucoso.

ACINO: (del lat. Acinus, grano de racimo) Cualquiera de los lóbulos de una glándula compuesta, dícese también de las dilataciones secciformes terminales de un conducto estrecho, cómo los alvéolos de los pulmones.

ACROLEÍNAS: (del lat. acris, acre, agrio y oleum, aceite). Aldehído acrílico de la descomposición de la glicerina.

ACTÍNICA: (del gr. aktinos, rayo) actinisme. Propiedad química de los rayos luminosos.

AFASIA: Defecto del lenguaje consecutivo a una lesión cerebral que perturba la utilización de las reglas precisas para la producción y la comprensión de un mensaje verbal.

ALCALOIDE: Nombre genérico de las sustancias orgánica nitrogenadas de carácter básico, de origen vegetal fundamentalmente y de estructura química muy variada y compleja, que a dosis muy bajas tienen en general marcados efectos fisiológicos sobre el hombre y los animales.

ANEURISMA: (del gr. anúrýsma, ensanche) Bolsa formada por la dilatación o rotura de las paredes de una arteria o vena y llena de sangre circulante.

ANODINA: (del gr. anodinos, de an- y adne, dolor). Que calma el

dolor, sedante. Las anodinos comprenden el opio, morfina, codeína, atropina, éter, bromuro potásico, etc.

CAUSALIDA: Relación que existe entre algo y la causa que lo produce.

CITOTÓXICOS: (de cito y el lat. toxium, veneno). Que posee la acción de una citotóxina.

COROLA: s.f. Conjunto de los pétalos de la flor.

DELETÉREO: (del gr. deletérios, del deletér, destructor). Que produce daño, que ataca la salud o la vida; mortífero; venenoso.

DISTASIA: (de dis y el gr. phásis, palabras). Trastorno en la adquisición del lenguaje correcto. También se usa este término para referir formas leves de afasia.

EMPERO: conj. advers. Pero, sin embargo.

ESPUTO: (del lat. sputum). Materia procedente de las vías respiración y que es escupida o tragada.

ESTIPULA: (lat. stipula). Bot. Apéndice toliáceo situado en el punto de nacimiento de las hojas.

FEMOROPOPLÍTEO: (del lat. temur, -oris, muslo, poples, --itis, corva). Relativo al fémur y a la cara posterior de la rodilla.

HÍBRIDA: (del gr. *hybris*, - *onis*, ultraje). Dícese del animal o del vegetal procreado por dos individuos de distancia especie.

IMBUIDA: (lat. *imbuere*). Infundir, penetrar: imbuir en una idea.

INDULGENCIA: f. Facilidad en perdonar las culpas ajenas.

INMERSO: adj. Sumergido, abismado.

INVOLUCIÓN: (del It. *Involutio*. -*onis*, acción de envolver). Lo contrario de evolución; cambio retrógrado, modificación regresiva de un organismo u órgano. Senil. Cambios que experimentan los órganos por la influencia de la edad.

LIQUIDÁMBAR: m. Farm. Bálsamo aromático del ocozol: el liquidámbar es emoliente y deterativo.

LÓCULO: (del lat. *loculos*, dim de *locus*, lugar). M. Espacio pequeño o celdilla.

MERMA: (del ar. *Merma*, desperdicio). Rebajar en una cosa; disminución y pérdida.

NITROSOMONAS: Género de microorganismos bacterianos productores de nitritos.

PROINFLAMATORIOS: Pro: (lat y gr. antes de) prefijo que significa antes de o delante de inflamación (del lat. *inflammation*, -*onis*).

Estado morboso compleja con fenómenos generales, diversamente definidos reacción del organismo contra un agente irritante o infectivo o que

se caracteriza esencialmente, en 4 síntomas: rubor, tumor, calor y dolor, a los que Galeno añadió el de trastorno funcional.

PECÍOLO: Conexión en forma de tall. Tallo por el cual un tumor no sési) está unido a tejido normal.

PICOGRAMOS: (picogram) m. Unidad de masa (peso) del sistema métrico; equivale a 10^{-12} g. Se abrevia pg; d.t. microgramma y micromicrograma.

PITUITA: (pituita) (lat. pituita) fo Moco glutinoso.

PALICITEMIA: (de poli-, el gr. kytos, cavidad, y haima, sangre). Aumento en el número de glóbulos rojos de la sangre; hiper o poliglobulia.

REDUNDANTE: (redundant) adj. Mayor de lo necesario; superfluo.

SENESCENCIA: (de senescenta, y éste del lat. senescens, entis, p.a. de senescere, envejecer). F. envejecimiento.

POLICITEMIA: (de poli-, el gr. kytus, cavidad y haima, sangre); Aumento en el número de glóbulos rojos de la sangre, hioper o poliglobulina.

REDUDANTE: (redundant) adj. Mayor de lo necesario; superfluo.

SÉSIL: (del lat. sessilis) adj. Inserto por una base extensa; no pediculado.

SOLANÁE: (Solanaceae) Gran familia de hierbas, arbustos y árboles distribuidos con amplitud y que tiene gran importancia, económica. Abarca

muchas especies venenosas y numerosas especies con propiedades medicinales. Algunos de los géneros importantes son Atropa, Capsicum, Datura, Duboisia, ttgoscymus, nicotina, Scopolia y Solanium.

TROMBO: (del gr. thrómbos, coágulos). Coágulo sanguíneo en el interior de un vaso, que permanece en el punto de su formación.