

237

Universidad Nacional Autónoma de México

---

---

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

*LESIONES BUCALES ASOCIADAS AL CONSUMO DE  
ALCOHOL EN PACIENTES GERIÁTRICOS*

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

HERNÁNDEZ GARDUÑO PERLA CECILIA

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





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 DIOS ...por permitirme estar aquí hoy, disfrutando este momento.*

*A mis papás, Cecilia y Hugo, por haberme dado la vida con tanto amor y por luchar día con día, éste éxito es suyo. Los quiero mucho.*

*A mis hermanos, Hugo y Carlos, por darme todo su cariño y paciencia. Los quiero mucho.*

*A Víctor, por estar conmigo en todo momento con tu amor y por compartir esta gran alegría conmigo, éste éxito también es tuyo. Te amo.*

*A mis tíos, Teo y Mary y mis primos Paty, Marisol, Teo por acompañarnos en todo momento.*

*A la familia Anaya Montoya, por su cariño y apoyo en todo este tiempo.*

*A todos aquéllos que hoy ya no están conmigo, pero sé que me están viendo y cuidando.*

*Finalmente, Gracias a todo el personal docente que me dio su tiempo para enseñarme el tesoro más grande: el conocimiento, desde el Kinder hasta mi enseñanza profesional.*

*A todos ustedes,*

*...GRACIAS.*

*Esta es su recompensa.*

# INDICE

<b>Introducción..</b> .....	<b>i</b>
<b>1.- Consideraciones generales.</b> .....	<b>1</b>
1.1.- Biología del envejecimiento.....	1
1.2.- Psicología del anciano.....	3
1.3.- Cambios característicos del envejecimiento).....	5
1.3.1.- Aspecto físico.....	5
1.3.2.- Sistema estomatognático.....	7
1.3.3.- Tejido conjuntivo.....	11
1.3.4.- Sistema nervioso.....	12
1.3.5.- Sistema muscular.....	13
1.3.6.- Sistema esquelético.....	14
1.3.7.- Articulaciones.....	14
1.3.8.- Sistema endocrino.....	15
1.3.9.- Sentidos especiales.....	17
1.3.10.- Envejecimiento mental normal.....	20
<b>2.- Antecedentes históricos y actuales del alcoholismo.</b> .....	<b>22</b>
2.1.- Alcohol: obtención, absorción y distribución.....	27
2.2.- Efectos de la ingesta de bebidas alcohólicas.....	30
2.3.- Eliminación del alcohol.....	32

2.4.- Diagnóstico precoz de dependencia alcohólica.....	34
2.5.- Tolerancia, abstinencia y síndrome de abstinencia.....	35
2.6.- Epidemiología del alcoholismo.....	37
2.7.- Factores determinantes del consumo de alcohol.....	39
<b>3.- Alcoholismo, definición. ....</b>	<b>41</b>
3.1.- Clasificación de los tipos de alcoholismo.....	43
3.2.- Fases del alcoholismo.....	44
<b>4.- Enfermedades orgánicas producidas</b>	
<b>por el consumo crónico de alcohol. ....</b>	<b>46</b>
4.1.- Aparato digestivo.....	46
4.1.1.- Cirrosis.....	46
4.1.2.- Pancreatitis alcohólica.....	48
4.1.3.- Gastritis y úlcera péptica.....	49
4.1.4.- Esteatosis hepática.....	50
4.1.5.- Esofagitis.....	50
4.1.6.- Hepatitis alcohólica.....	51
4.2.- Sistema nervioso.....	51
4.2.1.- Polineuritis alcohólica.....	52
4.2.2.- Cardiomiopatía.....	52
4.2.3.- Enfermedad o encefalopatía de Wernicke... ..	53
4.2.4.- Psicosis de Korsakoff.....	53

4.3.- Trastornos hematológicos.....	54
4.3.1.- Eritropoyesis.....	54
4.3.2.- Trombopoyesis.....	54
4.4.- Aparato respiratorio.....	55
4.4.1. Nariz.....	55
<b>5.- Lesiones bucales producidas por el consumo de alcohol. ....</b>	<b>56</b>
5.1.- Xerostomía o boca seca.....	56
5.2.- Alteraciones varias.....	56
5.3.- Mucosa yugal y palatina.....	59
5.4.- Lengua.....	60
5.5.- Enfermedades metabólicas.....	61
5.5.1.- Sialadenosis.....	61
5.6.- Lesiones precancerosas.....	63
5.6.1.- Leucoplasia oral.....	63
5.7.- Tumores malignos.....	67
5.7.1.- Carcinoma epidermoide.....	68
5.7.1.a.- Carcinoma de piso de boca.....	70
5.7.1.b.- Carcinoma de la lengua.....	71
5.7.1.c.- Carcinoma de labio.....	72
5.7.1.d.- Carcinoma de la mucosa bucal.....	73
<b>6.- Alcoholismo en la vejez. ....</b>	<b>74</b>

<b>7.- Planteamiento del problema.</b> .....	78
<b>8.- Justificación.</b> .....	79
<b>9.- Objetivos.</b> .....	80
9.1.- Objetivos generales.....	80
9.2.- Objetivos específicos.....	80
<b>10.- Metodología.</b> .....	81
10.1.- Material y métodos.....	81
10.2.- Tipo de estudio.....	81
10.3.- Población de estudio.....	81
10.4.- Muestra.....	81
10.5.- Variables de estudio.....	82
10.6.- Criterios de inclusión y exclusión.....	82
10.7.- Recursos humanos, materiales y de infraestructura .....	82
<b>11.- Resultados.</b> .....	84
<b>12.- Gráficas.</b> .....	87
<b>13.- Conclusiones.</b> .....	93
<b>Bibliografía.</b> .....	94
<b>Anexo.</b> .....	100

## INTRODUCCIÓN

El fenómeno médico-social llamado alcoholismo existe, y ha acompañado prácticamente al hombre desde sus inicios. Es un proceso avalado culturalmente en la sociedad contemporánea y acotado por la edad y el sexo. Salvo algunas condiciones de principios religiosos, filosóficos y/o nutricionales, el uso de alcohol dentro de la socialización del hombre es promovido y considerado como una práctica aceptada.

El consumo de alcohol es en parte un proceso global que implica el desarrollo de ciertas actividades sociales como la economía política del alcohol, el consumo moderado, la vida social alrededor del mismo, la normatividad cultural sobre lo adecuado o inadecuado de la ingestión, las razones para beber y no beber, los bebedores problema, las consecuencias derivadas del beber, la morbi-mortalidad por alcohol, la percepción social, la conceptualización y las políticas que el sector salud y la sociedad civil tienen sobre la ingestión alcohólica. A todo este complejo proceso se puede definir como la alcoholización de una sociedad.

Los bebedores son sólo la punta del iceberg de la alcoholización de una población, sustentado no sólo por los consumidores de baja frecuencia, sino por toda la sociedad que normaliza el consumo, lo promueve y frecuentemente presiona para que se realice.

En la actualidad, el consumo de alcohol constituye un importantísimo problema de salud pública en numerosos países, que ocasiona un elevado costo sanitario a la comunidad lo que justifica sobradamente la necesidad de la puesta en marcha de medidas de lucha antialcohólica por parte de los gobiernos de estos países.



La dificultad de entendimiento sobre el problema estriba en que aún en la actualidad no hay ni siquiera un acuerdo unánime sobre una definición de alcoholismo, y como consecuencia, existe una falta de conocimiento en las personas sobre sus características, desarrollo y consecuencias de la enfermedad.

Es difícil de creer que a pesar de usar tanto la palabra "alcohólico" y "alcoholismo" en realidad no conocemos bien de qué estamos hablando.

Desde una perspectiva epidemiológica el abuso del alcohol y el alcoholismo son problemas importantes para la población mexicana, pues las principales causas de muerte están relacionadas con el consumo de alcohol. Se sabe que las personas de la tercera edad son más vulnerables a padecer los problemas de salud relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, algunos de las cuales incluyen: estados depresivos, problemas nutricionales y cardíacos, caídas frecuentes y muerte prematura. Sin embargo, se desconoce el comportamiento epidemiológico del alcohol en las personas de la tercera edad.

A nivel de cavidad bucal podemos mencionar que los efectos del alcohol pueden manifestarse desde daños tan "pequeños" para el paciente como xerostomía o hipogeusia (incapacidad para percibir sabores) hasta ser manifestaciones tan graves como las lesiones cancerosas de lengua o piso de boca. Es inminente el papel que juega como factor de riesgo el consumo continuo de alcohol.

Debido a esto, el propósito de esta tesina es aclarar muchas dudas básicas sobre el desarrollo de la enfermedad llamada "alcoholismo", ser más específicos en algunos datos estadísticos dentro de un grupo geriátrico cuyos hábitos de alcoholismo puedan desencadenar manifestaciones bucales y recopilar la información existente sobre las consecuencias en cavidad bucal.

# 1.- CONSIDERACIONES GENERALES.

## 1.1.- Biología del envejecimiento.

Un organismo manifiesta envejecimiento cuando *decrece* su vitalidad y cuando proporcionalmente *aumenta* su vulnerabilidad. Por tanto, el organismo viejo se diferencia del joven mediante el enlentecimiento de unas funciones y la desaparición de otras, lo mismo que por la elevada incidencia de enfermedades. (1)

El envejecimiento es un proceso irreversible que finaliza cuando se presenta la muerte. (2)

*I. Comienzo del envejecimiento:* Si el envejecimiento es un proceso decreciente, de pérdida paulatina de vitalidad, éste se inicia a partir del momento en que el organismo ha alcanzado la máxima efectividad en el medio. Por consiguiente, el envejecimiento se manifiesta a partir del momento de máxima vitalidad -alrededor de los 30 años, en el ser humano (1). Se considera que el envejecimiento es una fase final del desarrollo normal, determinada genéticamente, que se resuelve en imperfecciones en la función, es decir, un proceso intrínseco que es fundamental, inevitable e irreversible. (2)

*II. Envejecimiento fisiológico y patológico:* Comúnmente se considera como patológico el envejecimiento de un anciano enfermo y como fisiológico el de uno sano. Se trata de un error fundamental, carente de cualquier justificación de lógica biológica.

La vida humana se divide en dos fases: la de desarrollo o crecimiento y la de envejecimiento. Alteraciones homeostáticas conducen a la pérdida del bienestar, es decir, enfermedad. Cuando ella está

condicionada por desviaciones intrínsecas del proceso de envejecimiento corresponden al concepto de la fisiopatología. No obstante, envejecimiento patológico no es la fisiopatología del envejecimiento, sino que esta última se refiere al mecanismo del desencadenamiento de las enfermedades relacionadas.

La definición de envejecimiento fisiológico se debe corresponder con la de ambos conceptos. Es decir, se trata del proceso cuya aceleración se encuentra dentro de los límites de la normalidad: el envejecimiento prematuro es patológico. (1)

Tenemos otro punto de vista sobre el envejecimiento patológico, donde toma dos formas: una considera que el envejecimiento es un proceso esencialmente autodestructivo, quizás una consecuencia de un proceso autoinmune, aquél en que el cuerpo reacciona inmunológicamente contra sus propios componentes, como si fueran ajenos a él. La otra teoría considera el envejecimiento como el resultado final de la acumulación progresiva de experiencias traumáticas casuales relacionadas tanto con la vida como con la enfermedad. (2)

*III. Envejecimiento y enfermedad:* En el apartado anterior se han apuntado dos tipos de enfermedades, cuya frecuencia está ligada al envejecimiento, pero de patogenias distintas. En el primer grupo se encuentran aquéllas enfermedades de origen exógeno (infecciosas, fracturas, etc.), que en virtud de la creciente vulnerabilidad del organismo muestran una prevalencia directamente proporcional a la edad. En segundo lugar, hay que agrupar las afecciones por acentuación y consecutiva descompensación de una o varias manifestaciones del envejecimiento (trastornos circulatorios mediados por arteriosclerosis o insuficiencia respiratoria por colagenización

pulmonar, consecutiva pérdida de elasticidad y enfisema). En tales casos surge con frecuencia la dificultad patogénica de diferenciar entre lo que puede ser considerado como inherente al envejecimiento y los mecanismos patogénicos relacionados con hábitos o con trastornos hereditarios del metabolismo. Por consiguiente, si es indudable que el envejecimiento corresponde a un proceso fisiológico, convirtiéndose en patológico por desmesurada aceleración ¿qué papel tiene la enfermedad? Para entenderlo, veamos el concepto de tiempo biológico.

La vida de un organismo es equiparable al espacio biológico que dispone para la consecución de sus cometidos innumerables, por ejemplo, en ciclos metabólicos o totalidad de contracciones cardíacas. Es lógico que bajo esta razonamiento, la enfermedad causa aceleraciones biológicas intercurrentes, consumiendo así para siempre un trozo del espacio biológico individual. Es así como comprendemos el papel de ciertas enfermedades exógenas, hereditarias o de los hábitos como desencadenantes del envejecimiento patológico.

## **1.2.- Psicología del anciano.**

El envejecimiento psicológico de un individuo es la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él sobre su personalidad.

Para conocer bien la personalidad de un anciano es preciso valorar su afectividad, voluntad, deseos, inteligencia y motivaciones, así como su soporte biológico: morfología, situación funcional y patología somática acumulada a lo largo de su vida.

Hay personas mayores a las que el hecho de envejecer las motiva a descubrir nuevos roles en la vida, o los impulsa a buscar nuevos medios para

conservar su habitual rol y no perder su *status* o razón de estar en el mundo social que conocen. Por otro lado, tenemos a aquéllas personas que se desmoralizan y pierden todo entusiasmo de seguir adelante, buscando una salida o consuelo a su dolor.

Como en cualquier otra edad, en la senectud, el hombre se ve sometido a conflictos o situaciones que le provocan "crisis" personales, ante las cuales sufre inicialmente una sensación de perplejidad o choque, a la que debe seguir una reacción y búsqueda de una salida o forma de adaptación para seguir viviendo. Pueden llorar fácilmente o enojarse de la misma manera, tener comportamientos contradictorios, repetir muchas frases que pueden tener lógica o no tenerla, quejarse continuamente o responder de manera agresiva a ciertas situaciones cotidianas. (1)

Desafortunadamente la vejez es, con frecuencia, un tiempo de pérdidas y éstas pérdidas potenciales son muy variadas, pero están interrelacionadas, siendo las acompañantes de la vejez.

- Pérdida de salud debido a incremento de la patología.
- Pérdida de bienestar económico debido a jubilación.
- Pérdida de compañía, secundaria a abandono social.
- Pérdida de independencia debida a incapacidades adquiridas.
- Pérdida de status debido a 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. (3)

### **1.3.- Cambios característicos del envejecimiento.**

#### 1.3.1.- Aspecto físico.

##### *Estatura y movimiento:*

La talla total del cuerpo de un hombre puede llegar a disminuir unos 10 o 12 cm. hacia los 70 años de edad, esto se debe a dos razones principales:

- a) el cuerpo se mantiene menos erecto.
- b) Se produce una degeneración progresiva en las vértebras y en los discos cartilaginosos intervertebrales. Puesto que los cartílagos entre las vértebras se hacen más finos, muestran una tendencia a calcificarse parcialmente, de modo que las personas de edad tienen mayor dificultad para inclinarse.

El proceso de calcificación del cartílago es evidente en muchas zonas del cuerpo. Por ejemplo, la nariz y las orejas son menos flexibles en las personas de edad que en los jóvenes. La caja torácica pierde elasticidad, teniendo como resultado una rigidez del tórax y acentuándose los problemas pulmonares, tales como el enfisema.

El sistema muscular también se modifica; a medida que se avanza en edad muchas fibras musculares se reemplazan por tejido conjuntivo. Todo esto, junto con los cambios propios de los músculos, reduce la actividad muscular. Ello da lugar a la rigidez, inseguridad y contracciones espasmódicas que son características de los movimientos de las personas de edad. (2)

#### *Postura:*

En tanto no haya cambio en la longitud total de los elementos óseos, existe atrofia de los discos intervertebrales, y una ligera pérdida de estatura que puede exagerarse al adoptar una postura encorvada por debilidad muscular. Esto, aunado a la degeneración de las articulaciones, que muchas veces se vuelven más rígidas y restringidas, limitan la locomoción del paciente geriátrico, por lo cual es difícil que el anciano permanezca sentado durante largos periodos en un sillón dental.

#### *Piel:*

La piel muestra los cambios por la edad más que otros tejidos debido simplemente a que está expuesta.

Las arrugas, pigmentación, pérdida de elasticidad y un aparente adelgazamiento de la piel aparecen con la edad, pero el grado de avance de estos cambios varía de manera considerable de un individuo a otro y de acuerdo al grupo racial. Entre los factores que determinan la velocidad de dichos cambios se incluyen la estructura del área particular de la piel (la piel muestra una gran variación regional), el grado de exposición a los elementos, factores genéticos y la salud general del individuo.

Histológicamente la piel se adelgaza, la unión dermo-epidérmica se aplana demasiado y se reduce la diferenciación morfológica entre las capas basal y superiores de la piel. El tejido conjuntivo está menos vascularizado

y contiene menos células en la piel de los viejos que en la de los jóvenes. Las fibras elásticas aumentan de número con haces más gruesos y entrelazados, produciendo disminución de la elasticidad <sup>(4,5)</sup>. El encanecimiento del pelo se debe a una disminución de los melanocitos y de la melanogénesis en las células residuales.

Algunos cambios de la piel se pueden atribuir a factores hormonales, además de que se sabe perfectamente que un factor importante del envejecimiento de la piel es la exposición a la luz solar. Las áreas expuestas de la piel muestran un mayor índice de degeneración de colágena y elastina si se comparan con la piel protegida.

### 1.3.2.- Sistema estomatognático

#### *Digestión:*

Los dientes, glándulas salivales y cavidad bucal forman la porción inicial del aparato digestivo, y la necesidad de una dieta bien balanceada que contenga la proporción adecuada de proteínas, carbohidratos, grasas, sales minerales, vitaminas y agua, parece indicar que masticar la comida y prepararla para su digestión es de gran importancia. Sin embargo, se ha señalado que el deficiente consumo alimentario en los ancianos se debe a la falta de dientes, prótesis totales desajustadas, falta de interés por alimentarse, la prevención de alimentos protectores e ingestión de alimentos peligrosos como hábito. <sup>(4)</sup>

#### *Dientes:*

Con la edad, los dientes cambian de color volviéndose más oscuros o destefidos. Parece que esta tendencia sea más fuerte en los pigmentos



amarillos, castaños y grises. Esto puede ser debido a un cambio de la dentina subyacente, es decir, a una calcificación progresiva, aunque la pigmentación producida por los alimentos puede también influir. A lo largo de la vida ciertos iones metálicos (cobre, hierro, plomo, estaño) se acumulan en la superficie del esmalte. El cambio de color puede estar relacionado con la transformación química en sulfuros oscuros de los iones metálicos absorbidos. En ocasiones, sin embargo, el cambio puede ser sólo aparente y deberse simplemente al desgaste de los bordes incisales del diente, más traslúcidos.

Formando parte del cambio producido por la edad aparecerá algún desgaste de la sustancia dentaria. La pérdida del esmalte es irreparable. La formación de dentina puede ser reactivada por ciertos estímulos, entre los cuales el desgaste puede que no sea el más importante. El desgaste producido durante la vida varía mucho y está relacionado tanto con el tipo de alimentación como con la fuerza muscular utilizada en la masticación. Sin embargo, la principal influencia sobre el grado de desgaste dental es la presencia de actividad debida a hábitos, por ejemplo, el bruxismo.

Los túbulos de dentina primaria se ocluyen gradualmente por la creciente calcificación, que progresa desde la dentina periférica de la unión dentinocemental y de la unión amelodentinal hacia el interior de la pulpa.

#### *Periodonto:*

La descripción clásica del margen gingival en la persona anciana es el de una recesión de la encía que aumenta la exposición de la superficie del diente, y cuyo grado está relacionado con la edad.

### *Mucosa oral:*

La mucosa oral refleja con el tiempo cierto número de procesos de envejecimiento. Donde la queratinización del epitelio es normal tiende, durante la senectud, a aumentar en espesor, asociado a descenso de la amplitud de la capa estratobasilar. En aquéllas zonas en las que no hay queratosis, el reducido epitelio senil se hace más vulnerable a los traumas.

### *Lengua:*

Los cambios comienzan alrededor de los 50 años en hombres y a los 40 años en las mujeres. La atrofia de las papilas filiformes en el dorso de la lengua le da un aspecto liso y pulido, además de que en la edad avanzada descende el número de botones gustativos de las papilas circunvaladas. También es común ver un agrietamiento de la lengua en personas mayores de 60 años junto con el desarrollo de una varicosidad nodular en su superficie inferior.

### *Glándulas salivales:*

Hay algunas pruebas de que el volumen de saliva segregada y la concentración de algunos de sus constituyentes, por ejemplo, la amilasa, varían con la edad. La reducción del flujo salival y la consiguiente menor lubricación de los tejidos orales afecta tanto a la movilidad de la lengua como a la facilidad para tragar alimentos.

La viscosidad de la saliva es también significativamente menor en las personas de edad, independientemente de la condición bucal. Sin embargo, los valores del pH de la saliva neutralizada no muestran diferencias significativas entre diversos grupos. Las personas mayores con prótesis

tienen mayor capacidad neutralizadora, superior a la de los jóvenes con dentaduras completas y a las de las personas mayores que conservan sus propios dientes.

Con la secreción disminuida de saliva va unida la atrofia de las células glandulares secretoras. La reducción del volumen salival y del contenido estará relacionada con la atrofia producida por la edad en estos conductos como con las células secretoras glandulares. Es un habitual cambio senil la fibrosis en el interior de los tejidos glandulares.

Normalmente las glándulas palatinas contribuyen a la lubricación oral. Estas glándulas están distribuidas por el paladar duro y blando, pero al avanzar la edad se ha registrado un descenso progresivo en su secreción de mucina. Inicialmente, el índice de secreción es mayor en las hembras y el descenso proporcional es mayor en el varón.

#### *Esófago:*

El esófago se vuelve más vulnerable a la enfermedad quizá por un estrechamiento y atrofia de sus paredes.

La declinación de las secreciones es gradual a partir de la segunda década de la vida aproximadamente.

#### *Intestino:*

Disminuye la capacidad del intestino delgado para absorber lípidos y aminoácidos, pero no se afecta la absorción de otras sustancias como la vitamina A.

### 1.3.3.- Tejido conjuntivo.

Se cree que la causa de los cambios degenerativos producidos por la edad en los tejidos se deben a trastornos graves del metabolismo de los mucopolisacáridos y otros carbohidratos en la substancia fundamental del tejido conjuntivo. A esta substancia fundamental compete, directa o indirectamente, mantener la integridad, crecimiento, diferenciación, regeneración y reparación de las fibras epiteliales, colágenas, elásticas y otras.

Los tejidos conjuntivos forman el sistema de soporte de carga en el cuerpo humano. (2)

El contenido celular de dicho tejido disminuye con la edad, en tanto que el contenido fibrilar aumenta. El metabolismo de los tejidos en general declina con el tiempo, por lo cual se piensa que la acumulación de fibras se debe a una reducción de la colágena más que al aumento de su producción.

La colágena por lo general tiene un patrón de recambio en el que se depositan nuevas fibras y se desechan las ya caducas. Las fibras colágenas se ordenan paralelas entre sí y se unen unas a otras químicamente por cadenas laterales. A medida que los haces se engrosan, se estimula a los fibroblastos para que eliminen estas fibras por fagocitosis, si bien aún no se conoce con exactitud su modo de acción, lo que se sabe es que la colágena se vuelve progresivamente insoluble. La disminución celular puede ser activa o pasiva, debido a la falta de reemplazamiento de las células muertas y caducas, o a la disminución del espacio disponible para ellas, lo cual provoca un virtual amontonamiento celular.

El efecto de estos cambios hace menos elásticos los tejidos, a medida que se reduce el volumen del líquido intersticial. Se puede reducir la vascularidad, y por tanto, se afecta la cicatrización de las lesiones.

#### 1.3.4.- Sistema nervioso.

Se considera que el número de neuronas disminuye al avanzar la edad; ya que la actividad mitótica no existe en estas células, ni es posible la hipertrofia de las remanentes, parece inevitable una pérdida de la función. Sin embargo, aún no se ha comprobado una disminución general del número de neuronas, la principal prueba de esto es la disminución del peso del cerebro a partir de aproximadamente la tercera década de la vida. En total el cerebro puede perder más de 20% de su peso al llegar a la senectud. En algunas áreas se han hecho recuentos celulares, por ejemplo, en la corteza cerebral, las cuales demuestran reducción con la edad, lo cual puede explicar la pérdida de la estabilidad y propiocepción.

#### *Reacciones:*

Se relacionan principalmente con la actividad del sistema nervioso central. Con la edad declina el fácil aprendizaje y el poder de razonamiento, al mismo tiempo que 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.

La ejecución perceptual y motora declinan de manera notable en el anciano. El paciente necesita más tiempo no sólo para entender el razonamiento detrás de la demanda sino también para realizar la tarea.

### *Percepción del 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.

#### 1.3.5.- Sistema muscular.

Los músculos esqueléticos, en general, conservan su integridad prácticamente a lo largo de toda la vida y se observan cambios de la estructura histológica sólo en la senilidad más avanzada. El depósito de grasa, colágena y tejido intersticial puede considerarse como un cambio de la edad, pero se ha comprobado que los cambios hormonales pueden producir estos efectos. Un efecto importante es la disminución de la capacidad de los músculos para hipertrofiarse con el ejercicio y una mayor tendencia para padecer atrofia cuando éste se suspende. Existe una degeneración muy leve de las placas motoras terminales, pero el número de fibras musculares disminuye con la edad. (4)

La debilitación muscular es uno de los signos de senectud más comúnmente aceptados, y constituye uno de los principales impedimentos. El vigor muscular sufre un constante declive a partir de los 30 años, y está significativamente relacionado con la edad como con el peso del cuerpo. Hacia los 65 años, la fuerza muscular de un hombre es aproximadamente 80% de la que corresponde a la edad comprendida entre los 20-30 años, cuando está en su punto pleno. La reducción de las células musculares produce cierta pérdida en la potencia del músculo, y esta reducción en condiciones normales es irremplazable. (2)

### 1.3.6.- Sistema esquelético.

El tejido conjuntivo óseo actúa como una reserva para el calcio y fosfato del organismo, siendo la principal consideración la conservación de valores estables de calcio sérico. En general, con la edad el esqueleto se vuelve menos denso; esto se debe en gran medida a la resorción ósea y se lleva a cabo por atrofia simple, disolución por un pH sérico bajo y agrandamiento de los canales haversianos por osteoclastos.

La calidad del hueso cambia al aumentar el tamaño de los cristales inorgánicos y la densidad de la red colágena, en tanto que disminuye el volumen de agua.

### 1.3.7.- Articulaciones.

En las articulaciones sinoviales que sostienen mucho peso, se adelgazan las capas calcificadas del cartílago articular, con proliferación del tejido fibroso en los bordes articulares, lo que produce un borde bien definido que consta de fibrocartilago, cartílago hialino y hueso. La matriz cartilaginosa se forma de colágena en una substancia fundamental compuesta principalmente de glucosaminoglucanos (GAG, anteriormente conocidos como mucopolisacáridos). El condroitin sulfato constituye la mitad del GAG en el hueso, disminuyendo esta proporción con la edad, en tanto que el contenido de colágena aumenta.

En el aspecto funcional, las articulaciones pierden movilidad a medida que la edad aumenta, pero esto no es exclusivo del paciente geriátrico.

### 1.3.8.- Sistema endocrino.

Aunque el envejecimiento de algunas glándulas endocrinas empieza relativamente temprano, otras glándulas experimentan pocos cambios, como la hipófisis, que es muy estable entre los 20 y 80 años de edad.

Probablemente el cambio endocrino más importante con la edad tiene lugar en la menopausia, cuando disminuye la secreción de estrógeno y progesterona; el ovario deja de producir óvulos, por lo que dejan de liberarse hormonas foliculares. La disminución de la concentración sanguínea de estas hormonas afecta no sólo la pared uterina, sino también los músculos, glándulas y actividad mental. (4)

#### *Tiroides:*

Entre los cambios producidos por la edad en el tiroides están la atrofia y cierta degeneración del tejido folicular. El descenso de la actividad del tiroides puede anularse, haciéndose ésta normal, como respuesta a la fatiga. Esto hace suponer que el descenso relacionado con la edad se debe más a la reducción del metabolismo general en la persona de edad que a un fallo de la respuesta del tiroides. Varios investigadores han llamado la atención sobre el hecho de que hay considerable semejanza entre ciertos rasgos de la vejez y algunos del hipotiroidismo. Los cambios seniles que aparecen en la piel, en el pelo y en las uñas, por ejemplo, y que se demuestran también por la elevación consiguiente del colesterol, se parecen a los de la deficiencia tiroidea. De forma similar, los escalofríos son un síntoma típico que, en ambos casos, está probablemente relacionado con el descenso del nivel de metabolismo.



### *Paratiroides:*

Regulan en gran parte los niveles de calcio en sangre y en otros líquidos corporales. Los cambios que aparecen en estas glándulas con la edad no son básicamente degenerativos, sino que corresponden a la naturaleza de las células.

### *Pituitaria:*

Segrega cierto número de controles hormonales del organismo. Muchos de los cambios corporales que se observan en la vejez, tales como la pérdida del vello corporal y la reducción del espesor de la piel y del contenido colágeno, se parecen a los observados en pacientes con hipopituitarismo. Sin embargo, los exámenes realizados en personas mayores con un estado de salud "normal" no muestran ninguna prueba de anomalía en la función pituitaria.

### *Páncreas:*

Existen pocas pruebas de cambios en el páncreas debidos a la edad. Aparece cierto aumento en el número y el volumen de los islotes de Langerhans, que producen la insulina, pero esto no produce ningún efecto sobre los efectos del envejecimiento.

### *Timo:*

Es la única glándula que sufre una involución completa como parte de los procesos fisiológicos del envejecimiento, y llega a ser reemplazada completamente por grasa en las personas de edad. El timo puede tener un papel inmunológico y participar en el crecimiento y el desarrollo sexual.

### *Suprarrenales:*

Existe un aumento del material fibroso, una acumulación de pigmento y ocasionalmente se forman nódulos producidos por la proliferación de células. Hay descenso en la producción de andrógenos, de cetosteroides-17, pero no hay cambio en la producción de corticosteroides.

### *Glándulas sexuales:*

En el hombre no hay un descenso cierto en la función o el número de células intersticiales de los testículos, que producen la hormona sexual masculina. La producción total de estrógeno permanece en el varón relativamente constante en todas las edades.

En la mujer se produce un aumento de la secreción de gonadotropina al cesar la función reproductora. Por una razón desconocida, esto no parece afectar a la producción de hormonas sexuales femeninas del ovario. La producción de estrógeno declina gradualmente en las mujeres hasta el sexto decenio, y a partir de este momento tiende a mantener un nivel constante. (2)

### 1.3.9.- Sentidos especiales.

#### *Vista:*

El tiempo tiene un efecto más directo sobre el ojo "normal". La pérdida de tejido adiposo orbitario (grasa que soporta al globo ocular) por absorción da la impresión de un ojo hundido, produciendo laxitud de los párpados y redundancia de la piel; el líquido ocular disminuye y el campo visual se

restringe <sup>(4)</sup>. También se produce una flojedad de los párpados, con un marcado descenso del superior. <sup>(2)</sup>

Puede haber una excesiva producción de lágrimas debido a ulceración causada por cuerpos extraños en la córnea o por estrechamiento del conducto lagrimal. Puede ocurrir reducción de la producción lagrimal como parte del síndrome de Sjögren relacionado con la edad.

Después de los 45 años de edad, el cristalino pierde su capacidad para modificar su forma y enfocar objetos cercanos. Por lo cual, al leer sólo puede enfocarse a la distancia de la longitud del brazo <sup>(4)</sup>. Con la edad el ojo va remitiendo en su sensibilidad y sufre cierta pérdida de agudeza visual, particularmente con poca luz. La persona mayor necesita más luz para ver correctamente y más tiempo para adaptarse al pasar de una zona bien iluminada a una habitación oscura. <sup>(2)</sup>

Algunos consideran a la catarata como una exageración hereditaria del envejecimiento fisiológico. Cuando los cristalinos envejecen, sus núcleos se esclerosan pudiendo volverse opacos y menos elásticos, esto aunado a una reducción de la actividad de los músculos ciliares, provoca cambios en la capacidad de acomodación y un aumento en la frecuencia de "vista cansada" en las personas de edad (visión borrosa y limitada). <sup>(2,4)</sup>

Otro cambio refractario que con frecuencia se observa al avanzar la edad, es un error de astigmatismo en el eje horizontal, lo cual provoca que las líneas horizontales se vean con menos nitidez que las verticales.

#### *Oído:*

La pérdida progresiva de la audición se manifiesta de manera inevitable al avanzar la edad <sup>(4)</sup>. Más de dos tercios de personas de edad

muestran hacia los 80 años signos de descenso de la agudeza auditiva, llamada *presbiacusia* (2). Esta pérdida es mayor en los hombres quizá porque se desenvuelven en ambientes de trabajo ruidosos. Desde luego, el inicio de la sordera depende en gran medida de la cantidad de ruido a la cual está expuesta la persona.

La pérdida de la audición empieza con las altas frecuencias a las que el teléfono o el timbre de la puerta pueden quedar sin ser contestados. Los sonidos vocales se pueden oír con mayor facilidad que los consonantes, por lo cual la comunicación con la palabra hablada no es fácil. Otro problema importante es que los ruidos de baja frecuencia resultan anormalmente fuertes, por lo que si se grita a un paciente puede sentir molestias. (4)

Cierto grado de pérdida auditiva parece formar parte del proceso de envejecimiento, y suele deberse a sordera del nervio, en particular respecto a los tonos altos. Se trata de un desgaste de la conducción aérea y ósea así como de una degeneración de la células sensoriales de los órganos de Corti en el oído interno. (2)

El paciente anciano también puede experimentar fatiga auditiva, lo cual produce tinnitus después de una conversación breve.

#### *Gusto:*

Con la edad no sólo disminuye por completo la capacidad para saborear los alimentos y otras sustancias, sino que también varía en relación con diversas modalidades del gusto. El problema para determinar los cambios de la percepción gustativa se complica con la edad por las preferencias subjetivas del individuo, y la ingestión habitual de sustancias como la nicotina y el alcohol. Las papilas circunvaladas en las que están

situados algunos receptores del gusto se atrofian, con lo cual disminuye la cantidad de éstos. Es probable la atrofia de otros receptores gustativos con la pérdida gradual de las papilas fungiformes. (2,4)

#### *Lenguaje:*

Cuando se deteriora el sistema nervioso central (SNC), el lenguaje puede volverse más difícil. Una situación no muy rara en los ancianos es la xerostomía que 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, consistente en movimientos y sacudidas de cabeza, abrir o cerrar la boca u otros movimientos repetitivos caprichosos acompañados de gruñidos, sin poder evitarlos (4). También se incrementan las pausas durante el habla, con intervalos cada vez más próximos.

#### 1.3.10.- Envejecimiento mental normal

##### *Capacidad intelectual y su función:*

Se ha demostrado mediante pruebas específicas que la capacidad intelectual aumenta hasta los 20 años de edad. Hacia los 25 algunas de sus funciones decrecen, mientras que otras permanecen intactas o incluso mejoran a medida que avanza la edad. Las complejas funciones verbales están menos influidas por la edad. Diversas pruebas de vocabulario (por ejemplo, sinónimos-antónimos) muestran un declive insignificante con la edad, mientras que las pruebas sobre fluidez verbal e interpretación de proverbios mostraron mayor declinación. La capacidad de resolver problemas también decrece con la edad.

### *Aprendizaje y memoria:*

En la edad madura se hace más difícil obtener nuevos conocimientos y aprender nuevas prácticas. Sin embargo, los conocimientos y prácticas adquiridas anteriormente se mantienen intactos durante un largo período, especialmente si se usan con continuidad.

### *Poder de observación y percepción:*

La capacidad perceptiva se deteriora con el paso del tiempo y esto sólo en cierto grado puede atribuirse a la decreciente función de los órganos de los sentidos. Indudablemente la deteriorada capacidad de observar y comprender influye en la reducida respuesta a ciertas pruebas intelectuales.

### *Grado de decisión:*

Los individuos de esta edad tienen en muchos aspectos un modelo de conducta más lento. En situaciones no complicadas esto es menos evidente, pero se hace más claro cuanto más complicada es la tarea.

### *Motivación:*

La motivación para cierto tipo de tareas parece disminuir con la edad, pero si la persona de edad puede confiar en sus experiencias anteriores y hace uso de ellas, puede ser tan ambicioso como concienzudo. (2)

## **2.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ACTUALES DEL ALCOHOLISMO.**

### **Antecedentes históricos.**

Las primeras referencias históricas se encuentran en unas inscripciones egipcias en la pirámide de Sakkara, levantada 4 000 años antes de Jesucristo.

Desde entonces se consumían este tipo de bebidas no solo con el fin de degustarlas, sino de hacer rituales en los que intervenía de manera activa como remedio.

La historia demuestra que una vez que el alcohol es introducido en una civilización, cultura o grupo social que lo desconocía, queda incorporado con gran facilidad y rapidez a los patrones socioculturales de la población. <sup>(6)</sup>

Existen escritos sobre el conocimiento que tenían algunos pueblos como los hebreos, los romanos, griegos y los egipcios, acerca del vino y otras bebidas, en estos documentos describen los efectos inmediatos y la conducta que llegaba a presentar una persona en estado de ebriedad.

En el México prehispánico, el alcohol, representado por el octli o pulque, dejó también su huella. A esta bebida se le han atribuido propiedades curativas.

<sup>(7)</sup>

Pueblos como el de Egipto relacionaban las bebidas alcohólicas con la religión, teniendo dioses como Osiris al cual le daban gracias por permitirles conocer el vino, en los pueblos de religión musulmana su uso esta prohibido por el Corán, en tanto que en los cristianos ha sido incorporado a la dieta alimentaria normal, considerándolo como un alimento más y siendo usado de forma cotidiana por la población.

Se cree que la miel es el producto más viejo que se hizo fermentar, aunque los procesos de destilación se conocían ya por los árabes. Podríamos decir que las bebidas alcohólicas que se producen por fermentación han ocupado un lugar en casi todas las sociedades humanas.

Un alquimista árabe en el siglo VIII descubrió el alambique, marcando el desarrollo de las bebidas alcohólicas al permitir la destilación y obtención de bebidas de mayor graduación; otro hecho importante que ayudó al desarrollo de bebidas es el de la fermentación, esta fue descubierta por Pasteur; su descubrimiento permitió incrementar la oferta de bebidas alcohólicas. (6)

Durante el periodo colonial en América, el alcohol formó parte de la vida social comunitaria, siendo usado como bebida y como medicina. Las borracheras eran aceptadas si no interferían con la vida cotidiana de la persona o con los deberes religiosos. Desde el punto de vista de la colonia, el alcohol no era el problema, sino la persona que lo usaba. (8,9)

### **Antecedentes actuales.**

Probablemente pocos fenómenos constituyen un mayor reto a la salud pública que el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Esto se debe a los problemas que origina en el bienestar y en la vida de los individuos y de sus familiares y al enorme costo que representan para los sistemas de salud y para la sociedad. Por ejemplo, en 1991, el abuso de bebidas alcohólicas en México constituyó 9% de los gastos por enfermedades crónicas no transmisibles. (10)

Desde el punto de vista epidemiológico, el abuso del alcohol y el alcoholismo tienen implicaciones de primer orden. En las áreas urbanas del país, el



abuso y la dependencia de las bebidas alcohólicas se presentan en 30% de los hombres de 15 a 45 años <sup>(11)</sup> , en tanto que 10% de la población masculina de este grupo etario cubre los criterios de dependencia a esa sustancia.

En el otro extremo, los indicadores de mortalidad de 1997, en México, indican que las siete primeras causas de muerte se relacionaron directa o indirectamente con el consumo de bebidas alcohólicas <sup>(12)</sup>. De éstas, la muerte por cirrosis ocupó el sexto lugar, y por lo menos en la mitad de los 20 mil fallecimientos ocurridos por cirrosis durante ese año, hubo un antecedente de alcoholismo.

Durante el primer semestre de 1998, el 31% en el Distrito Federal, del total de los fallecimientos ocurridos por accidentes durante una intoxicación etílica aguda en el hogar, y registrados por el Servicio Médico Forense, correspondió a personas de la tercera edad, y la mayoría se debió a haberse caído.

Han sido pocos los estudios en población general o en poblaciones especiales que han prestado atención al consumo de alcohol de los adultos de la tercera edad, por lo que se ignora la naturaleza y las características del consumo de alcohol de estas poblaciones. Aunque se sabe que las concentraciones de alcohol en el organismo de los ancianos son mayores que en las personas de menor edad, lo anterior, junto con la mayor vulnerabilidad del anciano por su consumo crónico de etanol, lo predispone a padecer serios problemas de salud, entre los cuales se encuentran los estados depresivos, los problemas nutricionales y cardiacos, las frecuentes caídas y la muerte prematura.

Entre las causas por las que los ancianos beben alcohol en exceso se encuentran: estrés, falta de recursos sociales y sus deficientes posibilidades para enfrentarse a las situaciones. Otros estudios consideran que beben porque no tienen otra cosa que hacer en su tiempo libre, por la soledad, por la pérdida de su familia y por los problemas económicos y los de salud. <sup>(13)</sup> Para la mujer madura que empieza a beber a esa edad, los factores de riesgo asociados al consumo excesivo de alcohol se relacionan con la pérdida del esposo o de los hijos, las dificultades económicas o la soledad.

En general, la investigación ha demostrado que no obstante, el consumo de alcohol disminuye con la edad. En algunos ancianos el patrón de consumo es excesivo, lo que representa riesgos potenciales para su salud, especialmente por los medicamentos que interactúan farmacológicamente, con el subsecuente aumento de algunos problemas como las caídas, que son la causa de 40% de las lesiones en el adulto mayor.

Aunque los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la población de la tercera edad no son raros, no es fácil detectarlos en los servicios de atención primaria, en parte, debido a que los ancianos lo niegan y por las dificultades que plantea el diagnóstico de abuso y dependencia del alcohol en esos centros <sup>(14)</sup>, debido a que los médicos y el personal de salud no preguntan sobre los problemas relacionados con el consumo de sustancias en la población de la tercera edad.

México en 1976 ocupaba el segundo lugar de consumo de alcohol en Latinoamérica, ingiriéndose en ese año 1,530 millones de litros de bebidas alcohólicas <sup>(15)</sup>. Sin embargo, 3 años después, en 1979, solamente de cerveza se consumieron aproximadamente 2,500 millones de litros. El consumo de bebidas alcohólicas siguió en aumento de tal manera que para 1981 la cantidad ingerida per capita anual era de 2.1 litros de brandy y 40

litros de cerveza. Para 1983 el número aproximado de alcohólicos en el país era de 2 a 5 millones, es decir, uno de cada 10 sujetos beben alcohol regularmente. <sup>(16)</sup>

En los estudios comunitarios de otros países se estima que la prevalencia del abuso del alcohol y el alcoholismo en las personas mayores de 60 años es de 2%. <sup>(17)</sup> En México se cuenta con poca información sobre la epidemiología del uso, abuso y dependencia del alcohol entre las personas de la tercera edad, aunque según estudios realizados en los servicios de atención primaria del D.F. en el año 2000, la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en personas mayores de 65 años de toda la vida fue del 36.7%. La prevalencia actual fue de 20.5%; ambas cifras son menores que las reportadas por la Encuesta Nacional de Adicciones en todos los grupos de edad en la Ciudad de México. <sup>(18)</sup>

Es importante mencionar los porcentajes de población adulta mayor que se han calculado para el futuro, ya que en ellos tendremos la mayor cantidad de bebedores o exbebedores alcohólicos. Para el año 2025, el porcentaje de mujeres ancianas en países desarrollados alcanzará el 27% de la población femenina, mientras que los hombres ancianos llegarán al 22% de la población masculina. La proporción de mujeres mayores de 60 años se duplicará en América Latina y dos de cada tres personas de 65 años y más vivirán en regiones subdesarrolladas.

El 22% de la población total de los países desarrollados será mayor de 60 años y el 11% en los países subdesarrollados. Asimismo, el 75% de los ancianos vivirá en zonas urbanas.

En 1964, el 5.6% de la población mexicana era mayor de 60 años; en 1995 la proporción aumentó a 6.5%. De 1964 a 1995 la proporción de ancianos aumentó 129%. <sup>(18)</sup>

## 2.1.- Alcohol: obtención, absorción y distribución.

### *El alcohol:*

El alcohol, ingrediente químico de las bebidas destiladas, del vino y la cerveza, es una sustancia natural que se forma por la fermentación del azúcar producida por diversas levaduras. Aunque existen muchos alcoholes, el que puede ingerirse en bebidas alcohólicas es el alcohol etílico o etanol (cuya fórmula química es  $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ ).

Es una sustancia incolora, inflamable, que tiene un efecto tóxico y ciertas cualidades como antiséptico por su acción germicida. En otro contexto, se le puede clasificar como alimento, ya que contiene calorías, pero no tiene ningún valor nutritivo. Finalmente, el alcohol es una droga. (7)

El contenido de alcohol de las bebidas elaboradas se mide en términos de porcentaje de alcohol (peso/volumen), mientras que el de las bebidas destiladas se mide en grados, variando según los países. Una copa de cada una de estas bebidas, suele contener aproximadamente la misma cantidad de alcohol. Una botella normal de cerveza contiene de 360 a 420 ml. lo cual corresponde a un 3.6 a 4 por 100 (gramos por 100 ml.) de alcohol; es decir, que contiene de 13 a 17 g. de alcohol. Un vaso de vino (no reforzado) de 120 ml., equivale a un 12 a 14 por 100 de alcohol y contiene de 14 a 17 g. de alcohol; unos 35 a 45 ml. de whisky de 86 grados corresponden a una copa de una bebida destilada y contienen de 13 a 19 g. de alcohol. Según lo expuesto, el consumo de seis vasos de whisky o seis vasos de cerveza, parece proporcionar cantidades totales de alcohol semejantes, pero mientras en el primer caso el sujeto bebe de 170.1 a 255.15 g. de líquido (agua), en el segundo bebe entre 2041.2 y 2381.4 g. de líquido.

La cantidad de alcohol que contiene una copa es aproximadamente igual a la cantidad de alcohol que el organismo puede eliminar en una hora. (19)

#### *Obtención del alcohol:*

Las bebidas se obtienen de diversas fuentes de azúcar mediante el proceso de la fermentación. La cerveza, por ejemplo, proviene de la malta o cebada germinada, el vino de las uvas, el whisky de ciertos granos y el ron de la melaza de la caña de azúcar. Los licores fuertes sufren un proceso ulterior, el de la destilación, que produce una mayor concentración de alcohol, por lo que las bebidas como el vodka, la ginebra, el whisky, el brandy, el tequila y otras muchas se llaman "bebidas destiladas". Éstas últimas carecen prácticamente por completo de valor alimenticio. Las que proceden sólo de la fermentación, en cambio, poseen el valor nutritivo que les dan sus otros ingredientes. (7)

#### *Absorción y distribución del alcohol:*

Las características físico-químicas de la molécula de alcohol, favorecen su transporte a través de las membranas. Es una molécula relativamente pequeña y sin carga, completamente soluble en agua, pero sólo parcialmente soluble en grasas (30 veces más soluble en agua que en grasa) y dado que el cuerpo humano contiene, en condiciones normales más de dos terceras partes de agua, es evidente que el alcohol se localizará principalmente en el compartimiento líquido del organismo.

La velocidad con que el alcohol atraviesa la membrana depende tan solo de su gradiente de concentración a ambos lados de la membrana. El único mecanismo que interviene, es la difusión a favor del gradiente de concentración. Por tanto, no es extraño que al inyectar alcohol por vía

intravenosa, éste aparezca en el contenido gástrico o intestinal. Una vez absorbido se distribuye rápidamente en agua a través de todo el organismo.

(19)

\* *Absorción:* El alcohol entra al organismo por la boca y pasando por el esófago llega al estómago, donde es diluido por los jugos gástricos. Si hay alimentos, especialmente grasas, su absorción será algo más lenta. Mientras más alimentos haya en el estómago, más lento será el proceso. Por el contrario, cuando una bebida se diluye previamente en otra carbonatada como ocurre cuando a un destilado se le agrega soda, el alcohol se absorberá más rápidamente. (20)

\* *Distribución:* Cuando un sujeto bebe, el alcohol ingerido alcanza la sangre a través de la mucosa bucal; pero dado que las bebidas alcohólicas no suelen permanecer tanto tiempo en la boca, el primer lugar en que se produce una absorción significativa es la mucosa gástrica, seguido de la mucosa del aparato respiratorio.

La fracción del alcohol ingerido que alcanza la sangre mediante la absorción gástrica, depende de factores de dilución (comida y agua), y de la velocidad de vaciamiento del estómago en presencia del alcohol. El alcohol que no se absorbe en el estómago, lo hace en la porción superior del intestino delgado.

(19)

El etanol se concentra más en el cerebro que en los músculos. Aproximadamente 30 segundos después de haber ingerido el contenido de una copa o bebida ordinaria, se empiezan a sentir efectos en varias de las funciones normales del cerebro: el juicio, el razonamiento y el control muscular. Si no se continúa bebiendo, el cerebro recupera su funcionamiento normal aproximadamente en una hora los efectos causados por esa pequeña dosis desaparecerán sin haber provocado daño alguno. (20)

La concentración plasmática de alcohol se modifica por acción de mecanismos metabólicos y excretores, que se ponen en marcha cuando el alcohol alcanza el hígado y los riñones, de manera que se establece un equilibrio dinámico entre el contenido de alcohol en la sangre, los tejidos y el aparato digestivo. La pequeña fracción final del alcohol ingerido probablemente no pasa a la sangre hasta que la concentración plasmática de alcohol disminuye hasta cero. (19)

Los efectos de la bebida dependen en parte de la cantidad de etanol consumido por unidad de peso corporal. (21)

## **2.2.- Efectos de la ingesta de bebidas alcohólicas.**

Como droga, el alcohol se clasifica entre las sustancias depresoras del SNC (7). Cuando el alcohol se encuentra dentro del organismo primero deprime los centros nerviosos que "controlan" la conducta mediante la inhibición de los impulsos y la adecuación de las respuestas ante los estímulos del medio. Al disminuir estos centros su influencia sobre las otras partes del cerebro, la conducta se "libera", escapando a los controles del juicio crítico y la racionalidad. Desinhibido, el sujeto parece excitado, cuando en realidad el alcohol ha ejercido una acción depresora sobre su SNC, con lo cual se hace más notable si aumenta el sujeto la cantidad ingerida.

Los efectos inmediatos de una gran ingestión de bebidas alcohólicas pueden describirse de acuerdo con la gravedad del proceso de la intoxicación:

-Primera etapa: el sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido. *Parece excitado.*

- Segunda etapa: conducta esencialmente emocional, errática. Pobreza del juicio y del pensamiento. Problemas sensorio-motrices (cierto grado de anestesia cutánea, incoordinación muscular, trastornos de la visión y del equilibrio).
- Tercera etapa: confusión mental, tambaleo importante al caminar, visión doble, reacciones variables del comportamiento: miedo grave, agresividad, llanto, etc. Serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que se le dice.
- Cuarta etapa: incapacidad para sostenerse en pie, vómitos, incontinencia de la orina, estupor, aproximación a la total inconsciencia.
- Quinta etapa: inconsciencia, ausencia de reflejos. Verdadero estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratorias. (7)

Cuando se bebe alcohol, sus efectos tóxicos alcanzan su máximo en un lapso de media hora. Los vasos cutáneos se dilatan y se presenta un aumento en la transpiración, por lo que la pérdida de calor a través de la piel aumenta también. Al comienzo puede presentarse aumento de la frecuencia respiratoria, del pulso cardíaco y de la presión sanguínea.

El alcohol inhibe en la porción posterior de la hipófisis la liberación de la hormona antidiurética llamada vasopresina, y también de la oxitocina. Tal supresión de la hormona antidiurética contribuye a la diuresis que resulta de la ingestión de bebidas alcohólicas.

Las acciones depresoras del alcohol en el SNC afectan primero las funciones cerebrales superiores que están a cargo de la conciencia sobre la conducta y el dominio de sí mismo.

Desde el punto de vista farmacológico, el alcohol es una droga depresora del SNC y como tal causa dependencia (psíquica y física), tolerancia y síndrome de abstinencia. (19)



Debido a sus propiedades químicas, el alcohol –igual que el azúcar- se clasifica entre los alimentos simples e incompletos con valor nutricional limitado, aunque sí proporciona calorías que proporcionan energía y calor (un gramo de etanol proporciona aproximadamente 7.1 Kcal. <sup>(21)</sup>), por lo tanto, 600 ml. de licor de 86 grados suponen unas 1500 calorías, el equivalente a la mitad o dos terceras partes del aporte calórico medio necesario para un adulto. <sup>(19)</sup> Por lo tanto, quienes ingieren regularmente bebidas alcohólicas descuidando al mismo tiempo su alimentación pueden desarrollar deficiencias nutricionales, a pesar de que conserven su peso o incluso lo aumenten. <sup>(20)</sup>

### **2.3.- Eliminación del alcohol.**

El alcohol se elimina del organismo por oxidación en productos secundarios o sin sufrir modificación alguna. La oxidación representa la vía de eliminación del 95 por 100 del alcohol ingerido, y el 5 por 100 restante se elimina a través del aire respirado, la orina, el sudor, las heces y la leche<sup>(19)</sup>. Este proceso químico produce calor y energía por la combinación del alcohol con el oxígeno; el compuesto resultante se convierte finalmente en agua y bióxido de carbono. <sup>(20)</sup>

Las dos primeras etapas en la oxidación del alcohol tienen lugar casi exclusivamente en el hígado <sup>(19)</sup>, iniciándose una reacción llevada a cabo por la enzima deshidrogenasa alcohólica, lo cual produce que se formen dos metabolitos de etanol que son, un hidrógeno que es perdido por la molécula de etanol y su consecuente oxidación hacia acetaldehído <sup>(22,23)</sup>. A su vez, y de manera inmediata el acetaldehído se transforma en acetato en el mismo órgano y en muchas otras células del organismo <sup>(20)</sup>. El aumento de hidrogeniones producido por esta oxidación ha sido propuesto como

responsable de un desequilibrio del estado redox (NAD/NADH), el cual provoca hiperlactacidemia, hiperuricemia (relacionada con el agravamiento o precipitación de los ataques de gota por etanol), hipoglicemia y depresión de la oxidación de los ácidos grasos, entre otras. Esta última alteración metabólica tiene particular importancia, ya que provoca que los ácidos grasos se depositen en el hígado, pudiéndose desarrollar de esta manera un hígado graso alcohólico.

Por su parte, el acetaldehído es oxidado por la enzima deshidrogenasa de aldehído, provocando un mayor desequilibrio óxido-reductor, aumentando aún más el NADH y contribuyendo a agravar las alteraciones mencionadas anteriormente. Por otro lado, al acetaldehído se le atribuyen: a) numerosos efectos neurotóxicos; b) alteración de la síntesis de proteínas del miocardio; c) inhibición de la fosforilación oxidativa (22). Al continuarse el proceso de oxidación el acetato se convierte en bióxido de carbono y agua, produciendo calor y energía (20) ; los productos obtenidos en estas reacciones se incorporan a la ruta energética normalmente utilizada por muchos tejidos. (19)

Solamente una pequeña porción (entre el 2% y 10%), se elimina de un modo muy diferente al de la oxidación. Este bajo porcentaje es exhalado a través de los pulmones (lo que explica el aliento alcohólico). (20)

La cantidad de alcohol metabolizada por el hígado depende de la masa de hígado funcional; en el adulto normal, el hígado es capaz de oxidar de 10 a 15 g. de etanol por hora (cantidad aproximada de alcohol que contiene una copa). (19)

## **2.4.- Diagnóstico precoz de dependencia alcohólica.**

Existen una serie de signos y síntomas relevadores de la presencia de una dependencia alcohólica en fase incipiente, entre ellos los más frecuentes son los siguientes.

- 1.- Pérdida progresiva de memoria de hechos recientes.
- 2.- Cambios bruscos de humor.
- 3.- Celos inmotivados.
- 4.- Desinterés por temas familiares importantes.
- 5.- Problemas laborales.
- 6.- Episodios de agresividad y de violencia.
- 7.- Insomnio.
- 8.- Calambres musculares bilaterales localizados en la región gemelar de las extremidades inferiores.
- 9.- Pérdida de apetito y de peso.
- 10.- Diarreas esporádicas.
- 11.- Náuseas y vómitos matutinos.
- 12.- Rubefacción facial.
- 13.- Tumefacción en las parótidas.
- 14.- Masas gemelares dolorosas o atróficas.
- 15.- Conjuntivitis.
- 16.- Hepatomegalia.
- 17.- Temblores, en especial de los miembros superiores. (6)

## **2.5.- Tolerancia, abstinencia y síndrome de abstinencia.**

### *Tolerancia:*

Con el consumo repetido de alcohol se desarrolla una cierta resistencia a sus efectos <sup>(19,24)</sup>. La adaptación al alcohol no se limita a personas que consumen cantidades excesivas de éste sino que ocurre también con los bebedores sociales que toman alcohol en dosis moderadas y con alguna frecuencia.

Debido a la tolerancia, los alcohólicos necesitan tomar cantidades considerables antes de llegar a sentir los efectos deseados.

### *Abstinencia:*

Es la ingestión de una cantidad muy moderada de bebidas alcohólicas sólo en situaciones excepcionales, nunca más de cinco veces al año y sin llegar en ningún caso al estado de ebriedad. Abstinente es también, el que nunca toma alcohol.

### *Síndrome de abstinencia (Síndrome de supresión):*

Conjunto de trastornos físicos y psicológicos que presenta la persona que ya desarrolló dependencia a una droga (en este caso el alcohol) cuando suspende su consumo bruscamente, o lo disminuye en forma significativa después de un período prolongado de ingestión.

Generalmente ocurre de 24 a 72 horas después de suprimir la ingesta de alcohol.

Existen tres grados del Síndrome de Abstinencia del alcohol:

LEVE	MODERADO	SEVERO
Pérdida de apetito	Falta de apetito	Negativa a alimentos
Falta de sueño	Falta de sueño	Falta de sueño
Temblores leves	Temblo moderado	Temblo moderado a severo
Sudoración discreta	Sudoración moderada	Sudoración moderada-severa
Náusea ocasiona	Náusea/vómito ocasional	Náusea y vómito
Agitación	Agitación	Angustia y agitación severas
Inquietud	Sentimientos de angustia	
	Deseo intenso de ingerir alcohol	Deseo muy intenso de ingerir alcohol
	Fallas en la memoria	Pérdida de la memoria para hechos recientes
	Antecedentes de lagunas mentales	Antecedentes de lagunas mentales
		Antecedentes de convulsión
		Delirium tremens
		Alucinosis alcohólica

*Delirium tremens*: Trastorno psicofísico caracterizado principalmente al inicio por episodios de ansiedad, incapacidad para percibir la realidad, confusión creciente, sueño escaso (acompañado de pesadillas), alucinaciones, angustia, temblor generalizado, sudoración excesiva, deshidratación anorexia y ocasionalmente convulsiones. Son también evidentes el aumento de la frecuencia del pulso y de la temperatura. Se presenta en los alcohólicos crónicos, de uno a tres días después de

que dejaron de beber abruptamente, persiste durante dos o tres días (rara vez dura más) y suele desaparecer bruscamente. La desaparición de los síntomas es dramática, ya que el paciente pasa de un estado irracional, de alucinosis y agitación, a mostrarse orientado, comunicativo y colaborador.

El periodo de delirio puede acompañarse de fiebre, taquipnea, hiperpnea, diarrea, diaforesis y vómitos. (19,24)

*Alucinosis alcohólica:* Estado psicótico con alucinaciones, generalmente vividas y dramáticas, en ausencia de delirio. (24)

## **2.6.- Epidemiología del alcoholismo.**

La eclosión de la dependencia alcohólica requiere la interacción de tres eslabones básicos:

*Agente:* Bebidas alcohólicas en sus diversas modalidades.

*Ambiente:* Permisibilidad, disponibilidad, publicidad de las bebidas alcohólicas, beneficios, patrones sociales. (6)

*Publicidad:* Dado que las bebidas alcohólicas representan una fuente muy importante de ingresos para algunos sectores económicos de muchos países, existe una gran penetración de los medios masivos de información publicitaria para producir o influir en un mayor consumo de bebidas alcohólicas por parte de la población.

*Beneficios:* Estos se presentan con la posibilidad de añadir a algunas bebidas embriagantes, suplementos vitamínicos o nutrientes. Lo anterior se ha tratado de justificar dado que la desnutrición es una complicación concomitante del alcoholismo

crónico como ha sido ampliamente reportado. En Australia hay una alta incidencia de encefalopatía de Wernicke que se piensa pueda estar asociada tanto a alcoholismo crónico como a una deficiencia de tiamina. Por lo anterior, se ha propuesto añadir tiamina a la cerveza australiana como medida profiláctica para prevenir esta encefalopatía.

*Patrones sociales:* En las mujeres se trata de relacionar con el hecho de que éstas han incursionado en mayor medida en empleos, de tal manera que puede comprar bebidas alcohólicas por sí misma y que puede querer o necesitar el placer de las bebidas alcohólicas de la misma manera que los varones. Otra hipótesis menciona que el estrés del trabajo hace que las mujeres estén insatisfechas con sus trabajos y ésta insatisfacción eleva el riesgo de beber.

La imagen de "macho" se relaciona con un gran bebedor o con alguien capaz de beber grandes cantidades de alcohol. Por otra parte, la imagen de una mujer sumisa se asocia a una ingesta baja de bebidas alcohólicas o a abstinencia absoluta.

Mujeres que beben excesivamente han obtenido más altos rasgos masculinos que aquéllas mujeres que beben moderadamente.

Por su lado, los varones que tienen alto riesgo para desarrollar alcoholismo son aquellos que presentan personalidad antisocial además de una historia familiar de alcoholismo positivo, lo cual nos da problemas a edades más tempranas.

*Individuo víctima:* Factor de susceptibilidad genética, factores de la personalidad etc.

*Transmisión hereditaria y bases genéticas del alcoholismo:*  
Cloninger postuló que existen dos tipos de alcoholismo hereditario:

*Tipo I:* Tiene un comienzo tardío de alcoholización, el cual es influenciado tanto genéticamente como por el medio ambiente, presentándose en hombres y mujeres. Estas personas consumen grandes cantidades de alcohol pero posterior a un largo período de exposición al alcohol.

*Tipo II:* Es más frecuente en hombres, tiene un comienzo temprano, menor de los 25 años, es transmitido genéticamente y asociado generalmente a problemas de personalidad del padre como puede ser criminalidad. Se caracterizan porque espontáneamente empiezan a beber grandes cantidades de alcohol.

Algunos investigadores han sugerido que un gene que confiere susceptibilidad, al menos a una forma de alcoholismo, está localizado en la región q22-q23 del cromosoma 11. (25)

De estos tres factores el de mayor relevancia es el segundo (ambiente social), debido a la relación directa entre producción, disponibilidad y consumo por un lado, y los problemas de salud relacionados, por el otro.

## **2.7.- Factores determinantes del consumo de alcohol.**

Los factores que predisponen a los individuos al consumo de alcohol son múltiples: factores genéticos, religiosos, culturales, personalidad, edad, sexo, ocupación, clase social, el lugar de residencia y las actitudes en relación con el producto.



El análisis de correlaciones temporales y ecológicas es muy demostrativo de la relación entre el precio y el consumo.

Un análisis histórico efectuado demostró que, en general, los aumentos de precio fueron seguidos de un descenso del consumo y viceversa.

Popham ha estudiado los datos disponibles en varios países y ha concluido que la asociación entre el precio relativo y el consumo de alcohol y entre este y los problemas de salud relacionados es un fenómeno universal.

### **3.- ALCOHOLISMO, DEFINICIÓN**

#### **¿Qué es el alcoholismo?**

El termino alcoholismo fue introducido en la literatura médica por Huss en el siglo pasado.

Existen muchas definiciones del alcoholismo, dentro de las cuales las más usadas son:

"Los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo, o bien que ya presentan los inicios de tales manifestaciones" (Organización Mundial de la Salud, 1952).

"Es el consumo excesivo del alcohol y los consecuentes problemas sociales, psicológicos y físicos".

"Es el consumo de bebidas alcohólicas que produce lesiones en el individuo o en la sociedad, o en ambos" (Jellinek, 1960).

Pero la definición que parece ser la mejor y que aceptan los más destacados especialistas es la que el doctor Mark Keller del Centro de estudios sobre el alcohol de la Universidad de Rutgers expresó desde 1958:

"El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto

de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo”.

La definición del doctor Keller es buena, sólo para estos fines ya que sabemos que hay diferentes grados de alcoholismo y tantas diferencias entre alcohólicos como entre dos sujetos comunes.

Visto desde afuera, el fenómeno del alcoholismo se caracteriza por su inmensa variedad. Hay alcohólicos de todas las edades, razas, sexos, profesiones, niveles de inteligencia, estados de salud mental y niveles económicos.

Cuando examinamos las consecuencias de la enfermedad, la constante sigue siendo la gran variedad.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, aprobada por la OMS, en 1976, la denominación de alcoholismo queda ya sustituida por la de “síndrome de dependencia de el alcohol” (alcohol dependence syndrome, ADS) y que engloba toda la sintomatología propia del alcoholismo crónico: “un estado psíquico y habitualmente también físico, resultante de tomar alcohol caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para tomar alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”

La utilización de la palabra “alcohólico” es normal en el uso común y en el clínico para referirse al bebedor que se ha hecho dependiente del alcohol, es decir que ha perdido la libertad de dejar de beber. (6)

### 3.1.- Clasificación de los tipos de alcoholismo.

Jellinek, pionero en la investigación científica del uso y abuso del alcohol, estableció una tipología de los diferentes tipos de alcoholismos, dividiéndolos en cinco tipos, utilizando el alfabeto griego los denominó alfa, beta, gamma, delta y épsilon. (19)

- *Alcoholismo alfa*: Dependencia exclusivamente psicológica, ya que el alcohol aporta un alivio a sus molestias físicas o emocionales. No hay pérdida del control ni capacidad para abstenerse.

- *Alcoholismo beta*: Existen las complicaciones que produce una ingesta excesiva y prolongada de alcohol como gastritis, polineuritis, cirrosis, deficiencia nutricional. Como no existe dependencia física, no se presenta el síndrome de abstinencia (pero puede haber dependencia psicológica).

- *Alcoholismo gama*: Hay dependencia física y psicológica con pérdida del control para moderarse en la bebida. Puede mantenerse sin beber semanas o meses, pero cuando comienza a beber no puede controlarse. Puede presentarse el síndrome de abstinencia.

- *Alcoholismo delta*: Están presentes dependencia física y psicológica, pero el sujeto no puede abstenerse de beber ni aún por unos días. Se presenta el síndrome de abstinencia.

- *Alcoholismo épsilon*: Es el alcoholismo periódico, también llamado "dipsomanía". Después de días, semanas o meses de total abstinencia, el alcohólico entra en una fase de fuertes borracheras que duran días o semanas. (7)

Fundamentó sus modelos de alcoholismo en varios elementos básicos:

- 1.- Forma de dependencia del alcohol, fisiológica o psicológica.
- 2.- Incapacidad de abstenerse de beber frente a la pérdida de control sobre la bebida.
- 3.- Frecuencia con que se bebe.
- 4.- Estado de salud. (6)

### **3.2.- Fases del alcoholismo.**

Jellinek también propuso una clasificación para dividir las fases del alcoholismo:

- I: Prealcohólica: Uso del alcohol para relajarse y enfrentarse a las tensiones y al estrés de la vida diaria. Hay tolerancia al alcohol y la persona cada vez necesita beber mayor cantidad para conseguir los mismos efectos.
- II: Alcohólica temprana: Pérdida pasajera de la conciencia, un breve período de amnesia durante o después de una borrachera. Se caracteriza por:
  - a) Más pérdida de la conciencia.
  - b) Beber a hurtadillas.
  - c) Creciente preocupación por la bebida y por las situaciones que provoca.
  - d) Intentos de evitar la bebida y de racionalizar su consumo.
  - e) Sentimientos de culpabilidad y negación de la evidencia.

III: Crítica: Adicción real. La dependencia física es evidente y se pierde el control sobre la bebida. Pérdida del trabajo, conflictos matrimoniales, separación, divorcio, aumento de agresividad.

IV: Crónica: Aparecen enfermedades hepáticas (cirrosis alcohólica), polineuropatía, cardiomiopatía, pancreatitis, hipertensión, taquicardia, lesiones del SNC, anemia, lesiones musculares, óseas y cutáneas, cáncer de boca. En las últimas fases del alcoholismo son frecuentes las depresiones agudas, comportamientos maniaco-depresivos, sentimientos de inutilidad y desesperanza, pensamientos e impulsos suicidas, episodios de pánico, miedo y autodesprecio. (19,26)

## **4.- ENFERMEDADES ORGÁNICAS PRODUCIDAS POR EL CONSUMO CRÓNICO DE ALCOHOL**

El alcohol puede actuar como toxico directo sobre ciertos tejidos (6) produciendo cambios anatómicos más o menos graves en distintos aparatos y sistemas del organismo (27) (hígado, corazón, sistema nervioso) o producir sus efectos de forma indirecta a través de diferentes mecanismos (cambios metabólicos u hormonales, disminución de la respuesta a la infección, desplazamiento de los nutrientes de la dieta o interferencia en su absorción o utilización, etc.) .

Una vez que aparece la enfermedad orgánica relacionada con el alcohol su curso puede empeorar si continua el consumo o bien detenerse o mejorar si el sujeto se hace abstinentes. Asimismo la ausencia de tratamiento empeora el curso del proceso y el tratamiento lo mejora.

### **4.1.- Aparato digestivo.**

Dentro de los trastornos mas comunes debidos al consumo de alcohol encontramos la cirrosis hepática, pancreatitis , gastritis, ulcera péptica, esteatosis, esofagitis y la hepatitis alcohólica.

#### **4.1.1.-Cirrosis:**

Es la complicación hepática mas grave del alcoholismo crónico. Se calcula que aparece en el 15% de los alcohólicos crónicos. (6)

La cirrosis hepática de Morgagni-Laennec se observa con mayor frecuencia entre los 40 y 60 años, o sea en la edad presenil, pero no es rara después de los 60 porque su evolución es lenta y la sintomatología puede ser tardía.

En ancianos, el problema etiopatogénico se plantea en términos un poco diferentes a las demás edades, por la importancia determinante de los factores carenciales debidos a dietas insuficientes y alteraciones de la digestión y la absorción. El alcohol puede contribuir a la aparición de estados carenciales, y también sucede en la edad avanzada, pero no siempre es posible comprobar antecedentes de alcoholismo, en tanto que no es raro el dato de hepatitis viral precedente con evolución a la cirrosis.

En múltiples ocasiones se ha insistido que durante el envejecimiento el hígado sufre una serie de alteraciones, como la tendencia a la atrofia y la esclerosis, que favorecen el desarrollo de cirrosis hepática.

En ancianos la sintomatología de la cirrosis hepática suele ser más leve que en otras edades, a menudo con ausencia prolongada de los síntomas clásicos como ascitis, várices esofágicas y hemorragias.

También se pueden observar las diversas fases de evolución en los ancianos, comenzando con la etapa inicial de molestias digestivas específicas, astenia y agotamiento psicofísico (es importante diferenciarlas de las manifestaciones del envejecimiento) y las sucesivas, muchas veces tardías, de ascitis a insuficiencia hepática grave. En la primera son frecuentes el adelgazamiento, el meteorismo y la reducción progresiva de las diuresis, también se observan telangiectasias cutáneas. En el diagnóstico deben valorarse la ginecomastia, la atrofia testicular y dentro de nuestra área de trabajo la tendencia al crecimiento de las parótidas. (28)

El umbral de toxicidad hepática del alcohol en un principio se estableció en 80 mg. de alcohol puro al día posteriormente se redujo a 40 mg.



El comité de expertos de la OMS señala que existen pruebas de que por encima de 20 mg, se puede producir afectación hepática.

Tratamiento: Algunos estudios sugieren la administración de prednisona o prednisolona en dosis moderadamente altas; en ausencia de signos de coma hepático inminente, deberá seguirse una dieta con por lo menos 1 g. de proteína por kilogramo de peso corporal y 2000 a 3000 kcal. diarias.

Se debe explicar al enfermo que nada protegerá al hígado de los efectos del alcohol, por lo que le estará absolutamente prohibido. (21)

#### 4.1.2.- Pancreatitis alcohólica:

Suele aparecer después de 10 a 15 años de ingestión crónica de alcohol. Es más frecuente en jóvenes, predominando en el sexo masculino (6). Se puede explicar como la inflamación del páncreas y puede tener manifestaciones clínicas como dolor abdominal alto, náuseas y vómitos, en ocasiones hipovolemia (disminución del volumen plasmático), con trastornos hidroelectrolíticos, síntomas de insuficiencia exocrina (malabsorción de grasas, que conduce a la pérdida de peso, malnutrición y diarrea, con heces voluminosas y malolientes) y endocrina (intolerancia a la glucosa, es decir, diabetes mellitus). Se ha comprobado que el alcohol estimula la secreción pancreática por un mecanismo de aumento de la liberación de secretina (hormona intestinal que estimula la secreción de líquido y electrolitos). (19)

Tratamiento: En la mayoría de los enfermos (85 a 90%) con pancreatitis aguda la enfermedad cura espontáneamente 3 a 7 días después de iniciado el tratamiento. Las medidas médicas están encaminadas a reducir la

secreción pancreática y "hacer reposar el páncreas" . Entre las estrategias acostumbradas están:

- 1.-Analgésicos para el dolor.
- 2.-Líquidos intravenosos para conservar el volumen intravascular normal.
- 3.-Ningún alimento por la boca.
- 4.-Aspiración nasogástrica. Para disminuir la liberación de gastrina en el estómago y evitar que el contenido gástrico pase al duodeno.

Los anticolinérgicos han sido parte del tratamiento estándar en enfermos con pancreatitis aguda, para evitar la estimulación del órgano (no se recomienda su uso).

El enfermo con pancreatitis leve o moderada requiere tratamiento con líquidos intravenosos, ayuno, y posiblemente aspiración nasogástrica durante dos a cuatro días. (21)

#### 4.1.3.- Gastritis y úlcera péptica:

Son los padecimientos mas frecuentes dentro de la población de alcohólicos (6). La inflamación del revestimiento mucoso del estómago, conocida como "gastritis erosiva" puede conducir a la aparición de molestias epigástricas, náuseas, vómitos y distensión. Si la gastritis erosiva es suficientemente grave, es probable que aparezcan grandes ulceraciones, calificadas de verdaderas úlceras pépticas. (19)

Tratamiento: Las principales metas del tratamiento son calmar el dolor y favorecer la cicatrización.

\*Antiácidos: aceleran la cicatrización (carbonato de calcio, bicarbonato de sodio, hidróxido de aluminio y de magnesio).

\*Anticolinérgicos: como la atropina, actúan inhibiendo los efectos de la acetilcolina sobre los receptores muscarínicos . Estos agentes disminuyen la secreción ácida.

\*Prostaglandinas: Se considera que tienen doble acción: 1.- reduce la secreción ácida, basal y estimulada. 2.- Incrementan la resistencia de la mucosa (son citoprotectores).

\*Dieta: Tradicionalmente se han prescrito leche y crema a los enfermos de ulcera sin embargo hay pocos datos de que propicien la cicatrización.

Probablemente sea prudente evitar el café con cafeína o sin ella por sus efectos sobre la secreción gástrica. Se debe de evitar el consumo de alcohol.

(21)

#### 4.1.4.- Esteatosis hepática:

El órgano puede estar aumentado de tamaño, llegando a pesar a veces hasta más del doble de su peso normal. Si el paciente deja de beber alcohol por completo, la lesión es reversible. (27)

#### 4.1.5.-Esofagitis:

El alcohólico es susceptible de padecer esofagitis (inflamación de la mucosa esofágica) debida al menos a cuatro causas: aumento de la producción de ácido en el estómago, estimulada por determinadas bebidas

alcohólicas; alteración del peristaltismo esofágico (disminuye la eliminación de ácido del esófago distal); acción tóxica directa del alcohol sobre la mucosa esofágica, y vómitos frecuentes. El estado de embriaguez facilita la regurgitación del contenido gástrico al esófago. Se ha comprobado que el alcoholismo predispone al carcinoma epidermoide de esófago; se desconoce el mecanismo de acción, pero probablemente esté relacionado con la irritación crónica y la lesión tisular causadas por el alcohol. (19)

#### 4.1.6.- Hepatitis alcohólica:

Es la forma más grave de agresión hepática aguda debida a este tóxico; la mortalidad general es del 50% y su reversibilidad (suponiendo que los pacientes dejen de beber por completo) se desconoce pero probablemente es muy baja. Los enfermos acuden a revisión médica por dolor abdominal, fiebre, ictericia, anorexia, pérdida de peso, ascitis y otras manifestaciones de insuficiencia hepática.

Tratamiento: Es el mismo que para la cirrosis.

#### **4.2.- Sistema nervioso.**

La intoxicación aguda por alcohol se caracteriza por disminución o pérdida de las inhibiciones normales, alargamiento del período de reacción y falta de coordinación en los movimientos. (27)

Un consumo excesivo y prolongado de alcohol puede causar una amplia diversidad de alteraciones psicóticas graves, algunas veces irreversibles, como la encefalopatía de Wernicke, la psicosis de Korsakoff, el *delirium tremens* y las alucinaciones alcohólicas.

#### 4.2.1.- Polineuritis alcohólica:

A nivel periférico, el trastorno mas significativo es la polineuritis alcohólica, la cual consiste en una degeneración distal retrograda de las fibras largas. Es debida a un déficit de tiamina y suele acompañarse de déficit nutritivos. No suelen aparecer antes de los 10 años de consumo crónico de cantidades elevadas de alcohol. (6)

#### 4.2.2.- Cardiomiopatía:

El alcohol es también un toxico miocárdico directo. Su consumo elevado durante largos periodos de tiempo causa *cardiomiopatía*, en algunos individuos que abusan del alcohol por aproximadamente 10 años se atribuye al efecto directo del alcohol sobre el músculo cardíaco, clínicamente se manifiesta por cardiomegalia e insuficiencia cardíaca congestiva. Además, el déficit de tiamina asociado al abuso de alcohol puede producir una cardiomiopatía (beri-beri) en la que destaca un fracaso de alto gasto y pueden producirse alteraciones de la conducción cardíaca relacionados con el desequilibrio electrolítico. (29)

En cambio, el alcohol puede también ejercer una acción protectora sobre las enfermedades coronarias. Este efecto protector se debe al parecer, al aumento de los niveles de las lipoproteínas de alta densidad y al descenso de las lipoproteínas de baja densidad en los alcohólicos. (6)

#### 4.2.3.- Enfermedad o encefalopatía de Wernicke:

Wernicke fue el primero en describir el síndrome que ahora lleva su nombre <sup>(19)</sup>. Se caracteriza por presentar parálisis ocular, alteración del pensamiento, somnolencia, ataxia y polineuropatía <sup>(29)</sup>, así como confusión, terminando en coma <sup>(27)</sup>. Entre sus causas se encuentra la deficiencia de tiamina <sup>(29,19)</sup>. El paciente tipo con este síndrome es un alcohólico crónico de 40 a 60 años que empieza a mostrarse excitado y confuso. Varios días o semanas después, desarrolla diplopía (visión doble), debida a una parálisis del tercero o del sexto par craneal. <sup>(19)</sup>

#### 4.2.4.- Psicosis de Korsakoff:

Cinco años después de que Wernicke describiera el síndrome que lleva su nombre, Korsakoff describió en los alcohólicos un síndrome caracterizado por una grave alteración de la memoria reciente, a menudo compensada por confabulación <sup>(29,19)</sup>. Es una forma crónica de la encefalopatía de Wernicke y se encuentra asociado a malnutrición crónica o déficit dietético del grupo vitamínico B, particularmente tiamina, pero puede producirse con otras enfermedades cerebrales orgánicas. El síndrome de Korsakoff puede iniciarse de forma insidiosa o súbita, siguiendo un episodio de delirium tremens. El pronóstico es malo porque el paciente no modifica generalmente su patrón de previo de ingesta excesiva de alcohol. El pronóstico es peor si también se desarrolla la *enfermedad o encefalopatía de Wernicke*. <sup>(29)</sup>

Tratamiento: Para la enfermedad de Wernicke-Korsakoff deben prescribirse diariamente complementos multivitamínicos, a sí como grandes dosis parenterales de tiamina.

### **4.3.- Trastornos hematológicos.**

#### 4.3.1.- Eritropoyesis:

El órgano de síntesis de los glóbulos rojos, la médula ósea, es la responsable de la síntesis constante de células nuevas, de las masas de hematíes circulantes dedicados a transportar oxígeno a los tejidos y de un sistema de destrucción celular y recuperación de los aminoácidos esenciales y del hierro. Ante una pérdida de sangre o al aumentar la velocidad de destrucción celular, la producción de hematíes aumenta hasta cinco veces por encima de lo normal y es el alcohol quien altera esta proliferación y maduración celular a través de varios mecanismos: altera la regulación que la eritropoyetina ejerce sobre la proliferación de la serie roja, modifica la disponibilidad del ácido fólico y del hierro, necesarios para la maduración normal; transforma la estructura y la función de las mitocondrias de los precursores eritrocitarios.

El alcohólico crónico se encuentra constantemente amenazado por la pérdida de sangre y por un aumento de la hemólisis de los hematíes circulantes.

Tratamiento: Es necesario el aporte constante de ácido fólico en la dieta, así como de hierro en cantidades correctas.

#### 4.3.2.- Trombopoyesis:

La trombocitopenia es un trastorno frecuente en el paciente alcohólico. Puede aparecer asociada a anemia y leucopenia o hacerlo aisladamente. El alcohol ejerce una acción negativa sobre la supervivencia plaquetaria y sobre el número y capacidad de los megacariocitos.

Tratamiento: La abstinencia alcohólica o el tratamiento con ácido fólico aumenta el recuento plaquetario en cuatro a diez días. (19)

#### **4.4.- Aparato respiratorio.**

##### 4.4.1.- Nariz:

Una lesión relacionada con el etilismo es la *rinofima*, caracterizada por una deformación cutánea de la nariz causada por hipertrofia de las glándulas sebáceas. (30)



## 5.- LESIONES BUCALES PRODUCIDAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Patologías más frecuentes:

Las estructuras orofaciales no están fuera del alcance de los efectos del alcoholismo, por lo tanto, mencionaremos sólo aquéllas que sean debidas al envejecimiento aunado al uso continuo de bebidas alcohólicas.

### 5.1.- Xerostomía o boca seca.

Se debe a disfunción de la glándula salival y puede ser temporal o permanente. Entre los factores que causan sequedad temporal están los emocionales (miedo), la infección de las glándulas, y la administración de medicamentos como atropina, antihistamínicos o antidepresivos tricíclicos y fenotiacinas. La radiación del área puede producir xerostomía permanente debida a atrofia de las glándulas. La sequedad de la boca puede dar lugar a caries muy extensas, particularmente si se chupan dulces que contienen azúcar con el fin de estimular la secreción de saliva. Otros síntomas pueden incluir trastornos del gusto, dificultad para hablar o para la deglución e inflamación de la mucosa bucal. En drogadictos y alcohólicos pueden observarse caries dentales extensas especialmente alrededor de los bordes de las encías, tal vez debida a xerostomía y falta de higiene bucal y dental.

Tratamiento: Las caries inducidas por xerostomía pueden ser prevenidas o detenidas por la aplicación tópica diaria de un gel de fluoruro de sodio al 1%.

Las complicaciones de tejidos blandos mejoran con saliva artificial o pilocarpina oral. (21)

Contrariamente, el alcohol también puede producir estímulo de la secreción salival ya sea a través de estímulos directos de la sustancia sobre la célula secretora, o por influencias psíquicas y reflejas. (30)



Imagen 1: caries cervicales inducidas por xerostomía.

## 5.2.- Alteraciones varias.

Los pacientes alcohólicos generalmente consultan al dentista para efectuarse extracciones de emergencia, manifestación del descuido en la higiene y salud oral. Este tipo de pacientes presentan una pérdida tres veces mayor de dientes de la segunda dentición que los pacientes no alcohólicos, con la consiguiente necesidad de elaborar prótesis para rehabilitar al sujeto, lo cual finalmente origina una erogación económica mayor.

La experiencia clínica establece que los alcohólicos presentan una mayor cantidad de traumatismos en el área maxilofacial (debidos en su mayoría accidentes automovilísticos o riñas) que las personas no alcohólicas. (32)

Los sujetos alcohólicos presentan una amplia gama de alteraciones en estructuras orofaciales. En el caso de la cavidad bucal se han descrito:

- presencia de depósitos de cálculos sobre las superficies dentales.
- periodontitis crónica avanzada generalizada, caracterizada por tejidos gingivales inflamados.
- pérdida del puntilleo, papilas achatadas y bolsas parodontales profundas.

Estas alteraciones son causadas más por mala higiene oral presente en esos sujetos, que por un efecto directo del alcohol. (33)

Tratamiento: Eliminar los factores causales de acumulación de placa dentobacteriana sobre las superficies dentales, así como implementar un plan de limpieza específico para el paciente. En caso de pérdida dentaria, reemplazar las piezas perdidas por prótesis dentales.



Imagen 2: Depósito de cálculo sobre superficies dentales.



Imagen 3: Bolsas parodontales profundas, pérdida de puntilleo, papilas achatadas.

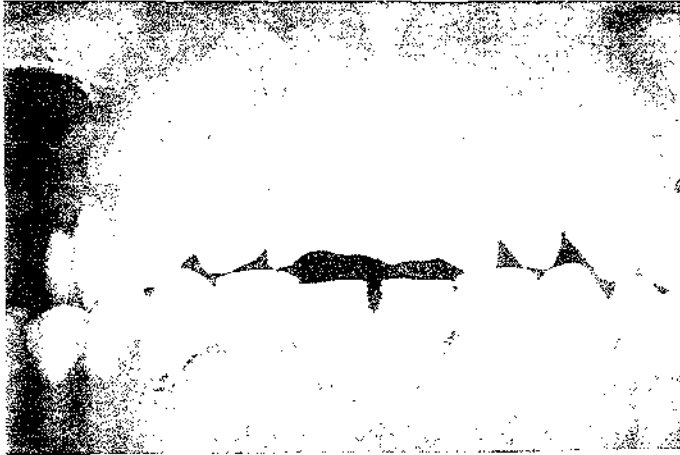


Imagen 4: Periodontitis crónica avanzada generalizada.

### 5.3.- Mucosa yugal y palatina.

Los efectos del alcohol sobre la mucosa bucal son indirectos y están en relación con las deficiencias vitamínicas ocasionadas por la desnutrición que acompaña habitualmente al alcoholismo crónico<sup>(34)</sup>. Presentan una coloración rojiza, sin embargo, cuando se explora a un paciente en fase alcohólica avanzada, las mucosas podrían observarse con un tinte café amarillento, debido al depósito de pigmentos biliares.

Tratamiento: Proporcionar al paciente la vitamina que se encuentre en déficit.



Imagen 5: Déficit de niacina.

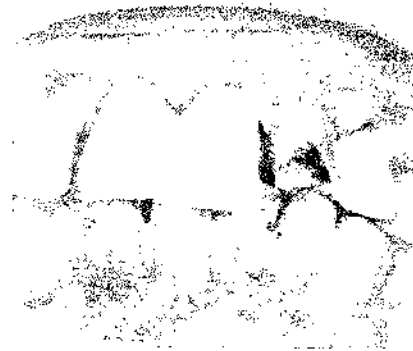


Imagen 6: Déficit de ácido ascórbico



Imagen 7: Anemia por déficit de hierro.



Imagen 8: Anemia perniciosa.

#### 5.4.- Lengua.

La cara dorsal se observa atrófico, de color rojizo, presentando con frecuencia fisuras. A nivel fisiológico se ha reportado una disminución de la agudeza gustativa de los pacientes alcohólicos. Esta *hipogeusia* y/o *disgeusia* se presenta en pacientes con cirrosis hepática, hepatitis alcohólica, lesiones neurológicas asociadas al tabaquismo crónico (síndrome de Wernicke-Korsakoff), o en pacientes alcohólicos sin aparente lesión neurológica. Estas alteraciones gustativas han sido relacionadas con un mal metabolismo del zinc y con daño en el sistema nervioso central. (22)

Tratamiento: Erradicar o controlar el padecimiento que está provocando el daño, es decir, quitar los factores causales.

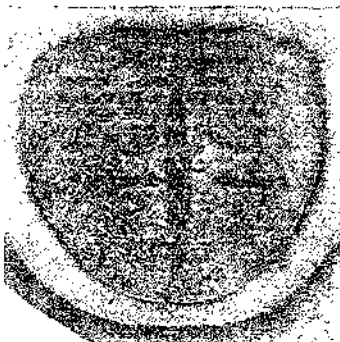


Imagen 9: Lengua fisurada.



Imagen 10: Lengua fisurada por xerostomía.

## **5.5.-Enfermedades metabólicas.**

Un grupo de enfermedades capaces de provocar aumento de volumen de la glándula salival se conoce como *sialadenosis*

### 5.5.1.- Sialadenosis:

Por lo regular afecta ambas glándulas parótidas, en la mayoría de las veces en ausencia de síntomas inflamatorios <sup>(31)</sup> . Presentan un aumento de volumen bilateral, simétrico, generalmente asintomático que a la palpación es normal o blanda e indolora. Este aumento de volumen en algunas ocasiones afecta la glándula submandibular. <sup>(35,36)</sup>

Cuando el crecimiento es más marcado existe una asimetría facial, debido a que el espacio sobre el esternocleidomastoideo y la rama mandibular, se oblitera, dando a la cara una apariencia trapezoidal y ocultando las orejas en una vista frontal.

Se menciona también que debido a la tumefacción de la glándula, el flujo puede estar disminuido, por lo que los pacientes se quejan de sequedad bucal. El flujo salival de los pacientes alcohólicos suele ser más claro <sup>(35)</sup> y su pH salival es ácido (5.5 a 6), relacionándose esta disminución de pH con un aumento de caries cervical. <sup>(36)</sup>

Las enfermedades como alcoholismo crónico, deficiencia dietética, obesidad, diabetes mellitus e hipertensión se han asociado con esta anomalía clínica de la glándula salival.

Aproximadamente un 30 a 80% de los individuos presenta cirrosis alcohólica o alcoholismo crónico e incremento de volumen asintomático de las glándulas parótidas. El crecimiento de la glándula salival se atribuye a

deficiencia crónica de proteínas, consecuencia de la desnutrición con que cursan estas personas.

En caso de hiperlipoproteinemia tipo I se ha descrito un síndrome parecido a la enfermedad de Sjögren caracterizado principalmente por aumento de volumen de la parótida con síntomas leves de resequeidad en boca y ojos. (31)

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado una relación causal clara entre consumo de alcohol y cáncer de la cavidad bucal, lengua, faringe, laringe y esófago. La mayoría han encontrado un efecto sinérgico del tabaco con el alcohol en estos cánceres, el 75% de los cuales podrían evitarse si las personas dejaran de fumar y de beber(6). El riesgo de instalación de un carcinoma en orofaringe, laringe y esófago es hasta 15 veces mayor en los sujetos alcohólicos que en los no alcohólicos. Por otra parte se ha mencionado también que este riesgo de contraer cáncer aumenta 6 veces más cuando el sujeto, además de ser alcohólico, es fumador inveterado. Habiéndose comprobado esta asociación por el hecho de que cuando existe sólo el factor tabaquismo, sin presentar alcoholismo, el porcentaje de incidencia disminuye notablemente. (36)

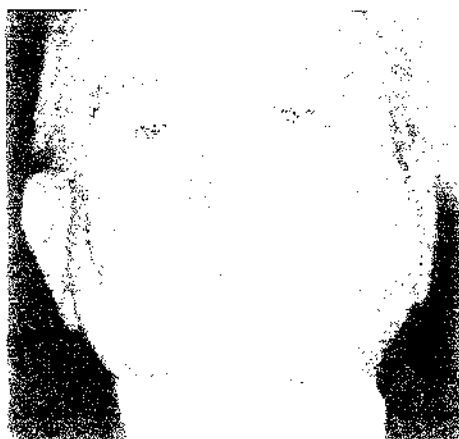


Imagen 11 : Sialadenosis en parótida

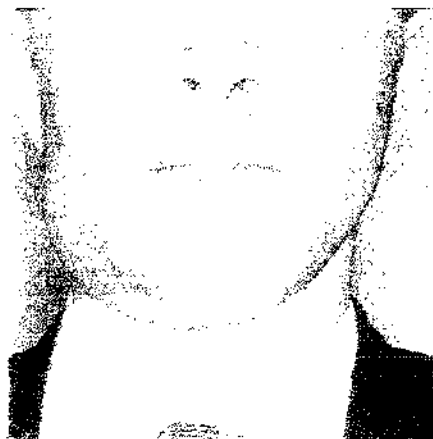


Imagen 12: Sialadenosis submandibular

## **5.6.- Lesiones precancerosas.**

La OMS las define como un tejido de morfología alterada, más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal. Dentro de ellas encontramos la leucoplasia y eritroplasia.

### 5.6.1.- Leucoplasia oral:

Schwimmer en 1887 describió por primera vez la leucoplasia oral como una placa blanca localizada en las mucosas. En 1978, la OMS la define como una placa blanca que no se desprende con el raspado y no se puede confundir clínica ni patológicamente con ninguna otra enfermedad conocida. Van de Waal et al., años más tarde, modificaron esta definición, añadiendo a lo anterior que no se asocia con agente físico o químico alguno, a excepción del tabaco.

De una u otra forma, la leucoplasia es una lesión que ha sido ampliamente analizada en diferentes estudios e incluso localizaciones como la vagina, el tracto urinario, la laringe, la córnea y el ano, entre otras.

Su prevalencia en la población general varía, encontrando cifras que oscilan entre el 0.2% y el 17%.

La edad media de los pacientes con leucoplasia es de unos 60 años, siendo el sexo masculino el más afectado en una proporción de 2:1.

Van de Waal et al. Establecieron una nueva clasificación: las leucoplasias asociadas al tabaco y las idiopáticas (sin causa conocida).

La prevalencia de las leucoplasias asociadas al tabaco es cuatro veces superior a la de las idiopáticas. Es verdad que estas lesiones desaparecen en los estadios iniciales tras eliminar los factores traumáticos; pero también es cierto que no conseguimos que desaparezcan muchas de ellas eliminando



agentes etiológicos cuando ya están insaturadas y con tiempo de evolución largo.

El tabaco puede ser la causa directa de muchas leucoplasias a través de tres mecanismos: físico, químico y mecánico. El efecto físico por el calor que se desprende, el químico por los productos derivados de la combustión del tabaco y el mecánico ocasionado por que los pacientes suelen colocarse el cigarrillo, el cigarro o la pipa casi siempre descansando en la misma posición en el labio.

Es de destacar, que suprimiendo el tabaco durante un año, en el 60% de los casos desaparecerían de forma completa las leucoplasias. También debemos tomar en cuenta el alcohol ya que se ha demostrado que los pacientes con leucoplasia consumen casi el doble de alcohol que la población general.

La localización puede ser en cualquier zona de la boca, destacándose la mucosa vestibular, zona retrocomisural, encías y borde bermellón de los labios; sobresale la característica de que las lesiones son bilaterales (en la mayor parte de los casos).

Casi no aparece sintomatología, siendo algunos datos escozor, sensación de tirantez o rugosidad en la zona. Debido a la escasa sintomatología es común que el paciente acuda a la consulta cuando su lesión ya lleva cierto tiempo de evolución.

Transformación maligna de la leucoplasia oral: Algunos factores que condicionan el desarrollo neoplásico son la edad superior a los 50 años, el hábito de fumar y ser bebedor habitual de alcohol; la localización más frecuente es en el suelo de la boca y en los bordes laterales de la lengua.

### Tratamiento:

1.- Eliminar los posibles factores etiológicos implicados en su génesis: no fumar ni beber bebidas alcohólicas. Buscaremos factores irritativos de tipo protésico o dentario eliminándolos en su caso.

2.- Practicaremos una biopsia de la lesión. Si dentro de la leucoplasia hay varias zonas sospechosas las analizaremos; entendemos por tales las superficies moteadas atrófico-erosivas. Solemos efectuarla mediante incisión con bisturí. Si se trata de una lesión pequeña, la extirparemos en el mismo acto de la biopsia.

3.- A partir de este momento nuestra actitud dependerá del resultado de la Histopatología:

a) Leucoplasia sin displasia: si es una lesión muy extensa y difícil de extirpar por métodos quirúrgicos insistiremos en eliminar los factores etiopatogénicos y volveremos a revisar al paciente a los 6 meses.

b) Si la lesión no mejora plantearemos su extirpación con láser.

Leucoplasia con displasia epitelial: Se debe proceder a su extirpación quirúrgica, valorando los márgenes para evitar áreas de carcinoma que no se hayan tomado en la biopsia previa. (37)

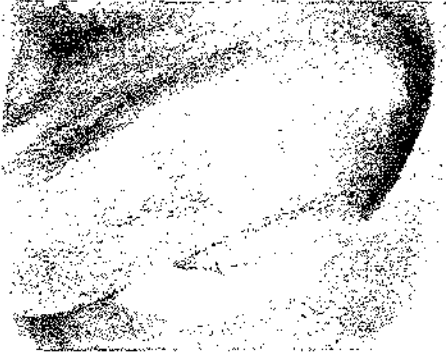


Imagen 13: Leucoplasia en  
borde de lengua

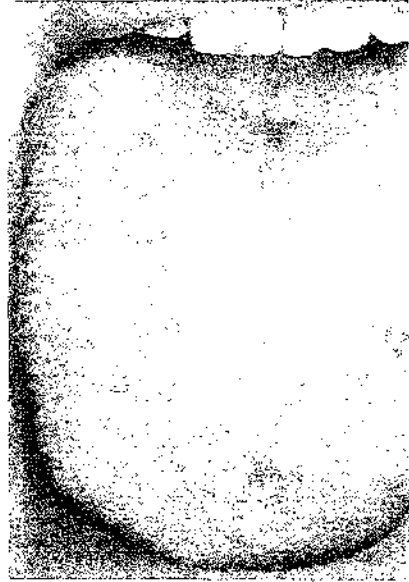


Imagen 14: Leucoplasia en dorso de  
lengua



Imagen 15: Leucoplasia en mucosa  
Bucal.

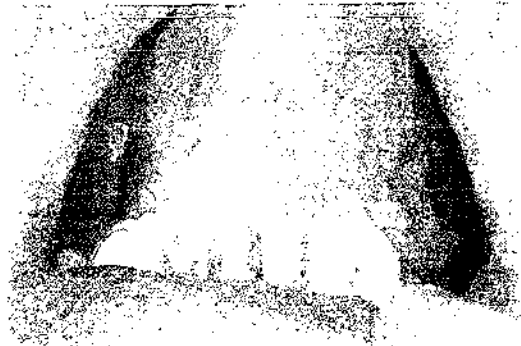


Imagen 16: Leucoplasia en piso de boca.

## 5.7.- Tumores malignos.

En sentido literal, neoplasia significa “nuevo crecimiento” o neoformación, en realidad consiste en un trastorno de crecimiento caracterizado por una proliferación de células sin aparente relación con las demandas fisiológicas del órgano involucrado, en tanto que el término tumor significa masa, bulto o crecimiento autónomo de un tejido.

De acuerdo a la conducta biológica, las neoplasias se clasifican en benignas y malignas; las neoplasias benignas se caracterizan porque las células tumorales son bien diferenciadas, de crecimiento lento, localizadas, encapsuladas y no invasoras, la mayoría de las veces dan poca sintomatología, no causan complicaciones ni atacan el estado general y raras veces llegan a ocasionar la muerte, cuando esto sucede es debido más a su localización que a su crecimiento. Por el contrario, las neoplasias malignas están compuestas por células pobremente diferenciadas y caracterizadas por tener capacidad de crecimiento progresivo y de invasión a los tejido vecinos, éstas pueden penetrar a la circulación linfática o sanguínea y diseminarse a otras partes del organismo originando tumores secundarios o metástasis. La transformación maligna de la célula normal depende directamente de la acción repetida de agentes carcinógenos físicos, químicos o virales. (38)

El alcohol ha sido identificado como un coagente, debido a su efecto tópico, las áreas mucosas que son expuestas a un contacto prolongado del alcohol son de alto riesgo para desarrollar cáncer bucal. (39)

Tratamiento: El cáncer de la boca se trata mejor con resección, radiación, o ambas. Las anomalías mas pequeñas se tratan casi siempre con excisión sola, dejando la radiación como respaldo en caso de recurrencia. Los factores que determinan cual de estas dos modalidades

debe instituirse incluyen sitio de la lesión, tipo histológico, facilidades y normas de la institución, patrones de referencia y habilidades del encargado del tratamiento.

El carcinoma bucal de células escamosas suele ser resistente a medidas quimioterápicas. Los efectos se miden usualmente en términos de regresión del tumor y no de eliminación del mismo. (31)

#### 5.7.1.- Carcinoma epidermoide:

También llamado carcinoma de células escamosas o epitelioma espinocelular es el tumor maligno más frecuente de la mucosa oral. (37,40) Comprende el 90% del total de tumores malignos de la cavidad oral.

La edad de aparición es en las últimas décadas de la vida, sobre todo en el período comprendido entre los 50 y los 70 años. Se presenta mayormente en varones.

El cáncer oral puede localizarse en cualquier área de la cavidad oral, pero existen ciertas zonas en las que se observa con mayor frecuencia, las cuales abarcan sólo el 20% del total de la superficie mucosa oral y comprenden la lengua (bordes y cara ventral), el suelo de la boca y el complejo paladar blando-pilar amigdalino.

Aunque se supone que puede existir un defecto genético en los cromosomas de estos pacientes, también se ha comprobado que la mayoría son grandes bebedores y fumadores, factores que están involucrados en el desarrollo del cáncer oral.

Algunos autores consideran al alcohol como un factor más importante que el tabaco en el desarrollo del cáncer oral <sup>(37)</sup> debido a la capacidad de irritar la mucosa y de actuar como solvente de carcinógenos, en especial los del tabaco y los propios contaminantes carcinógenos de las bebidas alcohólicas <sup>(31)</sup>. Ambos, alcohol y tabaco, parecen actuar como factores iniciadores y promotores a la vez.

El carcinoma epidermoide de la cavidad oral se inicia generalmente como una mácula o placa eritematosa de superficie lisa, aterciopelada, poco sobreelevada, que presenta un tamaño muy pequeño, observándose en ocasiones asociado a lesiones blanquecinas.

Sin embargo, el hallazgo más frecuente es el de una tumoración indurada y ulcerada, o una úlcera dolorosa o no, acompañada a menudo de adenopatías cervicales.

Este carcinoma puede presentarse bajo tres formas clínicas:

- a) Exofítico: con crecimiento de forma vegetante, hacia afuera, observándose una tumoración de superficie irregular y dura a la palpación.
- b) Endofítico: corresponde a la típica úlcera neoplásica, caracterizada por tener una forma irregular, con bordes evertidos y fondo sucio. En la palpación se percibe dureza y sensación de infiltración en los tejidos profundos.
- c) Mixto: aparecen asociadas las dos formas anteriores.

El tamaño de las lesiones es variable y oscila entre unos milímetros y varios centímetros en los casos avanzados. En general las lesiones asintomáticas suelen ser de tamaño reducido y, a medida que aumentan sus dimensiones,

pueden provocar la aparición de síntomas, fundamentalmente, dolor, hemorragias, parestesias, halitosis o movilidad de piezas dentarias.

Tratamiento: Los métodos terapéuticos mas importantes son la cirugía y la radioterapia. La quimioterapia es la tercera alternativa de tratamiento, generalmente reservada para los casos muy avanzados o en los que, debido al estado físico del paciente o a su edad no están indicados otros tipos de tratamientos. (37)

#### 5.7.1.a.- Carcinoma de piso de boca:

Es la localización intrabucal que ocupa el segundo lugar como sitio más frecuente(31) . Representa el 15 a 20% de todos los cánceres intraorales (40) . Se presenta en hombres de edad avanzada, particularmente fumadores y alcohólicos crónicos representado como una úlcera indurada e indolora que no cicatriza (31) o como una placa blanca o roja (39) de tamaño variable a un lado de la línea media (40) . También puede adoptar la forma de una placa blanca o roja. En ocasiones la lesión puede infiltrar extensamente los tejidos blandos del piso de boca, reduciendo la movilidad de la lengua. (31)

Tratamiento: Cirugía o radiación. (39)

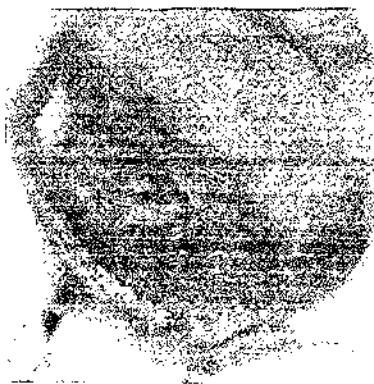


Imagen 17: Carcinoma epidermoide de piso de boca.

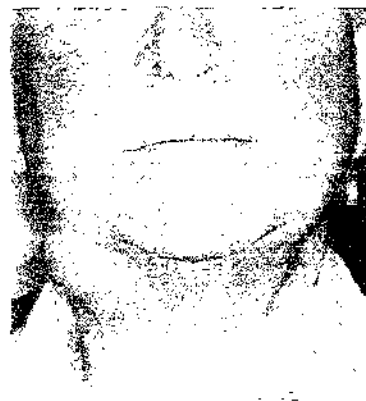


Imagen 18: Tumor submandibular

### 5.7.1.b.- Carcinoma de la lengua:

Es el carcinoma intrabucal de sitio único más común (41). Su porcentaje equivale del 25 al 50% de todos los cánceres intraorales (40). Se presenta predominantemente en varones a una edad media de 60 años. Su ubicación es en los dos tercios anteriores de la lengua y suele surgir de una anomalía crónica de la mucosa como glositis atrófica, alteración liquenoide o leucoplasia. Casi todos los carcinomas de la lengua se detectan como una masa indolora, ulcerada o descamada o una lesión exofítica. El paciente suele referir dolor local y a la deglución (disfagia) y una masa en el cuello. Como causas se relacionan los traumatismos físicos, el alcohol, el tabaquismo y la Candidiasis cuando menos como cocarcinógenos. (41,31)

Tratamiento: Cirugía o radioterapia, o una mezcla entre ambas. (39)

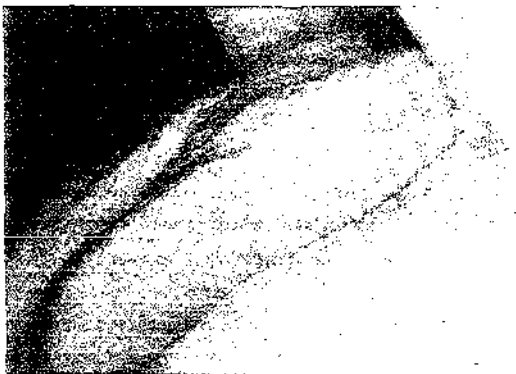


Imagen 19: Carcinoma en borde de lengua



Imagen 20: Carcinoma en superficie inferior de lengua.



Imagen 21: Carcinoma en borde de lengua



### 5.7.1.c.- Carcinoma de labio:

En el labio se presenta el 30% de los cánceres de la cavidad bucal, siendo el labio inferior alterado en el 95% de los casos; mientras que el labio superior es afectado minimamente, pero siendo en ésta localización más agresivo.

El carcinoma epidermoide es el tipo más común en esta región y se presenta en tres diferentes formas: exofítico (el más frecuente), ulcerante y verrucoso; en gran número son del tipo histológico bien diferenciado y de crecimiento lento.

Los rangos de curación para el cáncer de labio son generalmente excelentes especialmente si se trata de pequeñas lesiones (menores de 2 cm. de diámetro). (37)

Tratamiento: Suele emplearse la extirpación quirúrgica o la radiación. (38)

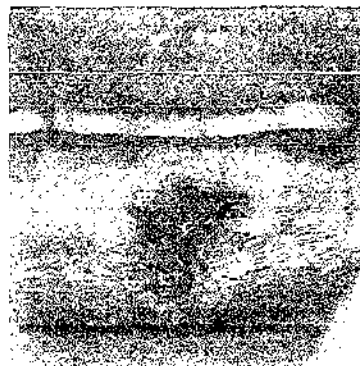


Imagen 22 y 23 : Carcinoma de labio

5.7.1.d.- Carcinoma de la mucosa bucal:

Comprende toda la mucosa bucal y los surcos bucales superior e inferior excluyendo la comisura labial.

Las lesiones exofíticas pueden tener una apariencia benigna y no invaden los tejidos blandos, las lesiones ulcerativas penetran rápidamente los tejidos subyacentes y envuelven músculos, hueso y piel. (31)

Tratamiento: Cirugía o radioterapia. (39)

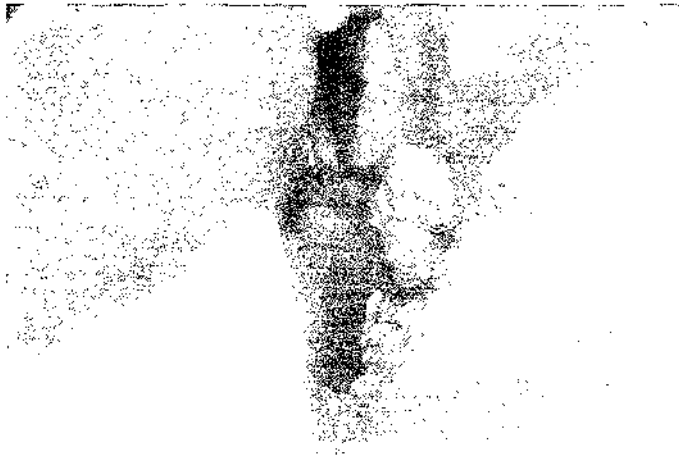


Imagen 24: Carcinoma en mucosa bucal.

## 6.- ALCOHOLISMO EN LA VEJEZ

Consideramos alcohólicos en geriatría a las personas envejecidas con problemas físicos, mentales y sociales en relación con el consumo del alcohol, aunque no sean propiamente dependientes de éste, teniendo más en cuenta los daños que ocasiona a la salud del individuo y a la convivencia social y familiar que a la cuantía y calidad de las bebidas que toma ése.

Toda persona que no es capaz de modificar su hábito alcohólico, aún con una intención decidida de suprimirlo, debe ser considerado enfermo alcohólico, y desde el punto de vista geriátrico interdisciplinario, se debe tener en cuenta no sólo la dependencia, sino también la incapacidad del individuo, que al consumir alcohol se agrava empeorando sus problemas de salud física y mental, así como sus relaciones con el entorno. (1)

Es importante hacer conciencia que la proporción de ancianos de 60 años está aumentando rápidamente. Actualmente se estima que la población anciana es de aproximadamente 1 por cada 10 personas en el mundo, al mismo tiempo que se ha registrado que las mujeres viven más que los hombres y que la proporción de mujeres ancianas está aumentando. (18)

Posiblemente, ésta sea una causa de que se nos reporte un mayor índice de mujeres alcohólicas en la actualidad.

En la senectud encontramos alcohólicos que lo eran antes de llegar a viejos, y otros que se hicieron tales al jubilarse o tiempo después de su jubilación. El anciano bebedor suele ser tolerado familiar y socialmente, mientras su salud no sea preocupante y sobre todo mientras no cree conflictos relacionales. La mayoría de los bebedores de edad avanzada, especialmente las mujeres, ocultan su adicción al alcohol, tanto si viven solos como en residencias, de

forma que cuando sus familiares o allegados descubren el problema muestran gran sorpresa. (1)

El alcoholismo es un trastorno destructivo y devastador en cualquier época de la vida, pero cuando ocurre en edades avanzadas tiene consecuencias mucho más trágicas. Las dificultades con el alcohol entre los ancianos son más comunes de lo que se cree.

Se ha dicho que la edad senil es la época en la que el hombre puede alcanzar su mejor momento, libre de la tarea de ganarse la vida, de la ansiedad de mantener un trabajo y de tener que complacer a los demás; así también las personas mayores tienen la oportunidad de vivir de sus negocios y de emplear su tiempo de la manera más placentera y recreativa. En lugar de ello, las personas que se han hecho adictas al alcohol están atrapadas en la necesidad de conseguir la bebida. Sus pensamientos y acciones están centrados en esa sustancia y la persona se ve inmersa en un ciclo de beber para sentirse bien y para evitar el síndrome de abstinencia y el dolor. Como consecuencia de la adicción la persona está cada vez más aislada de la familia y los amigos, económicamente arruinadas y físicamente enferma. El alcoholismo en los viejos acelera el proceso de envejecimiento y acorta la esperanza de vida. (19)

Muchos de los ancianos sufren de soledad, pérdida del cónyuge u otros seres queridos, ansiedad, deterioro físico y mental, y problemas por mala salud con la consecuente disminución de sus actividades significativas y de sus intereses recreacionales. Es por esa razón que las personas mayores se vuelven dependientes al alcohol como diversión usándolo como agente ansiolítico y como sedante, ya que uno de sus efectos inmediatos consiste en la inducción del sueño (42) . Es la droga más utilizada por los ancianos, debido a sus efectos sobre el sistema nervioso central.

Los problemas por el abuso del alcohol en las personas seniles se agravan por la disminución de la tolerancia al alcohol que se desarrolla con la edad. Más aún, muchas personas de edad avanzada agravan su situación alcohólica debido a que consumen sedantes y tranquilizantes suaves que les recetan sus médicos. Todas estas drogas se eliminan con mayor lentitud conforme pasan los años.

En general, existen dos categorías de personas de edad avanzada que abusan de la bebida. Algunas han sido dependientes al alcohol desde épocas más tempranas de sus vidas y al llegar a viejos continúan su patrón de consumo excesivo. Otros no incrementan su abuso sino hasta llegar a viejos. Su ingestión de alcohol es casi siempre a escondidas y con frecuencia reprochada por sus familiares. (6)

Algunos estudios han demostrado que los alcohólicos ancianos consumen menos alcohol cada vez que beben que los alcohólicos más jóvenes, pero son más dados a beber diario. La frecuencia de bebida no disminuye con la edad, pero la media de copas consumidas en cada ocasión sí disminuye. (42)

El anciano que ha estado bebiendo toda su vida parece ser una persona con una notable resistencia, pues ha sobrevivido a los efectos a largo plazo del alcohol. Sin embargo, casi todos ellos presentan una o más de las consecuencias de la ingesta crónica del alcohol como son enfermedades neurológicas o vasculares, síndrome orgánico cerebral o enfermedad hepática.

Mishara y Kastenbaun agrupan una gran gama de problemas alcohólicos en los ancianos:

- Resaca, lagunas amnésicas.
- Dependencia psicológica del alcohol.

- Problemas de salud y accidentes relacionados con el consumo de alcohol.
- Problemas financieros.
- Problemas con la esposa y los parientes.
- Problemas con los amigos y vecinos.
- Problemas en el trabajo.
- Problemas con la política y la ley. (19)

## **7.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Se considera de vital importancia el análisis de relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y la aparición de ciertas lesiones bucales. Es por ello, que es relevante conocer su prevalencia dentro de nuestra población de estudio y sus manifestaciones en la misma.

## 8.- JUSTIFICACIÓN

Es bien conocido que el alcoholismo es un problema de salud mundial y es alarmante que las cifras estadísticas reflejen un aumento en la cantidad de consumo de alcohol así como los sujetos que lo ingieren en forma regular, y en particular en México que tiene el segundo lugar en número de individuos alcohólicos en América Latina. La importancia de este hecho se pone de manifiesto cuando analizamos las cifras del número de pacientes atendidos en el servicio odontológico de consulta privada, siendo significativo el aumento de personas de edad avanzada que acuden a revisión por malestares típicos de la ingesta de bebidas alcohólicas de forma crónica.

La gran cantidad de personas alcohólicas en nuestro país justifica plenamente la necesidad de conocer y difundir entre los núcleos médicos y odontológicos las descripciones de las alteraciones que esta enfermedad provoca tanto a nivel sistémico, como orofacial, así como la creación de campañas de odontología preventiva, tanto a nivel privado como institucional, en las cuales, la educación para la salud bucal será de vital importancia al querer educar a los paciente para la prevención de los padecimientos ocasionados por esta enfermedad.

DE LA UNIVERSIDAD  
DE CALZAHUATEL



## **9.- OBJETIVOS**

### **9.1.- Objetivos generales.**

- Conocer la frecuencia del uso de bebidas alcohólicas y su relación con la aparición de lesiones bucales en pacientes que acuden a la clínica de odontogeriatría de la facultad de odontología (U.N.A.M.)

### **9.2.- Objetivos específicos.**

- Conocer el inicio, frecuencia y duración del hábito alcohólico en pacientes de la clínica de odontogeriatría.

- Conocer la variable sociodemográfica del grupo de estudio.

- Determinar la presencia o ausencia de lesiones bucales en los pacientes.

## **10.- METODOLOGÍA**

### **10.1.- Material y métodos.**

Esta investigación realizó con pacientes que llegaron a la clínica de Odontogeriatría y que tenían antecedentes de hábito alcohólico. Se les realizó una inspección clínica con el objeto de identificar posibles lesiones bucales relacionadas al hábito ya mencionado.

Además, se diseñó un cuestionario (anexo 1) con las variables de estudio y se les aplicó a los pacientes que tenían o tienen el hábito alcohólico. El análisis estadístico se realizó con el programa Excel.

### **10.2 .- Tipo de estudio.**

Es un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

### **10.3 .- Población de estudio.**

Estuvo constituida con los pacientes que llegaron a solicitar atención a la clínica de odontogeriatría y que tenían o tienen el hábito alcohólico.

### **10.4 .- Muestra.**

Fue de cinco pacientes.

### **10.5 .- Variables de estudio.**

- Edad.
- Sexo.
- Estado Civil.
- Ocupación.
- Inicio, frecuencia y duración del hábito.
- Tipo de bebidas.
- Cantidad bebida en cada ocasión.
- Manifestaciones bucales.
- Consecuencias sistémicas por consumo de alcohol.
- Reacciones sistémicas presentadas con mayor frecuencia por consumo de alcohol.

### **10.6 .- Criterios.**

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años, de ambos sexos.
- Presentar el hábito alcohólico actualmente o en el pasado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes de mas de 60 años que nunca tuvieron el hábito de consumo de alcohol.

### **10.7 .-Recursos.**

Recursos humanos:

- Una pasante de odontología

- Cinco pacientes de la clínica de odontogeriatría
- Una tutora C.D. y un asesor C.D.

Recursos materiales:

- Encuestas.
- Copias de artículos.
- Rollos de cámara fotográfica.
- Espejo, explorador y pinzas.
- Computadora: Word, Excel, Power point, Hp Precision Scan LT
- Plumas.

Recursos físicos o de infraestructura:

- Clínica de Odontogeriatría.
- Biblioteca de la Facultad de odontología.
- Biblioteca de la Facultad de medicina.

## 11.- RESULTADOS

En esta investigación la población de estudio estuvo conformada exclusivamente por hombres (100%).

La edad de los pacientes fue:

Con 60 años un 20%

Con 61 años un 20%

Con 62 años un 20%

Con 73 años un 20%

Con 75 años un 20%

(Gráfica 1)

En relación al estado civil, el 60% esta casado y un 40% viudo.

(Gráfica 2)

En este estudio, un 60% es jubilado, un 20% comerciante y un 20% panadero.

(Gráfica 3)

Referente al inicio del consumo del hábito alcohólico, se encontró que el 60% de la población lo inicio entre los 16 y los 20 años de edad, y el 40% antes de los 15 años de edad.

(Gráfica 4)

En cuanto al tipo de bebidas consumidas el 80 % reportó haber ingerido todos los tipos de sustancias alcohólicas (Cerveza, pulque, ron, vodka, tequila, whisky, licores, vino de mesa, brandy, etc.), mientras que el 20% solo tomó cerveza.

(Gráfica 5)

La frecuencia con la cual fueron ingeridas las bebidas alcohólicas fue:

1 a 3 veces por semana el 20%

4 a 7 veces por semana el 40%

Todos los días del año el 40 %

(Gráfica 6)

La cantidad consumida por ocasión fue:

De 5 a 7 copas el 40%

De 3 a 4 botellas el 60%

(Gráfica 7)

La duración del consumo de bebidas alcohólicas en estado activo del enfermo fue:

30 a 40 años 60%

Más de 40 años 40%

(Gráfica 8)

Las reacciones a nivel sistémico que se presentaron con mayor frecuencia debidas al consumo de alcohol son:

Falta de apetito 20%

Falta de sueño 40%

Temblo leve - moderado 20%

Sudoración leve - moderada 20%

Sudoración severa 20%

Náusea y vómito 100%

Deseo intenso de ingerir alcohol 80%

Pérdida de memoria reciente 80%

Alucinaciones terrorífica sin delirio 20%

Cambio de conducta 80%

Abandono de actividades 60%

(Gráfica 9)

Por otra parte, las manifestaciones bucales encontradas en los enfermos fueron :

Placa dentobacteriana y cálculo periodontal 80%

Pérdida de dientes 100%

Caries de 2°, 3° y 4° grado 80%  
Lengua fisurada 20%  
Gingivitis 40%  
Periodontitis 40%  
Xerostomía 60%  
Cáncer de glándula sublingual 20%

(Gráfica 10)

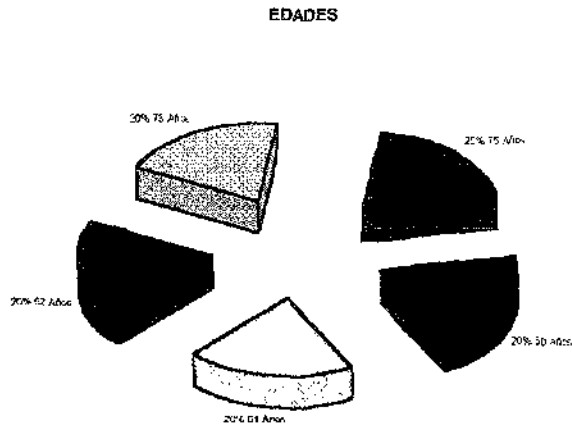
Dentro de las consecuencias sistémicas reportadas por el consumo de alcohol tuvimos :

Cirrosis 20%  
Accidentes de vida o muerte 40%  
Ninguna 40%

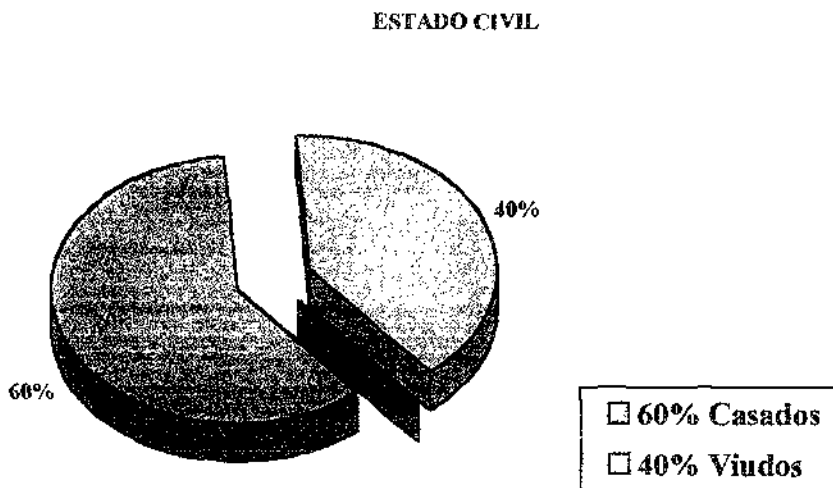
(Gráfica 11)

## 12.-GRÁFICAS

GRÁFICA 1: Pacientes geriátricos con hábito alcohólico.  
Clínica de Odontogeriatría, U.N.A.M.  
- EDAD.

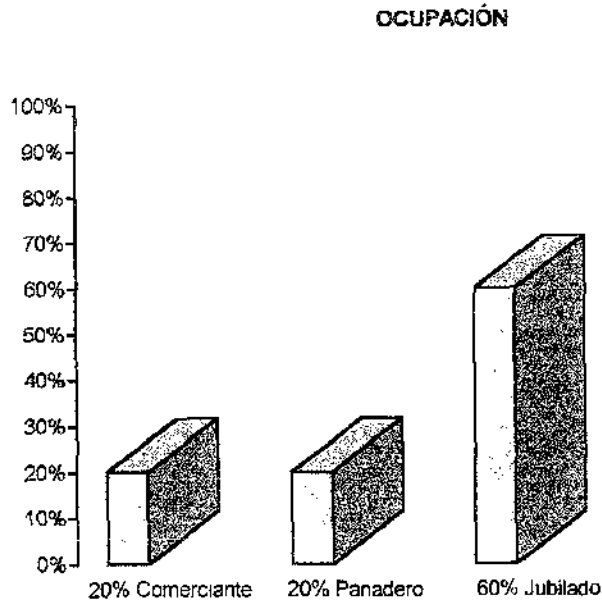


GRÁFICA 2: Pacientes geriátricos con hábito alcohólico.  
Clínica de Odontogeriatría, U.N.A.M.  
- ESTADO CIVIL.

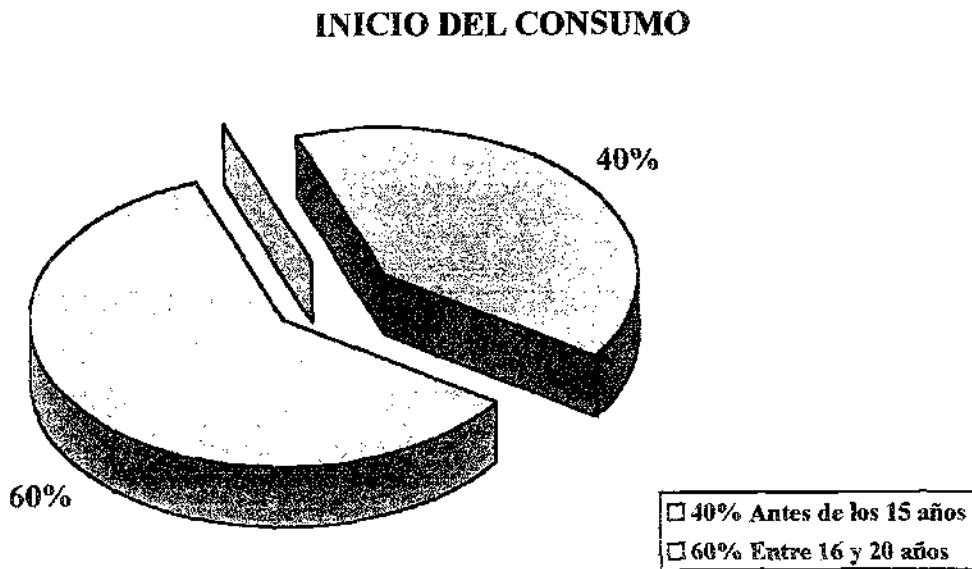




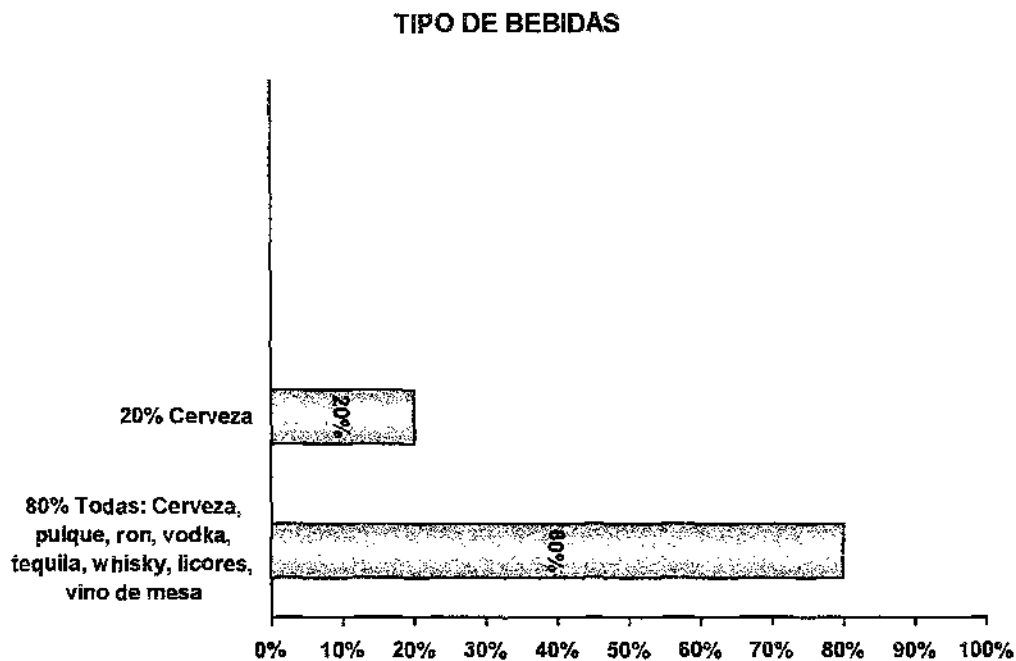
GRÁFICA 3: Pacientes geriátricos con hábito alcohólico.  
Clínica de Odontogeriatría, U.N.A.M.  
- OCUPACIÓN.



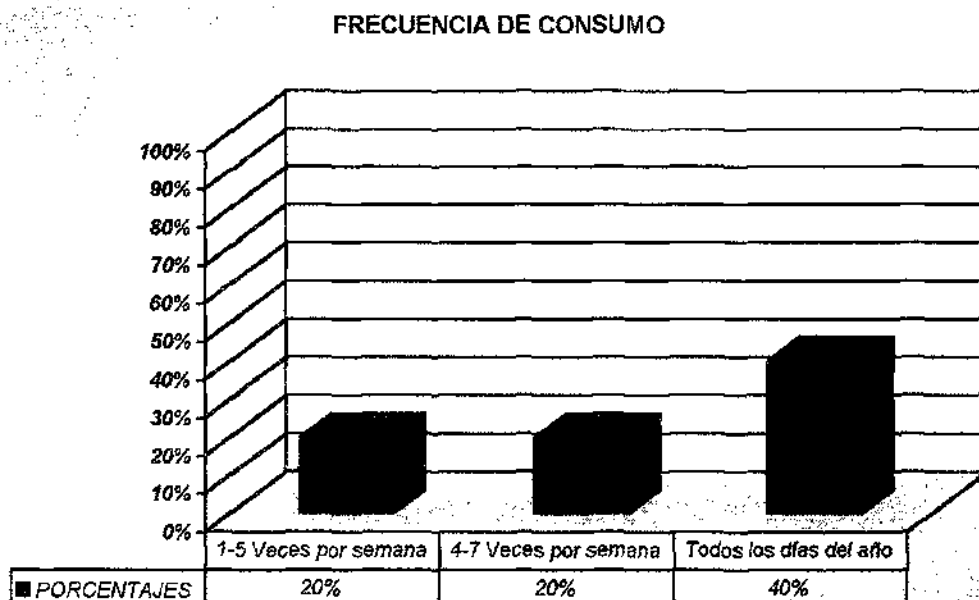
GRÁFICA 4: Pacientes geriátricos con hábito alcohólico.  
Clínica de Odontogeriatría, U.N.A.M.  
- INICIO DEL CONSUMO.



GRÁFICA 5: Pacientes geriátricos con hábito alcohólico.  
 Clínica de Odontogeriatría, U.N.A.M.  
 - TIPO DE BEBIDAS.

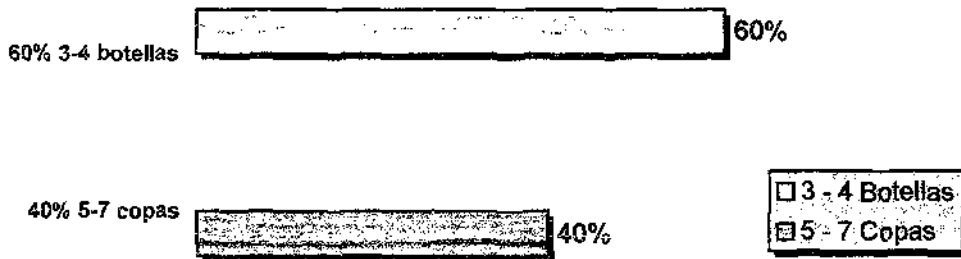


GRÁFICA 6: Pacientes geriátricos con hábito alcohólico.  
 Clínica de Odontogeriatría, U.N.A.M.  
 - FRECUENCIA DE CONSUMO.



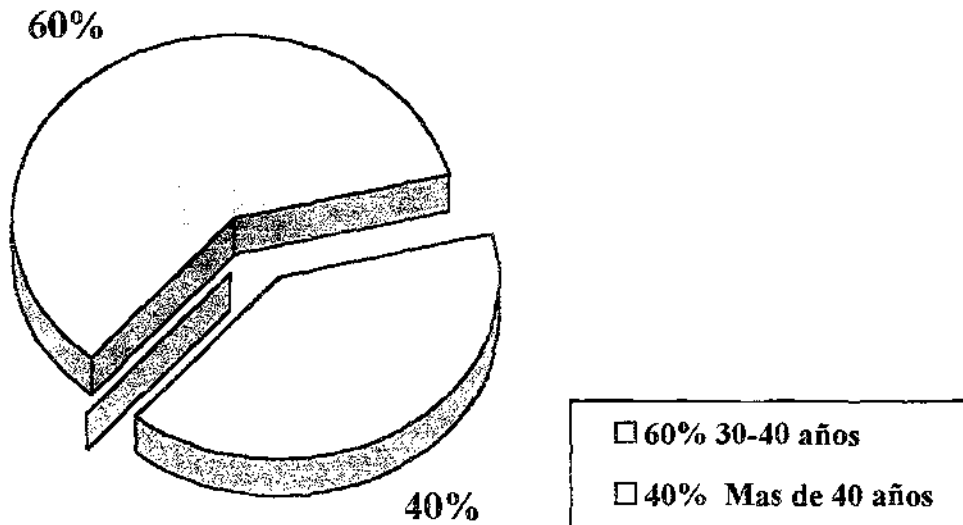
GRÁFICA 7: Pacientes geriátricos con hábito alcohólico.  
Clínica de Odontogeriatría, U.N.A.M.  
- CANTIDAD BEBIDA POR OCASIÓN.

**CANTIDAD BEBIDA POR OCASIÓN**

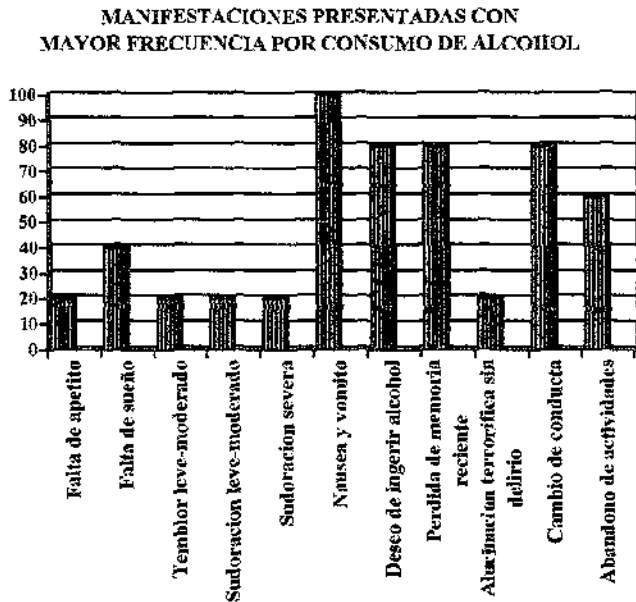


GRÁFICA 8: Pacientes geriátricos con hábito alcohólico.  
Clínica de Odontogeriatría, U.N.A.M.  
- DURACIÓN DEL CONSUMO.

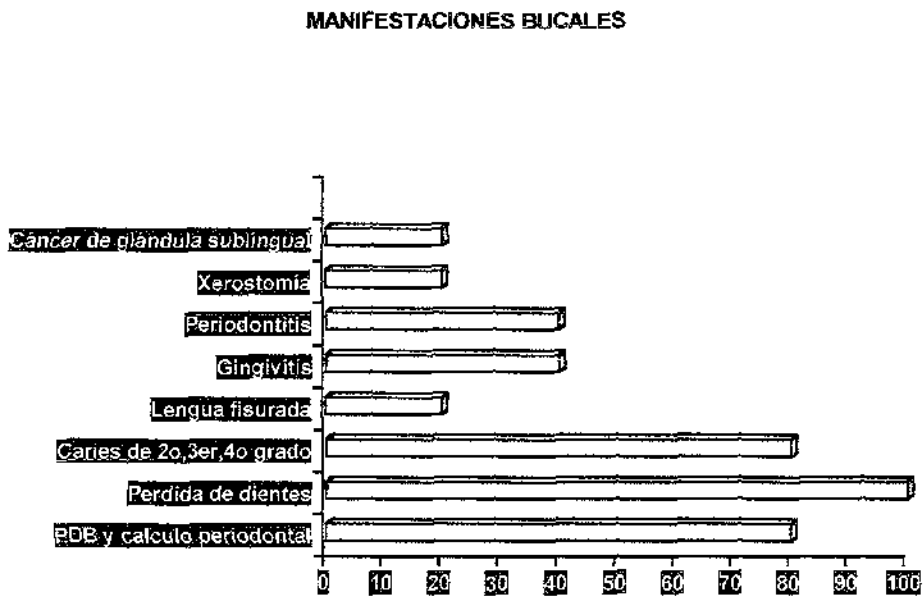
**DURACION DEL CONSUMO**



**GRÁFICA 9: Pacientes geriátricos con hábito alcohólico.**  
**Clinica de Odontogeriatría, U.N.A.M.**  
**- REACCIONES SISTÉMICAS.**

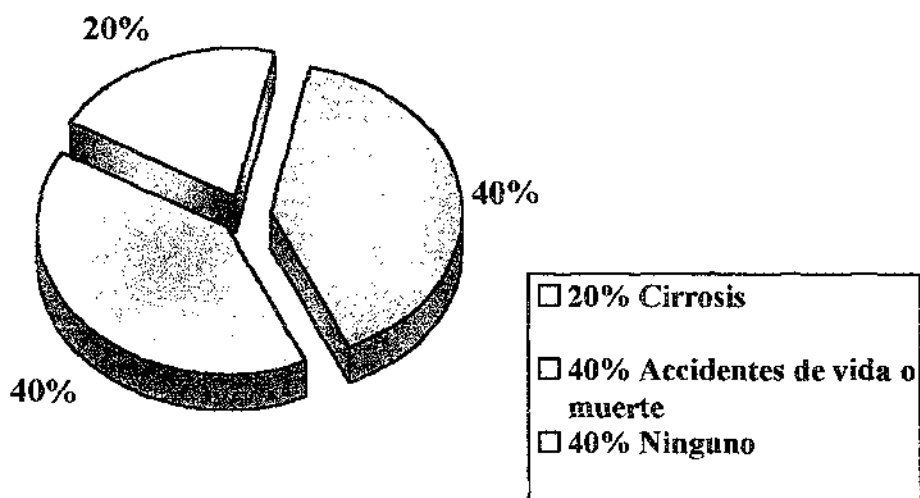


**GRÁFICA 10: Pacientes geriátricos con hábito alcohólico.**  
**Clinica de Odontogeriatría, U.N.A.M.**  
**- MANIFESTACIONES BUCALES.**



GRÁFICA 11: Pacientes geriátricos con hábito alcohólico.  
Clínica de Odontogeriatría, U.N.A.M.  
- CONSECUENCIAS SISTÉMICAS.

CONSECUENCIAS SISTÉMICAS POR CONSUMO DE  
ALCOHOL



## 13.- CONCLUSIONES

En relación a la variable ocupación con la cantidad y duración del consumo alcohólico, se pudo observar que aquellos individuos que se dedican a alguna actividad en la actualidad fueron los que tuvieron un grado de alcoholismo mayor en comparación con aquellos que actualmente son jubilados.

El inicio del consumo a tan temprana edad es un factor determinante en el desarrollo de lesiones tanto bucales como sistémicas.

Existieron individuos (casi la totalidad del grupo de estudio) que ingirieron todos los tipos de bebidas alcohólicas que existían en el mercado, incluyendo incluso, alcohol de 96° el cual sirve para desinfectar heridas.

Hubo una frecuencia muy grande en la ingesta de bebidas alcohólicas llegando a ser diario. Las personas que así lo hicieron mostraron daños más severos que aquéllas que no.

También, la gran cantidad de bebidas que manifestaron los pacientes que ingerían nos dio como resultado la presencia de diversas lesiones tanto orgánicas como bucales.

La duración del consumo fue extensa, facilitando el desarrollo de lesiones.

Se encontraron consecuencias bucales graves como el cáncer de piso de boca, y sistémicas como la cirrosis.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Salgado Alberto ,Guillén Francisco : Manual de geriatría. Edit. Salvat, Barcelona, España, 1994.
- 2.- Franks, A.S.T., Hedegard Bjorn: Odontología geriátrica. Edit. Labor, Barcelona, España, 1976.
- 3.- Coni N, Davison W, Webster S.: Geriatría. Edit. Manual moderno, México, D.F., 1990.
- 4.- Bates, J. F., Adams, D., Stafford G.D.: Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. Edit. El manual moderno, México, D.F., 1986.
- 5.- Waishe Thomas M.: Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica. Edit. Interamericana, México, D.F., 1987.
- 6.- Piédrola Gil G. y otros: Medicina preventiva y salud pública. Salvat, Masson. Barcelona, España. 9ª edición. 1991.
- 7.- Velazco Fernández R. Esa enfermedad llamada alcoholismo. Edit. Trillas, México, D.F., 1992.
- 8.- Hewitt Brenda G.: The creation of the national institute on alcohol abuse and alcoholism. Responding to America's alcohol problem. Alcohol health and research world, National institutes of health, Vol. 19, No. 1, 1995.

9.- Hewitt Brenda G.: National institute on alcohol abuse and alcoholism. Responding to America's alcohol problem. Alcohol health and research world, National institutes of health. Vol. 20, No. 2, 1997.

10.-Frenk J.: Economía y salud. Fundación mexicana para la salud, México, 1994.

11.-DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA: Encuesta Nacional de Adicciones, Secretaría de Salud, México, 1998.

12.-DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: Estadísticas vitales. Mortalidad. Secretaría de Salud, México, 1998.

13.-Solís L., Vélez A., Berumen D. Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México. Salud mental. 2000; Junio V.23 No.3.

14.-Dehart SS, Hoffmann NG: Screening and diagnosis: Alcohol use disorders in older adults. Springer 25-53, Nueva York, 1997.

15.- Guerra A. J.: El alcoholismo en México. Archivo del fondo de cultura económica. México, D.F., 1977.

16.- Ávila I. C.: El alcoholismo en México III. Memorias del seminario de análisis. Aspectos de salud pública. Fundación de investigaciones sociales, A.C., México, 1983.



- 17.-Council on Scientific affairs of the American medical association: Alcoholism in the elderly: Council report. American medical association, 1996.
- 18.- Yáñez Borges S. A.: Prevalencia de caries coronal y radicular en una población anciana de la ciudad de México. División de estudios de postgrado e investigación, 1999. Año 3, No. 9, enero-marzo.
- 19.- Estés J. Nada, Heinemann M. Edith: Alcoholismo: desarrollos, consecuencias y tratamientos. Edit. McGraw-Hill, Madrid, España, 1989.
- 20.-Centro de estudios sobre alcohol y alcoholismo (CESAAL). Las bebidas alcohólicas y la salud. Edit. Trillas, México D.F., 1991.
- 21.- Braunwald Eugene y otros: Harrison: Principios de medicina interna. Edit. McGraw-Hill, México, D.F., 11a. edición, 1989.
- 22.- Gaitán L. A., Aguirre A., Portilla J.: Alcoholismo crónico y cavidad oral. Facultad de odontología, UNAM, julio- diciembre, 1985:
- 23.- Miranda Gómez A.: Cambios morfológicos en el sistema dentario asociados a la alcoholización crónica en ratas. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, 1990. Tesis (Maestría en Odontología).
- 24.- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Tratamiento del Síndrome de Abstinencia del Alcohólico. Guía para médicos generales.

- 25.- Gaitán Cepeda L.A., Labrada Lara S.: El alcoholismo, la enfermedad. Una revisión sobre los aspectos etiológicos actuales. *Práctica odontológica* Vol. 14, No. 10.
- 26.- Madden J. S. : Alcoholismo y farmacodependencia. Edit. El manual moderno, México, D.F., 1986.
- 27.-Pérez Tamayo R.: El alcoholismo en México I. Patología. Fundación de investigaciones sociales, A.C., México, 1982.
- 28.- Pietro de Nicola: Geriatria. Edit. El manual moderno, México, D.F., 1985.
- 29.- Berkov Robert , Fletcher Andrew : El manual Merck, diagnóstico y terapéutica. Edit. Mosby/Doyma, Madrid, España, 9ª. Edición, 1994.
- 30.- Soubiran, J. M., Guilbert R.: Rhinophyma. *Actual odontostomatology*. Paris, 1976.
- 31.- Regezi Joseph A. , Sciubba James J. : Patología bucal. Edit. McGraw-Hill, Philadelphia, Pennsylvania, 3a. edición, 1999.
- 32.- Fernández Varela M.H.: El alcoholismo en México III. Memorias del seminario de análisis. Aspectos de salud pública. Fundación de investigaciones sociales, A.C., México, 1983.
- 33.- Larato D.C.: Oral tissue changes in the chronic alcoholic. *Journal of periodontology*. 1972;43 (12).
- 34.- Guevara L.: El alcoholismo en México I. Patología. Fundación de investigaciones sociales, A.C., México, 1982.

- 35.- Banderas J.A., Gaitán L.A., Las glándulas salivales parótidas y su relación con el alcoholismo crónico. *Práctica odontológica*. Vol. 8 No. 1.
- 36.- Gaitán L. A., Aguirre A., Portilla J.: Alcoholismo crónico y cavidad oral. *Rev. Facultad de odontología, UNAM*, julio- diciembre, 1985.
- 37.- Bagán Sebastián y otros: *Medicina oral*. Edit. Masson, Barcelona, España, 1985.
- 38.- American Joint Committee on Cancer. *Manual for Staging of Cancer*. J.B. Lippincott co. , Philadelphia, 4a. edición, 1992.
- 39.- Jovanovic et al. :tobacco and alcohol related to the anatomical site of oral squamous cell carcinoma. *J. Oral Pathol Med*. 1993; 22 (10).
- 40.- Papas Atena S., Niessen Linda C. et al.: *Geriatric Dentistry. Aging and Oral Health*. Edit. Mosby Year Book, St. Louis, E.U.A., 1991.
- 41.- Lynch Malcolm A. y otros: *Medicina bucal de Burket*. Edit. McGraw-Hill, Pennsylvania, U.S.A., 9ª. Edición. 1994.
- 42.- Blazer Dan G. : *Síndromes depresivos en Geriatria*. Edit. Doyma, Barcelona, España, 1984.
- 43.- Tyldesley W.R.: *Atlas de enfermedades orofaciales*. Edit. Mosby, España, Madrid, 1992.
- 44.- Pindborg J.J.: *Atlas de enfermedades de la mucosa oral*. Edit. Masson-Salvat, Barcelona, España, 5ª. Edición, 1992.

## ANEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

### Cuestionario estadístico

NOTA: Por favor conteste con la verdad a las siguientes preguntas, la información obtenida será confidencial y sólo servirá para fines estadísticos.

1.- EDAD: \_\_\_\_\_

2.- SEXO: \_\_\_\_\_

3.- EDO. CIVIL:..... \_\_\_\_\_

- 1.- Soltero
- 2.- Casado
- 3.- Divorciado

- 4.- Separado
- 5.- Viudo
- 6.- Unión libre

4.- OCUPACIÓN:..... \_\_\_\_\_

- 1.- Obrero
- 2.- Comerciante
- 3.- Carrera técnica

- 4.- Empleado público
- 5.- Licenciatura
- 6.- Otra, especifique: \_\_\_\_\_

5.- ¿CUÁNDO INICIÓ SU CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS?..... \_\_\_\_\_

- 1.- Antes de los 15 años
- 2.- Entre los 16-20 años
- 3.- Entre los 21-30 años
- 4.- Entre los 30-40 años
- 5.- Entre los 41-50 años

- 6.- Entre los 51-60 años
- 7.- Entre los 61-70 años
- 8.- Entre los 71-80 años
- 9.- Más de 80 años

6.-¿QUÉ TIPO DE BEBIDAS ACOSTUMBRÓ TOMAR EN MAYOR CANTIDAD? \_\_\_\_\_

- |             |                              |
|-------------|------------------------------|
| 1.- Cerveza | 6.- Whisky                   |
| 2.- Pulque  | 7.- Licores                  |
| 3.- Ron     | 8.- Vino de mesa             |
| 4.- Vodka   | 9.- Otro, especifique: _____ |
| 5.- Tequila |                              |

7.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA INGERÍA ESTAS BEBIDAS?.....\_\_\_\_\_

- 1.- 1-3 veces por semana
- 2.- 4-7 veces por semana
- 3.- Todos los días del año

8.-¿QUÉ CANTIDAD DE BEBIDA ALCOHÓLICA TOMABA EN CADA OCASIÓN? \_\_\_\_\_

- |                |                      |
|----------------|----------------------|
| 1.- 1-2 copas  | 5.- 1-2 botellas     |
| 2.- 3-4 copas  | 6.- 3-4 botellas     |
| 3.- 5-7 copas  | 7.- 5 o más botellas |
| 4.- 8-11 copas |                      |

9.- ¿CUÁNTO TIEMPO DURÓ SU CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? \_\_\_\_\_

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1.- 1-6 meses     | 5.- 11-20 años     |
| 2.- 7 meses-1 año | 6.- 20-30 años     |
| 3.- 2-5 años      | 7.- 30-40 años     |
| 4.- 6-10 años     | 8.- Más de 40 años |

10.- DE LOS SIGUIENTES ESTADOS, MARQUE AQUÉLLOS POR LOS QUE HA PASADO CON MAYOR FRECUENCIA:

- Falta de apetito.....\_\_\_\_\_
- Falta de sueño.....\_\_\_\_\_
- Temblores leve-moderado.....\_\_\_\_\_
- Temblores severos.....\_\_\_\_\_
- Sudoración leve-moderada.....\_\_\_\_\_
- Sudoración severa.....\_\_\_\_\_
- Náuseas.....\_\_\_\_\_
- Náusea y vómito.....\_\_\_\_\_
- Agitación y angustia severa.....\_\_\_\_\_
- Deseo muy intenso de ingerir alcohol.....\_\_\_\_\_
- Pérdida de la memoria para hechos recientes.....\_\_\_\_\_
- Antecedentes de lagunas mentales.....\_\_\_\_\_
- Antecedentes de convulsión.....\_\_\_\_\_
- Alucinaciones terroríficas acompañadas de delirio.....\_\_\_\_\_
- Alucinaciones terroríficas en ausencia de delirio.....\_\_\_\_\_
- Cambios de conducta (agresividad, depresión, felicidad, inconsciencia)..\_\_\_\_\_
- Abandono de actividades: trabajo, familiares, de pareja.....\_\_\_\_\_

11.- ¿HA TENIDO ALGUNA MANIFESTACIÓN BUCAL DE LAS SIGUIENTES? \_\_\_\_\_

- |                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1.- Comezón lingual              | 4.- Inflamación de las mejillas |
| 2.- Imposibilidad para hablar    | 5.- Inflamación de la lengua    |
| 3.- Úlceras en alguna zona bucal | 6.- Otra, especifique: _____    |

12.- ESPECIFIQUE SI HA TENIDO ALGUNA CONSECUENCIA GENERAL POR EL CONSUMO DE ALCOHOL: \_\_\_\_\_

- |                                       |                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1.- Cirrosis                          | 4.- Accidentes de vida o muerte |
| 2.- Pancreatitis                      | 5.- Otra, especifique: _____    |
| 3.- Anemia                            | 6.- Ninguna                     |
| 5.- Parálisis en alguna zona corporal |                                 |