



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA

INCORPORADA A LA UNAM

No. DE ACUERDO CIRE 12/11 DE FECHA 24 DE MAYO DE 2011

CLAVE 8968 – 22

“PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN TEJIDOS DUROS EN PACIENTES CON ADICCIONES A MARIHUANA Y COCAINA DEL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL (CIJ) DE TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017”

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

P.C.D. LORENA OLMOS PLATA

P.C.D. HUGO ARTURO RIVAS ORTIZ

ASESOR DE TESIS

C.D RICARDO PONCE VALENCIA

IXTLAHUACA, ESTADO DE MEXICO, Mayo 2018“





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias

Lorena Olmos Plata:

Este trabajo está dedicado a mis padres: Luis Olmos y Oliva Plata, que siempre han sido un ejemplo a seguir, unos padres maravillosos y amorosos, aun sabiendo que mil palabras no bastan para agradecer, su apoyo, sus consejos y su comprensión en los momentos más difíciles. También por todos esos regañones que siempre fueron pensando en mi bienestar. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación en la vida, las ganas de salir adelante y realizarme como profesionalista, gracias por compartir mis penas y mis alegrías, por estar siempre con los brazos abiertos y una palabra de aliento para continuar luchando a pesar de las adversidades, por creer en mí en todo momento. A ustedes les debo verme hoy convertida en Cirujano Dentista, para conquistar nuevas metas y lograr la realización personal. Con ustedes felizmente lo comparto que dios los bendiga y los guarde para siempre. Los amo.

Hugo Arturo Rivas Ortiz:

Este trabajo se lo quiero dedicar a una persona muy importante y esencial de mi vida, mi Mamá Juana Esthela Ortiz Hernández, que es un ejemplo de vida a seguir, que la quiero con todo mi corazón y que me ha enseñado que en la vida no hay que rendirse, que la voluntad de seguir adelante y mirar hacia enfrente puede con todo, por ser una madre ejemplar, amorosa, tierna, dedicada a su familia, enérgica cuando se requiere y por darme la confianza de creer en mí mismo, por escucharme y darme un consejo cuando lo requiero, por darme palabras de aliento cuanto más las necesitaba durante mi formación académica cuando sentía que no iba a poder con tanta presión estudiantil y por estar a mi lado en los momentos de felicidad, alegría y orgullo. Este gran logro también es de ella porque sin su apoyo y sin ella no había podido llegar a culminar este gran sueño que es la culminación de la Licenciatura de Cirujano Dentista y la realización de esta tesis tan importante para mí, gracias Mamá por todo te amo.

Agradecimientos

Lorena Olmos Plata:

A dios por haberme dado la vida, la voluntad y la oportunidad de estudiar.

A mis padres, por creer en mí en todo momento, por darme lo necesario para que lograra mi realización profesional, por ese apoyo incondicional que me brindaron, por haber estado presentes en todas las clínicas llevándome pacientes, por encontrar en cada conocido un paciente para mí por mostrarme que todo lo que me proponga lo puedo lograr con un poco de esfuerzo, que nada es imposible si yo lo deseo.

A mis hermanos por estar presentes en todo momento. Por su apoyo y por estar siempre presentes, ayudándome a buscar pacientes.

A mi pareja por haber estado estos 5 años a mi lado, por todo su apoyo, su comprensión y por creer en mí en todo momento. Así mismo por ayudarme a buscar pacientes y siempre tener las palabras correctas cuando lo necesite.

A todos mis pacientes que confiaron en mí, que pusieron su salud en sus manos, por tener esas muestras de afecto a mi persona. Porque, cada que uno de ellos sonreía y daba las gracias, sabía que estaba haciendo bien las cosas, que estaba en el camino correcto, y tanto esfuerzo y sacrificios valían la pena por un gracias doctora.

A mi asesor de tesis, por orientarme e ubicarme, por creer en mí y brindarme su confianza, por haber sido un amigo y un líder cuando se necesitó.

Hugo Arturo Rivas Ortiz:

A Dios, por darme salud, sabiduría, inteligencia, paciencia, humildad y todo lo que se requirió para llegar hasta este punto de mi vida que es la creación de esta tesis para obtener el título de Cirujano Dentista y que le pido con toda devoción que nunca me abandone que me acompañe y que me proteja a donde quiera que valle.

A mi Mamá: Por darme la oportunidad de poder estudiar, por darme todo lo necesario para llegar a realizar este gran sueño y por estar a mi lado incondicionalmente y por creer en mí.

A mi Papá: Por apoyarme durante todo este largo tiempo para cumplir este gran sueño de convertirme en un Cirujano Dentista, por llevarme a los pacientes a las clínicas de las diferentes materias de la licenciatura para que no falaran y llegaran a tiempo, muchas gracias Papá.

A mi Hermano: Antes que nada le quiero expresar que estoy muy orgulloso de él por lo que ha logrado en su corta edad de vida, y por consolarme cuando la licenciatura me arrancaba lágrimas y momentos de llanto por sentir esa incertidumbre ante una situación académica de estrés, por comprenderme cuando requería absoluto silencio en la casa para poder concentrarme y prepararme para un examen, por confiar y creer en mí.

Al Cirujano Dentista Ricardo Ponce por creer en mí, por compartirme de su conocimiento tan inmenso que tiene, por su afecto, por apoyarnos y formar parte de este gran trabajo, porque desde que le planteamos el título él intervino ya que sin él no se hubiera realizado este gran sueño.

A mis pacientes que atendí en la facultad ya que sin ellos, sin su presencia, compromiso, actitud, responsabilidad y tiempo no se hubiera llegado a concluir este gran sueño y proyecto.

A mi novia Perla Carina Escobar López, por ser un impulso fundamental para llegar a concluir este gran trabajo, ya que su motivación jugó un papel muy importante para la realización de esta tesis.

Índice

1.-Planteamiento del problema.....	7
2.-Pregunta de Investigación.....	10
3.-Marco teórico	11
3.1-Clasificación de las drogas	12
3.1.1.-Etapas para el uso de drogas	14
3.2.-La Marihuana.....	15
3.2.1.-Efectos y riesgos de la marihuana.....	16
3.3.-Cocaína	18
3.3.1.- Vías de administración	19
3.4.-Drogas de diseño.....	22
3.4.1.-Anfetaminas.....	23
3.4.2.-Metanfetaminas	23
3.4.3.-Crack	24
3.4.4.-Esteroides.....	24
3.5.- Caries dental.....	25
3.5.1.-Clasificación de las lesiones cariosas.....	25
3.5.2.-Sistema internacional para la detección y evaluación de caries	27
3.6.- Bruxismo.....	27
3.6.1.-Clasificación del bruxismo	29
3.6.2.-Signos y síntomas en el sistema estomatognático y estructuras asociadas a bruxismo	31
3.6.3.-Tratamiento del bruxismo	33
3.7.-Abrasión.....	34
3.7.1.-Características clínicas de la abrasión	35
3.7.2.-Etiología de la abrasión	36
3.7.3.-Manifestaciones orales del abuso de drogas.....	36
3.8.-Manifestaciones orales por consumo de marihuana.....	38
3.9.-Manifestaciones orales de cocaína.....	39
3.10.-Manejo odontológico de pacientes adictos a marihuana y cocaína.	40
4.-Objetivo General	42
4.1.-Objetivos específicos	42

5.-Material y método.....	43
5.1.-Tipo de investigación	43
5.2.-Población y universo de estudio	43
5.3.-Muestra.....	43
5.4.-Criterios de inclusión.....	43
5.5.-Criterios de exclusión.....	43
5.6.-Criterios de eliminación.....	43
5.7.-Cuadro de variables.....	44
5.8.-Procedimiento	49
5.9.-Materiales	49
6.- Resultados	50
6.1.-De acuerdo al sexo	50
6.2.- Por grupo de edad	51
6.3.-Por grupo de edad por sexo	52
6.4.-Cambios en cavidad oral	53
6.5.- Última revisión dental.....	55
6.6.-Alteraciones en la cavidad oral	56
.....	56
6.7.- De acuerdo al tiempo de consumo	58
6.8.-Sustancia psicoactiva de mayor consumo	59
6.9.-Edad inicial de consumo	62
6.10.-Atención para la adicción.....	63
6.11.-Lesión bucal de mayor incidencia	64
6.12.-Lesiones por cuadrante y órgano dentario.....	66
8.- Discusión.....	68
9.-Conclusiones.....	70
10.- Anexos	72
10.1.-Glosario	72
10.2.- Oficios y formato de investigación	76
10.3.- Evidencia fotográfica.....	80
11.-Referencias bibliográficas	86

1.-Planteamiento del problema

Actualmente, la drogadicción es un problema de gran magnitud, internacionalmente 29 millones de personas que consumen drogas sufren trastornos relacionadas con ellas (1). La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) en el 2016 dice que 2.5 millones de Mexicanos han consumido cualquier droga alguna vez en la vida, 546 Mexicanos presentan dependencia al consumo de drogas, 1.8 millones de Mexicanos han consumido marihuana alguna vez de su vida, mientras que el 3.5 % de la población que participo en el estudio al consumido cocaína alguna vez en su vida, también la ENCODAT nos menciona que la edad inicial de consumo de drogas es de 17.8 años (Hombres 17.7 y mujeres 18.2) y de las personas que presentan posible dependencia a drogas el 20.3% han asistido a tratamiento (22% hombres y 12.8 mujeres) (2).

Respecto al Estado de México el Centro de Integración Juvenil (CIJ) emite una estadística en donde, el consumo de marihuana ha incrementado 19 puntos porcentuales entre el primer semestre de 2008 que se encontraba con 68.7 puntos porcentuales y el primer semestre del 2016 con 87.0 puntos porcentuales ubicándose desde el 2013 por arriba del alcohol y tabaco el consumo de marihuana. También nos menciona que las drogas ilícitas con mayor consumo entre los pacientes de primer ingreso a tratamiento en los Centros de Integración Juvenil del Estado de México, es la marihuana (87.0%). Inhalables (35.8) y cocaína (29.8), y que está por arriba del consumo de alcohol y tabaco. Al igual nos resalta el Centro de Integración Juvenil del Estado de México que la edad inicial del consumo de drogas ilícitas que concentraron mayor porcentaje, fueron de 15 a 19 años (46%) de 20 a 24 años (14.7%) y 10 a 14 años (11%) (3).

En la actualidad, el abuso de drogas y la farmacodependencia se consideran como un fenómeno multicausal en sus orígenes, de complejo desarrollo y de difícil solución, lo cual representa un motivo de preocupación no solamente para las autoridades de salud, sino para todos aquellos sectores de la población en los que repercuten sus efectos (1).

Las personas con problemas de narco dependencia en relación a los pacientes que no lo son, presentan mayores deficiencias en cuanto a las condiciones de salud bucal, manifestando con frecuencia caries dental, enfermedad periodontal y ulceración de las mucosas (2).

El consumo abusivo de sustancias psicoactivas, sigue planteando una problemática seria en el ámbito de salud pública, ya que los adolescentes y jóvenes con abuso, presentan una serie de patologías asociadas a su padecimiento, que por influir negativamente en su situación de salud. La edad inicial de consumo inicia a los 16 años, siendo la marihuana la sustancia preferida mayoritariamente para su inicio, seguida por los inhalantes y psicofármacos sin prescripción médica. Un estudio realizado por SEDRONAR, señala el inicio de consumo de marihuana a los 18 años y de pasta base y cocaína a los 19 años (1-3).

Por lo cual es de suma importancia indagar sobre esta problemática a nivel bucal ya que como se mencionó, la cavidad oral es una de la principal vía de administración para la ingesta de sustancias psicoactivas por lo que podemos encontrar diversas alteraciones a nivel bucal específicamente en tejidos duros como pueden ser erosiones, atriciones, bruxismo, caries dental. Las sustancias psicoactivas más utilizadas para inducir el efecto que provocan los narcóticos es la marihuana y la cocaína por lo cual se decide estudiar las lesiones bucales inducidas por estas sustancias (1).

La población mexicana que ha consumido sustancias psicoactivas alguna vez de su vida es alta al igual que los farmacodependientes y va aumentando cada día más, es de preocupación ya que su consumo comienza a tempranas edades cada vez más y por lo cual el daño causado por dichas sustancias se refleja prematuramente y se maximiza conforme transcurre el tiempo (1).

El odontólogo no debe limitar su labor al manejo de patologías relacionadas con el consumo de azúcares, olvidando que por ser profesionales de la salud se debe tener un enfoque de prevención integral.

La función puede ir más allá de lo clínico, de esta manera se podría pensar en una intervención colectiva y multidisciplinaria en cuanto a los jóvenes consumidores de SPA. (4)

Podemos aportar con la presente investigación datos sobre dichas lesiones y hacer saber a los farmacodependientes el daño que se están haciendo a nivel bucal específicamente a tejidos duros por la ingesta frecuente de dichas sustancias psicoactivas y así poder abrir su panorama para que se den cuenta que lo que consumen no solamente afecta su entorno social, familiar, personal, entre otros, que también involucra el deterioro de su organismo causando lesiones irreversibles que en un momento de su vida le van a causar cierto tipo de problemas. El propósito del presente estudio es analizar las lesiones bucales ocasionadas en tejido duro en pacientes consumidores de marihuana y cocaína en una población de drogodependientes en fase de recuperación en CIJ (2).

2.-Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de alteraciones en tejidos duros en pacientes con adicciones a marihuana y cocaína del Centro de Rehabilitación Juvenil (CIJ) de Toluca, Estado de México de Septiembre a Diciembre de 2017?

3.-Marco teórico

La adicción y las enfermedades asociadas impactan cada vez más en la salud y el bienestar de la población del mundo entero, las drogas causan alrededor de medio millón de muertos anuales, esta cifra solo representa una pequeña parte del daño causado por el problema mundial de las drogas, en algunos aspectos, la situación está empeorando y no mejorando según estudios de la Organización Mundial de La Salud (5).

Las tendencias mundiales reflejan un aumento general en el uso de alcohol y de drogas ilícitas y adictivas con un inquietante incremento del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) entre los sectores más jóvenes de población.

Se considera SPA a toda sustancia cuyo uso/abuso pueden ocasionar consecuencias psico-neurobio-socio-toxicas (6). La OMS la define como toda sustancia química (De síntesis o natural) que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (Inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir capaz de cambiar el comportamiento de la persona (7).

Droga: Según la OMS, es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración de natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (6).

Una droga es cualquier sustancia que al ser ingerida modifica o altera el estado de ánimo, la percepción y/o el estado de conciencia, las funciones cognitivas y la conducta (8).

Las drogas tienen un conjunto de efectos que varían de acuerdo a la droga que se utiliza, a la sustancia, a la cantidad que se consume, al período de tiempo que se usa y al estado físico de la persona. También el uso indebido de drogas puede llevar a la neuroadaptación, entendida como aquellos cambios fisiológicos, tales como la tolerancia (necesidad de consumir cada vez dosis más altas de sustancia para tener los mismos efectos) y el síndrome de abstinencia (conjunto de síntomas derivados de la suspensión del consumo) (8).

3.1-Clasificación de las drogas

La siguiente clasificación fue determinada por el comité de expertos en Farmacodependencia de la OMS reunido en Ginebra en 1973:

De tipo alcohol-barbitúrico	Bebidas que contienen etanol, los barbitúricos y otros fármacos con efectos sedantes como el hidrato de cloral, benzodiazepínicos como el clordiazepóxido y el diazepam, el meprobamato y lametacualona.
Anfetamina	La anfetamina, metanfetamina, dexanfetamina, metilfenidato, fenmetracina, metielenedioxianfetamina (MDMA), "tacha" o éxtasis.
Cannabis	Todas las preparaciones de Cannabis Sativa como la marihuana y el hachís.
De tipo cocaína	Como la cocaína, hojas de coca y crack. Alucinógeno: Como el LSD (dietilamida del ácido lisérgico), la mezcalina, psilocibina.
Opiáceo	Como la morfina, la codeína, la heroína, y los productos sintéticos que tienen efectos morfínicos como la metadona.
De tipo solventes volátiles	Como el tolueno, la acetona, y el tetracloruro de carbono entre otros.

Manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes que fuman marihuana, en el centro de Rehabilitación "divino cristo" en la ciudad de Machala, 2013 (9).

Otra clasificación, también de la OMS, aunque anterior a 1970 se basa en la fiscalización necesaria y es la siguiente:

1.-Fármacos cuya fiscalización se recomienda porque su consumo puede ser abusivo y significa un riesgo especialmente para la salud pública y cuyo valor terapéutico es muy limitado es muy limitado o nulo (9).

2.-Fármacos que su consumo puede ser abusivo y significa un riesgo notable para la salud pública y cuyo valor terapéutico es débil o moderada (9).

3.-Fármacos que su consumo puede ser abusivo y significa un riesgo notable para la salud pública y cuyo valor terapéutico es moderado o grave (9).

Las OMS clasifica las drogas en:

Grupo 1	Opio y derivados naturales, semisintéticos o sintéticos: Morfina, heroína, metadona.
Grupo 2	Psicodepresores: Barbitúricos y análogos.
Grupo 3	Alcohol.
Grupo 4	Psicoestimulantes mayores: Cocaína y derivados (hojas de coca) Anfetaminas y derivados.
Grupo 5	Alucinógenos.
Grupo 6	Cannabis sativa y derivados (marihuana, hachís).
Grupo 7	Sustancias Volátiles: Solventes: Tolueno, acetona, gasolinas, éter, óxido nitrosos.
Grupo 8	Psicoestimulantes menores: Tabaco, infusiones con cafeína, colas, etc.
Grupo 9	Drogas de diseño.

Manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes que fuman marihuana, en el centro de Rehabilitación “divino cristo” en la ciudad de Machala, 2013 (9).

De acuerdo al tipo de usuario, las drogas pueden clasificarse en:

1. Experimentadores: Son usuarios que toman drogas por simple curiosidad, a instancia de sus compañeros y son el grupo mayoritario de acuerdo a las encuestas (9).
2. Usuarios Sociales: Consumen droga solamente cuando están en grupo. El consumo de drogas tiene como finalidad un deseo de pertenencia al grupo, de rebelión contra las normas sociales establecidas, para resolver conflictos pasajeros de la adolescencia o simplemente para seguir la moda (9).
3. Usuarios Funcionales: Son aquéllos que necesitan tomar drogas para poder desempeñar sus funciones sociales. Se trata de personas que han creado una dependencia tal a la droga que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen; sin embargo, a pesar de su dependencia siguen funcionando en la sociedad y sólo presentan trastornos cuando no utilizan la droga o cuando consumen una mayor cantidad y se manifiestan efectos tóxicos (9).
4. Usuarios Disfuncionales: Son personas que han dejado de funcionar en la sociedad. Toda su vida gira en torno a las drogas y su actividad entera la dedican a conseguirla y consumirla, y a veces para traficar (9).

3.1.1.-Etapas para el uso de drogas

A.- Uso de drogas legales como el alcohol y el tabaco, que en la actualidad se integran al contexto de uso de drogas debido fundamentalmente al daño y a los costos sociales que implica su consumo (9).

B.- Implica el uso de marihuana. Generalmente se inicia el consumo al igual que otras drogas, como una conducta de experimentación de los efectos y por presión del grupo de amigos. Los estudios epidemiológicos más recientes señalan que en el grupo de personas que tienen un uso crónico de sustancias y que acuden a centros especializados para recibir tratamiento, la marihuana es la droga ilegal de inicio (9).

C.- Conlleva el uso crónico de drogas ilegales y parece depender de factores de tipo hereditario, estructuras cerebrales conocidas como "sistema de recompensa", antecedentes de trastorno por déficit de atención, abuso sexual, violencia intrafamiliar, modificación paulatina de la estructura de valores y cambios en la estructura social y familiar entre otros (9).

3.2.-La Marihuana

Las reseñas históricas más antiguas del uso de los derivados del Cannabis se remontan al imperio chino (2727 a. de C.), en la India, las referencias más antiguas datan del 2000 a. de C. El cultivo de estas plantas se extendió probablemente desde Asia Central hacia Occidente (4).

El consumo del cáñamo como sustancia psicoactiva fue muy común en algunas sectas islámicas. Al continente Americano llegó de manos de los españoles en la primera mitad del siglo XVII. Su uso se popularizó en el mundo occidental hacia los años sesenta, entre los jóvenes de esa época, su consumo ha ido aumentando en casi todos los países (6).

El primer dato sobre la marihuana se remonta al año 3,000 a.C. cuando el emperador chino Shen Nung la recomendaba como medicamento útil en la debilidad femenina (4).

La marihuana llegó a México por esclavos africanos a fines del siglo XIX y de México se exportó a Estados Unidos de América (9).

Según la botánica se conoce como cáñamo sativo, la marihuana contiene 421 sustancias químicas, una de las cuales se llama tetrahydrocannabinol (THC), que se transforman en más de 2.000 al fumarla (9). Los científicos miden la potencia de la marihuana determinando la cantidad de THC que contiene. La THC es la sustancia química principal de la marihuana, y es el ingrediente que da a los fumadores la intoxicación (la volada) (8).

El contenido de THC, que se encuentra en varias concentraciones en diferentes partes de la planta, determina la potencia de la marihuana que en la década de los 60 tenía un promedio sólo de 0.2% THC y que hoy ha aumentado a un 4%. La marihuana es soluble por grasas. La THC se acumula en los tejidos grasos del cuerpo, entre ellos el cerebro y los órganos reproductores (8).

El cannabis o marihuana es una droga ilegal, que actúa como alucinógeno en el organismo. La apariencia de la marihuana es la del perejil seco, mientras que el hachís suele estar en formas de 'bolas'. Se consume normalmente fumado en forma de cigarrillo, aunque también se puede comer. Es una droga muy extendida entre los jóvenes que tienen la creencia de que no es una droga tan peligrosa como realmente lo es (1).

3.2.1.-Efectos y riesgos de la marihuana

En dosis baja: La marihuana produce un estado inicial de excitación y euforia, un aumento en el pulso. Inyección de las conjuntivas, los ojos se ponen rojos. Posteriormente, una etapa de relajación y bienestar (laxitud y sueño). Produce un aumento del bienestar. Se tiende a percibir incorrectamente el paso del tiempo (más lento o más rápido) y la ubicación espacial. También se altera o distorsiona la percepción de los sonidos y colores, la memoria reciente, la capacidad de pensar en forma lógica y la capacidad de conducir vehículos (8).

En dosis alta: Tiene un efecto alucinógeno semejante al del LSD, provocando confusión, inquietud, excitación y alucinación (percibir cosas o situaciones que no existen). Además se pueden producir episodios de pánico y gatillar quiebres psicológicos (8).

Los usuarios crónicos de marihuana se muestran apáticos, lentos, desinteresados, sin energía, con pensamiento confuso y pérdida de memoria. Esto se conoce como síndrome amotivacional y lleva frecuentemente al fracaso escolar y a un desinterés general por la vida (8).

Los efectos a corto plazo del consumo de cannabis pueden ser: Ansiedad, ataques de pánico, aumento del ritmo del corazón. Los efectos a largo plazo pueden ser: Facilidad para contraer enfermedades, impotencia sexual, mal comportamiento, esquizofrenia (8).

Se ha observado que consumidores de marihuana presentan un deterioro en la cavidad bucal mayor que los no consumidores, existiendo un patrón distintivo de caries inducida por anfetamina (9).

Davis y Baer creen que la abstinencia de la droga crea disturbios psicológicos y estados de ansiedad, que podría precipitar la aparición de GUN (Gingivitis ulcero necrosante) en estos pacientes (3).

Scheutz ha demostrado que drogadictos (parenterales) son más ansiosos que la población general y más temerosa al tratamiento dental (9).

En ocasiones, pacientes adictivos pueden usar la droga de preferencia antes de una cita dental para aliviar su ansiedad. Si esto ocurre, el tratamiento dental deberá ser aplazado (4).

La marihuana se obtiene de flores y hojas jóvenes de la planta femenina de la especie *Cannabis sativa*, una hierba de la familia del cáñamo que se reproduce sin necesidad de cultivo especial (8).

El uso de la marihuana terapéuticamente se ha utilizado como remedio frente a la malaria, el estreñimiento, y como analgésico, desde hace cinco mil años, Dronabinol (disponible en Estados Unidos de América) y Nabilona (disponible en el Reino Unido), derivados sintéticos para administración oral, están indicados como antieméticos en pacientes sometidos a quimioterapia, adicionalmente, el uso de dronabinol autorizado por la Food and Drug Administration (FDA) en Estados Unidos de América también está autorizado como estimulante del apetito en pacientes con infección por VIH (9).

3.3.-Cocaína

El Diccionario de la Real Academia Española RAE al definir el término “Cocaína” lo considera inicialmente como: Alcaloide de la planta de la coca que se usa mucho en medicina como anestésico de las membranas mucosas, y en inyección hipodérmica como anestésico local de la región en que se inyecte. En segunda instancia como: Droga adictiva que se obtiene de las hojas de la coca estimula el sistema nervioso central, un supresor del apetito y un anestésico tópico (4).

Posee más de 14 alcaloides y el principal es la cocaína que es el responsable de los efectos (8).

En la fabricación de la sustancia se reconocen elementos químicos y contaminantes. En Colombia el amoníaco, gasolina, petróleo y cemento son utilizados en la fabricación de la PBC. En ocasiones la Cocaína es sometida al proceso de cristalización, por el cual alcanza una alta pureza con mayores concentraciones de químicos y sustancias tóxicas (4).

Lo anterior alerta aún más sobre el grado de toxicidad al que se ven expuestos los consumidores habituales de cocaína, dada la presencia en ella de residuos de sustancias altamente nocivas como son el metanol altamente tóxico, compuestos organoclorados y aromáticos que suelen ser cancerígenos (4).

Hay dos formas químicas de la cocaína que suelen consumirse: la sal de clorhidrato (que es soluble en agua) y los cristales de cocaína o base, conocida en inglés como “freebase” (que no son solubles en agua) (8).

La sal de clorhidrato, o la forma en polvo de la cocaína, se consume de forma inyectada o inhalada (“snorting”). Los cristales de cocaína o freebase han sido procesados con amoníaco o bicarbonato sódico y agua y luego calentados para eliminar el clorhidrato y producir una sustancia que se puede fumar (4).

3.3.1.- Vías de administración

Inhalada por las fosas nasales se absorben la sustancia principalmente en pequeños gránulos, esta vía se relaciona a consumidores compulsivos. Fumada: se inhala por la boca el humo producido por el calentamiento al fuego de la sustancia, en forma de Bazuco o Crack. En este humo se ingieren sustancias y partículas que se anidan en la cavidad bucal y luego en las demás órganos del sistema estomatognático (4).

3.3.1.2.- Farmacocinética de la cocaína

Tipo	Vía	Inicio	Duración de efecto	Pico máximo de concentración	Biodisponibilidad
Hoja de coca	Oral	5-10 minutos	45-90 minutos	60 minutos	-
Clorhidrato de cocaína	Oral	10-30 minutos	-	-	20-30%

Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco. (2016-2017) (4).

Las absorbidas por vía oral tienen en promedio un mayor tiempo de duración tanto en el inicio como en el espacio que dura el pico máximo (4).

Los daños producidos van desde problemas cardiacos, respiratorios, cáncer en la boca y garganta, pérdida de peso, en particular en los jóvenes el consumo en algunos casos produce infarto al miocardio como también muerte súbita, paro respiratorio o cardiaco y accidentes vasculares cerebrales (8-1).

El principal efecto de la cocaína y sus derivados se da en el SNC, allí produce elevación del estado de ánimo, aumento notable de la energía lo que permite mayor rendimiento y reducción de la sensación de fatiga, mejora la fluidez verbal y reduce la necesidad del sueño (8).



Foto 1: Lesión ulcero-necrótica de la mucosa alveolar acompañada de exposición ósea, que evoluciona hasta la pérdida de incisivo central superior izquierdo. Martha Lucia Pacheco Duarte Salud bucal en jóvenes colombianos, consumidores de cocaína 2014 (4).

El Crack es uno de los principales derivados de la cocaína, su consumo se hace principalmente mediante una pipa que permite absorber de manera oral la sustancia en forma de humo, los daños causados en la boca se relacionan más al humo caliente que a los elementos químicos de la sustancia, en algunos casos se ha encontrado perforación de la bóveda palatina. (Foto 2) (4).



Foto 2: Perforación en la bóveda palatina. Martha Lucia Pacheco Duarte Salud bucal en jóvenes colombianos, consumidores de cocaína 2014 (4).

La hoja de coca es la que se utiliza para el chancado y el mate. La pasta base de cocaína es un producto impuro, que contiene, además, porcentajes variables de las sustancias empleadas en su elaboración, como parafina, bencina y ácido sulfúrico. El clorhidrato de cocaína es la sustancia que se obtiene después de un largo proceso de elaboración (8).

Los derivados de la coca son:

- La infusión (té o mate)
- El chancado o coqueo (mascar hojas)
- La cocaína básica impura (la pasta base o PBC)
- Las sales solubles (el clorhidrato) (4).

La intensidad de los efectos, la duración de los mismos y la capacidad de producir dependencia varían con la forma de administración. De este modo, el efecto mínimo es producido por la vía oral (beber) y la vía bucal (masticar). La vía nasal (inhalar), vías pulmonares (aspirar) y endovenosa (inyectar) producen mayor dependencia (8).

La cocaína es una droga ilegal, que actúa como estimulante sobre el organismo. La cocaína es un polvo blanco, que se consume inhalado, fumado o inyectado, y es altamente adictivo (4).

El uso oral a largo plazo de la cocaína se ha asociado con descamación epitelial, eritema gingival y ulceración y con la destrucción irreversible del hueso alveolar.

Los efectos que produce la cocaína en el momento que se inhala son: sequedad de la nariz y la boca. Produce placer y euforia, que dura 30 minutos. Luego los efectos son: ansiedad, confusión (8).

Los efectos de la cocaína a corto plazo pueden ser: hiperactividad, insomnio, náuseas, alucinaciones visuales. Los efectos a largo plazo son: paranoias, daños irreparables en la nariz, e incluso la muerte por problemas cerebro-vasculares (8).

3.4.-Drogas de diseño

Las drogas de diseño son drogas ilegales, que actúan en el organismo como estimulantes. La apariencia de las drogas de diseño son diferentes unas de otras aunque normalmente son pastillas, cápsulas o polvos de colores (4-8).

Las drogas de diseño son derivados químicos de otras drogas, y normalmente sus efectos son los mismos que las drogas de las que se derivan. Las drogas de diseño se suelen consumir, y cada vez más, en las discotecas y grandes fiestas de jóvenes, donde se reparten sin que los consumidores sepan lo que están tomando realmente (8).

Los efectos de estas drogas en el momento de consumo son: Primero desorientación, luego euforia y por último pérdida total de la vergüenza. Empieza a aparecer a los 30 minutos y duran entre 4 y 8 horas (9).

Los efectos a corto plazo son: Cansancio, depresión, insomnio. Los efectos a largo plazo son: Daños graves en órganos como el hígado, el riñón o el cerebro; incluso la muerte (8).

3.4.1.-Anfetaminas

Las anfetaminas son una droga ilegal, que actúa como estimulante en el organismo. Las anfetaminas normalmente son pastillas o ampollas inyectables, que se consumen por vía oral o inyectada y es una droga altamente peligrosa (8).

Los efectos de las anfetaminas en el momento de su consumo son: Excitación, viveza mental, confianza. Estos efectos comienzan a aparecer inmediatamente si es inyectada, o a los 30 minutos si es tomada por vía oral; y duran hasta 10 horas. Los efectos de las anfetaminas a corto plazo son: tensión, ansiedad, cansancio. Los efectos a largo plazo son: delirios, alucinaciones, infartos, esquizofrenia, incluso la muerte (2-4-8).

3.4.2.-Metanfetaminas

Las metanfetaminas son una droga ilegal, que actúa como estimulante en el organismo. Las metanfetaminas son muy parecidas a las anfetaminas, tanto en su apariencia como en su composición química, aunque no totalmente iguales, pues los efectos de éstas son mayores, lo que la hace más peligrosa todavía (2-8).

Se consumen por vía oral (calentada en papel de aluminio y fumada) o inyectada (disuelta con agua destilada) (2-8).

Los efectos de las metanfetaminas en el momento del consumo son muy fuertes, aparecen al instante, y duran entre 3 y 5 horas (8).

Los efectos a corto plazo pueden ser: Aumento de la presión arterial, aumento del azúcar, insomnio, temblores; los efectos a largo plazo pueden ser: Daños graves en el hígado y los riñones, psicosis y a nivel bucal provocan xerostomía y agrandamiento gingival (4).

3.4.3.-Crack

El crack es una droga ilegal, que actúa como estimulante del organismo. El crack es un derivado de la cocaína, pero tiene forma de cristal. Se consume del mismo modo que la cocaína (4).

Los efectos del crack en el momento de su consumo son: Euforia en un principio, miedo, ansiedad y depresión después. La euforia dura 10 minutos, por lo que se necesita seguir consumiendo para mantener los efectos, lo que provoca un riesgo grave de adicción (8).

Los efectos a corto plazo pueden ser: inestabilidad, dolores de cabeza, palpitaciones. Los efectos a largo plazo pueden ser: hipertensión, temblores, paranoia, percepción visual miniaturizada (8).

3.4.4.-Esteroides

Los esteroides son una droga ilegal, que actúa como estimulante del organismo. Los esteroides son pastillas, jarabes o ampollas inyectables. Son consumidas por muchos atletas para lograr un rápido desarrollo de sus músculos (4).

Los efectos de los esteroides en el momento de su consumo son: Euforia, agresividad y aumento de la masa muscular y del peso (aunque esta masa muscular es de mala calidad; y el peso es artificial, puesto que está formado por la retención de agua y sodio, que hace que se hinche) (4).

Los efectos a corto y largo plazo pueden ser: Úlceras, hipertensión, derrames cerebrales, infecciones de los riñones. El peso que se obtuvo en un principio se pierde al dejar de consumir, llegando a perder más peso que el que se tenía en un principio (8).

3.5.- Caries dental

Las enfermedades bucales, como la caries dental, cuentan con alta prevalencia en el mundo entero (afectan del 95% al 99% de la población), lo que las sitúa como la principal causa de pérdida de dientes, ya que de cada 10 personas nueve presentan la enfermedad o las secuelas de esta, con manifestaciones visibles desde el principio de la vida y progresando con la edad (18).

Caries: la caries dental, por definición de la OMS, es “un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de una cavidad”, y es el principal culpable de la caries el *Streptococcus mutans* (18).

También se define como un proceso patológico caracterizado por la destrucción localizada de los tejidos duros susceptibles del diente, provocada por ácidos producto de la fermentación de hidratos de carbono y que ocurre por la interacción de numerosos factores de riesgo y factores protectores, tanto a nivel de la cavidad bucal como a nivel individual y social (17).

3.5.1.-Clasificación de las lesiones cariosas

Lesión de caries: Es un cambio detectable en la estructura del diente como resultado de la interacción del diente con el biofilm. Corresponde al principal signo de la enfermedad caries (18).

Lesión de caries cavitada: Lesión de caries que aparece macroscópicamente en la evaluación visual con una ruptura de la integridad de la superficie dentaria (18).

Lesión de caries arrestada o detenida: Lesión de caries que no está sufriendo una pérdida neta de mineral, es decir, el proceso de caries no está progresando (18)

Lesión de caries oculta o hipócrita: Lesión de caries que aparece como una sombra de dentina oscurecida, que se aprecia a través de un aparente esmalte intacto que puede o no presentar una cavidad en esmalte. No se aprecia dentina expuesta, pero sí necesita tratamiento restaurador (18).

Lesión incipiente o no cavitada: Lesión de caries que ha alcanzado una etapa donde la red mineral bajo la superficie se ha perdido, produciendo cambios en las propiedades ópticas del esmalte, las que son visibles como una pérdida de la translucidez, resultando en una apariencia blanca de la superficie del esmalte (18).

Proceso de caries: Es la secuencia dinámica de las interacciones entre el biofilm y el diente, que ocurre sobre o dentro de una superficie dentaria en el tiempo. Esta interacción entre el biofilm y la superficie dentaria puede dar como resultado alguna o todas las etapas del daño dentario, iniciando desde la desmineralización de la superficie externa, a nivel molecular, hacia la desmineralización producida en el esmalte, con la formación de una lesión de mancha blanca, a una lesión cavitada macroscópicamente, hacia un compromiso dentinario y pulpar, hasta la completa destrucción tisular (17).

3.5.2.-Sistema internacional para la detección y evaluación de caries

Términos	Sano	Estadio inicial		Caries establecida		Caries sebera	
Umbral visual	Sano	Mancha blanca / marrón en esmalte seco	Mancha blanca / marrón en esmalte humedo	Micro cavidades en esmalte seco < 0,5 mm sin dentina visible	Sombra oscura de dentina vista a través del esmalte húmedo con o sin microcavidades	Exposición de dentina en cavidad > 0,5 mm hasta la mitad de la superficie dental en seco	Exposición de dentina en cavidad mayor a la mitad de la superficie dental

International Caries Detection and Assessment System. Available from: 2011 (17).

3.6.- Bruxismo

El bruxismo es un problema de salud que no escapa de la multicausalidad de los fenómenos que forman parte de la vida moderna, antiguo como el surgimiento de la humanidad, complejo al momento de conceptualizarlo sea como hábito, parafunción o parasomnía, con alta prevalencia e incidencia, no discrimina por sexo y edad. Expresión de la condición dental y emocional compleja, de causa multifactorial y contradictoria, tratamiento variable, lo que ha suscitado el abordaje y la profundización del tema por numerosos investigadores (10).

La prevalencia del bruxismo se reporta de 6 a 95%; este parámetro tan amplio se debe a la diversidad no estandarizada de métodos de evaluación, influidos por la falta de consenso sobre las razones causales y uniformidad en los diferentes métodos de evaluación, afectándose directamente las áreas de diagnóstico, tratamiento y manejo interdisciplinario (11).

Hoy la neuralgia traumática, efecto de karolyi, bruxomanía o simplemente bruxismo, se delimita como un acto en el que el hombre aprieta o rechina los dientes, diurno o nocturno, con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, generalmente inconsciente y fuera de los movimientos funcionales (12).

También considerado como un trastorno neurofisiológico de las excursiones mandibulares y puede ser rítmico en posición de máxima intercuspidad o en posiciones excéntricas. Son los trastornos de la oclusión el punto de partida para este tipo de parafunción que progresivamente destruyen y desgastan los tejidos dentarios, lo que daña las estructuras de soporte dental, la musculatura cérvico-craneal y la articulación temporo-mandibular (12).

El bruxismo es un fenómeno de salud el cual debe ser valorado por el profesional para poder elegir el método más adecuado para los pacientes que padecen de esta afección, siempre es importante considerar a cada ser humano como una unidad indisoluble que posee individualidades con respecto al resto (10).

La palabra bruxismo, según el Dorland's Illustrated Medical Dictionary viene del griego brychein, que significa rechinar los dientes, bruxism en inglés, cuyo significado se traduce en movimientos oscilantes repetitivos (10).

El sistema estomatognático es una unidad morfofuncional constituida por una serie de estructuras que forman parte del macizo craneofacial (10).

Existen hábitos que se manifiestan en el aparato masticatorio y se observan en la práctica estomatológica, pues producen cambios morfológicos como migraciones y desgaste dentario, entre estos el bruxismo, exponente desgarrador del sistema estomatognático por ser perpetuante y mutilador estético, al impactar de manera importante en la calidad de vida de las personas que la padecen (10).

Castro Sánchez YE, afirman que una de cada tres personas sufre de bruxismo, trastorno que ha despertado el interés no solo en los profesionales de la salud sino también en pacientes preocupados por su disfunción y afectación estética (10).

En la actualidad, la neuralgia traumática, efecto de Karolyi, bruxomanía o bruxismo, es considerada por Pieri Silva K, y Silva Contreras AM, como el hábito de apretamiento y rechinando de los dientes, con movimientos que hacen contactos sin propósitos funcionales, diurnos o nocturnos, con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, de manera inconsciente (10).

Guevara Gómez SA, referencia el Glosario de Prostodoncia de 2005 y la Academia Americana del Dolor Dental (AADD), los que conceptualizan el bruxismo como una molienda parafuncional de los dientes, como un hábito oral, que consiste en rechinar o apretar los dientes con un ritmo involuntario o espasmódico no funcional, con propósitos distintos a los movimientos de masticación de la mandíbula, lo que puede conducir a un trauma oclusal, donde es un inconveniente principal de esta definición que no establece un vínculo discriminatorio con el estado de sueño-vigilia. Es considerado dentro de las alteraciones parafuncionales el más prevalente, complejo y destructivo de los desórdenes orofaciales (10).

De acuerdo a las características clínicas particulares, se presentan diferentes tipos de bruxismo asociándose principalmente con adultos y aunque se presenta escasamente en niños, se debe diferenciar del desgaste fisiológico en dicha población (13).

3.6.1.-Clasificación del bruxismo

El bruxismo es recomendable que sea clasificado como diurno o nocturno. La disfunción neuromuscular de tipo isométrico en el bruxismo diurno genera un apretamiento dental axial continuo, siendo frecuentemente asociado con estrés psicosocial o físico (11).

El bruxismo nocturno, en cambio, es un desorden motor por modificación de la conducción nerviosa, caracterizado por un movimiento repetitivo con actividad muscular masticatoria rítmica y muy frecuentemente acompañado de rechinar. Se ha reportado que durante el sueño ligero se presenta el bruxismo nocturno y se ha relacionado con breves reactivaciones cardíacas y cerebrales llamadas microdespertares, que usualmente se acompañan de otros cambios neurológicos de tipo autónomo como fluctuaciones de la presión sanguínea y frecuencia cardíaca (14).

Clasificación	Características
Bruxismo leve	Reversible, frecuencia limitada, no está asociado a ansiedad. Faceta de desgaste en borde incisal, solo esmalte.
Bruxismo moderado	Requiere tratamiento dental, está asociada a ansiedad. Aplastamiento de las cúspides dentales, exposición de dentina, puede o no haber dolor muscular.
Bruxismo severo	Se realiza de forma inconsciente, pérdida total del contorno, conducto pulpar visible. Dolor muscular y articular.

Emilse Máyela González Soto; Elias Omar Midobuche Pozos; José L. Castellanos (2015) Bruxismo y desgaste dental. (11)

Efectos tempranos y tardíos del bruxismo

Corto plazo	Largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza • Dolor facial • Dolor muscular • Dolores mandibulares. • Limitación de apertura • Movilidad dental • Rigidez en los hombros • Son indicadores de apretamiento, desaparecen cuando el bruxismo cesa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desgaste o fractura dental • Disfunción temporomandibular • Son efectos a largo plazo o incluso permanentes

Emilse Máyela González Soto; Elias Omar Midobuche Pozos; José L. Castellanos (2015) Bruxismo y desgaste dental. (11)

3.6.2.-Signos y síntomas en el sistema estomatognático y estructuras asociadas a bruxismo

Los síntomas son muy variables y pueden incluir: desgaste de las superficies oclusales, fracturas dentarias, hipertrofia de los músculos maseteros, cefalea frecuente, dolores cervicales y trastornos del sueño, desgaste oclusal, hipersensibilidad dental, ruidos oclusales audibles, fracturas imprevistas de dientes y obturaciones, movilidad inesperada de los dientes en las primeras horas de la mañana, trastornos pulpares, además lesiones no cariosas a nivel cervical como: erosión, abrasión y abfracción (10-12).

A nivel muscular, se puede presentar hipertonía muscular, hipertrofia unilateral o bilateral, sintomatología dolorosa y disminución de su coordinación, mialgias, mioespasmos y con el tiempo aparición de puntos gatillo. Los músculos masticatorios los más afectados son: los maseteros, temporales, pterigoideos medial y lateral, sin dejar de obviar los músculos de la nuca y el cuello (10).

En la Articulación Temporomandibular (ATM), Blanco Aguilera A, asegura la aparición de dolor, chasquidos o crepitaciones, luxaciones, procesos degenerativos y distintos grados de limitación de la apertura bucal (10).

Factores que influyen en el bruxismo

Factores patofisiológicos	Química cerebral alterada
Factores genéticos y ambientales	Hereditario y estrés
Factores psicológicos	Ansiedad y problemas de personalidad
Factores morfológicos	Mal posición y mal oclusión

Diana Denisse Garrigos Portales; Alejandra Paz Garza; Jose L Castellanos, Bruxismo más allá de los dientes, un enfoque inter y multidisciplinario 2014 (14).

Es común la creencia de que el estrés psicológico contribuye en la fisiopatología del bruxismo. Se ha visto que el apretamiento y rechinar dentario aparecen bajo varias circunstancias. En consecuencia, el apretamiento y rechinar dentario es una actividad consciente o inconsciente común a diversas situaciones médicas y por lo tanto no debe ser tratada como una patología sino como un conjunto de signos y síntomas que forman parte de una entidad patológica (13).

Estos datos proveen la información para soportar el concepto que el estrés emocional es un factor importante en el desarrollo del bruxismo (13).

En los individuos con bruxismo nocturno o del sueño, puede ser el reporte de rechinar por una tercera persona, dolor muscular y trismus matutino. También se observa fractura repetida de dientes íntegros o restauraciones. De manera concluyente el diagnóstico se realiza por medio de un estudio del sueño (11).

En los individuos con bruxismo diurno o consciente cuando el paciente tiene consciencia de la presencia de apretamiento o rechinar, limitación a la

apertura, actividad muscular mandibular que no puede ser mejor explicada por algún desorden del sueño, por algún desorden médico o neurológico, o por la ingesta de medicamentos o drogas recreativas (13).

Pérdida de estructura dental, autorreporte, indentaciones en tejidos blandos, exóstosis vestibulares o linguales del reborde alveolar, pérdida de dimensión vertical, hipersensibilidad dental y ruidos articulares (11).

3.6.3.-Tratamiento del bruxismo

El guarda oclusal que generalmente es utilizado como un coadyuvante en la terapia del bruxismo como un reprogramador neuromuscular, puede también ser utilizado como elemento diagnóstico y de evaluación, ya que si es utilizado por el paciente exclusivamente al dormir y son observables facetas de desgaste en el dispositivo, esto delatará la presencia del hábito parafuncional o la evolución en su control (11).

El bruxismo se trata tradicionalmente con planos o férulas oclusales, los que han demostrado ser eficientes para evitar desgastes dentarios, bajar el dolor facial y la fatiga muscular, sin embargo estudios han demostrado que una buena educación estomatognática y una autorregulación física por 16 semanas logra los mismos resultados que con el uso por un mes de plano oclusal (13).

3.7.-Abrasión

Se llama así al desgaste dentario causado por la fricción con un cuerpo extraño, es un proceso patológico cuya etiología está directamente relacionada con la localización de las lesiones. La abrasión ocupacional tiene lugar en aquellos individuos que trabajan en ambientes que contienen algún tipo de elemento abrasivo, como carpinteros, trabajadores de la industria de la sílice y el cemento, etc. (15).

Es el desgaste de la estructura dentaria causada por frotado, raspado o pulido provenientes de objetos extraños o sustancias introducidas en la boca que al contactar con los dientes generan la pérdida de los tejidos duros a nivel del límite amelocementario (15).

Se localiza en el límite amelocementario (LAC), más frecuentemente por vestibular y desde canino a primer molar, siendo los más afectados los premolares del maxilar superior (16).

El agente abrasivo se interpone entre los dientes produciendo el desgaste en las superficies oclusales del sector posterior. Por otro lado, ciertos hábitos, como la interposición de objetos entre los dientes o una técnica de cepillado incorrecta, también generan abrasión (15).

El esmalte cervical tiene un gran volumen de poros y poco contenido mineral, por lo que es más susceptible al efecto de los agentes erosivos, que pueden penetrar por los poros y los canales que los interconectan, desplazando algunas de las moléculas de agua que se acumulan en esta zona (15).

3.7.1.-Características clínicas de la abrasión

La abrasión presenta un contorno indefinido, con una superficie dura y pulida, a veces con grietas, no presenta placa bacteriana ni manchas de coloración. El esmalte se ve liso, plano y brillante; la dentina expuesta se presenta extremadamente pulida, la forma de la lesión es de plato amplio con márgenes no definidos y se acompaña de recesión gingival (15).

El tipo y el grado del desgaste dependerá de:

La ubicación del cepillo.

La técnica de cepillado.

El tejido dentario involucrado.

El contenido de sustancias abrasivas en la pasta dental.

Conforme la colocación del cepillo, puede presentarse sólo en el esmalte, en el esmalte y cemento o comprometer la dentina (15).

La respuesta defensiva del complejo dentino-pulpar frente a la agresión que genera la abrasión se concreta en la progresiva hipercalcificación tubular y esclerosis de la dentina subyacente a la lesión, además de la formación de dentina secundaria reparativa en la región pulpar correspondiente. El factor más importante en la etiología de la abrasión es el cepillado con la utilización de pastas abrasivas (16).

Hábitos lesivos como el interponer clavos entre los dientes y los labios (trabajadores de la construcción o zapatero), instrumentos musicales como la armónica, y el polvo ambiental entre quienes trabajan con sustancias abrasivas (polvo de carborundum) son factores asociados al trabajo o profesión del individuo capaces de provocar la abrasión (16). Lussi y Schaffner demostraron el aumento de la progresión de las lesiones cervicales no cariosas en relación con la frecuencia del cepillado (15).

3.7.2.-Etiología de la abrasión

El factor más importante en la etiología de la abrasión es el cepillado con la utilización de pastas abrasivas, deberá tenerse en cuenta: La técnica, la fuerza, la frecuencia, el tiempo y la localización del inicio del cepillado. Las lesiones suelen ser más importantes en la hemiarcada opuesta a la mano hábil utilizada por el individuo para tomar el cepillo. También puede observarse que el desgaste es más intenso en los dientes más prominentes de la arcada como por ejemplo los caninos (15).

3.7.3.-Manifestaciones orales del abuso de drogas

El abuso de drogas puede aumentar las probabilidades de que un paciente sufra algún tipo de enfermedad periodontal. Psicofármacos se han utilizado desde la antigüedad como componentes de las ceremonias religiosas, para aumentar la resistencia, para aliviar el hambre y la fatiga, para el descanso y con fines médicos (9).

Uno de los sistemas afectados por el abuso y dependencia de SPA es el Sistema estomatognático. Las lesiones que en él se presentan podrían ser causadas por la asociación de la acción de las mismas con la negligencia en el cuidado de higiene bucal (9).

Darling y Arendof, describen unas alteraciones, en pacientes adictos a la cocaína y la marihuana, a la que denominan, Estomatitis Cocaínica. Esta patología se manifiesta como una irritación y anestesia superficial del epitelio bucal, acompañado de xerostomía (9).

El abuso de drogas ilícitas se ha relacionado con manifestaciones orales adversas. Tanto los opiáceos, como estimulantes, sedantes, alucinógenos, la marihuana y cocaína pueden inducir xerostomía, que puede conducir a un aumento de la susceptibilidad a la acumulación de placa bacteriana, caries dentales y enfermedades periodontales. El consumo de cannabis se asocia con la xerostomía, la leucoplasia, el cáncer oral, e incluso ensanchamiento gingival (2-4).

A nivel bucal, se han identificado determinadas patologías en pacientes narcodependientes tales como problemas periodontales, lesiones en tejidos blandos y en tejidos duros. En los tejidos duros podemos encontrar caries dental, pérdida del esmalte dentario (abrasión o erosión) a nivel cervical, producida por la acción química de sustancias desmineralizantes por el consumo de las drogas; la abfracción, ocasionada por sobrecargas biomecánicas debido a fuerzas oclusales deflectivas y fracturas coronales consecuencia del bruxismo (6-8).

De acuerdo a las lesiones en los tejidos duros, la más predominante es la caries dental que afecto 89,81% de los pacientes, la cual es ocasionada por la actividad de drogas como la marihuana sobre el sistema nervioso parasimpático, que afecta el flujo salival con una disminución que inclusive se puede manifestar como xerostomía, además de los pobres hábitos de higiene bucal que los caracteriza, factores que pueden favorecer la erosión y la evolución de caries dental (10).

Los pacientes consumidores de marihuana presentan atrición y bruxismo con una marcada alteración del sentido del gusto y los adictos a la cocaína muestran disminución del pH salival y parestesia a nivel de la lengua y de las encías (5).

También en los pacientes narcodependientes de cocaína, marihuana y crack una mayor prevalencia de desgaste en el esmalte dentario, lo que probablemente no es solo por el bruxismo que frecuentemente se presenta en los adictos a la marihuana, sino también por el consumo por vía oral de drogas como la cocaína que pueden producir abrasión cervical además de laceración gingival y/o por conductas de cepillado dentario excesivo, (1). También es frecuente observar variaciones del umbral del dolor (9).

Las adicciones producen en los pacientes generalmente comportamientos atípicos, manías que pueden producir manifestaciones orales como el ya mencionado cepillado compulsivo, mordeduras, succión, lamerse y protrusión lingual y labial que en conjunto pueden producir la retracción gingival, abfracciones, queilitis, ulceraciones, hiperqueratosis, pirosis y fatiga muscular, entre otras (9).

3.8.-Manifestaciones orales por consumo de marihuana

La tendencia a desarrollo de lesiones cariosas, enfermedad periodontal, abscesos periapicales y periodontales, gingivitis ulcero necrosante (GUN) y otras estomatitis infecciosas; las primeras por el elevado consumo de carbohidratos y en general por su actitud negligente ante las prioridades de prevención e higiene oral (9).

Las cicatrices por lesiones traumáticas en tejidos peri bucales y dientes, no son extraños, incluso la ausencia de los mismos y fracturas maxilofaciales producto de enfrentamientos violentos que son típicos dentro de este grupo (9).

Igualmente observamos desgaste incisal/oclusal debido al bruxismo y compresión dental que producen dolor miofacial y articular; así como, hipertrofia bilateral de los músculos maseteros (9).

En este tipo de pacientes es frecuente observar afecciones a nivel cervical de los dientes por cepillado compulsivo, xerostomía como efecto secundario en el caso de los pacientes que consumen cocaína, cannabis, anfetaminas y depresores del Sistema Nervioso Central (9).

También se pueden presentar cambios en los tejidos periodontales, queilitis angular, candidiasis, así como, aquellos de índole reparativo e infeccioso, productos de la desnutrición permanente que usualmente las adicciones producen por la presencia de desórdenes alimenticios como la anorexia (9).

Los consumidores de marihuana presentan caries con cavidades visibles en zonas lisas de los dientes donde es muy poco frecuente hacer caries especialmente en gente joven. La falta de saliva a corto plazo, el aumento del apetito que lleva al consumo de alimentos cariogénicos y bebidas dulces después de consumir marihuana parece ser responsable de la elevada incidencia de caries (4).

3.9.-Manifestaciones orales de cocaína

El consumo genera paulatinamente cambios en la cavidad bucal, dependiendo de la sustancia que se ingiera y del tiempo de tránsito. Inicialmente se presenta mal aliento (halitosis), manchas en los dientes, xerostomía, disminución del sentido del gusto, reducción de la cantidad y calidad salival, enfermedad periodontal lengua vellosa, recesión gingival, Cáncer de boca (4).

La cocaína se puede ingerir de múltiples maneras, afectando en su gran mayoría el sistema estomatognático, al ser fumada o aplicada tópicamente en la boca se da un contacto directo con la cavidad bucal (4).

Las condiciones térmicas de la boca y la formaciones blandas de la boca subsionan los químicos de la cocaína, al respecto la zona sublingual es conocida por su rápida absorción, pero es en los vestíbulos donde la cocaína surge mayor efecto (4).

El bruxismo severo es una de las principales manifestaciones bucales, el consumidor de cocaína siente la necesidad de manifestar una sana higiene bucal, por ello exagera en el cepillado, lo cual es una muestra de su interés en mantener clandestino el hábito de consumo, no es en sí por una medida higiénica, sino por un factor relacional (4).

El sistema estomatognático puede ser afectado en el ámbito fonético por el consumo de sustancias psicoactivas lo mismo que en el ámbito sensorial, la cocaína posee sustancias altamente tóxicas las cuales deben ser estudiadas y tenidas en cuenta al momento de hacer una valoración por parte del odontólogo o periodoncista (6).

El consumo frecuente de cocaína pura genera una vasoconstricción en la mucosa bucal y en los tejidos del paladar lo que puede progresar en una necrosis que favorece el desarrollo de lesiones como la perforación en la bóveda palatina (4).

3.10.-Manejo odontológico de pacientes adictos a marihuana y cocaína.

El odontólogo debe contar con agudo sentido y análisis psicológicos del perfil de cada uno, ya que de lo contrario, es común pasar por alto la identificación de estos signos y síntomas, además hay que agregar que son expertos en el arte de la caracterización, omisión y encubrimiento de la realidad (9).

Es de gran relevancia mencionar que existen tres posibles situaciones donde podemos clasificar a estos pacientes, cada una con sus connotaciones individuales: Pacientes en periodos activos de consumo, pacientes en etapas de rehabilitación y pacientes rehabilitados. Cada uno de ellos implica un manejo y conocimiento distinto por la complejidad del caso y el compromiso que implica su atención, ya que esto nos llevará a una buena concreción de planes de tratamiento, éxito o fracaso de los mismos, conducta errática (9).

También hay que tomar en cuenta el compromiso personal, interacciones farmacológicas y enfermedades infectocontagiosas agregadas; así como posibles afecciones de otros órganos como el hígado, por mencionar algunos, razón por la cual se debe estar alerta sobre el grado de responsabilidad que deriva la atención dental (9).

Se ha propuesto que el fumador de cannabis (Marihuana) tiene peor salud bucal, mayor riesgo de caries y enfermedad periodontal, más cambios displásicos y lesiones pre malignas en mucosa oral y una mayor susceptibilidad a infecciones orales. Señalando que el uso de anestésicos locales con epinefrina, durante intervenciones dentales, en sujetos bajo los efectos agudos de cannabis, puede prolongar la taquicardia previamente inducida por esta sustancia (9).

La valoración inicial del odontólogo debe ser prudente al momento de valorar los datos brindados por los pacientes, en ocasiones son tergiversados debido a los estereotipos sociales sobre el consumo, de allí que la criticidad debe ser netamente funcional con la alteración médica del paciente (4).

4.-Objetivo General

Identificar las alteraciones en tejidos duros en pacientes con adicciones a marihuana y cocaína del Centro de Rehabilitación Juvenil (CIJ) de Toluca, Estado de México de Septiembre a Diciembre de 2017

4.1.-Objetivos específicos

- Describir las lesiones que presenten los consumidores de marihuana y cocaína en tejidos duros.
- Describir de acuerdo al género las lesiones bucales en tejidos duros.
- Describir a que edad se presentan mayor número de lesiones en tejidos duros.

5.-Material y método

5.1.-Tipo de investigación

El presente es un estudio: Observacional, transversal

5.2.-Población y universo de estudio

El universo y población en estudio estará conformada por todos los pacientes narcodependientes, que acudan a atención al Centro de Integración Juvenil CIJ, en un periodo de tiempo de Septiembre a Diciembre 2017.

5.3.-Muestra

Por cuota y conveniencia

5.4.-Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes adictos a cocaína y marihuana del Centro de Reintegración Juvenil CIJ con un rango de edad de 10 a 40 años
- ✓ Pacientes que firmen el consentimiento informado.

5.5.-Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes multi-farmacodependientes, distintos a marihuana y cocaína
- ✓ Pacientes quienes su estado de salud mental no les permitan participar

5.6.-Criterios de eliminación

- ✓ Pacientes que finalmente decidieron no participar en el estudio

5.7.-Cuadro de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Sexo	El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española divide los sexos en dos: varón y mujer o macho y hembra.	Conjunto de características de las personas diferenciándolos en masculino y femenino. Unidad de medición 1 Femenino 2 Masculino	Cuantitativa	Moda/Nomina
Edad	Esta referida al tiempo de existencia de una persona, desde su nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo que ha vivido una persona, a partir de su nacimiento. Unidad de medición 3 10 a 20 4 de 21 a 30 5 de 31 a 40 6 de 41 a 50 7 más de 50	Cuantitativa	Razón/Media
Cambios en cavidad oral	Alteración del estado natural de alguna parte del organismo	Alteración que presente en cavidad oral, en un periodo de tiempo Unidad de medición 8- Si 9 No	Cuantitativa	Moda / nominal

		Afirmativa mencionar cual		
Tiempo de la última revisión dental	Análisis o examen atento y cuidadoso de la cavidad oral	Acudir al odontólogo, a realizar algún tratamiento, o revisión. Unidad de medición 10. Menos de 1 año 11. Más de 1 año 12. Nunca	Cuantitativa	Razón/ media
Presencia de molestia dental	Alteración del estado de salud bucal	Alteración del estado natural, puede ser: dolor, inflamación Unidad de medición 13. Si 14. No .	cuantitativa	Moda/ nominal
Tiempo de consumo de drogas	Periodo determinado durante el que se realiza una acción, o se realizaría un acontecimiento	Consumir sustancias narcóticas, de forma adictiva Unidad de medición 15. De 1 a 5 años 16. De 6 a 10 años	Cuantitativa	Moda / nominal

		17 De 11 a 20 años 18. Más de 20 años		
Tipos de drogas	Marihuana: droga ilegal que actúa como alucinógeno en el organismo Cocaína: alcaloide de la planta de la coca, que estimula el sistema nervioso central	Drogas ilegales que producen elevación del estado de ánimo, aumento notable de energía, reduce sensación de fatiga y reduce la necesidad del sueño Unidad de medición 19. Marihuana 20 Cocaína 21 Ambas	cualitativa	Moda / nominal
Frecuencia del consumo de drogas	Frecuencia: repetición mayor o menor de un suceso	Tiempo en consumir algún narcotico Unidad de medición 22 Una vez a la semana 23 Más de una vez a la semana. 24 diario	cualitativa	Moda / nominal
Edad en la que se inició el consumo de drogas	Esta referida al tiempo de existencia de una persona, desde su nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo que ha vivido una persona, a partir de su nacimiento. Unidad de medición	Cuantitativa	Razón/Media

		<p>25-10 a 20</p> <p>26 de 21 a 30</p> <p>27 de 31 a 40</p> <p>28 de 41 a 50</p> <p>29 más de 50</p>		
Tiempo que ha consumido sustancias psicoactivas.	Se define como tiempo , al periodo	<p>De un mes en adelante serán considerados, como pacientes adictos</p> <p>Unidad de medición</p> <p>30 De 1 a 6 meses</p> <p>31 De 7 a 12 meses</p> <p>32 De 1 año a 2 años</p> <p>33 De 3 años a 5 años</p> <p>34 De 5 años en adelante</p>	Cuantitativa	Razón/ Media
Atención para la adicción.	Conjunto de medios que se aplican para aliviar una adicción	<p>Cualquier ayuda</p> <p>Psicológica</p> <p>Medica</p> <p>Unidad de medición</p> <p>35 Si</p> <p>36 No</p>	cuantitativo	Razón / media

		Afirmativa mencionar cual		
Tipo de la lesión odontológica en tejidos duros	El arco dentario permanente puede dividirse en 3 segmento: uno que va de canino a canino y que se denomina sector anterior, y otros 2 que se extienden hacia atrás a partir de cada canino llamados sectores posteriores	Las lesiones más frecuentes en cavidad oral, en pacientes con adicciones son: Caries dental Abrasión Atrición Bruxismo Perforación de paladar Unidad de medición 37 Caries dental 38 Abrasión 39 Atrición 40 Bruxismo 41 Perforación de paladar	Cuantitativo	Razón / media

5.8.-Procedimiento

1. Previo consentimiento informado en el cual se le dará a conocer al paciente cual es la finalidad de realizar dicho procedimiento, se revisará a todos los pacientes que acudan al Centro de Integración Juvenil.
2. La revisión se llevará a cabo en el Centro de Integración Juvenil, adaptándonos a sus instalaciones, llevando acabo el llenado la entrevista de campo y odontograma.
3. Toma de fotografías intraorales, en caso de presentar alteraciones en tejidos duros.
4. Una vez recolectada la información se confecciono una base de datos en el programa estadístico de Excel, para presentar los resultados de manera cuantitativa y cualitativa con la moda y media, así como los gráficos de pastel y barras respectivamente.

5.9.-Materiales

- ✓ Bata
- ✓ Cubre bocas
- ✓ Lentes
- ✓ Guantes
- ✓ Juego de instrumental 1x4 estériles
- ✓ Abateleguas.
- ✓ Tabla con clip
- ✓ Entrevista clínica individual estructurada
- ✓ Cuestionario con odontograma
- ✓ Consentimiento informado.
- ✓ Cámara fotográfica.
- ✓ Espejos intrabucales para fotografías intraorales.

6.- Resultados

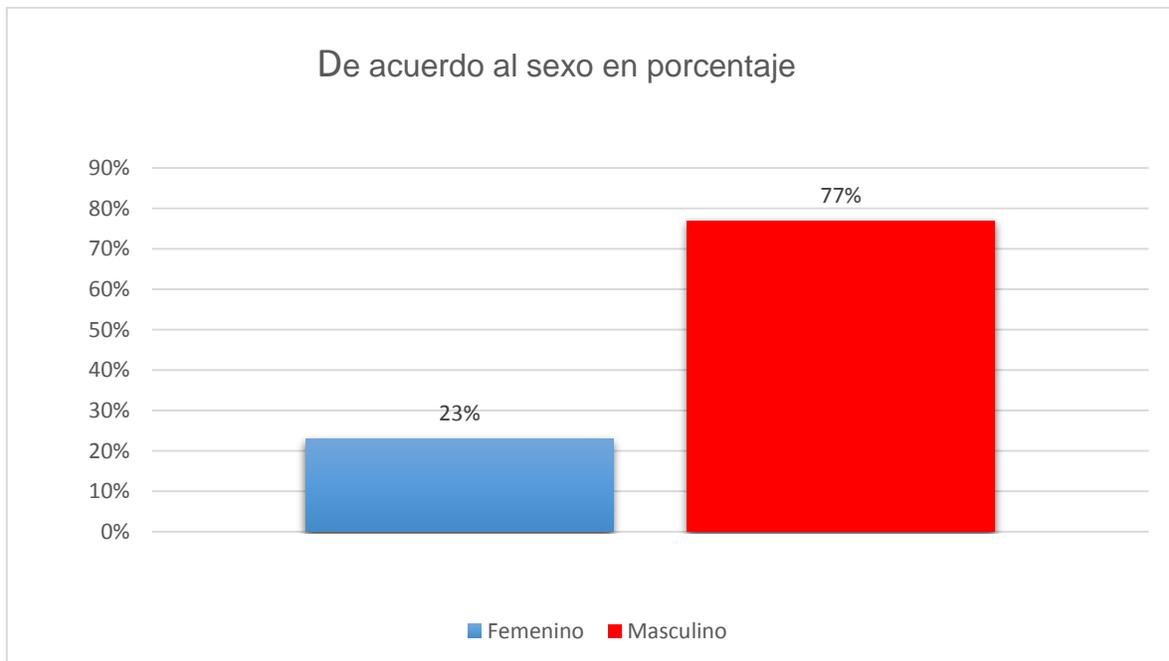
6.1.-De acuerdo al sexo

Participaron en este estudio, 52 pacientes, 12 femeninos y 40 masculinos, en el grupo de edad de los 10 a los 20 años de edad.

El género predominante fue el masculino, encontrando que cada 10 pacientes 7 son masculinos, aunque el género femenino se encuentre una incidencia más baja no deja de representar un problema social grave, ya que en su mayoría son menores de edad.

Femenino	Masculino
12 (23 %)	40 (77%)

Fuente propia



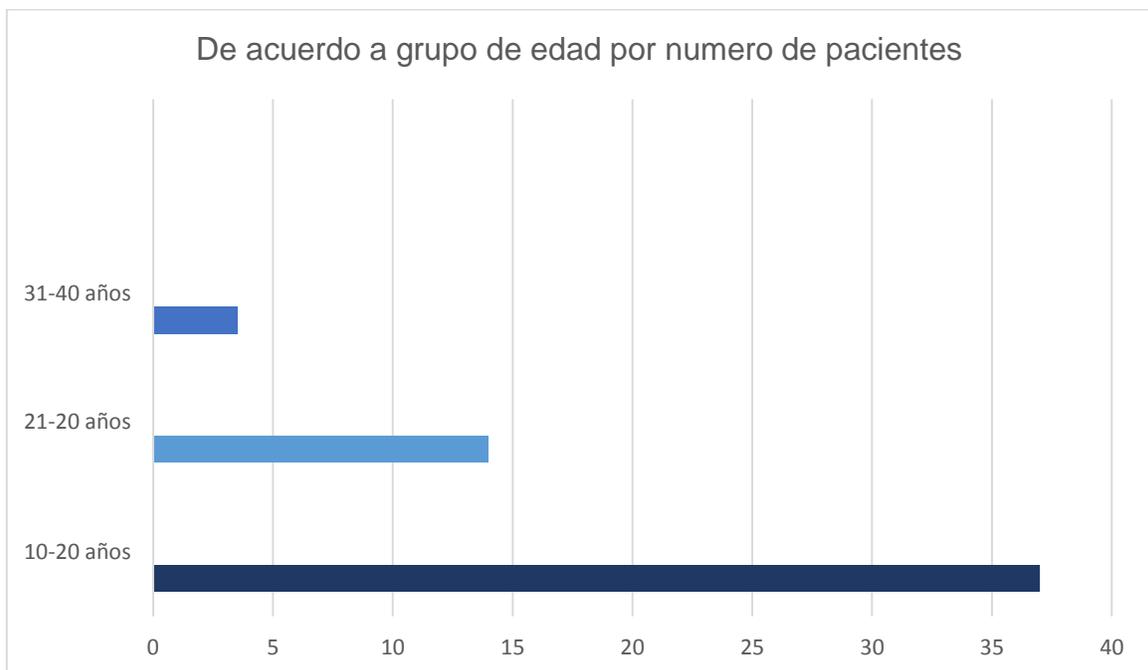
Fuente propia

6.2.- Por grupo de edad

El grupo de edad con mayor predominancia fue de 10 a 20 años de edad ya que en esta edad los pacientes son más vulnerables de adquirir alguna adicción por diversas situaciones emocionales, sociales y económicas, de los 21 a los 30 años se encuentra una incidencia media que no deja de ser significativa y después de los 30 años hay una prevalencia baja, pensando que se debe a la madures adquirida conforme a la edad.

Edad	Frecuencia
10-20 años	37 (71%)
21-30 años	14 (27%)
31-40 años	1 (2%)

Fuente propia



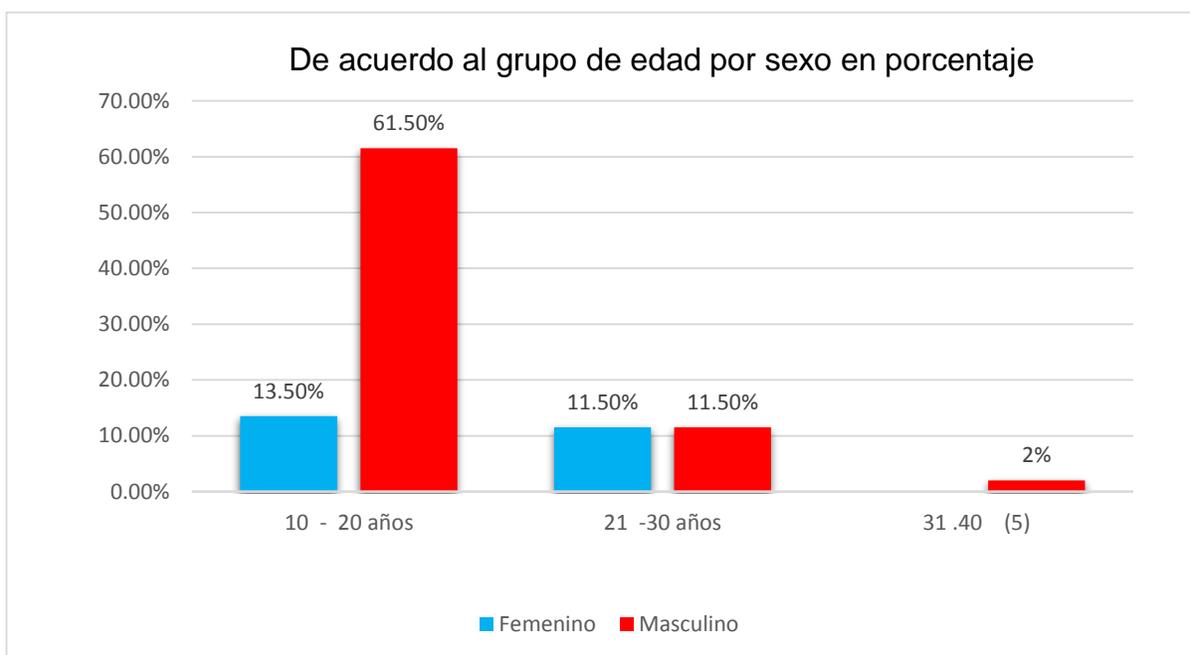
Fuente propia

6.3.-Por grupo de edad por sexo

Se encuentra mayor incidencia en el género masculino de 10 a 20 años de edad, suponiendo que su esfera socio-cultural no está definida aun por cual los hace más vulnerables a adquirir alguna adicción.

Edad	Femenino	Masculino
10-20 años	7 (13.50%)	32 (61.50%)
21-30 años	6 (11.50%)	6 (11.50%)
31-40 años	0	1 (2%)

Fuente propia



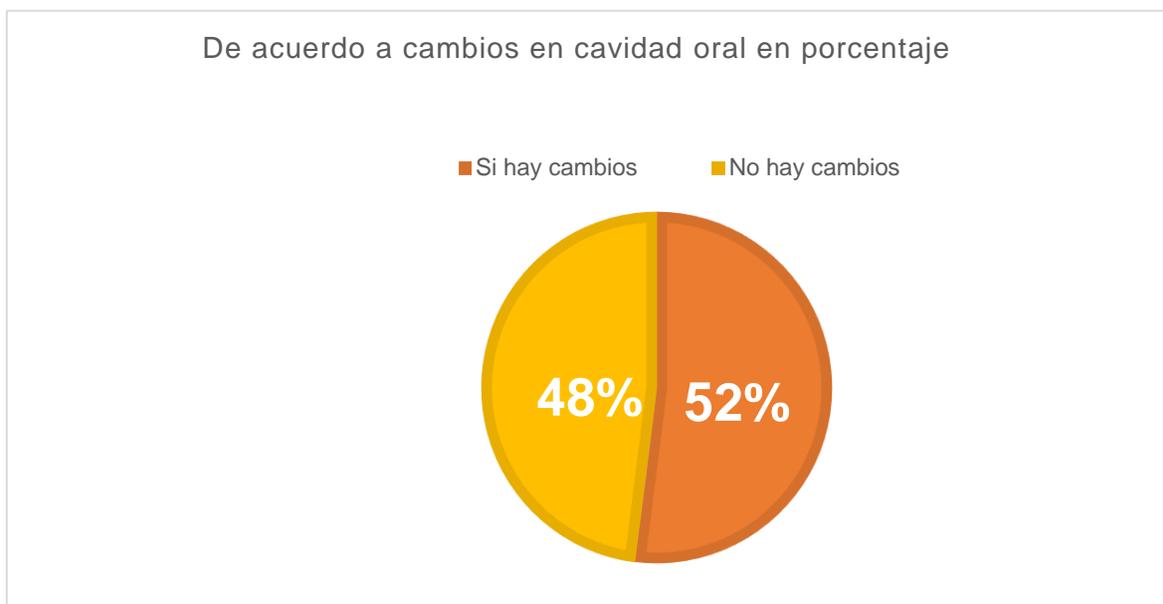
Fuente propia

6.4.-Cambios en cavidad oral

Más de la mitad de la población afirma presentar cambios en cavidad oral siendo la mayoría cambio de coloración de órganos dentarios a un tono amarillento, ya que al ingerir sustancias psicoactivas oralmente los órganos dentarios sufren una deterioración dando paso a diversas situaciones que afectan el aparato estomatognático como es el caso de caries dental, sensibilidad y dolor.

Si hay cambios	No hay cambios
27 (52%)	25 (48%)

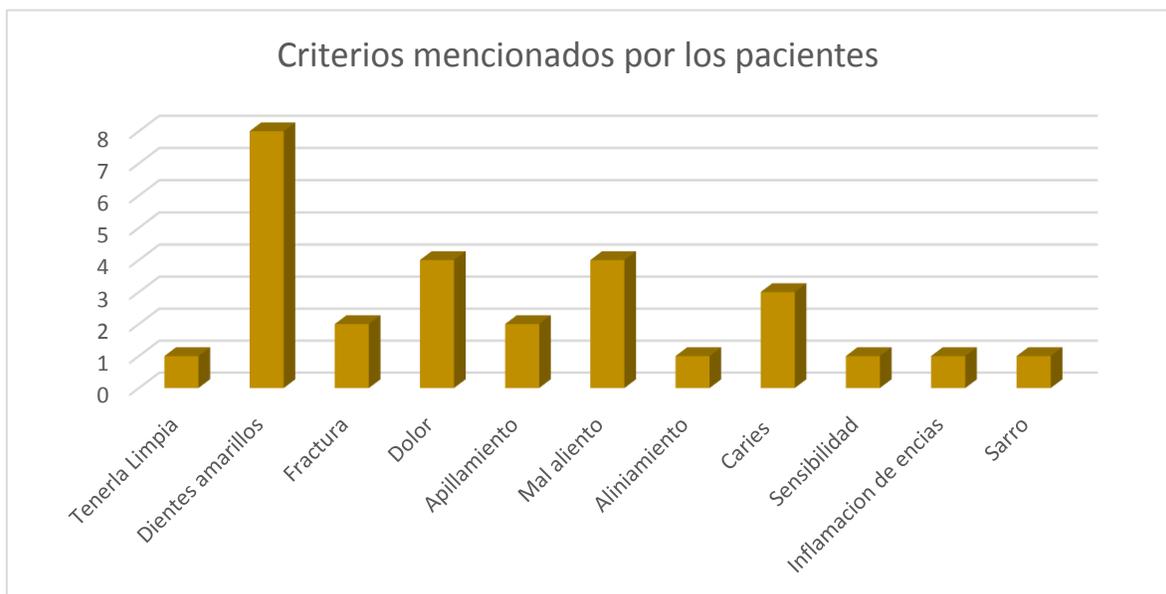
Fuente propia



Fuente propia

Criterio	Cantidad
Tenerla limpia	1
Dientes amarillos	8
Fractura	2
Dolor	4
Apiñamiento	2
Mal aliento	4
Alineamiento	1
Caries	3
Sensibilidad	1
Inflamación de encías	1
Sarro	1

Fuente propia



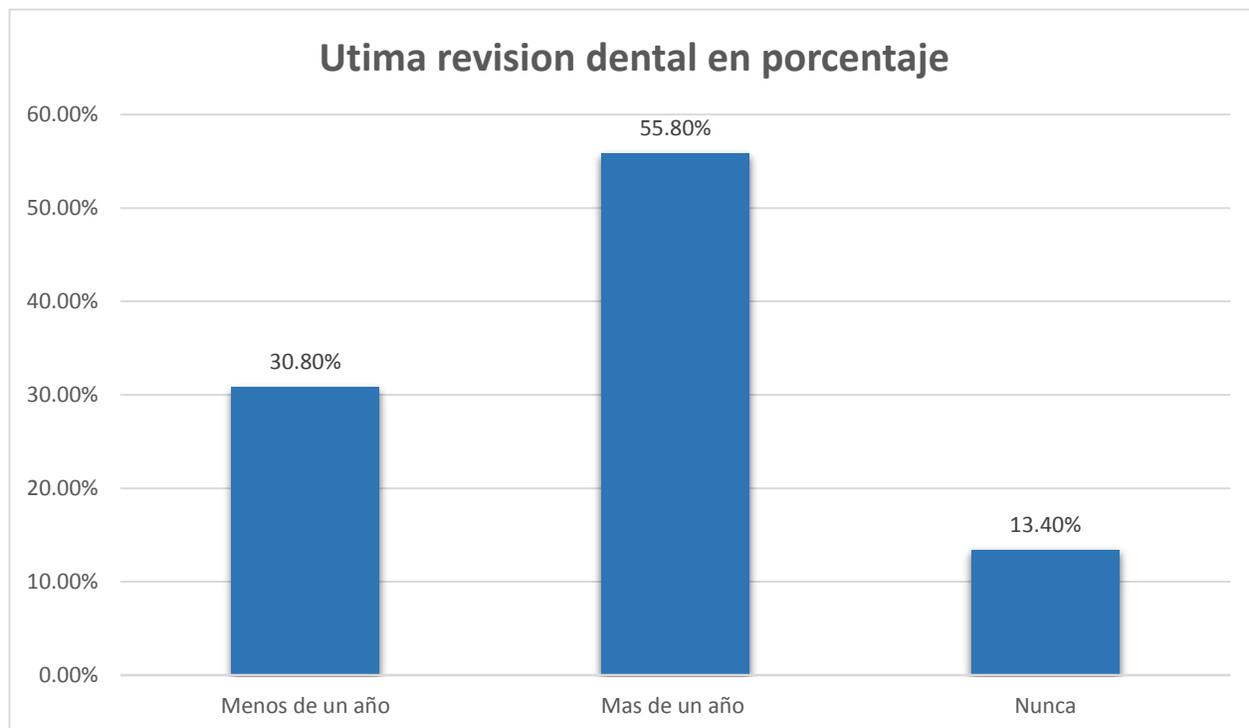
Fuente propia

6.5.- Última revisión dental

La mayoría de los pacientes refirieron tener más de un año de no acudir a consulta odontológica, provocando alteraciones en la cavidad oral que se descubrieron a la exploración clínica, lo anterior coincide con la sintomatología que los pacientes referían a los problemas de la cavidad oral. Encontrando un porcentaje de 13.40 %, importante de pacientes que nunca han acudido a consulta dental lo que maximiza el daño al aparato estomatognático.

Última revisión	Cantidad
Menos de un año	16 (30.80%)
Más de un año	29 (55.80%)
Nunca	7 (13.40%)

Fuente propia



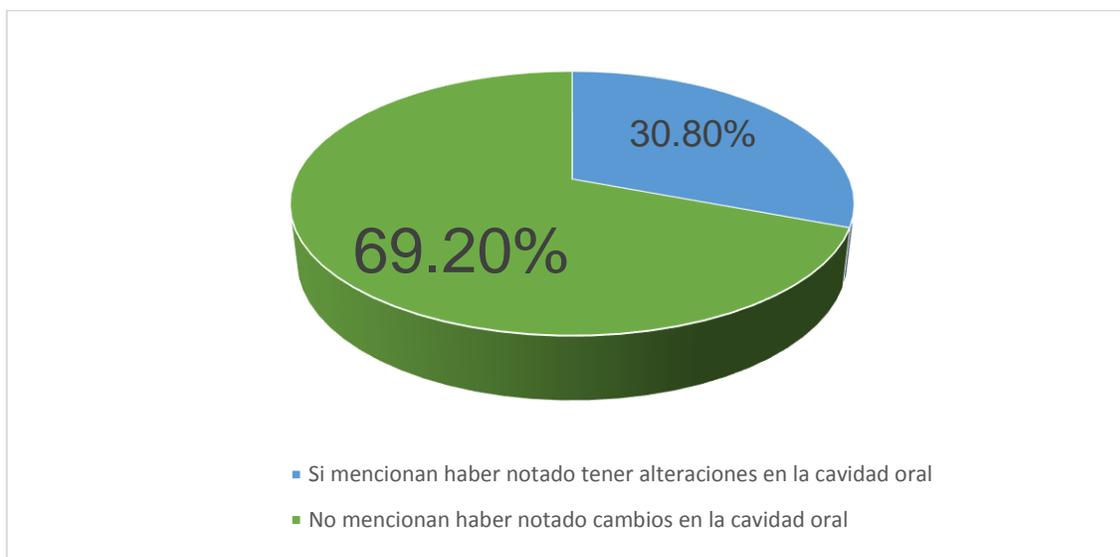
Fuente propia

6.6.-Alteraciones en la cavidad oral

Más de la mitad de los pacientes entrevistados, no señalaron tener algún tipo de molestia dental al momento de realizar la entrevista. Aunque cabe mencionar que los que si refirieron algún tipo de molestia en su mayoría fue dolor, esto se debe a que presentaban caries de cuarto grado o la erupción de terceros molares con presencia de opérculos, ambas alteraciones sin ser atendidas hasta el momento de la exploración dental.

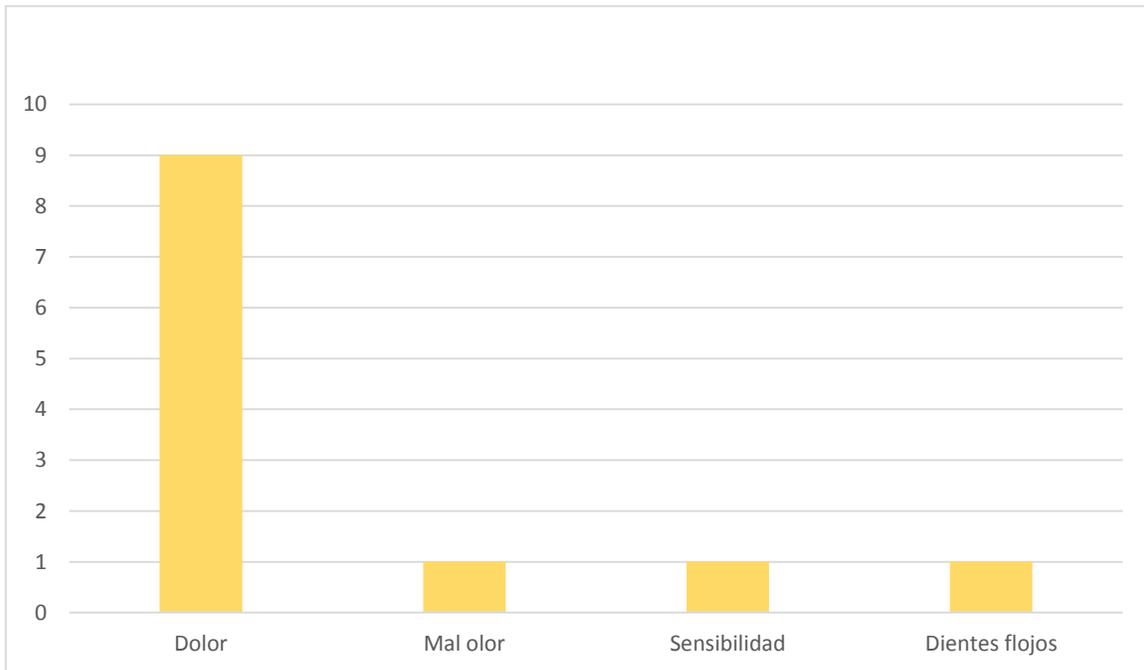
Valor	Cantidad
Si mencionan haber notado tener alteraciones en la cavidad oral	16 (30.80%)
No mencionan haber notado tener alteraciones en la cavidad oral	36 (69.20%)

Fuente propia



Fuente propia

Criterio mencionados por los pacientes	Cantidad
Dolor	9
Mal olor	1
Sensibilidad	1
Dientes flojos	1

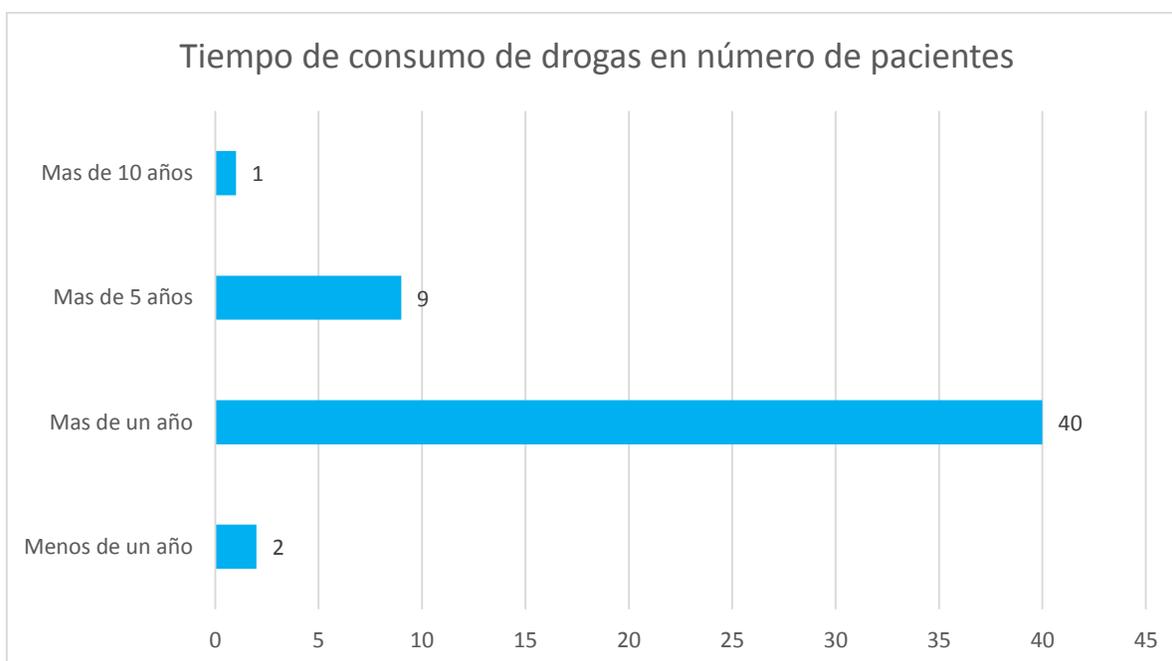


6.7.- De acuerdo al tiempo de consumo

La mayoría de los entrevistados refieren que llevan más de un año en el consumo de sustancias psicoactivas, lo que es preocupante ya que la mayoría son menores de 20 años, ocasionando un problema social de gravedad, que ya está siendo atendido, pero que no garantiza su rehabilitación total, ya que como se sabe la mayoría tiende a recaer.

Variable	Cantidad
Menos de un año	2 (3.70%)
Más de un año	40 (77%)
Más de 5 años	9 (17.30%)
Más de 10 años	1 (2%)

Fuente propia



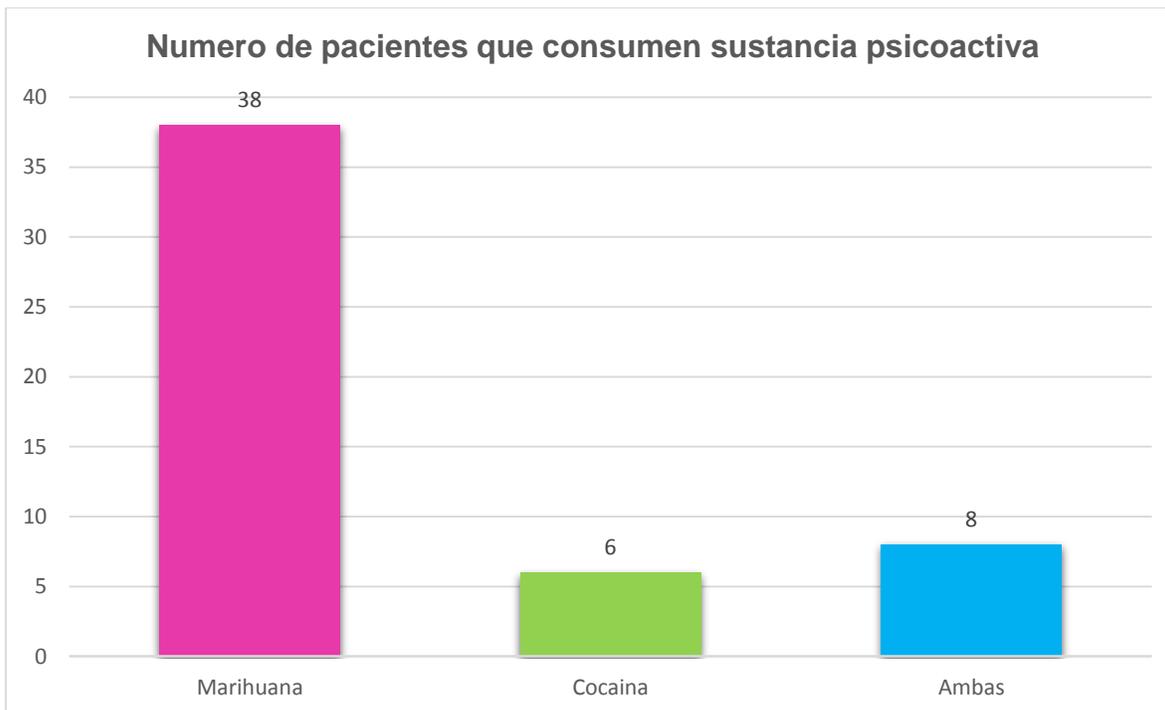
Fuente propia

6.8.-Sustancia psicoactiva de mayor consumo

La sustancia psicoactiva de mayor consumo es la marihuana, siendo esta una de las drogas con mayor facilidad de adquirir, recordando que los pacientes entrevistados son menores de 20 años lo que los hace más vulnerables al consumo de esta,, encontrando a quien la combina con cocaína.

Droga	Cantidad
Marihuana	38 (73%)
Cocaína	6 (11.60%)
Ambas	8 (15.40%)

Fuente propia

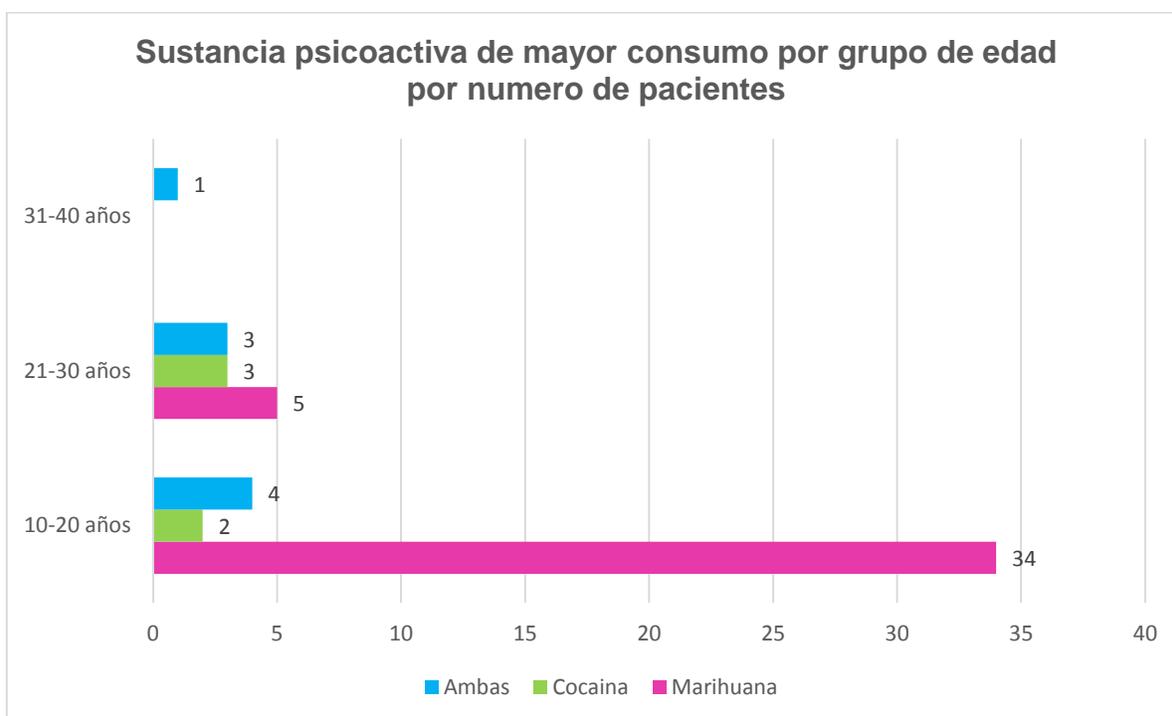


Fuente propia

La sustancia psicoactiva de mayor consumo es la marihuana, volviendo a coincidir que el grupo de edad con más frecuencia de consumo es de los 10 a los 20 años.

Edad	Marihuana	Cocaína	Ambas
10-20 años	34 (65.30%)	2 (3.80%)	4 (7.60%)
21 - 30 años	5 (9.70%)	3 (5.80%)	3 (5.80%)
31- 40 años	0	0	1 (2%)

Fuente propia

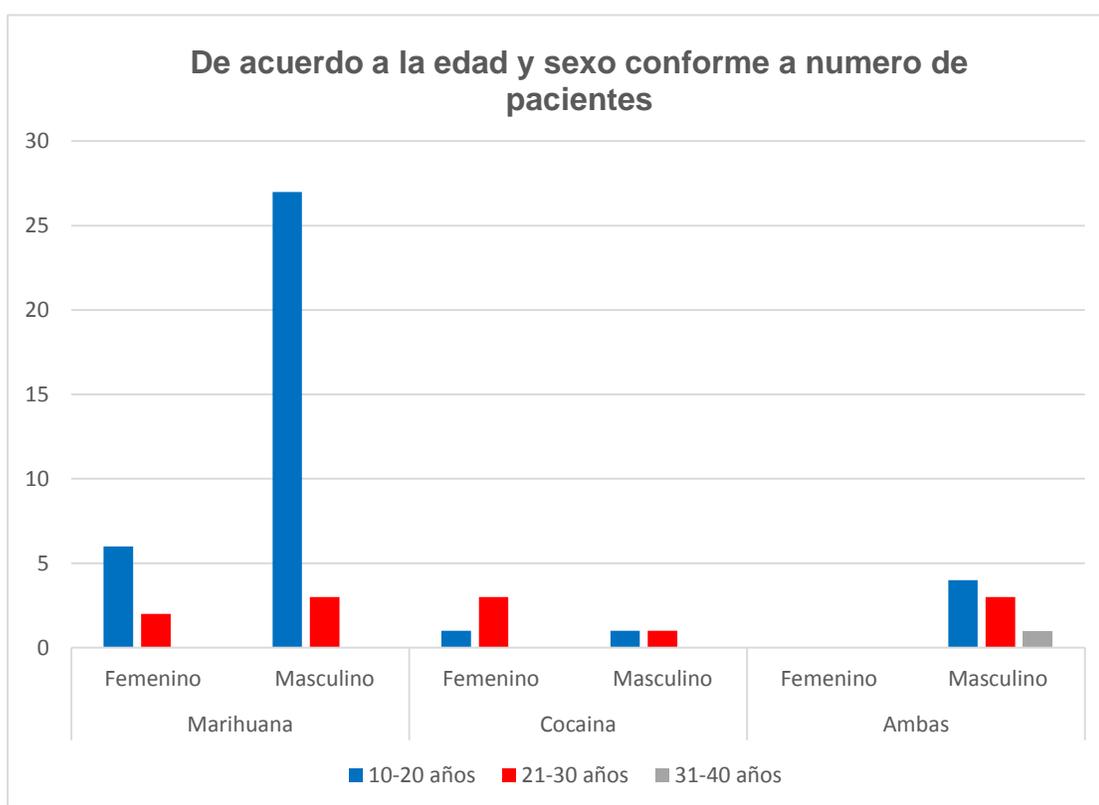


Fuente propia

La marihuana es la principal droga utilizada, principalmente en el sexo masculino de los 10 a los 20 años de edad. Encontrando un porcentaje importante en el género femenino en este mismo grupo de edad.

Edad	Marihuana		Cocaína		Ambas	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
10-20 años	6 (11.50%)	27 (52%)	1 (2%)	1 (2%)	0	4 (7.70%)
21-30 años	2 (4%)	3 (5.60%)	3 (5.60%)	1 (2.00%)	0	3 (5.60%)
31- 40 años	0	0	0	0	0	1 (2.00%)

Fuente propia



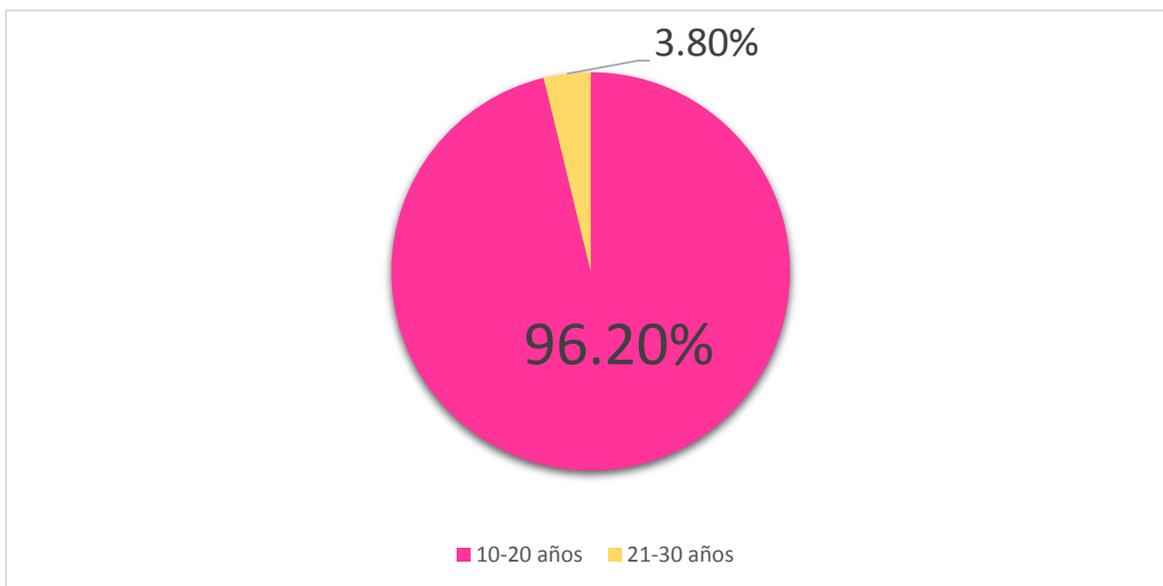
Fuente propia

6.9.-Edad inicial de consumo

Encontrar que la edad inicial de consumo de sustancias psicoactivas comienza de los 10 a los 20 años de edad, nos hace pensar que nos encontramos en un problema social de gravedad, y que debe ser atendido de forma veraz y oportuna, así mismo es de suma importancia trabajar en la prevención de adicciones en educación básica.

Tiempo	Cantidad
10-20 años	50 (96.20%)
21-30 años	2 (3.80%)

Fuente propia



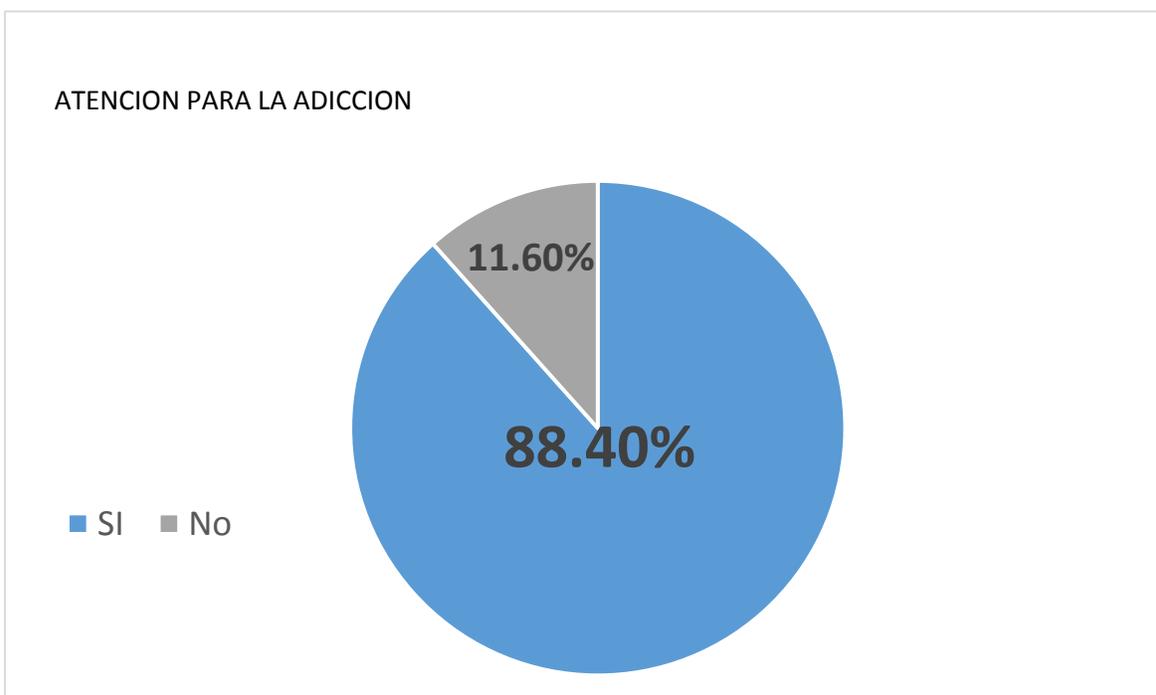
Fuente propia

6.10.-Atención para la adicción

La mayoría de los pacientes señalaron que si han buscado atención para su adicción, lo que es gratificante ya que se busca erradicar con este tipo de problemas sociales. Aunque también se encuentra a pacientes poco colaboradores y acuden a terapia de forma obligada por sus familiares.

Variable	Cantidad
Si hubo atención	46 (88.40%)
No hubo atención	6 (11.60%)

Fuente propia



Fuente propia

6.11.-Lesión bucal de mayor incidencia

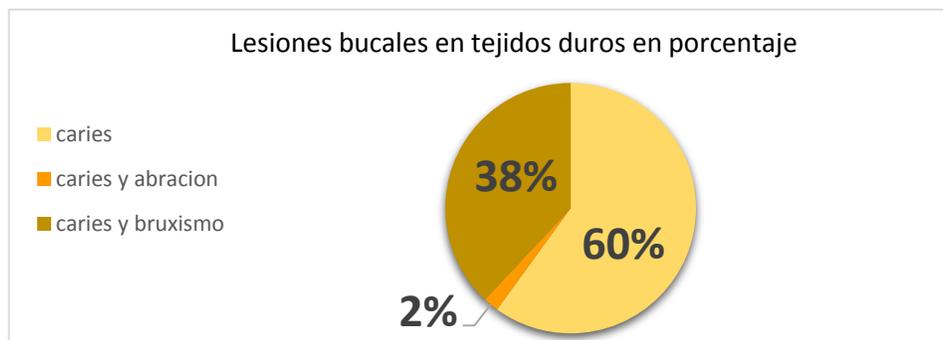
La caries dental es la lesión que con más frecuencia se presenta, ya que consumir sustancias psicoactivas causa xerostomía por lo cual no se realiza una autoclísis correcta, creyendo que evoluciona de manera veras por los hábitos higiénicos del paciente ya que al estar con el efecto de una sustancia psicoactiva no se realiza de manera correcta e incluso está en duda si lo llegan a realizar por daño cognitivo que generan estas sustancias y su consumo frecuente.

El bruxismo se presenta en estados de estrés y ansiedad por abstinencia a la sustancia psicoactiva, por otra parte se puede presentar a causa de un habito parafuncional, teniendo en cuenta que en el momento de estar bajo los efectos de un narcótico tienden a realizar este tipo de habito ocasionando desgaste en los dientes del sector anterior.

No se encontró ningún caso de atrición y perforación de paladar en los pacientes estudiados, colocándolas como alternativas en el presente estudio, ya que la literatura si lo menciona en algunos casos.

Lesión	Cantidad
Caries	31 (60%)
Caries y abrasión	1 (2%)
Caries y bruxismo	20 (38%)

Fuente propia

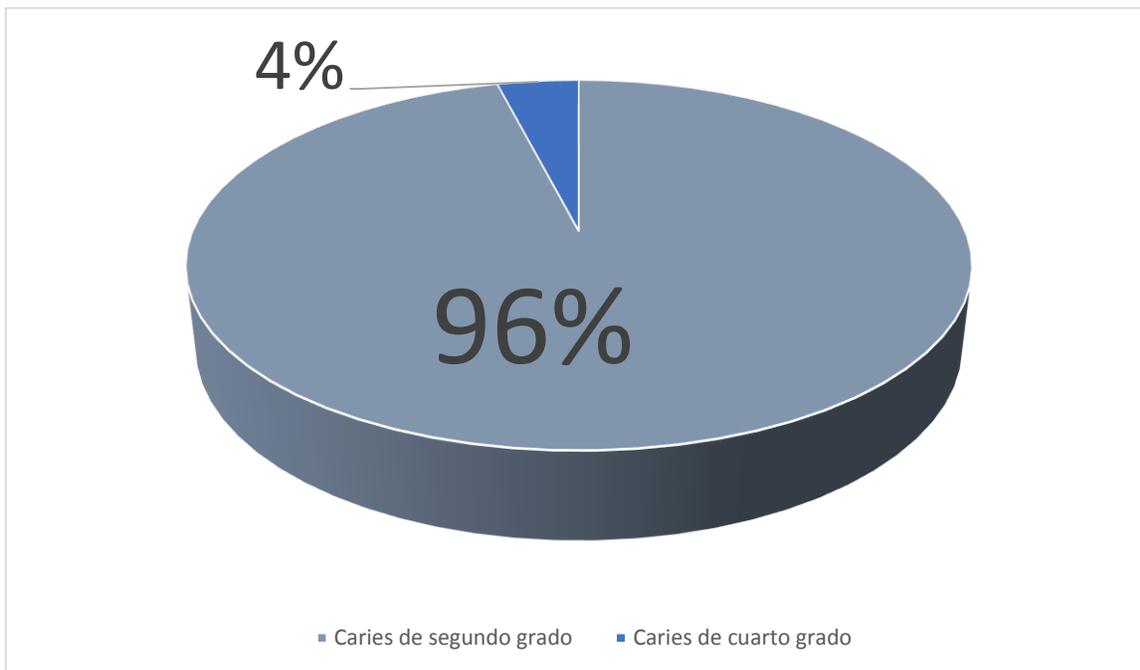


Fuente propia

Con mayor predominancia se encuentra la caries dental de segundo grado, reflejando la falta de atención odontológica ya que la mayoría de los pacientes refieren haber visitado hace más de un año a un profesional de la salud bucal e incluso algunos afirman que nunca lo han realizado, no se menciona caries de primer y tercer grado ya que no se encontraron.

Grado de caries	Cantidad
Segundo grado	50 (96%)
Cuarto grado	2 (4%)

Fuente propia



Fuente propia

6.12.-Lesiones por cuadrante y órgano dentario

Cuadrante I

	OD 11	OR 12	OD 13	OR 14	OD 15	OD 16	OD 17	OD 18
Caries dental	2	3	1	30	28	35	29	8
Restauración dental	-	-	-	3	2	5	3	-
Restauración dental con caries	-	-	-	-	-	2	-	-
Ausente	-	-	-	1	1	-	-	-

Fuente propia

Cuadrante II

	OD 21	OR 22	OD 23	OR 24	OD 25	OD 26	OD 27	OD 28
Caries dental	3	1	1	32	15	36	35	4
Restauración dental	-	-	-	1	-	5	1	-
Restauración dental con caries	-	-	-	-	-	1	-	-
Ausente	-	-	-	2	1	1	-	-

Fuente propia

Cuadrante III

	OD 31	OR 32	OD 33	OR 34	OD 35	OD 36	OD 37	OD 38
Caries dental	-	-	-	22	21	39	36	10
Restauración dental	-	-	-	2	2	2	2	-
Restauración dental con caries	-	-	-	-	-	2	-	-
Ausente	-	-	-	-	1	1	-	-

Fuente propia

Cuadrante IV

	OD 41	OR 42	OD 43	OR 44	OD 45	OD 46	OD 47	OD 48
Caries dental	-	-	-	18	24	33	38	6
Restauración dental	-	-	-	1	-	7	2	-
Restauración dental con caries	-	-	-	-	-	7	2	-
Ausente	-	-	-	-	-	2	-	-

Fuente propia

Órganos dentarios que presentan bruxismo

Órgano dentario	OD 11	OD 12	OD 13	OD 14	OD 15	OD 21	OD 22	OD 23	OD 24	OD 25
Numero de dientes que presentan bruxismo	15	15	3	1	1	15	15	3	1	1

Fuente propia

Órgano dentario	OD 31	OD 32	OD 33	OD 34	OD 35	OD 41	OD 42	OD 43	OD 44	OD 45
Numero de dientes que presentan bruxismo	15	15	3	1	1	15	15	3	1	1

Fuente propia

8.- Discusión

En el Estado de México el Centro de Integración Juvenil (CIJ) el consumo de narcóticos específicamente de marihuana se ha potencializado en los últimos años, ubicándose desde el 2013 por encima del alcohol y el tabaco (3). Esto se ve reflejado en un aumento de consumidores a marihuana, generando un problema social.

En un estudio realizado por la SEDRONAR señala que el consumo inicial de marihuana es a la edad de 18 años y de cocaína a los 19 años, mientras que en nuestro estudio que se realizó a nivel local en el Centro de Integración Juvenil (CIJ) ubicado en la Ciudad de Toluca, Estado de México, la edad mínima inicial de consumo a marihuana es a los 14 años y de cocaína es a los 15 años, lo que es preocupante ya que cada vez el consumo de sustancias psicoactivas comienza a edades más tempranas, es un tema de interés en un estudio futuro (4).

En tanto las lesiones que presentan los tejidos duros de la cavidad oral por el consumo de narcóticos, autores como María Belén Bermeo Macanchi señalan como predominante la caries dental empatando con nuestro estudio, debido a la xerostomía que ocasiona el consumo a narcóticos, agregándole la acumulación de placa dentobacterina, por la deficiencia de cepillado dental, aunque también la literatura consultada, menciona que los adictos a sustancias psicoactivas presentan comportamientos atípicos o manías que pueden ocasionar cepillado dental compulsivo causando lesiones desde una retracción gingival hasta una laceración gingival (5).

El bruxismo dental está presente con mucha frecuencia en pacientes adictos a sustancias psicoactivas como la marihuana y la cocaína, ocasionado por la compresión dental producida por manías y comportamientos atípicos que presenta un paciente adicto a narcóticos (9), encontramos que el 38% de los pacientes inspeccionados presentan esta patología combinada con caries dental.

En nuestro estudio la prevalencia de abrasión dental fue muy poca, mientras que en estudios anteriores se menciona una prevalencia importante de abrasión en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas (9).

La cavidad oral presenta un deterioro progresivo por el uso de sustancias psicoactivas ya que es una de las principales vías de administración de estas, generando lesiones que van desde caries dental hasta perforación de la bóveda palatina (4).

Este estudio conto con una muestra de 52 pacientes, futuros estudios podrían desarrollar sinfín de frutos a la sociedad, que se podrían utilizar para combatir el consumo de sustancias psicoactivas desde el punto preventivo, al igual que en el tratamiento de rehabilitación de un paciente con narcodependencia.

Se queda una gran puerta abierta que esta puede ser de interés para diversos investigadores sobre el tema ya que se podría realizar una investigación sobre la rehabilitación bucal y su seguimiento a corto, mediano y largo plazo de las alteraciones del aparato estomatognático.

9.-Conclusiones

En este estudio la prevalencia de alteraciones a tejidos duros fue alta, ya que la mayoría de los pacientes presentan caries dental de segundo grado, siendo el género masculino el de mayor predominancia.

Los órganos dentarios con mayor incidencia de caries dental, son los primeros molares permanentes en su cara oclusal, ya que de acuerdo a la cronología de erupción son los primeros órganos dentarios permanentes en erupcionar y por lo tanto, tienen mayor probabilidad de sufrir algún cambio de daño en su estructura por tiempo de presencia en cavidad oral, agregándole a esta situación que la ingesta de marihuana y cocaína produce xerostomía, cambios en el ph salival, acumulación de placa dentobacteriana, que favorece al desarrollo de esta patología (9).

El bruxismo al igual que la caries dental se presentó de manera frecuente en los pacientes que participaron en el estudio, siendo el sector anterior, tanto superior como inferior afectados por esta patología, donde la mayoría de los pacientes ignoraban que la presentaban.

Encontramos que la mayoría de los pacientes afirmaban presentar notorios cambios en la cavidad oral, siendo el más relevante el cambio de coloración a un tono amarillento, esto se debe a la ingesta de sustancias psicoactivas por vía oral (8).

Los pacientes que participaron en el estudio mencionan que estuvieron consumiendo sustancias psicoactivas más de un año antes de su proceso de rehabilitación, iniciando el consumo en una edad de 10 a 20 años, siendo de mayor preferencia la marihuana por ambos géneros.

En su mayoría los pacientes mencionan tener más de un año que acudieron a consulta dental y otros afirman que nunca han acudido a consulta, lo que justifica que el dolor dental es el mayor padecimiento al momento de realizar la entrevista.

Por lo que llegamos a la conclusión que el consumo de marihuana y cocaína favorece a la presencia de caries dental, abrasión dental (que en nuestro estudio esta alteración representa una frecuencia relativamente baja) y bruxismo dental, proponiendo que se agregue a su terapia de rehabilitación la atención odontológica, logrando así una rehabilitación integral al paciente.

10.- Anexos

10.1.-Glosario

1. Abfracción: Mecanismo que explica la pérdida de dentina y esmalte dental, causado por deflexión y final fatiga de materiales del diente correspondiente en regiones alejadas del punto de carga (19).
2. Adicción: Condición en la que el individuo deja de poder tener el dominio sobre una droga o bebidas alcohólicas (20).
3. Aparato masticatorio: Conjunto de órganos y estructuras vinculados entre sí, para el cumplimiento de determinadas funciones como masticar o deglutir (20).
4. Apretamiento: Comprimir con fuerza (21).
5. Articulación Temporomandibular (ATM): Fusión de la cabeza del cóndilo mandibular, con la cavidad glenoidea del hueso temporal (20).
6. Axial: relativo al eje o situado de este / pared paralela al eje largo del diente (20).
7. Benzodiazepínicos: Uno de los dos grupos químicos integrantes de los “medicamentos neurobloqueadores” (20).
8. Cefalea: Dolor cefálico, interno y global (20).
9. Clordiazepóxido: Compuesto prototipo de los medicamentos benzodiazepínicos, actúa como tranquilizante menor y como relajante muscular (20).
10. Coadyuvante: Dícese con referencia al ingrediente que, en una preparación magistral, tienen por objeto colaborar para que la base o medicamento principal cumplan con su mejor cometido (20).
11. Complejo dentino-púlpal: Sistema organizado de tejidos que trabajan como una sola estructura / cavidad que ocupa más de 2 caras del diente (20).
12. Crepitación: Pequeños crujidos que se perciben al frotarse entre sí los fragmentos de un hueso fracturado (20).

- 13.** Diazepam: Psicofármaco integrante del grupo de los benzodiazepínicos, determina efectos ansiolíticos e hipnosedantes promoviendo relajación muscular (20).
- 14.** Esclerosis: Condición anormal de un tejido u órgano que se endurece por aumento patológico de la cantidad de tejido fibroso que reemplaza a las estructuras anatómicas normales (20).
- 15.** Espasmódico: Pertenece o relativo a espasmo (20).
- 16.** Exóstosis: Crecimiento o excrecencia formada en la superficie externa de un hueso (20).
- 17.** Fisiopatología: Ciencia que se ocupa de los trastornos funcionales del órgano enfermo, en su totalidad o en partes, que se exteriorizan mediante síntomas y signos (20).
- 18.** Género: Conjunto de seres con características comunes / clase a que pertenecen cosas o personas (21).
- 19.** Hábito: Conducta repetitiva que termina por tomarse automática o inconsciente (20).
- 20.** -Hipersensibilidad: Exageración de la sensación normal, reaccionando a agentes extraños (20).
- 21.** Hipertonía muscular: Aumento del tono o tensión, particularmente de los músculos (20).
- 22.** Hipertrofia: Agrandamiento anormal del peso y volumen en un organismo y estructura débil al aumento en la cantidad o el tamaño de las células que lo constituyen (20).
- 23.** Incidencia: Número de casos nuevos de enfermedad, suicidios, accidentes, etc. aparecidos durante un lapso determinado en una población dada (20).
- 24.** Isométrico: Cuerpos que tienen la misma forma (20).
- 25.** Leucoplasia: Enfermedad adquirida de las mucosas o semimucosas observable específicamente en la boca (20).
- 26.** Luxación: Dislocación de un hueso o de un diente (20).
- 27.** Mialgia: Dolor de los músculos (19).

- 28.** Morfo funcional: Complejo de fenómenos determinantes de la manera como se estructura la forma de un órgano y sus partes (20).
- 29.** Multifactorial: Que reconoce la presencia de interacción de varios factores causales (20).
- 30.** Neuralgia: Dolor agudo y paroxístico en el trayecto de un nervio sensitivo periférico o de sus ramificaciones (20).
- 31.** Neuromuscular: Perteneciente o relativo a los nervios y músculos conjuntamente (20).
- 32.** Opérculo dental: Capuchón mucoso que recubre parcial o totalmente un diente no erupcionado (20).
- 33.** Parafunción: Voz genérica con la que se engloba cualquier excursión o trabajo mandibular que no obedezca a razones específicas de masticación, fonación, deglución, u otras expresiones de su fisiología (20).
- 34.** Placa bacteriana: Masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas en la superficie de los dientes, la encía, la lengua y otras superficies dentales (22).
- 35.** Prevalencia: Proporción de población afectada por una enfermedad o estado patológico en un momento dado (20).
- 36.** Rechinamiento: Ruido desagradable causado por el frote reiterado de un arco dentario contra su antagonista, característico en el bruxismo (20).
- 37.** SEDRONAR: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el narcotráfico (8)
- 38.** Sistema estomatognático: Combinación de todas las estructuras implicadas en el lenguaje y la recepción, la masticación y deglución de la comida. El sistema se compone de dientes, maxilares, músculos de la masticación, epitelio, articulaciones y nervios temporomandibulares que controlan estas estructuras (19).
- 39.** Sueño: Periodo de reposo de cuerpo y mente durante el cual existe una ausencia parcial o completa de volición y conciencia de las funciones del organismo parcialmente suspendidas (19).

- 40.** Sustancias psicoactivas: Toda sustancia química de síntesis natural que introducidas en el organismo vivo por cualquier vía de administración (inalada, ingesta intramuscular, endovenosa) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central provocando una alteración física o patológica. (3).
- 41.** Trauma oclusal: lesión provocada por un choque o golpe más el conjunto de reacciones locales y generales desencadenadas por el factor causal (20).
- 42.** Trismús: Contractura o espasmo con reacción antalgica o por inflamación directa de los músculos masticadores (20).
- 43.** Vigilia: Acción de estar despierto (21).
- 44.** Xerostomía: Sequedad en la boca determinada por una disminución de flujo salival, que puede obedecer a factores congénitos o también ser adquirida (20).

10.2.- Oficios y formato de investigación

Universidad de Ixtlahuaca CUI



Septiembre 2017, Ixtlahuaca Edo de México.

P R E S E N T E

Por medio del presente, envió un cordial saludo, y solicito se les permita a los pasantes de Cirujano Dentista, de la Universidad de Ixtlahuaca CUI; Lorena Olmos Plata y Hugo Arturo Rivas Ortiz, acudir al Centro de Rehabilitación Juvenil a su cargo, para realizar un trabajo de investigación para tesis con el título “PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN TEJIDOS DUROS EN PACIENTES CON ADICCIONES EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN JUVENIL (CIJ) DE TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017”

Sin más por el momento quedo de usted, para cualquier duda o aclaración, esperando respuesta favorable a dicha petición.

M. en C Elizabeth Sánchez Gutiérrez

Directora técnica de la Licenciatura



Entrevista de campo

Nombre:(opcional) _____.

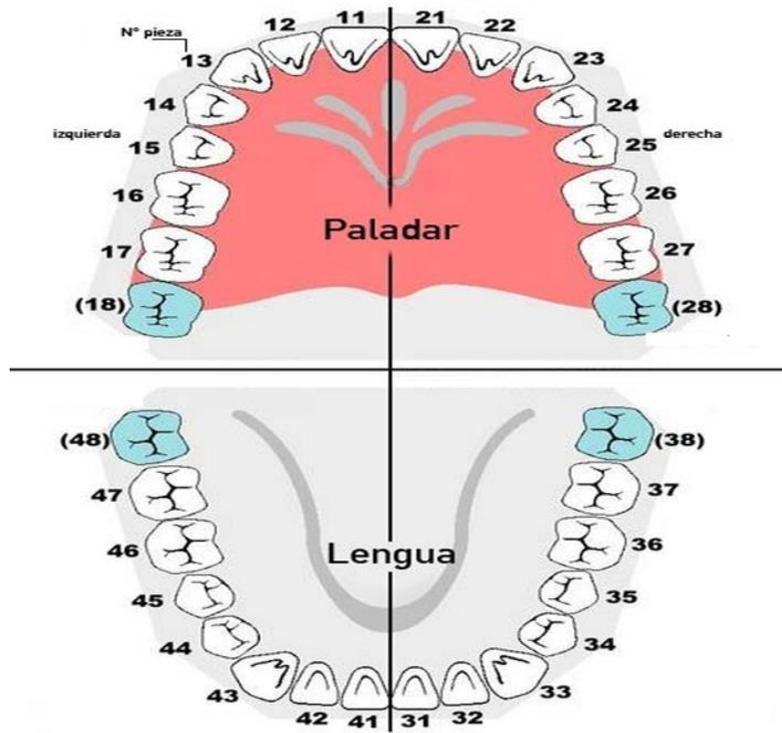
Edad: _____. Sexo _____ Teléfono _____.

Dirección _____.

Pregunta	Código
¿Has observado algún cambio en tu boca? ¿Cuál?	
¿Cuándo fue tu última revisión dental?	
¿Presentas alguna molestia dental?	
¿Cuánto tiempo llevas consumiendo de drogas?	
¿Qué tipos de drogas consumes?	
¿Con que frecuencia consumías drogas?	
¿A qué edad iniciaste el consumo de drogas?	
¿Has recibido atención por causa de las adicciones? ¿Cuál?	



ODONTOGRAMA



NOTA: Los tejidos duros en rojo denotarán alteración

Códigos

- 37 Caries dental
- 38 Abrasión
- 39 Atrición
- 40 Bruxismo
- 41 Perforación de paladar



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El (la) que suscribe _____

Con domicilio en _____

En mi carácter de _____ Edad _____ Genero (F) (M)

Manifiesto que los pasantes de Cirujano Dentista Lorena Olmos Plata y Hugo Arturo Rivas Ortiz, amablemente me informaron de manera verbal, libre, sin coerción alguna, en forma clara, sencilla, suficiente, sobre la realización de la inspección bucal, con el fin de llevar a cabo un proyecto de investigación que lleva por título “PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN TEJIDOS DUROS EN PACIENTES CON ADICCIONES EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN JUVENIL (CIJ) DE TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2017”.

Estoy informado (a), y consiente que mi identidad no será revelada ante el público, sin embargo acepto que si haya una evidencia fotográfica de mis tejidos bucales.

Fecha y hora _____

Firma del paciente (tutor o representante legal)

Pasante de Cirujano Dentista

Lorena Olmos Plata

Pasante de Cirujano Dentista

Hugo Arturo Rivas Ortiz

Director del Centro de Rehabilitación Juvenil

10.3.- Evidencia fotográfica



Fotografía 1: Fotografía intra oral de mordida de lado derecho que muestra claramente la ausencia de aseo bucal, fuente propia.



Fotografía 2: Fotografía intra oral de máxima intercuspidad que muestra el desgaste en bordes incisales de incisivos centrales superiores e incisivos laterales superiores por bruxismo, fuente propia.



Fotografía 3: Fotografía que muestra abrasión dental en el incisivo lateral superior derecho y el canino superior derecho, fuente propia.



Fotografía 4: Fotografía intra oral mandibular que muestra desgaste de bordes incisales de los órganos dentarios inferiores anteriores, fuente propia.



Fotografía 5: Fotografía intra oral inferior que muestra la presencia de cálculo dental en la cara lingual en la zona cervical de los órganos dentarios inferiores anteriores, fuente propia.



Fotografía 6: Fotografía de mordida que muestra la falta de habito de higiene, fuente propia.



Fotografía 7: Fotografía de labio inferior que muestra puntos de tatuaje permanente, fuente propia.



Fotografía 8: Fotografía intra oral mandibular que muestra fractura de una restauración con recurrencia de caries dental en la cara mesial oclusal y vestibular el primer molar permanente inferior derecho, fuente propia.



Fotografía 9: Fotografía intra oral de arcada superior en donde se muestran restauraciones dentales presentes, fuente propia.



Fotografía 10: Fotografía intra oral de arcada superior que muestra resto radicular del primer molar permanente derecho, fuente propia.



Fotografía 11: Fotografía intra oral mandibular que muestra caries dental en la cara oclusal y vestibular del primer molar inferior izquierdo permanente y en la cara oclusal del segundo molar inferior izquierdo permanente y ausencia del primer molar inferior derecho permanente, fuente propia.



Fotografía 12: Fotografía intra oral de la arcada superior que muestra ausencia de órganos dentarios, fuente propia.



Fotografía 13: Fotografía intra oral de maxilar superior que muestra pigmentación de color marrón en la cara palatina del incisivo lateral derecho y presencia de caries dental en las caras oclusales de los primeros molares superiores, fuente propia.



Fotografía 14: Fotografía intra oral de la arcada superior que muestra la presencia de restos radiculares de los primeros molares permanentes superiores y presencia de caries dental en distintos órganos dentarios, fuente propia.



Fotografía 15: Fotografía intra oral que muestra desgaste de bordes incisales en los dientes anteriores inferiores, fuente propia.

11.-Referencias bibliográficas

1. Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el delito. (2016). Informe mundial sobre las drogas.
2. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública .Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco. (2016-2017)
3. Centros de Integración Juvenil, AC 2017.
4. Martha Lucia Pacheco Duarte. (2014). Salud bucal en jóvenes colombianos, consumidores de cocaína.
5. Basov Ksenia, Sonabria Sulayma, Aguilera Maria C. (2012). Prevalencia de manifestaciones bucales en individuos narcodependientes.
6. Alejandro E. Ruiz Contreras, Oscar Prospero Garcia. (2014). La marihuana.
7. Ginega, Páblo C, Bella, Marcela M, Cornejo Lila S. (2012). Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación.
8. Marory, y Tutibo. (2003) Efectos y consecuencias de las drogas, manual básico para docente.
9. María Belén Berneo Macachi. (2014) Manifestaciones bucales más frecuentes en pacientes que fumaron marihuana, en el centro de Rehabilitación “divino cristo” en la ciudad de Machala en el año 2013.
10. Dr. Bizmar Hernández Reyes; Dra. Silvia María Díaz Gómez; Dra. Siomara Hidalgo Hidalgo; Dr. Romel Lazo Nodarse. (2017), Bruxismo, panorámica actual.
11. Emilse Máyela González Soto; Elias Omar Midobuche Pozos; José L. Castellanos (2015) Bruxismo y desgaste dental.
12. Ania Mercedes Silvia Contreras (2015) bruxismo, su comportamiento en un área de la salud.
13. Frugone Zambra Re; Rodríguez C. (2003), bruxismo.
14. Diana Denisse Garrigos Portales; Alejandra Paz Garza; Jose L Castellanos, (2014) Bruxismo más allá de los dientes, un enfoque inter y multidisciplinario.
15. Emilse Máyela González Soto; Elias Omar Midobuche Pozos; José L. Castellanos (2015) Bruxismo y desgaste dental.
16. Editorial Medica Panamericana (2009) Lesiones cervicales no cariosas.
17. ICDAS - International Caries Detection and Assessment System. Available from: 2011.
18. González-Andrade F, Aguinaga G, Vallejo F. Incorporación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano como una estrategia para mejorar la salud y la educación médica. Paper. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización; 2013

- 19.** Mosby, Diccionario de odontología, Segunda Edición. Universidad de Barcelona; editorial Elseveier Mosby 2009.
- 20.** Marcelo Friedenthal, Diccionario de odontología; Segunda Edición, Buenos Aires, Argentina; Editorial Medica Panamericana; 1996.
- 21.** Fernández Educación, s.a de c.v; Diccionario Academia Practico Escolar; Segunda edición; México; Editorial Fernández Editores; 2015.
- 22.** Bertha Y. Higashida; Odontología Preventiva: Segunda Edición; México; Editorial Mic Graw Hill; 2009.