



investigación

Estado de Salud Bucodental en Consumidores de Marihuana

State of Dental Health in Consumers of Marijuana
Estado de Saúde Bucal nos Consumidores de Maconha

Carolina Elizabet Barrios¹ | Vilma Graciela Vila²

Lugar de Trabajo

Facultad de Odontología U.N.N. E
Cátedra Práctica Clínica Preventiva I.
Av. Libertad 5450 C.P. 3400
Corrientes. Capital. Argentina.
Tel. 03783 / 457990.
E-mail: catepreventiva1@yahoo.com.ar

Fecha de Recepción

diciembre 2008.

Aceptado para su publicación

marzo 2009.

Resumen

El estudio descriptivo y observacional se realizó en pacientes de 15 a 30 años, que concurrieron para su atención a la Cátedra Práctica Clínica Preventiva I de la FOUNNE, en los periodos 2007-2008. El mismo consistió en evaluar el estado de salud bucodental y su relación con el consumo de marihuana. La muestra estuvo conformada por dos grupos de 40 individuos cada uno: el primer grupo consumidores de marihuana y el segundo no consumidores, a ambos se les realizó historia clínica, examen intraoral e índices indicadores, datos que fueron volcados en hoja de cálculo Microsoft Excel y analizados mediante el programa Infostat. A fin de salvaguardar los derechos de privacidad de los pacientes, se les informó los objetivos y métodos a utilizar, obteniendo el consentimiento informado firmado.

En el grupo expuesto se registró un 91% correspondiente al sexo masculino y el 9% al femenino, con una edad media de 24 años (con un intervalo 15 a 30).

En los resultados, se observó que el grado de inflamación gingival, número de superficies careadas, perdidas y obturadas fue mayor en el grupo de los pacientes consumidores de marihuana. En cambio el porcentaje promedio de placa bacteriana fue similar en ambos grupos.

Palabras claves

Lesiones bucales, mucosa, drogas.

Summary

The observational and descriptive study was conducted in patients 15 to 30 years, who competed

¹ Docente Auxiliar Cátedra: Práctica Clínica Preventiva I, dedicación exclusiva.

E-mail: caroliebarrios@hotmail.com

² Profesor Titular de la Cátedra Práctica Clínica Preventiva I, dedicación semiexclusiva.

E-mail: litavila@yahoo.com.ar

for the attention of the Chair Clinical Practice of Preventive I FOUNNE, during periods from 2007 to 2008. Was evaluated in the same state of dental and oral health for the consumption of marijuana. The sample consisted of two groups of 40 individuals each: the first consumers of marijuana and the second non-users, both patients underwent medical history, intraoral examination indicators and indices, data that was dumped in Microsoft Excel spreadsheet and InfoStat analyzed by the program. To safeguard the privacy rights of patients, they were informed of the objectives and methods used, obtaining the informed consent signed.

In the exposed group was 91% for males and 9% female, mean age 24 years. (With an interval of 15 to 30).

In the results, it was observed that the degree of gingival inflammation, number of surfaces careadas, sealed and lost was higher in the group of patients consuming marijuana. In contrast, the average percentage of plaque was similar in both groups.

Key words

Oral lesions, mucosal, drugs.

Resumo

O estudo observacional e descritivo foi realizado em pacientes de 15 a 30 anos, que concorreu para a atenção do presidente Clinical Practice of Preventive FOUNNE I, durante os períodos de 2007 a 2008. O mesmo foi o de avaliar o estado de saúde oral e dentária para o consumo de maconha. A amostra foi constituída por dois grupos de 40 indivíduos cada: o primeiro consumidor de maconha, ea segunda não-usuários, tanto pacientes foram submetidos a história clínica, exame intraoral indicadores e índices, dados que foram despejados em planilha Microsoft Excel e InfoStat analisados pelo programa. Para salvaguardar os direitos de privacidade dos pacientes, eles foram informados dos objetivos e métodos utilizados, a obtenção do consentimento informado assinado.

No grupo exposto foi de 91% para o sexo masculino e 9% do sexo feminino, com idade média de 24 anos. (com um intervalo de 15 a 30).

Nos resultados, observou-se que o grau de inflamação gengival, número de superfícies careadas, fechados e perdidos foi maior no grupo de pacientes que consomem maconha. Em contrapartida, a per-

centagem média de placa foi similar em ambos os grupos.

Palavras chave

As lesões da mucosa bucal, drogas.

Introducción

El abuso en el consumo de drogas constituye un problema social y de salud pública en la mayoría de los países por las múltiples consecuencias negativas que provocan sobre el desarrollo emocional y físico de las personas.⁽¹⁾

En los últimos años diversas investigaciones establecen que existe un incremento en el uso de drogas en todo el mundo, unos 200 millones de personas (5% de la población mundial de 15 a 64 años de edad) han consumido drogas en el último año.⁽²⁾

Algunos jóvenes y adolescentes han experimentado el consumo de drogas como un rito para atravesar la fase de individuación, los mismos presentan personalidades complejas y pueden ser los más sensibles a la dependencia de drogas.⁽³⁾

La drogadicción, es el consumo constante de drogas prohibidas e ilegales que son altamente nocivas para la salud física como mental, produciendo daños de tipo irreversible, es decir, daños permanentes que afectan a la salud en general, sistema nervioso, sangre, huesos, pulmones, cavidad bucal, entre otros.^(4,5)

Es importante resaltar que droga, se define como toda sustancia que manifiesta la particularidad de crear dependencia y de modificar funciones del organismo del individuo que las consume. Sin lugar a dudas, el tabaco y el alcohol que son sustancias de consumo legal, satisfacen estas dos características, por lo que hemos de considerar como drogas.⁽⁶⁾

Otros estudios establecen que un gran porcentaje de la población que consume marihuana lo hace después de haber usado cigarrillos y alcohol.⁽⁷⁾

La Marihuana contiene una sustancia activa llamada Tetrahidrocanabinol (THC) que altera las funciones del cerebro como la coordinación, los reflejos, incrementa el ritmo cardiaco y la presión sanguínea, disminuye el flujo salival (xerostomía).⁽⁸⁾

En adictos a marihuana se observan en cavidad bucal con frecuencia caries a nivel cervical de los dientes por cepillado compulsivo, en tejidos periodontales se pueden presentar gingivitis,

queilitis y candidiasis producto de la desnutrición permanente que usualmente provocan las adicciones por presencia de desordenes alimentarios como la anorexia.⁽⁹⁾

Los efectos orales del uso de la marihuana pueden ser devastadores. Los informes han descrito caries rampante que se asemeja a la caries temprana de la niñez. Un patrón de caries distintivo es el que puede observarse frecuentemente en las caras libres vestibulares de los dientes y en las superficies ínter proximal de los dientes anteriores.⁽¹⁰⁾

La caries rampante se asoció al uso de la marihuana y se atribuye a lo siguiente: la naturaleza ácida de la droga, el efecto de disminución del flujo salival, su propensión a causar ansiedad de consumir bebidas carbonatadas, provoca el apretamiento y rechimiento dentario y su larga duración que conduce a períodos extendidos de higiene oral deficiente.⁽¹¹⁾

El efecto de las drogas, además de presentarse un sinnúmero de alteraciones sistémicas y bucales entre los adictos, estos sujetos menudo permanecen sin atención médica y dental durante años, debido a negligencia atribuida a los efectos de las drogas y a que pertenecen comúnmente a un estrato socioeconómico bajo.⁽¹²⁾

Dadas las potenciales condiciones precarias de salud del individuo adicto a las drogas, se decidió realizar el presente estudio, con la finalidad de establecer la prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal.⁽¹³⁾

El objetivo del trabajo consistió en evaluar estado de salud bucodental y su relación con el consumo de marihuana.

Materiales y métodos

El estudio descriptivo observacional se llevo a cabo en pacientes de 15 a 30 años que concurrieron a la Cátedra de Práctica Clínica Preventiva I de la FOUNNE en los periodos 2007-2008.

La muestra estuvo conformada por dos grupos de 40 individuos cada uno: el primer grupo consumidores de marihuana y el segundo no consumidores, a ambos se les realizó historia clínica, examen intraoral e índices indicadores, datos que fueron volcados en hoja de cálculo Microsoft Excel y analizados mediante el programa Infostat. A fin de salvaguardar los derechos de privacidad de los pacientes, se les informó los objetivos y métodos

a utilizar, se completó la historia clínica con el consentimiento informado firmado.

Se evaluó el estado gingival utilizando el índice gingival de Löe Silness y se determinó el porcentaje de placa bacteriana utilizando el índice de placa O'Leary.

El estado gingival se evaluó introduciendo 1mm la sonda periodontal a nivel del surco gingival en las cuatro unidades de la encía, correspondiente a cada diente seleccionado de acuerdo a los siguientes criterios establecidos:

Grado 0: Encía normal.

Grado 1: Cambio de color y edema. No sangra al sondaje.

Grado 2: Enrojecimiento y edema. Sangra al sondaje

Grado 3: Marcado enrojecimiento, edema y ulceración. Sangrado espontáneo.

Las piezas dentarias establecidas para el estudio fueron:

- Primer molar superior derecho.
- Incisivo central superior izquierdo.
- Primer premolar superior izquierdo.
- Primer molar inferior izquierdo.
- Incisivo central inferior izquierdo.
- Primer premolar inferior derecho.

Para visualizar la placa bacteriana se utilizó sustancias revelantes, que indicaron el porcentaje que presentaban los pacientes, considerando compatible con salud un valor menor del 20% y un porcentaje mayor al mismo, indicaría riesgo de enfermedad gingival y de caries. Esto se realizó teniendo en cuenta la siguiente formula:

$$\frac{\text{Número de Superficies Teñidas} \times 100}{\text{Número de superficies presentes}}$$

Al finalizar el estudio se motivó y enseñó la técnica de cepillado de Bass y el uso del hilo dental en forma individual.

Resultados

Se examinaron 40 sujetos expuestos (91% varones), con una edad mediana de 24 (intervalo 15 a 30) años. El valor promedio del 1° registro del índice gingival de Löe y Silness de los pacientes que consumen excesivamente fue de 2,5; éste valor es intermedio entre una encía que presenta inflamación moderada e inflamación severa. El valor promedio del 2° registro fue de 1,9 éste valor

indica una encía con inflamación moderada.

El valor promedio de 1° registro del índice gingival de Loe y Silness de las pacientes no consumidoras fue de 0,9 y el valor promedio del 2° registro fue de 0,5; ambos valores son compatibles con una encía normal. (Tabla N° I)

El valor promedio del 1° índice de placa O'Leary del grupo expuesto fue de 48,1 %, este valor indica riesgo de enfermedades gingivales y de caries. El valor promedio del 2° índice fue de 31 %, éste valor es considerado no compatible con salud. El valor promedio del 1° índice de placa O'Leary de los pacientes no consumidoras fue de 35,6 %, este valor indica riesgo de enfermedades gingivales y de caries. El valor promedio del 2° índice fue de 18 %, valor compatible con salud. (Tabla N° II)

De acuerdo a las variables estudiadas existe una diferencia superficies careadas, perdidas y obturadas en el grupo expuesto que no expuesto, lo cual manifiesta condiciones de riesgo para la salud bucal. (I)

I.Estado buco dental (número de superficies careadas, perdidas y obturadas) en el grupo expuesto y no expuesto.

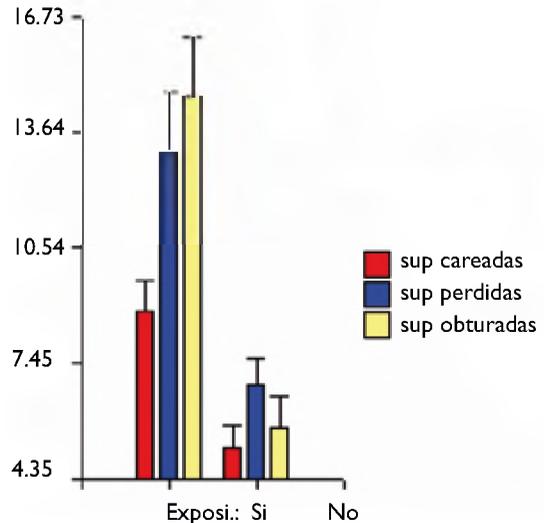


Tabla 1: Evaluación del Estado Gingival en Adolescentes consumidoras de marihuana y no consumidoras.

Estado Fisiológico		Grado de Inflamación Gingival*	
		1° Registro	2° Registro
Consumidoras de marihuana	Consumo Leve	1,3	0,6
	Consumo Moderado	2	1,8
	Consumo Excesivo	2,5	1,9
No Consumidoras		0,9	0,5

* Índice Gingival de Loe Silness.

Tabla 2: Evaluación del % de Placa Bacteriana en el Grupo Expuesto y no Expuesto.

Estado Fisiológico		Porcentaje de Placa Bacteriana*	
		1° Registro	2° Registro
Expuestos a marihuana	Consumo Leve	24.4	19
	Consumo Moderado	38.9	28
	Consumo Excesivo	48.1	31
No Expuestos		35.6	18

* Índice de Placa de O'Leary.

Discusión

El consumo de marihuana no interviene como factor desencadenante de la gingivitis pero si como determinante de la misma cuando no se aplican correctamente las medidas de higiene bucal.

Del mismo modo el consumo de marihuana acentúa la reacción gingival ante la placa y modifica la situación clínica resultante afectando directamente la microvascularización de la encía.⁽¹⁷⁾

Igualmente los consumidores de marihuana, manifiestan una amplia variedad y prevalencia de manifestaciones bucales como manchas melánicas, hiperpigmentación melánica, lengua saburral, hábito de mordisqueo, xerostomía, lesiones gingivales, ulceraciones y necrosis palatina.⁽¹⁹⁾

No obstante se debe tener en cuenta que los usuarios de drogas ingieren habitualmente múltiples sustancias simultánea o consecutivamente, llegando incluso a combinar estimulantes con depresivos, por lo que es difícil atribuir la presencia de lesiones bucales en asociación a determinada sustancia, sin la realización de un estudio que incluya detalladamente en su diseño, las variables que pudieran estar involucradas y efectúe un análisis estadístico acucioso.⁽²¹⁾

Asimismo se observa que la administración de cannabis muestra patogénesis de melanosis entre los usuarios de marihuana, podría ser similar a la observada en otros tipos de fumadores.

Sin embargo, mayores estudios deberán corroborar los datos observados en esta serie, así como analizar otros factores que pudieran estar actuando en el desarrollo de esta lesión entre los sujetos susceptibles a pigmentación.^(23,24)

Conclusiones

- El consumo de marihuana no interviene como factor desencadenante de la gingivitis pero si como determinante de la misma cuando no se aplican correctamente las medidas de higiene bucal.

- El consumo de marihuana acentúa la reacción gingival ante la placa y modifica la situación clínica resultante afectando directamente la microvascularización de la encía, estas alteraciones indican condiciones de riesgo para la salud buco dental en el paciente.

- El conocimiento de la prevalencia de gingivitis en este grupo poblacional evaluado, sienta las bases para estudios posteriores y contribuye para

instaurar en el futuro medidas preventivas y de control y manejo de esta enfermedad.

Bibliografía

1. United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. World Drug Report 2006; I. [Acceso Septiembre 2006]. Disponible en: URL: <http://www.unodc.org>.
2. Consejo Nacional contra las Adicciones - (MX) [CONADIC] (2003). Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Secretaria de Salud, México: [Acceso septiembre 2003]. Disponible en: URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/conadic/>.
3. Díaz A., Díaz R., Osornio A., Rascón M. La salud mental en el municipio de Querétaro: un modelo de intervención psiquiátrica en la comunidad. *Gac Med Mex* 2003; 139(2):101-7.
4. Ruble N. M., Turner E. L. A systemic analysis of the dynamics and organization of urban street gangs. *Am J Fam Ther* 2000; 28(2): 117-32.
5. Guzmán F. R., Alonso M. M., López K. S. Factores de riesgo y consumo de drogas en bandas juveniles. *Desarrollo Científico Enferm* 2006; 14(1): 409-14.
6. Bennett T, Holloway K. Gang Membership, Drugs and Crime in the UK. *British J Criminol* 2004; 44(3): 305-23.
7. Coughlin B, Venkatesh SA. The urban street gang after 1970. *Annual Sociol* 2003(29): 41-65.
8. Moncada S. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. In: Plan Nacional sobre Drogas. Prevención de las drogodependencia; Análisis y propuestas de actuación. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; 1997. p. 85-101.
9. Nyári TA, Herédi K, Parker L. Addictive behaviour of adolescents in secondary schools in Hungary. *Eur Adict Res* 2005; 11: 38-43.
10. Paniagua H., García C., Castellano G., Sarralle R., Redondo C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y su relación con los hábitos de vida y el entorno. *Anales Españolas de Pediatría* 2001; 55: 121-8.

11. Rueda LV, Malbergier M, De Andrade V, Guerra A. Factores asociados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista Saúde Pública* 2006; 40(2): 280-8.
12. Tavares BF, Béria JU, Silva M. Factores asociados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(6): 787-96.
13. Arrellanes JL, Díaz DB, Wagner F, Pérez V. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental* 2004; 27(3): 54-64.
14. Wu L, Schlenger WE, Galvin DM. The relationship between employment and substance use among students aged 12 to 17. *J Adolescent Health* 2003; 32: 5-15.
15. Vitaro F, Brendgen M, Ladouceur R, Tremblay RE. Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: mutual influences and common risk factor. *Journal of Gambling Studies* 2001; 17(3): 171-90.
16. Cornellá i Canals J. El adolescente y las drogas. *An Esp Pediatr* 2000 Jun; 52:317-322.
17. Fernández Landaluce A, Mintegi Raso S. Manejo general de las intoxicaciones. En: *Tratado de Urgencias en Pediatría*. Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J, editores. Ed. Ergón, 2005, pág. 706-717.
18. Miguez Navarro M.C., Riaño Méndez B., Vázquez López P. Intoxicaciones no medicamentosas. En: *Tratado de Urgencias en Pediatría*. Benito J, Luaces C, Mintegi S, editores. Ed. Ergón, 2005, pág. 738-747.
19. S. Pou J, editores. Ed. Ergón, 2005, pág. 738-747.
20. Durán Hidalgo I, Camacho Alonso J, Cano España J.M. Intoxicaciones. Medidas generales. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría, de Urgencias, de la A.E.P.* Cap. 17, pág. 225-238.
21. Mintegi Raso S. Intoxicaciones medicamentosas. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría, de Urgencias, de la A.E.P.* Cap. 18, pág. 239-247.
22. Cornellá i Canals J. El adolescente y las drogas. *An Esp Pediatr* 2000 Jun; 52:317-322.
23. Royo Isach J. Adolescentes, jóvenes y drogas en el primer mundo: Un consumo globalizado. *MTA-Pediatría* 2002; 23(3): 87-113.
24. Vázquez P. Pruebas diagnósticas y tratamiento hospitalario frente a la posible intoxicación. Actualización en Intoxicaciones Pediátricas. *Ped Rur Ext* 2002; 32:223-226.
25. Molina Cabañero JC. Intoxicaciones no medicamentosas. En: Casado Flores J, Serrano A. Eds. *Urgencias y tratamiento del niño grave*. Ed. Ergón, 2000, pág. 516-523.
26. Castellanos Suárez, José L. Díaz Guzmán, María L. Gay Zarate, Oscar. *Medicina em odontología manejo dental del paciente con enfermedades sistémicas*. 2° Edición. Ed. Manuel Moderno. Mexico pp.
27. Ladero, Lorenzo. Leza, Lizason. *Drogadependencia*.
28. Carranza F.M., Neuman M G. *Periodontología clínica*, octava edición, Ed. Mc Grawn – Hill Interamericana, 4 : 62 – 66.
29. Báscones Martínez, Diagnostico y tratamiento de la enfermedad periodontal, Ed. Avances, 1989, II, 9: 129 – 134.
30. Winder Stellman, sp, comp. *Epidemiología of tabaco*, 1997, 37: 461–468.
31. Rosa Wen. Kinoshita, Atlas de Periodontología, Ed. Japonesa – americana 1980, 3: 25 – 34.
32. Rivero S.O. Fournul UDG Tabaquismo y cáncer de enfermedad periodontal. Facultad de Medicina UNAM 1990, 33: 510 – 513.
33. González Sae, Aldey, Ureta R. J. Prevalencia de estomatitis nicotínica en pacientes fumadores, *práctica Odontología* 1995 11: 12 – 28.