

Periodontopatías y lesiones orales en consumidores de cocaína con ingreso reciente a un programa de rehabilitación en relación con pacientes no consumidores

Artículo Original

Periodontal and oral injuries in cocaine consumers with recent admission to a rehabilitation program in relation to non-consumer patients

Nuria Fernández-Martínez ¹, Patricia Beatriz Denis-Rodríguez ², Guadalupe Capetillo-Hernández ³

RESUMEN

Introducción. El propósito de este trabajo fue identificar las lesiones del periodonto causadas por consumo crónico de cocaína.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 70 individuos habitantes de la ciudad de Veracruz con edades entre los 16 y los 50 años, de los cuales 35 eran consumidores de cocaína y pacientes del centro de rehabilitación contra las adicciones “Cúspide” y 35 participantes no consumían dicha sustancia.

Resultados: La lesión periodontal más frecuente para consumidores de cocaína

fue el sarro presente en todos los sextantes analizados; la edad más frecuente de los consumidores fue 18 años. La forma de consumo más usada de la cocaína en el 100% de los participantes fue el polvo (clorhidrato de cocaína).

Discusión: Para poder determinar que la cocaína ocasiona directamente daños sobre el tejido periodontal, se deben tomar en cuenta otros factores que al no controlarse pueden contribuir a la modificación de los resultados.

Palabras Clave: Lesiones periodontales, cocaína.

Recibido: 10 Agosto 2017, Aceptado: 6 2017, Publicado: 15 Enero 2017

¹ Odontóloga Forense, práctica privada

² Médico Forense, Instituto de Medicina Forense

³ Odontóloga, Facultad de Odontología, Universidad Veracruzana

Corresponding author: Patricia Beatriz Denis-Rodríguez, pdenis@uv.mx

SUMMARY

Introduction. The purpose of this work was to identify the lesions of the periodontium caused by chronic cocaine use.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted, with a sample of 70 individuals living in the city of Veracruz between the ages of 16 and 50, of which 35 were cocaine users and patients from the rehabilitation center against addictions. "Cusp" and 35 participants did not consume said substance.

Results: The most frequent periodontal lesion for cocaine users was tartar present in all sextants analyzed; The most frequent age of consumers was 18 years. The most used form of cocaine use in 100% of the participants was the powder (cocaine hydrochloride).

Discussion: In order to determine that cocaine directly causes damage to the periodontal tissue, other factors must be taken into account which, when not controlled, may contribute to the modification of the results.

Key Words: Periodontal injuries, cocaine..

INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima que unos 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta a nivel mundial, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en 2010.¹ Las drogas de mayor consumo son la marihuana (6.0%) y la cocaína (3.3%).¹ En México se consumen anualmente unas 357 toneladas de drogas entre ellas, 8 toneladas 420 Kilos de cocaína.

Se ha observado también que los hombres de 18 a 34 años son la población más afectada por dicho consumo¹. Los grupos más vulnerables consumen crack, que causa mayor adicción que en sus otras formas de consumo.²

De acuerdo a la OMS droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas; por lo tanto, la cocaína es una droga estimulante y altamente adictiva que se manufactura a

partir de las hojas de la planta de coca, originaria de América del Sur.³

Existen diferentes formas de consumo y cada uno conlleva un porcentaje distinto de cocaína, una vía de administración particular, una velocidad variable en la aparición de los efectos, y también crean diferentes dependencias.

Esta sustancia provoca vasoconstricción e irritación local del epitelio; su uso crónico por aspiración produce destrucción del tejido con isquemia, inflamación, micronecrosis, infección y macronecrosis. Los pacientes con estas lesiones con frecuencia adoptan como vía de administración alterna, la aplicación por frotación de la droga sobre la superficie de la encía, que incluye el cuello de los dientes vecinos. La mucosa bucal absorbe fácilmente el producto activo, lo que trae como consecuencia lesiones como ulceración, necrosis y rápida recesión de los tejidos gingivales, así como erosión del esmalte y la dentina.⁵

Los efectos sobre la cavidad oral varían dependiendo del tipo de cocaína usada, la vía de administración y los contaminantes que se utilizan para rebajar la droga, tales como la maicena, el talco o

el azúcar; o con ciertas drogas activas como la procaína (una anestesia local de composición química parecida) u otros estimulantes, como las anfetaminas.⁶

Algunas de las lesiones orales debido al uso de cocaína incluyen: erosión del esmalte dental, hinchazón del labio donde se aplica la cocaína, superficie eritematosa y ulcerada de la encía con aspecto granulomatoso, vasculitis superficial, cambios histológicos con células epiteliales anormales, superficie hiperqueratósica, lesiones que se parecen a la gingivitis ulcero-necrotizante (GUN) o de la gingivostomatitis asociada a liquen plano, periodontitis crónica, abscesos gingivales, necrosis de la encía, secuestros óseos, y hasta pérdida de los órganos dentarios.⁵ También se han descrito presencia de pénfigo vegetante con placas hipertróficas tanto en el borde externo de las alas nasales como en el labio superior en consumidores de cocaína inhalada.⁷

Quizá una de las lesiones más severas asociadas al uso de cocaína es la lesión destructiva de la línea media. Las lesiones palatinas más comunes son las fístulas, resultado de isquemia, con pérdida del hueso y de la mucosa nasal. Se presenta también en consumidores crónicos destrucción extensa de estructuras osteo-cartilaginosas de la nariz, senos paranasales y paladar que integran el síndrome de lesión destructiva de la línea media inducida por cocaína.⁸

La enfermedad periodontal es considerada una enfermedad infecciosa-inflamatoria.⁹ Puede variar desde una simple inflamación de las encías hasta una enfermedad grave que puede dañar los tejidos blandos y los huesos que sostienen los dientes. En los casos más graves, los dientes se caen.¹⁰ La enfermedad periodontal comprende dos grandes

grupos: gingivitis y periodontitis. La gingivitis es la forma más común de las denominadas enfermedades periodontales, caracterizada por enrojecimiento, edema, sangrado, cambio en el contorno del tejido gingival.⁷ La periodontitis es una infección irreversible y acumulativa producida por las bacterias que están en la placa bacteriana y el sarro; éstas provocan la reabsorción de los tejidos de sostén del diente. Al perder los tejidos, los dientes se mueven y, en casos avanzados, se caen o requieren extracción.¹¹

En 1969 Hamner y Villegas realizaron un estudio de la mucosa oral de 46 pacientes que masticaron hoja de coca durante 6 meses. Se encontró apariencia clínica normal o ligeramente edematosa.⁴ En 1982 Dello Russo y Temple publicaron la primera referencia en la que se asociaba el uso tópico del clorhidrato de cocaína con diversas lesiones en los tejidos blandos en la cavidad oral.⁴ Krutchkoff y colaboradores en 1990, refirieron una forma de erosión del esmalte dental relacionada con el uso oral de la cocaína.⁵ En el año 2002 se presentaron 4 casos más de lesiones inducidas por la aplicación tópica de la cocaína.¹² En el primer caso se aprecia lesión necrótica de la mucosa alveolar. La lesión evolucionó hasta la pérdida de los Incisivos superiores izquierdos donde se aplicó la cocaína. En el segundo caso se presentó una lesión ulcero eritematosa en la mucosa del reborde alveolar. El tercer paciente presentaba una lesión eritematosa, de aspecto granulomatoso. El cuarto caso era una lesión en la fosa nasal y ala de la nariz.

En 2003 un paciente de 37 años acudió a la clínica ya que presentaba una periodontitis crónica por ser consumidor habitual de cocaína. Se le realizó una tartrectomía y sesiones de raspado con anestesia y se recomendó terapia

periodontal de apoyo a la cual no asistió hasta el 2007. Para entonces, presentaba ya lesiones necróticas y exofíticas, con un color eritematoso y aspecto granulomatoso. Se realizó biopsia incisional de la región afectada y el diagnóstico fue “Lesión compatible con Periodontitis Ulcero Necrotizante (PUN)”⁴

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio 35 pacientes del grupo problema y 35 del grupo control. Para el grupo problema se analizaron 35 pacientes con antecedentes de consumo de cocaína del Centro de Rehabilitación Cúspide ubicado en la ciudad de Veracruz en los que se incluían varones y mujeres entre 16 y 50 años de edad con un tiempo de consumo de cocaína mayor a 1 año e ingresados por dependencia física y/o psicológica a la droga, tener menos de 30 días de haber suspendido el uso de la cocaína y ser VIH negativos. Para el grupo control se analizaron 35 pacientes sin antecedentes de consumo de cocaína que asistieron al consultorio particular “Dental Innovatec” ubicado en la ciudad de Veracruz que incluían varones y mujeres entre 16 y 50 años que no consumieran ni hayan consumido cocaína y que decidan participar y firmen hoja de consentimiento

informado. A cada grupo se les hicieron las preguntas pertinentes para obtener datos de interés y posteriormente se les exploró la cavidad bucal, dientes y periodonto con espejo No. 5 y explorador universal realizándoles el Índice de Higiene Oral simplificado (IHOS) y el Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad (CPITN) con sonda periodontal. Este índice periodontal divide la cavidad bucal en 6 sextantes, dentro del cual la clasificación de acuerdo al estado de la misma es sano, gingivitis, sarro, pérdida ósea leve, pérdida ósea grave y sin órganos dentarios. Se les realizó el sondaje periodontal de manera sistemática y cuidadosa para obtener los datos observados de la cavidad bucal. Así también como una observación directa de los todos tejidos blandos y duros de la cavidad Oral.

RESULTADOS

La población estudiada fue de 70 individuos de los cuales 35 no eran consumidores de cocaína y 35 eran consumidores de cocaína (28 hombres, 7 mujeres, edad media 27.7 años).

En la siguiente tabla tenemos los resultados de la higiene para cada grupo. Observando que el grupo de no consumidores tuvo mejor higiene que el grupo consumidor.

	NO CONSUMIDORES		CONSUMIDORES	
Adecuado	23	32.8%	20	28.5%
Aceptable	12	17.1%	14	20%
Deficiente	0	0	1	1.4%
Total	35	50%	35	50%

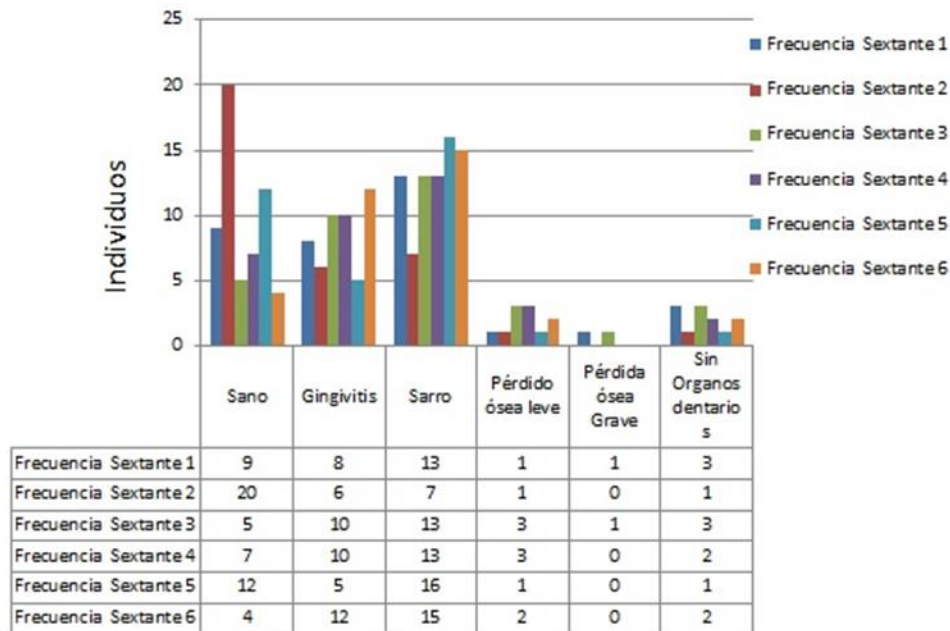
En la siguiente tabla se muestra la cantidad de sextantes afectados para cada grupo. 4 de los no consumidores presentaron una cavidad bucal

completamente sana y de los consumidores ninguno tuvo su cavidad bucal sana.

PACIENTES CON DE SEXTANTES AFECTADOS								
Numero de sextantes	0	1	2	3	4	5	6	Total
No Consumidores	4	8	6	5	4	7	1	35
Consumidores	0	1	1	4	14	7	8	35

El tipo de cocaína más empleada es el clorhidrato de cocaína teniendo un 60 % en los consumidores. Un 23% consumían crack y 17% consumían los dos tipos. Del total de consumidores de cocaína 17 tomaron como vía de consumo la

inhalación, 8 la fuman, 5 la inhalan y fuman, 3 la inhalan y la administran de manera tópica en la mucosa oral y 2 la inhalan, la fuman y la aplican en la mucosa oral (Gráfica 1).



Gráfica 1. Frecuencia de las periodontopatías en el grupo de consumidores de cocaína de acuerdo a los sextantes evaluados de la cavidad bucal

El sextante dos fue el sextante más sano, el sextante con más gingivitis fue el sextante 6, el sextante que presentó más sarro fue el sextante 5, 3 pacientes tuvieron pérdida ósea leve en el sextante 3 y 3 pacientes en el 4; también hubo dos casos donde 2 pacientes tuvieron pérdida ósea grave para el sextante 1 y 3, y hubo doce

sextantes en el total de pacientes consumidores donde no se pudieron valorar las periodontopatías debido a que no había órganos dentarios.

En la Imagen siguiente tenemos a una paciente femenina de 45 años de edad consumidora de crack por dos años. Diabética, portadora de prótesis total

superior. Refiere que se le acrecentó la lesión a partir de que empezó a consumir crack. Desafortunadamente no pudimos

tener seguimiento de la paciente ya que nuestra siguiente visita la paciente había desertado al programa de rehabilitación.



DISCUSIÓN

En este estudio se encontró presencia de inflamación, sangrado gingival y sarro en la mayoría de los individuos consumidores y pérdida ósea grave en solo dos casos. La variación en la higiene puede afectar en los resultados ya que en el centro de rehabilitación “Cúspide” las medidas de higiene de los internos son estrictas y observadas por lo que deben llevar un riguroso proceso de cepillado dental; es por eso que solo se revisaron pacientes con menos de 30 días de estancia en el centro. Las lesiones en el grupo de consumidores no fueron tan severas ya que la mayoría de los pacientes tomaban como principal vía de consumo la forma inhalada y no la forma tópica que es la causante de las principales lesiones periodontales.

Es muy difícil determinar el efecto real de la cocaína sobre el tejido periodontal ya que existen varios factores como la higiene oral, nivel socioeconómico, tiempo de consumo,

dosis y frecuencia de consumo y el consumo de otras drogas de manera simultánea; dichos factores deben ser más controlados en estudios futuros sobre el tema para poder asegurar que el consumo de cocaína produce lesiones en el periodonto.

A partir de los resultados obtenidos, podemos elaborar las siguientes conclusiones:

1. La lesión periodontal más frecuente tanto en el grupo de consumidores como en el de no consumidores fue el sarro.
2. La diferencia principal en cuanto a periodontopatías en el grupo de consumidores de cocaína del “Centro de Rehabilitación Cúspide” fue que el sarro se presentó en más alto porcentaje.
3. La edad más frecuente de los participantes del grupo de consumidores fue 18 años y la

- forma de consumo más usada fue la inhalada.
4. La prevalencia de pérdida ósea (bolsa periodontal) estuvo ausente en la mayoría de los participantes.
 5. Se encontró que el nivel de higiene bucal en la mayoría de los participantes de ambos grupos era de aceptable a adecuado.
 6. Las porciones de la cavidad oral más afectados por periodontopatías en los participantes de este estudio fueron el sextante 5 y 6.
 7. El grupo de consumidores de cocaína obtuvo más porciones afectadas con periodontopatías presentándolas hasta en seis sextantes, en comparación con el grupo de no consumidores donde la mayoría presentó solo un sextante afectado.

REFERENCIAS

1. Villatoro J, et al.(2012).El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. Salud Mental, 6 (35) :447-457.
2. Medina M. et al. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿Hacia dónde vamos? Salud Pública. 55: 67-73.
3. National Institute on Drug Abuse. (2010).Cocaína: abuso y Adicción. Obtenido en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion> en Abril 2014
4. Arocena J. et al (2009). Lesiones orales y gingivales asociadas al consumo de cocaína. Revisión de la literatura y presentación de un caso clínico. Periodoncia y Osteointegración, 19 (1):28-34.
5. Solorzano E, et al. (2013).Estudio in vitro sobre los efectos de la cocaína sobre los tejidos duros del diente. Revista Cubana de Estomatología., 45.
6. National Institute on drug abuse (2013).Drug Facts, La cocaína. Obtenido en: www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina en Abril 2014.
7. Pérez B et al. (2013). Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. MEDISAN 1(13).
8. Siniscalchi N, et al. (2011).Palatal fistula resulting from cocaine abuse: a case report. Semin Arthritis Rheum.41 (3):434-444.
9. Botero J, y Bedoya (2010). Determinantes del Diagnóstico Periodontal. Rev. Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral, 2(3): 94-99.
10. National Institute of Dental and Craniofacial Research National Oral Health Information Clearinghouse, 2012. Obtenida en <http://www.nidcr.nih.gov/espanol> en abril 2014.

11. Organización Mundial de la Salud 2004 Recuperado septiembre 2013. <http://boards5.melodysoft.com/..definicion-de-drogas-segun-la-oms-52.html>
12. Gándara Rey J (2002). Lesiones inducidas por la aplicación tópica de cocaína. Medicina Oral, 2 (7):103-107



**Revista Mexicana de Medicina Forense
y Ciencias de la Salud**