

Implicancias odontológicas en el uso de drogas en adolescentes

Oral Implications in teens drug abuse

Denisse Jackeline-Asián-Nomberto¹

Resumen

El consumo de drogas comienza a edades tempranas y llega a su punto máximo en la adolescencia. El abuso de sustancias es un problema de salud pública, que no sólo afecta al individuo sistémicamente, sino que también tiene efectos sobre la salud bucal. Las manifestaciones orales más frecuentes son: caries dental, enfermedad periodontal, xerostomía, úlceras orales, irritaciones orales, excesivo desgaste dentario, abrasión, bruxismo, dolor de la ATM, disgusia, adormecimiento de la lengua. Además, el consumo de drogas está asociado con la predisposición a padecer cáncer oral.

El objetivo de esta revisión es brindar información actualizada al odontólogo/odontopediatra sobre el consumo de drogas en adolescentes, conocer los factores de riesgo, implicancia odontológica, tratamiento dental y el rol del odontólogo como profesional de la salud, ya que muchas veces es el primer profesional que puede diagnosticar esta entidad.

Palabras Clave: Drogas, drogadicción, adolescentes.

Abstract

Drug abuse starts early and peaks during the teen years. Drug abuse is a public health pro-

blem, which produces systemic effects, but also it has effects in oral health. Oral effects are: dental caries, disease periodontal, xerostomia, oral ulceration, oral irritations, excessive tooth wear, abrasion, bruxism, pain TMJ, dysgeusia, tongue numbness. In addition, the drugs abuse is associated with the predisposition to oral cancer.

The aim of this review is to provide current information to the dentist/pediatric dentist on teen drugs abuse, known risk factors, oral implications, dental treatment and the role of the dentist as a professional health, since often he is the first professional who can diagnose this entity.

Key words: Drugs, addiction drug, teenagers. (Odontol Pediatr 2011;10(2): 122-130)

Introducción

La drogadicción es una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para el adicto y para los que lo rodean¹.

En la actualidad, el consumo de drogas en adolescentes va en aumento, por lo que el análisis de su consumo entre éstos es importante. La mayoría de las personas comienzan a consumir dro-

¹Especialista en Odontología Pediátrica y Docente del Departamento Académico y Estomatológico del Niño y el Adolescente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima-Perú)

gas durante la adolescencia y por ello conviene dirigir especialmente a los adolescentes las actividades de prevención de la toxicomanía².

El consumo de drogas tiene implicancias tanto en la salud general como bucal. Por lo tanto, el odontólogo juega un rol muy importante en la prevención, detección y derivación de pacientes que consumen drogas³.

Epidemiología

Las drogas legales más consumidas en la mayor parte del mundo son el alcohol y el tabaco. Las drogas ilegales más consumidas son la marihuana, cocaína, inhalantes y éxtasis⁴.

Las consecuencias nocivas del abuso de drogas y la adicción afectan a personas de todas las edades. Sin embargo, el abuso de drogas llega a su punto máximo en la adolescencia².

Para el año 2009, a nivel mundial, de cada 4 adolescentes entre 12 y 17 años, 1 consume marihuana o cocaína. El 7% de adolescentes de 13 años ha consumido alguna vez marihuana⁴.

Epidemiología en el Perú

Según el Observatorio Peruano de Drogas en el año 2006, la población que más consume drogas en el Perú se encuentra entre los 12 y 18 años de edad. La droga más consumida es la marihuana, seguida de la cocaína⁵.

Las diferencias de consumo entre ambos sexos son mayores en los casos de la marihuana, cocaína y la PBC: el consumo de marihuana y cocaína es cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres. En lo que respecta a la PBC, la diferencia es mucho más amplia aún. No ocurre lo mismo con los inhalantes: en este caso las

mujeres aventajan ligeramente a los hombres. En relación al éxtasis, ambos géneros registran una similar prevalencia de consumo⁵.

Etiología

La motivación por la cual los adolescentes inician el uso del alcohol o las drogas es de origen múltiple. Si bien la curiosidad es un fenómeno universal, puede agregarse a ella una serie de factores como son: el uso por parte de los padres o pares, una forma de ganar aceptación social, el resultado de baja autoestima, la búsqueda de cambios afectivos y perceptivos, el vencer la timidez y actuar más naturalmente en situaciones sociales, el alivio a una situación estresante, el desafío a la autoridad parental, una forma de combatir el aburrimiento, en respuesta a los mensajes publicitarios que asocian el fumar o el beber con la sensualidad y la madurez^{2,6}.

Factores de riesgo y de protección

Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo^{2,6} (**Tabla 1**).

Los factores de riesgo y de protección pueden afectar a los niños durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva. Se pueden cambiar o prevenir los riesgos de los años preescolares, tales como una conducta agresiva, con intervenciones familiares, escolares, y comunitarias dirigidas a ayudar a que los niños desarrollen conductas positivas apropiadas. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el fracaso académico y dificultades sociales, que aumentan el riesgo de los niños para el abuso de drogas en el futuro^{2,6}.

Tabla 1. Factores de Riesgo y Factores de Protección.

Factor de Riesgo	Dominio	Factor de Protección
<i>Comportamiento agresivo temprano</i>	<i>Individual</i>	<i>Autocontrol</i>
<i>Habilidades sociales deficientes</i>	<i>Individual</i>	<i>Relaciones positivas</i>
<i>Falta de supervisión de los padres</i>	<i>Familia</i>	<i>Vigilancia y apoyo de los padres</i>
<i>Abuso de sustancias</i>	<i>Amigos</i>	<i>Suficiencia académica</i>
<i>Disponibilidad de drogas</i>	<i>Escuela</i>	<i>Políticas contra el abuso de drogas</i>
<i>Pobreza</i>	<i>Comunidad</i>	<i>Apego fuerte al vecindario</i>

Los factores de riesgo pueden influir en el abuso de drogas de varias maneras. Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un niño, mayor es la probabilidad de que el niño abuse de las drogas. Una meta importante de la prevención es cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección de manera que los factores de protección excedan a los de riesgo⁶.

Clasificación

Drogas Legales e Ilegales

- Drogas Legales o Sociales: Son aquellas cuyo consumo está permitido por las legislaciones de la mayor parte de los países; aunque muchos de ellos hayan establecido restricciones de edad o circunstancias para su libre comercialización y empleo. Son ejemplos, el alcohol y el tabaco⁷.
- Drogas Ilegales: Son aquellas sustancias cuya producción y consumo se encuentra penalizado y no es socialmente permitido⁷.

Según su efecto

La OMS ha clasificado las drogas agrupándolas según sus efectos⁷:

- Estimulantes del Sistema Nervioso Central: Cocaína, nicotina, metanfetaminas, MDMA (éxtasis), fenciclidina (PCP), anfetaminas, xantinas (cafeína, teofilina, teobromina: alcaloides que se encuentran en el café, hojas de té y el cacao respectivamente), efedrina.
- Depresores del Sistema Nervioso Central: Alcohol, heroína, inhalantes, GHB y rohipnol, marihuana, PCP.
- Alucinógenos: LSD, peyote, PCP, psilocibina.

Implicancias odontológicas

El odontopediatra juega un rol muy importante en la prevención del abuso de drogas, ya que éste al atender niños y adolescentes puede ayu-

dar a que éstos desarrollen conductas positivas apropiadas, detectando tempranamente factores de riesgo, que muchas veces pasan desapercibidos por los padres.

Si el paciente ya es una persona con problemas de drogadicción, entonces es apropiado hacerle preguntas sobre el empleo actual o anterior de drogas. Si el abuso de drogas es reconocido, se debe preguntar cuál es la sustancia usada, cuál es la cantidad y si lo usa actualmente^{3,8}.

Scheutz (1986) ha demostrado que drogadictos (parenterales) son más ansiosos que la población general y más temerosos al tratamiento dental. 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 aplazado⁹.

La medicación para el dolor postoperatorio debería ser evitada en lo posible. Si la medicación es necesaria, es preferible prescribir aspirina, acetaminofeno, o un antiinflamatorio no esteroideo como el ibuprofeno. Si el dolor es relativamente severo, un narcótico suave como codeína puede ser necesario. Si es así, la medicación debería ser controlada, de ser posible, por un miembro de familia para reducir al mínimo la posibilidad de abuso⁸.

El drogadicto parenteral puede padecer de hepatitis B no diagnosticado o infección de VIH o ser potencialmente susceptible al desarrollo de endocarditis infecciosa e inducir una bacteriemia en el caso de tratamiento dental. La cicatrización puede ser retardada notablemente y los pacientes pueden ser sobre todo propensos a la infección. Todos estos factores deben ser tomados en consideración, pero es incorrecto asumir que pacientes dependientes de drogas son imposibles de tratar^{3,8}.

Manifestaciones Orales

Las manifestaciones orales que se observan con mayor frecuencia en las personas con problemas de drogadicción son: xerostomía, caries dental, enfermedad periodontal, ulceración de las mucosas, queilitis angular. En pacientes adictos a la cocaína además, se ha reportado además la disminución del pH salival, adormecimiento de la lengua y encías, y alteración del gusto^{10,11}; esta última también muy frecuentemente relacionada al consumo de marihuana¹⁴. Así como atrición, bruxismo y dolor de la ATM relacionados sobre todo al abuso de estimulantes^{3,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20}.

La metanfetamina (estimulante del SNC) incrementa la actividad motora reflejando una excesiva masticación o apretamiento y provoca además regurgitación por lo tanto, produce erosión dental^{8,17,18,20}.

Una hipótesis para explicar el porcentaje alto de caries observada en el usuario de drogas, y en especial consumidores de metanfetamina, considera tres factores: xerostomía, higiene bucal pobre debido a la carencia de atención e inhabilidad de preocuparse por sí mismo, y una dieta pobre que a menudo incluye las cantidades grandes de gaseosas. Estas bebidas son con frecuencia ingeridas por usuarios de metanfetamina para neutralizar la boca seca, conduciendo a la erosión y a la caries rampante^{8,17,18,20}.

Además, el abuso de drogas puede provocar abrasión cervical y laceración gingival debido a un cepillado dentario excesivamente vigoroso durante los picos de acción de la droga donde hay que reconocer la importancia del odontólogo, dado que el hallazgo de lesiones a nivel de la cavidad bucal es a menudo una manifestación en pacientes usuarios de drogas. Así, el odon-

tólogo debe estar familiarizado con ese tipo de lesiones y debe incluir esa condición como parte del diagnóstico diferencial de úlceras y rápida recesión gingival sin causas etiológicas aparentes, lo que requiere una historia clínica minuciosa para poder correlacionar las lesiones observadas durante la exploración, y el abuso de sustancias y actitud negligente ante las prioridades de prevención e higiene oral^{3,8}.

También en estos pacientes se pueden presentar cambios en los tejidos de índole reparativo e infeccioso, producto de la desnutrición permanente que usualmente las adicciones producen por la presencia de desórdenes alimenticios como la anorexia^{3,8,17,18}.

Los pacientes que consumen estas sustancias, además tienen mayor predisposición a padecer cáncer oral. El fumar tabaco es un factor de riesgo independiente de la enfermedad periodontal y un factor de riesgo principal para el cáncer oral^{3,10,17,18}.

Los pacientes que usan marihuana pueden desarrollar leucoplasia oral, el uso del tabaco también puede contribuir a esto. Con el empleo crónico, la inflamación crónica del epitelio oral y leucoplasia, que puede progresar a una neoplasia^{8,13,14,15}.

El cáncer oral relacionado con la marihuana por lo general ocurre sobre el piso anterior de la boca y la lengua. El mecanismo por el cual el humo de la marihuana actúa como un cancerígeno se relaciona con la presencia de hidrocarburos aromáticos, benzopirena y nitrosaminas en cantidades de 50% mayor que la misma cantidad de fumar tabaco. El humo de la marihuana es asociado con cambios displásicos dentro del epitelio de la mucosa bucal⁸.

Los efectos orales de la cocaína son relacionados con la vía de administración de la droga; la in-

halación nasal, fumar y untar directamente sobre mucosa oral, tiene un efecto vasoconstrictor que causa ulceración y atrofia de los tejidos^{11,12,19}. También puede haber efectos estimulantes sobre los músculos faciales y masticatorios¹¹.

La aplicación de cocaína sobre la mucosa oral puede causar, aparte de dolor agudo, inflamación gingival grave, ulceración de la mucosa e importante retracción gingival. Están también descritas en la literatura lesiones blancas atípicas en encía vestibular debido a la aplicación directa de cocaína¹². Por vía nasal están descritos casos de ulceración isquémica del paladar como consecuencia de la perforación del septum nasal¹⁹. La cocaína fumada en forma de crack, puede producir lesiones ulcerosas o exofíticas en el paladar, que probablemente se deban más al calentamiento del humo que contacta directamente con la mucosa que a la acción química de la cocaína^{11,12}.

Tratamiento Odontológico

En pacientes consumidores de drogas, el tratamiento odontológico no debe ser dado hasta 6 horas después de la última dosis administrada y es recomendable evitar la epinefrina en la anestesia local debido a la acción simpaticomimética, que provocaría hipertensión, arritmia cardiaca, infarto del miocardio, accidentes cerebrovasculares^{3,8}.

Estos pacientes requerirán mayor cantidad de la dosis de anestésico local de lo normal, sin vasoconstrictor. Si no se está seguro de que un paciente ha consumido alguna droga dentro de las últimas 24 horas, no colocar anestésico local, ya que esto podría causar una reacción severa⁸.

Si las drogas son necesarias para aliviar el dolor, debe ser primero evaluado con el equipo médico del paciente.

El tratamiento de lesiones cariosas puede incluir el empleo de barniz de flúor para prevenir la futura desmineralización y mineralizar lesiones tempranas. Se puede restaurar con un material temporal o ionómero de vidrio ya que libera flúor, mientras el paciente está bajo tratamiento para la adicción; esto proporcionará el alivio del dolor. Asimismo, se recomienda el consumo de chiclets con xilitol y enjuagatorios y dentífricos fluorados⁸.

El cuidado periodontal debería proporcionar instrucción de higiene bucal, debridamiento y el empleo de enjuagatorio quimioterapéutico para ayudar a prevenir la infección y reducir cargas microbianas^{8,12,15}.

El cuidado paliativo de ulceraciones e irritaciones orales puede incluir el empleo de geles tópicos, pastas y colutorios⁸.

Los enjuagatorios bucales que contienen alcohol se deben evitar o deben ser prescritos sólo en mínimas cantidades. El empleo de un enjuagatorio bucal con alto contenido de alcohol aún podría condicionar la recaída en el abuso del alcohol en la persona que está pasando por el síndrome de abstinencia⁸.

Asesoramiento del Cuidado y Supervisión Oral

El asesoramiento del cuidado oral a estos pacientes debería incluir la instrucción de higiene bucal y aconsejar evitar el consumo de gaseosas y otras bebidas de pH bajo, así como evitar el consumo de carbohidratos. Recomendar a los pacientes a beber agua y otras alternativas sanas, como la leche. Se debe evaluar al paciente de manera regular⁸.

Los efectos dentales secundarios pueden ser contrarrestados por medidas preventivas como prescripción de enjuague bucal con flúor, uso de goma de mascar sin azúcar y colocación de una férula relajante.

Estos pacientes constantemente deben ser supervisados tanto por profesionales de atención de salud bucal como por médicos para ayudar a prevenir la progresión de la enfermedad y descubrir cualquier signo de recaída⁸.

Por lo tanto, el odontopediatra debe estar preparado para brindar atención a estos pacientes, asesorarlos y guiarlos hacia una actitud positiva en el caso que sean consumidores de drogas. Por lo contrario, si se está ante un paciente no consumidor de drogas pero presenta factores de riesgo, debemos estar preparados para detectarlos, poder orientar al paciente, mantener una comunicación constante con los padres y derivar al especialista si es necesario para su seguimiento y tratamiento⁸.

Según Klasser et al (2005), se consideran tres signos que ayudan a una detección precoz del consumo de drogas²⁰:

- Caries rampante.
- Enfermedad periodontal o estado periodontal que ha cambiado rápidamente.
- Ulceras orales, irritaciones e infecciones.

Detección precoz del consumo de drogas

El odontopediatra debe estar en la capacidad de detectar cualquier cambio en el comportamiento del paciente adolescente, y de poder orientar a los padres para que estén "alertas" ante cualquier cambio de su hijo en las diferentes áreas del desarrollo:

Cambios en el área del comportamiento

Ausencias frecuentes e injustificadas al colegio, rebeldía y falta de control de impulsos, problemas de conducta reiterados, mentiras frecuentes, necesidad y búsqueda continua de dinero, desaparición de objetos, cambios notables en los hábitos y conducta: somnolencia reiterada, aspecto desaseado, irritabilidad, agresividad al discutir el tema de “drogas”⁶.

Cambios en el área intelectual

Problemas de concentración, atención y memoria, baja en el rendimiento escolar y desinterés general⁶.

Cambios en el área afectiva

Cambios bruscos y oscilantes en el estado de ánimo; reacciones emocionales exageradas, desmotivación generalizada, desinterés por las cosas o actividades que antes lo motivaban,

desánimo, pérdida de interés vital, actitud de indiferencia⁶.

Cambios en las relaciones sociales

Preferencia por nuevas amistades y, algunas veces, repudio por las antiguas, pertenencia a grupos de amigos que consumen drogas, valoración positiva de pares consumidores, alejamiento de las relaciones familiares, selección de grupos de pares de mayor edad⁶.

Conclusiones

El odontopediatra debe estar en la capacidad de detectar cualquier cambio en el comportamiento del paciente adolescente, y de poder orientar a los padres para que estén “alertas” ante cualquier cambio de su hijo en las diferentes áreas del desarrollo.

Debido a los posibles riesgos médicos durante el tratamiento dental, los odontólogos deben tratar de identificar a los pacientes que consumen dro-

Instrucciones a seguir por el Odontólogo (ADA)²⁰



gas. Por tanto, deben estar alerta para detectar signos de consumo reciente o crónico.

Dado a que muchas personas niegan el abuso de drogas, esta información puede ser difícil de obtener. Se debe tener una conversación abierta con el paciente sobre el tema, sin ningún prejuicio, e inducir al cese del uso. Se deben observar comportamientos y lesiones cutáneas, signos de inyección en piel, y comportamiento agresivo.

Los odontólogos deben conocer las manifestaciones orales producidas por el abuso de drogas: caries dental, enfermedad periodontal, bruxismo, erosión, xerostomía, úlceras, alteración del gusto, adormecimiento de la lengua, laceraciones gingivales, etc.

En ausencia de alguna causa capaz de identificar el consumo de drogas, la caries rampante

puede ser el primer signo que un paciente consume metanfetamina.

Los abusadores de drogas pueden sentirse amenazados debido a la paranoia y pueden presentarse violentos. Es por lo tanto importante ser cauteloso tratando a un paciente del que se sospecha o se conoce que abusa de las drogas y evitar acciones repentinas o acciones que el paciente puede percibir como amenazas.

Instruir al paciente a una adecuada técnica de higiene bucal y proporcionar tratamiento preventivo, haciendo énfasis en la etapa de mantenimiento.

Se debe tomar en cuenta interacciones farmacológicas y enfermedades infectocontagiosas agregadas; así como posibles afecciones de otros órganos.

Referencias

1. El abuso de drogas y la drogadicción. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Mayo 2011. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/PDF/InfoFacts/Understanding-Sp.pdf>
2. Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. National Institute on Drug Abuse (NIDA). 2008. Disponible en: http://www.nida.nih.gov/scienceofaddictionSP/SoA_Spanish.pdf
3. Rees T. Oral Effects of Drug Abuse. *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine* 1992;3(3):163-184.
4. Informe Mundial sobre las Drogas 2009. Resumen Ejecutivo. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).
5. Observatorio Peruano de Drogas. Disponible en: http://www.opd.gob.pe/_mTree.asp?div=II
6. Cómo prevenir el uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. 2004.
7. Las Drogas en el Perú. CEDRO. Junio 2008.
8. Kelsch B. Methamphetamine Abuse-Oral Implications and Care. *RDHAP*;2009.
9. Cho CM, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. *Austr Dent J* 1995;50(2):70-74.
10. Brazier WJ, Dhariwal DK, Patton DW, Bishop K. Ecstasy related periodontitis and mucosal ulceration — a case report Ecstasy (MDMA) and oral health. *Br Dent J* 2003;194:197-199.
11. Brand HS, Gonggrijp S, Blanksma CJ. Cocaine and Oral Health. *Br Dent J* 2008; 204:365-369.
12. Yukna R. Cocaine Periodontitis. *The Int J Periodontics & Rest Dent* 1991;11(1):72-79.
13. Thomsom WM, Poulton R. Cannabis smoking and periodontal disease among young adults. *JAMA* 2008;299:525-531.
14. Scully C. Cannabis; adverse effects from an oromucosal spray. *Br Dent J* 2007; 203:E12.

15. López R, Baelum V. Cannabis use and destructive periodontal diseases among adolescents. *J Clin Periodontol* 2009;36:185-189.
16. Versteeg PA, Slot DE, van der Velden U, van der Weijden GA. Effect of cannabis usage on the oral environment : a review. *Int J Dent Hygiene* 2008; 315-320.
17. Hamamoto DT, Rhodus NL. Methamphetamine abuse and Dentistry. *Oral Diseases* 2009; 15,27-37.
18. Saini T, Edwards P, Kimmes N, Carroll L, Shaner J, Dowd F. Etiology of Xerostomia and Dental Caries among Methamphetamine Abusers. *Oral Health Prev Dent* 2005; 3: 189-195.
19. Goodger NM, Wang J, Pogrel MA. Palatal and Nasal necrosis resulting from cocaine misuse. *Br Dent J* 2005;198:333-334.
20. Klasser GD, Epstein J. Methamphetamine and Its Impact on Dental Care. *J Can Dent Assoc* 2005;71(10):759-762.



Recibido: 25-05-2011

Envío evaluación: 28-05-2011

Aceptado: 18-06-2011

Correspondencia:jacky_asian@hotmail.com