



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

LESIONES BUCALES POR TABAQUISMO

*No. 70
Dra. M. Rosalía Tenorio Vallejo*

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA ROSALIA TENORIO VALLEJO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

1993



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 está 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.

LESIONES BUCALES POR TABAQUISMO

TENORIO VALLEJO ROSALIA

CONTENIDO

INTRODUCCION	2
CAPITULO 1.....	3
1.1 DAÑOS A LA SALUD.....	3
1.2 PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS CON EL HABITO TABAQUICO.....	5
1.3 EFECTOS DEL TABACO SOBRE LA SALUD.....	6
1.4 EFECTOS SOBRE LA SALUD Y LA MORTALIDAD.....	7
1.5 EFECTOS SOBRE LA SALUD Y LA MORBILIDAD.....	8
CAPITULO 2.....	10
EPIDEMIOLOGIA.....	10
2.1 LA LEUCOPLASIA ORAL.....	10
2.2 LEUCOEDEMA.....	14
2.3 MELANOSIS DE FUMADORES.....	15
2.4 CANCER DE BOCA.....	18
CAPITULO 3.....	20
FRECUENCIA DE LAS LESIONES.....	20
CAPITULO 4.....	22
ASPECTOS SOCIALES Y ECONOMICOS DEL TABAQUISMO.....	22
CAPITULO 5.....	25
ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL HABITO TABAQUICO.....	25
CAPITULO 6.....	29
ESTRESS.....	29
CAPITULO 7.....	31
ALTERNATIVAS PARA DEJAR DE FUMAR.....	31
CONCLUSIONES.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	38

INTRODUCCION

El hábito de fumar tabaco existe de una forma ampliamente difundida en diversas partes del mundo. Sus efectos en el organismo son muchos y muy importantes ya que afectan de manera determinante la salud del individuo que lo consume. Entre los padecimientos mas importantes que se presentan, por su frecuencia se señala la bronquitis crónica, cáncer pulmonar, úlcera gastroduodenal, cáncer de laringe, cáncer de la boca, cáncer de esófago, cáncer de vejiga, cáncer de riñón, cáncer de páncreas, hipertensión arterial, cardiopatías, en el sistema nervioso central dosis pequeñas ocasionan temblores y las mayores convulsiones, influye en la fertilidad ocasionando menor posibilidad de concepción, mayor cantidad de abortos, mortalidad neonatal y recién nacidos de bajo peso (hijos de madres fumadoras).

En México se calcula que existen 20 millones de fumadores, y debido a que las consecuencias de este hábito alcanzan una magnitud muy importante. El Tabaquismo se considera como un problema de salud pública que se ha clasificado ya en el campo de las adicciones. Sin embargo, existe muy poca información sobre este aspecto y más aun en el enfoque odontológico.

De lo anterior surge la necesidad de dar a conocer las diferentes lesiones bucales y su epidemiología con la finalidad de que los cirujanos dentistas desempeñen un rol importante: ellos son los más capacitados para examinar los tejidos orofaciales y reconocer anomalías, por que ven a una gran proporción de la población durante los exámenes dentales y pueden llevar a cabo y promover programas de chequeos; son a veces los primeros en ser consultados por el paciente cuando éste está preocupado por el síntoma de alguna enfermedad o está atendiendo a pacientes que han sido remitidos a él por otros profesionales. Además se da información sobre la frecuencia en otros países y algunas cifras nacionales; otro factor

importante son los aspectos socioeconómicos dado que muchos factores influyen, tales como: edad, sexo, edad de inicio en el hábito y número de cigarrillos por día y por último un enfoque psicológico en el que se dan alternativas para el abandono del hábito tabáquico.

OBJETIVO

Dar a conocer al cirujano dentista un estudio a detalle de las lesiones bucales por tabaquismo, epidemiologías, frecuencias, aspectos que influyen en el hábito tabáquico y alternativas para el abandono de éste.

CAPITULO 1

1.1 DAÑOS A LA SALUD

El tabaco (*Nicotiana tabacum*) es una planta originaria del continente Americano, cuyo uso se ha extendido universalmente, en especial en el curso de este siglo. Su principio activo es un alcaloide la nicotina, responsable de la dependencia y de los fenómenos asociados de tolerancia y habituación. Desde el punto de vista conductual, el hábito tabáquico es una conexión aprendida o condicionada entre una secuencia estímulo respuesta y un reforzador (13)¹.

El humo del tabaco contiene más de tres mil compuestos diferentes. Los principales son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono.

La nicotina es la causante de la dependencia física hacia el cigarro. Además, provoca alteraciones en diversos órganos.

¹ Secretaría de Salud. 1992 Programa contra el tabaquismo. 79 pp.

El alquitrán no es un sólo compuesto sino que está formado por alrededor de 500 sustancias distintas, dentro de las que se destacan los hidrocarburos aromáticos policíclicos. Además de un largo nombre, estas sustancias tienen poder carcinogénico; es decir que puede provocar cáncer.

El monóxido de carbono, por su lado, produce hipoxia tisular, que es falta de oxígeno en los tejidos y se relaciona con la aparición de arterioesclerosis, uno de los principales factores que desencadena infartos del miocardio.

En este sentido, la adicción al tabaco es expresada por la necesidad compulsiva de consumirlo y la dificultad de abandonarlo, fue incluida por primera vez en 1980 en una clasificación de trastornos mentales hecha por la Asociación Psiquiátrica Americana. De esta manera, fumar tabaco es un tipo de farmacodependencia, no menos potente que otras adictivas, y de hecho, la mayoría de los individuos que empiezan a fumar se vuelven dependientes.

Sin embargo, además de la nicotina, el humo del tabaco contiene una compleja composición de productos químicos, ya identificados. Muchos de éstos a través de diversos mecanismos, ejercen un efecto nocivo sobre células y tejidos.

Entre dichos compuestos destacan los alquitranes en los cuales se han encontrado 47 sustancias carcinogénicas, cocarcinogénicos y promotores tumorales, los más comunes son: Benzopireno, fenoles, aldeos, elementos radioactivo, metales, etc. En la fase gaseosa se produce de la manera importante monóxido de carbono que compite con la capacidad de reducción del oxígeno (13)².

² Ibidem, pag. 3

1.2 PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS CON EL HABITO TABAQUICO

A partir de 1964 fecha en que se realizó el primer informe del Cirujano General en Estados Unidos, sobre los daños potenciales en la salud por el uso del tabaco se emprendieron en el mundo extensas campañas para abatir esta adicción. La Organización Mundial de la Salud, ha señalado que el tabaquismo es responsable de más de tres millones de muertes al año; además de otros trastornos que ocasiona en el ser humano, entre los que destacan diversas enfermedades provocadas por el uso del tabaco, así como repercusiones sociales como el ausentismo laboral y escolar y la disminución de ingresos familiares (13)³.

Aún cuando se asevera que el tabaquismo es un problema que debe ser solucionado por el equipo médico, a través de acciones preventivas y de tratamiento, la solución trasciende sus fronteras e involucra acciones legislativas, de difusión, educativas, económicas, sociales y de investigación. Incluso tiene relación con la esfera política, ya que se ponen en juego diversos intereses que se evidencian cuando se trata de moderar o abatir el consumo del tabaco.

Con respecto al multicitado problema, la Organización Mundial de la Salud elaboro las siguientes tesis: que el consumo de tabaco en todas sus formas es incompatible con el logro de la salud para todos en el año 2000.

Que la presencia de carcinógenos y sustancias tóxicas en el tabaco es un hecho conocido; y que se ha puesto en evidencia científicamente la relación entre el consumo y todo un grupo de enfermedades mortales o incapacitantes

³ Ibidem, pag. 3

Que el tabaquismo pasivo, impuesto o voluntario, viola el derecho a la salud de los no fumadores que deben protegerse contra esta forma perniciosa de contaminación ambiental.

Esta adicción que empieza a disminuir en los países desarrollados debe mantener alerta a los subdesarrollados. Es evidente el incremento en el consumo en estas naciones y las consecuencias negativas en la salud de sus habitantes manifestadas en el aumento y en los niveles de mortalidad y morbilidad, relacionadas con el tabaquismo (13)⁴.

1.3 EFECTOS DEL TABACO SOBRE LA SALUD

La prevención de los daños a la salud relacionados con el tabaquismo se sitúa en el conocimiento profundo de los factores que predispone al individuo al consumo de tabaco. La lucha contra el tabaquismo, primordialmente, en combatir esos factores y sus causas primarias. Estas, por lo regular se localizan en la esfera psicosocial del fumador, como epidemia tienen un fondo inicial en intereses comerciales que datan desde hace siglos y en el continente americano se establecieron desde el siglo XVI .

Las investigaciones a nivel mundial han demostrado que el tabaquismo es una adicción y un problema endémico al que contribuye una amplia gama de factores biopsicosociales: La nicotina después, de algún tiempo de inhalar tabaco, es la responsable de la adicción biológica, el ocio, el stress, la necesidad oral, la asociación del tabaco con ciertas prácticas, consumos, y diversas actitudes individuales, acentúan el hábito y llegan a provechar la adicción psíquica .

La composición química exacta del humo depende de el tipo de cigarros y de la manera en que se fuma. Los principales constituyentes tóxicos del humo del cigarro incluyen: monóxido de carbono, nicotina y otras partículas que contienen la mayoría de los

⁴ *Ibidem*, pag. 3

hidrocarburos carcinogénicos. Las propiedades aditivas de la nicotina y la miriada de compuestos químicos en el humo del tabaco hacen muy difícil que se pueda producir un cigarro "seguro". Los cigarrillos bajos en alquitrán y nicotina que actualmente están a la venta tal vez no aceleren el cáncer pulmonar, en relación a sus predecesores; sin embargo, se ha comprobado que debido a estas características el fumador consume más cigarrillos y por lo tanto aumenta la inhalación de monóxido de carbono.

Es evidente que el tabaquismo es un factor de riesgo para la enfermedad pulmonar y la enfermedad coronaria. Por otra parte, los pacientes con factores de riesgo genéticos, metabólicos u ocupacionales reconocidos como causales para las enfermedades antes citadas, deben ser severamente advertidos para no fumar (13)³.

1.4 EFECTOS SOBRE LA SALUD Y LA MORTALIDAD

Se han acumulado pruebas experimentales, epidemiológicas y clínicas que apoyan la asociación entre tabaquismo y morbimortalidad. La relación de la mortalidad para adultos fumadores contra adultos no fumadores es de casi 1:7; esta relación consiste en la relación del número de muertes observadas en fumadores entre el número esperado en no fumadores. La relación de mortalidad en fumadores aumenta con la cantidad fumada y es directamente proporcional a la duración del tabaquismo. Las relaciones de mortalidad son también mayores para quienes empiezan a fumar en edades más tempranas. En suma, los efectos del tabaquismo sobre la esperanza de vida, dan como resultado que ésta disminuya de manera significativa.

Por ejemplo, un fumador de dos cajetillas diarias, de 30 a 35 años de edad, tiene una esperanza de vida menor que varía de 8 a 9 años en comparación con los no fumadores de la misma edad. El exceso de mortalidad en fumadores es mayor para los grupos de edad de 34 a

³ Ibid pag. 3

54 años, tanto para hombres como para mujeres. Fumar cigarros es la mayor causa previsible de muerte prematura reconocida en Estados Unidos y en el momento actual.

Además de influir en la mortalidad, el tabaquismo es causa de mayor morbilidad. Tanto en hombres como en mujeres fumadores, se reportan más afecciones agudas y crónicas, así como diversas enfermedades en comparación con la gente que nunca ha fumado.

1. 5 EFECTOS SOBRE LA SALUD Y LA MORBILIDAD

El tabaquismo produce cambios estructurales funcionales tanto de la vía aérea como del parénquima pulmonar. Aunque históricamente el término de bronquitis crónica ha provocado confusiones, simplemente se refiere a la inflamación crónica de bronquios y de las vías aéreas que están próximas a los conductos que contienen cartilago. Para el patólogo, la bronquitis crónica consiste en la hipertrofia de las glándulas mucosas bronquiales; para los clínicos, se trata de una producción diaria de expectoración durante tres meses por dos años consecutivos. La bronquitis crónica es sinónimo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en la cual la inflamación también se presenta en vías aéreas con calibre menor de 2 mm correspondiente a los bronquiolos y se acompaña de obstrucción al flujo del aire.

Desde el punto de vista morfológico, la bronquitis crónica se caracteriza por el aumento de las células caliciformes, excesiva producción de moco e hipertrofia de las glándulas mucosas. En los casos avanzados, se pueden observar microabscesos y deformidad de las vías aéreas.

El proceso inflamatorio de las vías aéreas pequeñas que caracterizan a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, frecuentemente conduce a distorsión de su calibre. La

inflamación se debe a infiltrados de células mononucleares e incluso a metaplasias de células calciformes y depósitos de pigmentos en los bronquiolos terminales.

Es importante destacar que algunas de estas alteraciones tisulares se han observado en fumadores jóvenes y adultos asintomáticos y excepcionalmente en los jóvenes no fumadores. Es preciso enfatizar que las fases tempranas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica no se detectan por pruebas rutinarias de función pulmonar, ya que en las vías aéreas más alejadas se inician los problemas de obstrucción. Aunque las alteraciones histológicamente descritas se presentan con el envejecimiento normal, su severidad es mucho mayor en los fumadores ancianos que en los no fumadores (13)⁶

Los factores que modifican la morbi-mortalidad del daño producido por tabaco son: la edad de inicio del hábito, la forma de fumar, el tipo de cigarrillos fumados y tiempo de fumar y la susceptibilidad individual.

La edad en que se inició el hábito de fumar es muy importante, por que mientras más temprano se inicie mayores serán las probabilidades de que en forma prematura presenten algún síntoma relacionado con fumar. En la forma de fumar intervienen factores de como fuma la persona, si acostumbra inhalar el humo del cigarrillo hasta adentro del pecho hay más posibilidad de daño, también si fuma en forma rápida o si se termina el cigarrillo completamente ya que en el último tercio del cigarrillo se acumulan la mayor cantidad de compuestos nocivos producidos en la primera porción.

En relación al tipo de tabaco, influye la longitud del cigarrillo, la cantidad de nicotina y alquitrán, la presencia del filtro e incluso el tipo de papel que se utiliza para la elaboración del cigarrillo. Entre más años tenga la persona o entre más sea la cantidad de cigarrillos fumados

⁶ Ibid pag. 3

mayor será la probabilidad de daño orgánico. La susceptibilidad individual que determina o favorece la aparición de diversas enfermedades, por ejemplo en una familia puede haber varios miembros afectados por el mismo padecimiento, se ha encontrado que unas personas son dañadas más fácilmente por el humo del cigarro.

CAPITULO 2

EPIDEMIOLOGIA

La forma de consumo de tabaco denominada "tabaco oral" o "tabaco sin humo" con sus dos modalidades: a) Por succión o "aspiración interna" y b) Por masticación provoca alteraciones en los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal (6).⁷ Sus efectos están estrechamente relacionados con el sitio de colocación del tabaco en la cavidad bucal y el periodo de tiempo con que se halla utilizado (5).⁸

Las alteraciones reportadas en fumadores adultos con largos periodos de consumo de tabaco oral (considerados fumadores habituales) son: Leucoplasia, Recesión gingival, Abrasión dentaria, Pérdida ósea parodontal, Decoloración dentaria y Disminución del gusto y del olfato (5).⁹

2.1 LA LEUCOPLASIA ORAL

Es una lesión precancerosa asociada significativamente al uso del tabaco en cualquiera de sus formas de consumo (3).¹⁰ Waldron y Shafer la han definido como un termino clínico sin

⁷ Greer y Poulson. Oral tissue alteration associated with use of smokeless tobacco by teenager. Oral Surg. 56(3) 275-274.

⁸ Christen-Armstrong, D. Intraoral leucoplakia, abrasion periodontal breakdown and tooth loosening in a snuff dipper. JADA. 98: 584-586.

⁹ Idem.

¹⁰ Idem.

connotaciones histológicas. Clínicamente se refiere a una mancha blanca o placa de la mucosa oral la cual no se elimina con el frotamiento y no puede ser caracterizada clínica o histológicamente como cualquier otra enfermedad específica (5).¹¹ Se ha establecido un criterio clínico para clasificar los cambios en la mucosa de adultos consumidores de tabaco:

- Grado 1. Lesión superficial de color semejante al de la mucosa que lo rodea, ligeramente plegada y sin apariencia de engrosamiento.
- Grado 2. Lesión superficial blanca o rojiza moderadamente plegada y sin aparente engrosamiento.
- Grado 3. Lesión blanca o roja con pliegues de la mucosa y notorio engrosamiento (Axell) (6).¹²

Los sitios de localización de cambios leucoplásicos más frecuentes en la cavidad bucal de fumadores de tabaco oral son: encía, mucosa alveolar, saco vestibular y mucosa bucal (5)¹³; mientras que para los fumadores de pipa los cambios leucoplásicos son más aparentes en paladar y para los fumadores de cigarrillos o puros estos cambios prevalecen en la mucosa vestibular. El porcentaje de lesiones leucoplásicas que sufren transformación maligna se considera que va del 3 al 6 % aproximadamente.

Se asocian cambios como son: alta prevalencia de periodontitis crónica, gingivitis y gingivitis ulcero-necrozante, así como una alta prevalencia de abrasión dentarias en superficies oclusales, incisales. En casos más severos de consumo de tabaco oral se ha observado amplia destrucción paradontal con pérdida de tejido óseo y de tejidos blandos, y con bolsas

¹¹ Baric, J. M. 1987. Influence of cigarette, pipe, and cigar smoking removable partial dentures and age on oral leucoplakia. *Oral Surg.* 54(4) 424-429.

¹² *Ibidem* pag. 10

¹³ *Ibidem* pag. 10

parodontales que se extienden hasta en un tercio apical de la raíz del órgano dentario. En la zona del margen gingival pequeñas cantidades de tejido de granulación, radiográficamente se observa la amplia destrucción de hueso alveolar con márgenes no definidos. (5).¹⁴

Histológicamente se describe la presencia de úlceras e hiperplasia epitelial del epitelio que rodea el cuello dentario, denso infiltrado inflamatorio de neutrófilos células plasmáticas y linfocitos en el tejido conectivo subepitelial, el epitelio superficial que cubre la encía libre con hiperqueratosis. El diagnóstico establecido es de hiperqueratosis con gingivitis crónica.(5).¹⁵

Las características histológicas pueden variar de acuerdo al tipo de tabaco y tipo de manufacturación de este sin embargo existe una característica particular en la queratina de la mucosa bucal de fumadores de tabaco en cualquiera de sus forma, que se refiere al desarrollo de queratina en punta o en espiguilla específica de fumadores crónicos.(6).¹⁶

El hábito de tabaco oral se consideraba como poco común en los Estados Unidos, a partir de 1970 se detectó su resurgimiento y su continua popularidad siendo en la década de los ochentas cuando su uso se incrementó entre los jóvenes estudiantes de todos los niveles, y especialmente en la zona Sur y en grupos de edad de 18 a 22 años, dentro de las causas que se mencionan para su consumo estan: A) ser un hábito socialmente aceptado, B) dar imagen de virilidad y C) ser consumido por atletas (5; 6).¹⁷

Investigaciones realizadas en jóvenes consumidores de tabaco oral reportan presencia de cuatro lesiones o cambios clínicamente detectables: lesiones hiperqueratósicas y eritoplásicas; inflamación gingival o parodontal, combinación de lesiones de la mucosa oral e

¹⁴ Ibidem. pag. 10

¹⁵ Ibidem. pag. 10

¹⁶ Ibidem. pag. 10

¹⁷ Ibidem. pag. 10

inflamación parodontal y erosión cervical de los órganos dentarios. Características diferentes a las mencionadas en los fumadores adultos (6).¹⁸

De un total de 1 119 jóvenes escolares, el 10% consumía "tabaco sin humo" de estos el 48.7% presentaba lesiones en los órganos dentarios, en periodonto y mucosa. Los cambios clínicamente detectables en la mucosa fueron de acuerdo a la escala de Axell de la siguiente forma:

- Grado 1. Lesión superficial de color semejante al de la mucosa que lo rodea, ligeramente plegada y sin apariencia de engrosamiento, con una frecuencia de 50%.
- Grado 2. Lesión superficial blanca o rojiza moderadamente plegada y sin apariencia de engrosamiento, con una frecuencia de 36%.
- Grado 3. Lesión blanca o roja con pliegues de la mucosa y notable engrosamiento, con un 14% de frecuencia (5, 6).¹⁹

Las alteraciones parodontales establecidas fueron: recesión gingival en un sitio específico con migración apical de la encía más allá de la unión cemento-esmalte con o sin evidencia clínica de la lesión, con una frecuencia del 5.9% en tanto que el 19% presentaba estas alteraciones asociadas con alteraciones de la mucosa oral. No se detectó abrasión dentaria incisal u oclusal en ninguno de los consumidores de tabaco, ni enfermedad periodontal avanzada como la observada en la población de adultos, la erosión cervical dentaria solo se asoció al sitio específico de colocación del tabaco, se observó un aumento en el flujo salival que se menciona tiene relación con la disminución de caries de estos pacientes, sin embargo esto no está completamente establecido (6).²⁰

¹⁸Ibidem. pag. 10

¹⁹Ibidem. pag. 10

²⁰Ibidem. pag. 10

Por último se hace mención al desarrollo del Carcinoma Verrucoso por el efecto de la Nitrosornicotina (NNN) aislada del tabaco de consumo oral, sugiriendo que sea el posible carcinógeno responsable del desarrollo de este tipo de carcinoma, cuyos cambios inducidos en el epitelio están siendo estudiados (9).²¹

2.2 LEUCOEDEMA

Leucoedema se considera en términos clínicos como película de apariencia de velo difuso, aterciopelada de color blanco grisáceo o con disposiciones de pliegues más o menos verticales de la mucosa bucal y en forma bilateral que no desaparecen al abrir la boca (2).²²

Estudios de tipo epidemiológicos realizados en la India respecto a la presencia de alteraciones en la cavidad bucal y su relación en el consumo de tabaco reportaron la presencia de Leucoedema, con una prevalencia de 2.5 por mil habitantes en un distrito en ese país.

Sugiriendo que el leucoedema sea una condición que resulta parcialmente del constante y amplio grado de irritación de la mucosa bucal provocada por el tabaco en cualquiera de sus formas de consumo. Estableciendo la existencia de alguna correlación entre el leucoedema y el hábito del tabaco con cierta predisposición étnica y cuyo mecanismo de desarrollo permanece desconocido y requerirá de mayor investigación (2).²³

²¹ Kaugars, G. E., R. J. Liebland and L. M. Abbey. 1986. Focal oral warty dyskeratoma. *Int. Jour. Derm.* 23(2): 123-130.

²² Axell, T. and V. Henriksson. 1991. Leukoedema an epidemiologic study with special reference to the influence of tobacco habits. *Com. Dent. Oral Epidemiol.* 9: 142-146.

²³ *Ibidem*, pag. 10

2.3 MELANOSIS DE FUMADORES

Dentro de los cambios observados en la cavidad bucal relacionados con el consumo del tabaco se señala la pigmentación melánica de la encía (6).²⁴

Clinicamente se define como cualquier pigmentación negro pardusca difusa o solitaria de la encía adherida. Hedín (primer autor en reportarla) la clasifica de acuerdo a su distribución en la encía adherida, sin que se presente en encía libre o pliegue mucogingival en zona de anteriores, comprendida desde una pequeña zona aislada de pigmentación hasta una franja continua en la encía de incisivos y caninos.

Grado 1.- Pigmentación localizada de manera aislada en una o dos papilas interdentarias observadas generalmente entre incisivos y caninos que son las más afectadas.

Grado 2.- Pigmentación aislada que afecta a varias papilas interdentarias solitarias.

Grado 3.- Pigmentación que abarca una mayor extensión, en áreas aisladas formando dos pequeñas franjas continuas.

Grado 4.- Pigmentación continua que forma una franja que incluye gran parte de encía de incisivos y caninos.

Observada con mayor frecuencia en la mandíbula y observada esta pigmentación melánica en fumadores que tenga alguna relación con el color de ojos o de piel. (7).²⁵

²⁴ Ibidem. pag. 10

²⁵ Hedín, A. 1991. Smokers melnosis. Arch. Dermatol. 113: Nov.

La pigmentación de la encía en grupos étnicos de piel oscura, y raramente en blancos. Cuando la melanosis es causada por factores genéticos se encuentra en algunas otras zonas y la mucosa bucal; la originada por medicamentos: antimaláricos y timoléptico tricíclicos. Algunas enfermedades están caracterizadas por la pigmentación de la mucosa oral, entre ellas la enfermedad de Addison; Síndrome de Ayrich, Síndrome de Peutz-Jegher y enfermedad Von Recklinghausen. Debiendo de obtenerse correctamente la impresión clínica de la encía en relación a su tratamiento (7).²⁶

Hedin al realizar su investigación sobre la frecuencia de la pigmentación melánica en la encía adherida y su relación con el hábito de fumar tabaco en sujetos de raza blanca, demostró histológicamente la presencia de una mayor cantidad de melanina en el tejido de la encía adherida; la melanina se hizo evidente utilizando una tinción de plata (Fontana-Masson) depositada principalmente en la capa basal del epitelio; la tinción para DOPA mostró un mayor número de actividad enzimática de melanocitos en la capa basal, con microscopio electrónico se observó la presencia de melanosomas y premelanosomas en los melanocitos y una cantidad de melanosomas distribuidos entre las células queratinocitos (7).²⁷

Los estudios de tejidos de partes no pigmentadas de la encía de pacientes con esta pigmentación clínica demostró la presencia de muy poca melanina en la capa basal. La pigmentación siempre se localizó en la encía insertada donde la extensión apical llegó hasta la unión mucogingival (7).²⁸

Demostrando la estrecha relación entre la pigmentación melánica en la encía, en todas las personas con pigmentación melánica fueron fumadoras. La población estudiada estuvo compuesta por alumnos y pacientes de raza blanca todos los pacientes con pigmentación eran

²⁶ Ibidem. pag. 15

²⁷ Ibidem. pag. 15

²⁸ 25- 27 Ibidem. pag. 15

fumadores de tabaco, de estos el 14.9 % tuvieron pigmentación en la encía adherida, en tanto que entre los estudiantes la frecuencia fue de 12.9 % con pigmentación melánica en la encía adherida. Se encontró en forma general una frecuencia de 95.2 % en la mandíbula, así como los pacientes con melanosis tuvieron un consumo más elevado de tabaco que los fumadores sin pigmentación (7).²⁹

Otros estudios han sugerido que los pacientes con melanomas, fumadores de cigarrillos disminuyen su índice de supervivencia comparado con aquellos no fumadores, probablemente por que el tabaco induce una disminución en la inmunidad lo que facilita su propagación o metástasis (10).³⁰

Tomando en cuenta que el melanoma maligno de la cavidad bucal se asocia fuertemente a la pigmentación de la encía y otras zonas de la mucosa bucal, también se le ha llamado esta pigmentación melánica "melanosis precancerosa" (6).³¹

Se ha publicado un estudio para evaluar la relación entre el consumo del tabaco y la pigmentación en la encía, de un grupo de trabajadores relacionados con el plomo. De estos en un primer estudio el 12% presentó pigmentación en la encía adherida mientras que un segundo estudio fue un 18% de los trabajadores fumadores de tabaco, siendo la pigmentación más significativa en aquellos fumadores de más de diez cigarrillos al día (17%) que en los no fumadores (0%), el promedio se incrementó en proporción al consumo de tabaco sin encontrar relación entre la pigmentación melánica y la presencia de plomo en la sangre. La presencia de pigmentación en la encía fue considerada de acuerdo a la clasificación de Hedén, siendo de mayor frecuencia el grado 3 y 4 en fumadores de 10 hasta 40 cigarrillos al día (6).³²

²⁹28 Ibidem. pag. 15

³⁰ 29 Kolf, M. K., A. J. Sober and L. C. Doy. 1988. Cigarette smoking and malignant melanoma. Cancer. 53: 2570-2573.

³¹ Ibidem pag. 10

³² Ibidem pag. 10

Histológicamente se observaron depósitos de pigmentación melánica en la capa basal del epitelio, sin detectar gránulos de sulfuro en las paredes de los vasos sanguíneos y papilas de tejido conectivo como es el caso típico en el envenenamiento por plomo (1).³³

Como causa de la melanosis de los fumadores se ha sugerido un posible efecto de la nicotina sobre el contenido de melanina en las células del epitelio de la encía, se consideran necesario realizar más estudios para aclarar el mecanismo de desarrollo de este tipo de melanosis, así como también su posible transformación maligna en cavidad bucal (6).³⁴

2.4 CANCER DE BOCA

Las dos formas más comunes asociadas de cáncer por tabaquismo son el carcinoma epidermoide y el carcinoma verrucoso.

Carcinoma epidermoide. Es una neoplasia maligna de origen epitelial. Se le ha llamado carcinoma de células escamosas o carcinoma espinocelular. Los tumores malignos en la cavidad oral corresponden al 5% del cáncer y el 90% da las neoplasias malignas en la cavidad oral corresponden a carcinoma epidermoide. Las etapas tempranas del carcinoma epidermoide está representado clínicamente por lesiones insignificantes, solo aparecen pequeñas leucoplasias o eritropias discretas, conforme evoluciona se produce ya sea una lesión exofítica, indolora con áreas de necrosis o se presenta como una úlcera que no cicatriza, con bordes indurados y elevados. el grado de anaplasia de la células sugieren la agresividad del tumor, mientras más anaplásico es más agresivo (anaplasia: células sin diferenciación). En el grado I de malignidad de los tumores (cáncer bien diferenciado) se observa la displasia severa,

³³ Arakis, M. K., K. Ushio and R. D. Sakai. 1990. Response relationship between consumption and melanin pigmentation in the attached gingiva. Arch. Environ. Health. 38(6) Nov- Dec.

³⁴ Ibidem pag. 10

las células epiteliales son reconocibles como tales y hay formación de perlas de queratina. Hasta el grado 4 (cáncer mal diferenciado) las células son poco reconocibles como epiteliales, ya no forman queratina y tienen aspecto primitivo. Los tumores malignos tienen la capacidad de producir tumores a distancia del tumor primario, a esto se le llama metástasis. El carcinoma epidermoide de boca tiene la tendencia a producir metástasis por vía linfática hacia ganglios linfáticos cervicales y submaxilares.

Hay variantes histológicas del carcinoma epidermoide y estas son:

Carcinoma fusocelular. Se asemeja al fibrosarcoma que está formado por proliferación de células epiteliales fusiformes.

Carcinoma Epinocelular Adenoide. Es un tumor frecuente en labio, está formado por células epiteliales que forman estructuras ductiformes.

Carcinoma Verrucoso. Es un tipo de carcinoma de baja malignidad, ya que es de crecimiento lento, generalmente no es metastásico, su tratamiento no es tan radical ya que no tiende a recidivar. Su localización habitual es la mucosa vestibular y encía. Se presenta como una lesión exofítica cubierta por una capa leucoplásica blanca de superficie verrucosa guijarrosa, es indolora de crecimiento lento. Se presenta una imagen característica que consta de proliferación epitelial penetrando en forma de clavos hacia el tejido conectivo, las células se ven bien diferenciadas, las atipias no son evidentes. Hay una gruesa capa de queratina la cual forma tapones entre las proyecciones del epitelio (14).³⁵

³⁵ Shafer, W. H. y B. M. Levy. 1986. Tratado de patología bucal 2a Ed. Interamericana. 940 pp.

CAPITULO 3

FRECUENCIA DE LAS LESIONES

De 50 pacientes consecutivos de la clínica odontológica de la Universidad del Bajío se detectó un total de 32 personas con lesiones de la mucosa bucal, siendo la más abundante la Leucoedema con 11 fumadores, le siguió Línea blanca de oclusión con 4, Melanoplaquia 4, Candidiasis 4, Lengua fisurada 2, Queratosis 2, Epulis fisurado, 1 Estomatitis nicotínica 1, Lengua pilosa 1, Nódulo hiperplásico 1 y Úlcera traumática 1.(4).³⁶

De un estudio realizado en la Provincia en Camagüey Cuba para conocer el comportamiento de las mucosas frente a las lesiones precancerosas de la cavidad bucal, se encontró que el 27.93 % de las personas examinadas presenta leucoplasia bucal y se observó la mayor frecuencia en hombres mayores de 40 años (11).³⁷

En Estados Unidos el cáncer de boca y laringe ocurre anualmente en 40,000 individuos, resultando aproximadamente 13,000 muertes; del 50 % al 70 % de estas muertes están asociados con el tabaquismo. Así el uso de tabaco fumado o masticado puede dar un aumento en la frecuencia y severidad de la enfermedad dental y periodontal inflamatoria crónica y aparición de las enfermedades típicas, como estomatitis nicotínica (4).³⁸

Investigaciones posteriores realizadas en Suecia (1991) reportaron una relación semejante del tabaco y leucoedema, con una prevalencia de 60.0 % de fumadores de tabaco. La

³⁶ Castellanos, J. L., S. S. González. 1991. Frecuencia de lesiones bucales en tabaquismo activo por cigarrillos. A. D. M. XLVIII (5): 269-272.

³⁷ López, C. R., D. Bestard E., S. Tovar M., L. Torrens A. y L. R. Santa. 1992. Leucoplasia bucal en trabajadores de la industria tabacalera. A. D. M. XLIX (5) 303-308.

³⁸ Idem.

prevalencia mayor de leucoedema se presentó en grupos de edad de 25 a 34 y de 15 a 24 años de edad siendo esta un 60.6 % y 57.04% respectivamente .Se determina que existe una diferencia en el grado de prevalencia en las diferentes razas o grupos étnicos como lo son (en orden de frecuencia): negros africanos; asiáticos y blancos, con una preferencia marcada por la raza negra considerando a los negros de E U A. (2).³⁹

Las enfermedades que el fumar puede causar sobre las mucosas bucales, hay una gran prevalencia de lesiones blancas; la hiperqueratosis bucal ha sido encontrada en aproximadamente de 3 a 8 pacientes de la población de Estados Unidos y Europa con un promedio de transformación maligna de 3 % a 6 %. Siendo las dos formas más comunes asociadas al cáncer por tabaquismo son el carcinoma verrucoso y el carcinoma epidermoide (4).⁴⁰

Los carcinomas de células escamosas de la mucosa bucal son quizás la causa de casi el 40 % de tumores en la India, registrándose también índices muy altos en partes de Sur América (por ejemplo, Brasil) Sudeste de Asia, el Pacífico Occidental, Francia y Newfoundland. En estas regiones el cáncer bucal es un problema de salud pública muy serio. En los países occidentales, durante las dos últimas décadas, se ha registrado un aumento alarmante en la incidencia de ésta enfermedad en varones jóvenes. En todas las partes del mundo los índices de mortalidad siguen siendo muy altos.

Se reconoce ahora que el cáncer bucal es uno de los diez cánceres que ocurren más frecuentemente en el mundo, registrándose aproximadamente 400 000 nuevos casos al año. Más del 70 % de estos casos ocurren en países en desarrollo donde esas lesiones representan el tercer cáncer más común (12).⁴¹

³⁹ Ibidem pag. 15

⁴⁰ Ibidem pag. 20

⁴¹ Mecklenburg, R. 1992. Tabaco y la salud bucal

CAPITULO 4

ASPECTOS SOCIALES Y ECONOMICOS DEL TABAQUISMO

Dado que muchos factores influyen en el tabaquismo, nos interesó conocer algunas características generales de los pacientes que acuden a la "clínica de tabaquismo" encontrando los siguientes datos:

La edad de los pacientes varió entre 15 a 74 años, siendo el grupo de 36 a 45 años el más frecuente con el 33 %, en cuanto al sexo el 51 % es femenino y el 49 % masculino.

Respecto a la edad de inicio en el hábito encontramos que el 44 % se inició de los 16 a los 20 años, el 49% consumen más de 21 cigarrillos por día y tienen más de 10 años de ser fumadores (88 %).

En cuanto a la marca predominante encontramos que un 30 % consumen Marlboro. Con respecto a la escolaridad el 48 % fueron de nivel superior. En cuanto a ocupación el 32% son profesionistas, el 20 % amas de casa.

Referente a prestaciones médicas encontramos el 48 % que carecen de ellas y el 52 % si las tienen (6).⁴²

⁴² INER-IMSS. 1988. Primer curso piloto de capacitación para orientadores de grupos de ayuda para el abandono del hábito del tabaquismo. 77pp.

El tabaquismo en la actualidad ha sido relacionado con diversas enfermedades y muertes prematuras lo que trae como consecuencia problemas sociales y económicos a diversos niveles como son :

- Nivel Personal

- Familiar

- Laboral

A Nivel Personal .- en primera instancia con la pérdida total o parcial de la salud.

Aspecto Económico.- Es interesante ya que de acuerdo a las características antes señaladas; la mayoría de los pacientes fuman de 21 a 60 cigarrillos al día con un promedio de 40 cigarrillos diarios, lo que representa el 35 % de un salario mínimo. Implicando gastos médicos importantes

A Nivel Familiar .- Señalaremos en primer lugar la desintegración familiar, consecuencia de la pérdida parcial, o total de salud de algunos de los miembros de la familia , y si este es el sostén económico esto representa un impacto importante. Por otro lado el gasto innecesario en compra de cigarrillos como ya se señaló es un tercio de un salario mínimo, lo que nos representa siete kilogramos de carne mensual.

Además trae como consecuencia la pérdida o disminución de salario, el ausentismo y bajo rendimiento escolar por pérdida de la salud de los hijos de fumadores (Tabaquismo pasivo)

A Nivel Laboral.- Es importante advertir que las enfermedades provocadas por el tabaco producen frecuentemente ausentismo en el trabajo, bajo rendimiento y como consecuencia disminución en la productividad y en la población económicamente activa .

Todo lo anterior trae como consecuencia el aumento de costos en la mano de obra, pago de incapacidades frecuentes, pago de servicios médicos de pensiones y jubilaciones prematuras, por enfermedades incapacitantes y prevenibles.

A Nivel Nacional.- Aquí se consideraba el desempleo, como producto de los daños de la salud que provoca el tabaco, el sub-empleo consecuencia del primero por que al no existir la posibilidad de un trabajo estable se ve en la necesidad de analizar otro tipo de actividades (6).⁴³

Existe un incremento en la morbilidad por padecimientos prevenibles. Se propicia la pérdida de la población en edad productiva y aumento de accidentes de trabajo.

A Nivel Mundial.- En este nivel existen algunos datos interesantes como es el número de incendios producidos en distintos países, los cuales se encuentran asociados con el manejo irresponsable de cigarrillos.

Los daños ecológicos producidos por la utilización de plaguicidas que generalmente contaminan las aguas ,esterilizan los suelos y tienen por sí mismos consecuencias carcinógenas, o el dato, ciertamente alarmante de la madera que se utiliza para secar el tabaco: en el mundo en desarrollo por cada 300 cigarrillos es necesario quemar un árbol.

⁴³ Ibidem. pag. 22

Así mismo de acuerdo a la información proporcionada por la "Organización Mundial de la Salud" (O.M.S.), el hábito de consumo de cigarrillos esta aumentando entre la juventud e incrementándose la posible duración del hábito y el daño potencial orgánico y social en el mundo (6).⁴⁴

CAPITULO 5

ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL HABITO TABAQUICO

Es frecuente que cuando se habla del hábito de fumar y de los problemas que causa a nivel salud, no se menciona el aspecto psicológico como factor importante para entenderse porqué una persona se inicia en el hábito, porqué a pesar de saber el gran número de enfermedades que provoca el tabaquismo, las personas se mantienen fumando y el porqué una parte, importante de fumadores no pueden dejar el hábito aunque así lo deseen.

El hábito de fumar generalmente se inicia en la adolescencia, siendo un periodo en el que el joven está en proceso de reducir su dependencia familiar, transfiriéndola a otros de su misma edad. En este periodo intervienen muchos factores que inducen a fumar, al adolescente por curiosidad trata de investigar que es lo que sienten sus padres, hermanos mayores o maestros cuando fuman, quieren experimentar a que sabe el cigarrillo o que sensación produce. Cuando un joven pertenece a un grupo social en el que la mayoría de los miembros fuman, existe mayor probabilidad de que esa persona comience a fumar y así sentirse parte del grupo, ser aceptado y reconocido por éste o para pertenecer al mundo de los adultos (6).⁴⁵

⁴⁴ Ibidem. pag. 22

⁴⁵ Ibidem. pag. 22

Se ha mencionado hasta el momento los factores de inicio del hábito, considerándose principalmente factores puramente Psicosociales, sin embargo, existen también factores farmacológicos que pueden explicar, el porqué las personas se mantienen y continúan fumando.

1.- Tabaquismo Estimulante

2.- Tabaquismo Sedante

3.-Tabaquismo Por Manipulación

4.-Tabaquismo Adictivo

5.-Tabaquismo Automático

Continuando con el aspecto psicológico, el ser humano cuenta con mecanismos psicológicos finos y efectivos que le permiten evitar pensar que la conducta de fumar es una conducta auto-agresiva; impidiendo que el sujeto abandone el hábito de fumar aunque esté consciente del daño que el cigarro produce a la salud. El convencimiento personal y el deseo de lograrlo son elementos cruciales importantes para dejar de fumar; como se mencionó anteriormente, el hábito tabáquico esta asociado a factores psicológicos y farmacológicos haciendo difícil su abandono.

En la actualidad existen programas que ayudan a personas que han intentado dejar de fumar por sí solas y no lo han logrado, por medio de terapias de grupos en donde participan

personas fumadoras que a través de experiencias mutuas, solucionan los problemas del hábito tabáquico (6).⁴⁶

No cualquier persona puede participar en un grupo, ya que existen algunos criterios de exclusión a considerar:

- 1.- **Insuficiente contacto con la realidad.** Se excluyen con el fin de protegerlos a ellos mismos antes que al grupo, de una ansiedad excesiva.
2. **Síntomas de desviaciones sociales (antecedentes criminales).**
- 3.- **Carácter dominante.** Por ser personas de difícil adaptación e inducción del grupo en sus ideas, provocando rechazo del mismo y un estado competitivo.
4. **Defensa psicopática e impulsiva.** Caracterizado por irresponsable historia vital, superficialidad en sus afectos, provocando hostilidad en el grupo.
5. **Antecedentes de enfermedad psiquiátrica.**
| |
6. **Que el paciente se encuentre actualmente en crisis o estados depresivos.**

El mejor manejo para la rehabilitación de conductas adictivas es por medio de terapia de grupo, para su manejo hay que comprender primero qué es lo que hace entrar en actividad, es decir, entender sus motivaciones, partiendo de que "Nadie motiva a nadie". La motivación es muy importante para una persona que desea abandonar el hábito de fumar, sin ella todo el

⁴⁶ Ibidem. pag. 22

esfuerzo será inútil para alcanzar una meta, el deseo de hacerlo debe partir del interior del hombre; este se puede considerar un criterio importante para aceptar que una persona participe en un grupo que tiene una meta en particular: **DEJAR DE FUMAR (6)**.⁴⁷

Cada integrante del grupo tiene un papel a desempeñar con el fin de satisfacer sus necesidades individuales. Pueden distinguirse cuatro papeles principales que pueden afectar la productividad del grupo.

- El Dominador, que trata de imponer, de demostrar su superioridad, con independencia de las exigencias de la situación.
- El Dependiente, que constantemente trata de provocar simpatía y apoyo para sentirse seguro.
- El Amante del Prestigio, que apunta a hacerse valer y atraer la atención del grupo por todos los medios y que a menudo es susceptible ante la crítica.
- El Hombre que se Relata Aprovechando la Situación Colectiva, para expresar sus sentimientos, sus ideas, su historia personal, sin relación con los problemas reales del grupo.
- El Playboy, alternativamente negligente y cínico, que exige una perfecta indiferencia hacia las preocupaciones de los demás.

⁴⁷ Ibidem, pag. 22

El manejo de grupo debe ser cuidadoso por lo anteriormente mencionado y por que a pesar de que sus integrantes están motivados pueden llegar a desmotivarse con el paso de las sesiones.

Si sucede esto hay que motivar nuevamente al paciente, manifestándole la importancia que tiene el dejar de fumar para su salud, economía, y liberación de este grave problema social como es el tabaquismo (6).⁴⁸

CAPITULO 6

ESTRESS

Hoy en día es muy común hablar de estress; La mayoría de la gente nos dice ¿Qué te pasa te ves estresado? ¿Tienes problemas, te noto estresado? Pero en realidad nadie puede definir con exactitud que es el estress.

La palabra estress es empleada en la física y en la mecánica y significa presión ejercida sobre y entre distintas partes de un cuerpo; como consecuencia se produce una deformación de nombre estress y tensión provocados por la vida diaria; lo que queremos decir es que algo se altera en nuestra forma cómoda de vivir.

Regularmente estress se asocia con angustia, o sea, cualquier clase de carga, presión o pena. El estress de la vida moderna generalmente significa la o las circunstancias que nos preocupan, que nos hacen ponernos tensos o que nos frustran.

⁴⁸ Ibidem. pag. 22

Biológicamente, *stress* significa cualquier cosa que constituya una amenaza; ya sea real o imaginaria (por ejemplo una amenaza real sería cuando nos vemos a punto de chocar y una imaginaria sería cuando buscamos empleo o presentamos un examen ya que en cualquiera de estas situaciones no sabemos que va a suceder, pero nuestro cuerpo está relacionado ante estas situaciones de manera particular o especial) estas circunstancias afectan adversamente al organismo.

Hans Selye, define el *stress* como la proporción de desgaste y deterioro del cuerpo y demostró que existe una respuesta generalizada de adaptación al *stress*, independientemente de que el agente enfrentado sea agradable o desagradable, el calor, el frío, la ira, los fármacos, la excitación, el dolor, las hormonas, la tristeza e incluso la alegría; todos estos factores excitan de la misma manera los mecanismos de *stress* del organismo.

La manera en que podemos identificar al *stress* es por medio de una agitación; y la excitación conduce al cuerpo a adaptarse a cualquier cosa que parezca una amenaza a la supervivencia (6).⁴⁹

Se dice que parezca que nuestro cuerpo no es sabio, y puede producir reacciones de *stress* en una situación que no constituya una verdadera amenaza de muerte. Anteriormente mencionamos amenaza a la supervivencia; bien el ser viviente ya pronto reconoce un peligro, los músculos se tensan inmediatamente para entrar en acción, listos para luchar o huir. Por ejemplo el participante en una carrera en espera de la señal de arranque .este es un acto reflejo en el que no participa nuestro cerebro ya que se trata de una reacción instantánea.

En el cerebro existe un centro o zona la cual recibe el mensaje de peligro (esta zona o parte del cerebro se llama hipotálamo) y se inicia una serie de cambios espectaculares.

⁴⁹ *Ibidem* pag. 22

Este centro del cerebro es el que integra todas las funciones del organismo que normalmente no están bajo dominio consciente coordina todas las actividades (distintas del cuerpo).

Hipotálamo transmite el mensaje a otra zona llamada hipófisis (coordinadora de las glándulas endocrinas) por medio de diversas sustancias llamadas hormonas, alertan al organismo a prepararse para desempeñar una actividad física en la que participan todas las partes del cuerpo. En la reacción de lucha o fuga, la musculatura, el corazón los pulmones y el cerebro tienen prioridad sobre todos los demás sistemas (6).⁵⁰

CAPITULO 7

ALTERNATIVAS PARA DEJAR DE FUMAR

El abandono del hábito tabáquico es difícil, por existir una serie de factores psicológicos, sociales y biológicos que combinados entre sí dificultan enormemente que una persona habituada al consumo de cigarrillos abandonen esta conducta.

Al respecto se han creado diferentes alternativas encaminadas en ayudar a aquellas personas que han intentado dejar de fumar y no lo han logrado.

Existen métodos sugeridos por la asociación americana de cáncer sencillos y prácticos que pueden ser utilizados por un bajo costo y obtener buenos resultados; si la persona quiere dejar de fumar es importante que exista realmente una motivación y el deseo de hacerlo; saber

⁵⁰ Ibidem. pag. 22

cual es el motivo por el que quiere dejar de fumar, realizar una lista de razones por las cuales no quiere seguir fumando y cuales son los beneficios que obtendrá al dejar de fumar y dejar por completo el hábito, ya que reducir gradualmente el consumo de cigarrillos no funciona (6).⁵¹

Es importante que al dejar de fumar uno mismo se ayude realizando algunos aspectos que a continuación se presentan.

- A) Buscar sustitutos orales, como zanahorias, frutas, chicles que ayudarán a reducir el deseo de fumar
- B) Cambiar de rutina, evitar amigos, lugares comerciales, practicar un nuevo deporte, etc.
- C) Deshacerse de cigarrillos, ceniceros, encendedores.
- D) Reforzar su decisión de no fumar haciendo planes de en que desearía gastar el dinero que está ahorrando.
- E) Realizar ejercicio físico .
- F) Pedir ayuda a compañeros de trabajo, familiares, etc.,
- G) Cambiar de pensamiento que se tiene a favor del cigarrillo por un pensamiento en contra;

1. Fumar es el enemigo número 1.
2. El dinero que se acostumbraba gastar para comprar cigarrillos, afectan a su economía .
3. Si usted sigue fumando puede enfermarse gravemente, de cáncer ó enfisema pulmonar.
4. Las expectativas de vida se reducen de 8 a 9 años en comparación a un no fumador.
5. Si usted fuma volverá a ser dependiente y caerá nuevamente en manos del cigarro.
6. Afectara a su familia y seres más queridos exponiéndolos a los componentes venenosos del humo del tabaco.

⁵¹ Ibidem. pag. 22

Posteriormente se mencionan algunos consejos necesarios y útiles que pueden ayudar a una persona a abandonar el hábito tabáquico en cinco semanas.

"El hábito tabáquico es una conducta aprendida y usted puede ahora aprender a no fumar, inténtelo".

Dígase a si mismo que va a dejar de fumar que ya lo ha decidido, que es importante para usted hacerlo, por su salud, por su familia, porque ya no quiere ser una persona dependiente (6).⁵²

Tres cosas son fundamentales en este momento:

- La firme decisión de dejar de fumar, llevar un régimen de comidas en los primeros días de no fumar y algo muy importante, la respiración.
- La decisión ya la ha tomado, el régimen de comidas es un poco más complejo, usted tiene hábitos de comida a los que se ligan la conducta de fumar, por ejemplo evitar el postre y café ó té negro, el alcohol, evite comer carne los primeros días; es mejor comer mucha fruta.
- Tomar mucha agua, comer cacahuates, avellanas, nueces, almendras, pero no caramelos, el azúcar lo engorda mucho y le estropeará sus órganos dentarios, tomar vitamina "C" el régimen alimenticio es importante como parte de su desintoxicación de nicotina que existe en su organismo.

El hábito tabáquico provoca un gran número de enfermedades como bronquitis crónica, enfisema, cáncer pulmonar, problemas cardiovasculares, etc., y las posibilidades de

⁵² Ibidem. pag. 22

que usted las padezca son muy altas, pero usted lo puede prevenir dejando de fumar; la solución está en sus manos.

Si tiene muchas ganas de fumar, dé un paseo y respire profundamente, beba un vaso con agua, evite la compañía de fumadores, especialmente, por que siempre prevalece la costumbre de ofrecer tabaco. Si tiene mucha hambre coma nueces. Empiece a romper con los hábitos asociados con fumar como, café, sobremesa, hablar por teléfono, etc. Es posible que al tercer o cuarto día de que ha dejado de fumar su voluntad empiece a flaquear pero necesita animarse y recurrir a todos los consejos que se le han dado. Piense en el cáncer en la tos que tenía antes de dejar de fumar y en todo el trabajo que le ha costado, lograrlo (6).⁵³

En el cuarto día ha desaparecido gran porcentaje de la nicotina en el organismo, las ganas de fumar son menores pero existen todavía y son peligrosas, es, importante acudir a todos los recursos que se han dado ya que si está en el punto más importante de su cura, se presentarán molestias físicas como dolores de cabeza pero con el agua y la respiración profunda desaparecerá.

Notará que su gusto y olfato se irán recuperando poco a poco cuando llegue a los cinco días de haberlo logrado, su deseo por fumar será menor pero no se debe olvidar que usted como los siete millones de personas que han dejado de fumar, tienen un organismo fumante sensible al tabaco y qué es importante que durante meses no se toque, ni un sólo cigarrillo. No se debe creer que ya está completamente superado ni se haga la prueba encendiendo un cigarrillo.

Es importante recordar las etapas por las que ha pasado a partir del cuarto día la ansiedad de fumar va desapareciendo paulatinamente, hasta ser absolutamente nula. A partir

⁵³ *Ibidem.* pag. 22

de ese momento si se siente la necesidad de fumar, es solo por la costumbre; es el movimiento de fumar el que se va a echar de menos no el cigarrillo.(6).⁵⁴

⁵⁴ *Ibidem.* pag. 22

CONCLUSIONES

- El fumar tabaco es un tipo de farmacodependencia, no menos potente que otras drogas adictivas ocasionando bronquitis crónica, cáncer de boca, cáncer de esófago, cáncer pulmonar, úlcera gastroduodenal, cáncer de laringe, cáncer de páncreas, hipertensión arterial, cáncer de vejiga, cáncer de riñón, cardiopatías, recién nacidos de bajo peso (hijos de madres fumadoras) y abortos.
- Los efectos del tabaco están estrechamente relacionados con el tipo de tabaco, tipo de manufacturación de éste, sitio de colocación del tabaco en la cavidad bucal y el periodo de tiempo que se halla utilizado.
- Las lesiones reportadas en fumadores adultos (fumadores habituales) son: leucoplasia, leucoedema, recesión gingival, abrasión dentaria, pérdida ósea parodontal, decoloración dentaria y disminución del gusto y del olfato.
- En jóvenes consumidores de tabaco oral se registraron lesiones hiperqueratósicas y erioplásticas, inflamación gingival o parodontal, combinación de lesiones de la mucosa oral e inflamación parodontal, además de leucoedema. La melanosis se presenta en forma indistinta a la edad del fumador.
- El cáncer bucal es uno de los diez cánceres más frecuentes en el mundo, se registran 400,000 casos al año, más del 70% en países en desarrollo y es el tercer cáncer más común.

- El hábito de fumar se inicia generalmente en la adolescencia, incluyendo además, factores puramente psicosociales, biológicos y farmacológicos que mantienen el hábito de fumar en las personas.
- Es indispensable que el cirujano dentista se familiarice con el tipo de lesiones bucales por tabaquismo, ya que puede detectar afecciones como el carcinoma epidermoide en etapas tempranas como lesiones insignificantes y de esta manera prevenir éste y otros males.

BIBLIOGRAFIA

1. Arakis, M. K., K. Ushio and R. D. Sakai. 1990. Response relationship between tobacco consumption and melanin pigmentation in the attached gingiva . Archives of Enviromental Health. 38 (6) Nov-Dec.
2. Axell, T. and V. Hericsson. 1991 Leukoedema and epidemiologic study with special reference to the influence of tobacco habits. Community Dent. Oral Epidemiol. 9: 142-146.
3. Baric, J. M. et-al. 1987. Influence of cigarette, pipe, and cigar smoking removable partial dentures and age on oral leucoplakia. Oral Surg. 54 (4).424-429.
4. Castellanos, J. L., S. S. González. 1991. Frecuencia de lesiones bucales en tabaquismo activo por cigarrillos. A. D. M. Vol. XLVIII, 5. 269-272.
5. Christen-Armstrong, D. 1989. Intraoral leocoplakia, abrasion, periodontal breakdown and tooth loos in a snuff dipper. JADA (98). April 584-586.
6. Greer,R.D. and Poulson. T.C.1990. Oral tissue alteration associated with the use of smokleess tobacco by teenagers. Oral Surg 56 (3) 275-284.
7. Hedin, A. 1991. Smokers Melanosis. Ach. Dermatol. (10). Vol. 113. Nov.
8. INER-IMSS. 1988. Primer curso piloto INER-IMSS de capacitación para orientadores de grupos de ayuda para el abandono del hábito tabáquico. 77 p.

9. Kaugars, G.E., R.J. Lievand and L.M. Abbey. 1986. Focal oral warty Dyskeratoma. International Journal of Dermatology. 23 (2): 123-130.
10. Kolf, H., A. J. Sober and L. C. Doy. 1988. Cigarette smoking and malignant melanoma. Cancer. 53: 2570-2573.
11. López C., R. D. Bestard E, S. Tovar M., L. Torrens A. y L. R. Santa R. 1992. Leucoplasia bucal en trabajadores de la industria tabacalera. A. D. M. Vol. XLIX, No. 5: 303-308.
12. Mecklenburg, R. 1992. Tabaco y la salud bucal. FDI. Dental World. Mayo-Junio. 15-19.
13. Secretaría de Salud. 1992. Programa contra el tabaquismo. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo y Consejo Nacional Contra las Adicciones. 79 pp.
14. Shafer, W. H. y B. M. Levy. 1986. Tratado de patología bucal. 2a Ed. Editorial Interamericana. 940 pp.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA