



Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Departamento Atención Integral del Hombre
Informe de Investigación



**LESIONES BUCALES PRESENTES EN TRABAJADORES
AGROPECUARIOS CONSUMIDORES DE CHIMO EN EL MUNICIPIO
MANUEL MONJE DEL ESTADO YARACUY.**

Autores:
Genifer Riera Alvarez
Lucimar Terán Garrido

Tutor Metodológico:
Sulaima Sanabria

Tutor de Contenido:
Flora Domínguez

Valencia, Abril 2006



Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Departamento Formación Integral del Hombre
Asignatura: Informe de Investigación



Lesiones Bucles presentes en Trabajadores Agropecuarios consumidores de Chimó en el Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy.

En carácter de tutor del trabajo final de Investigación titulado: Lesiones Bucles presentes en Trabajadores Agropecuarios consumidores de chimó en el Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy, presentado por las Bachilleres: Genifer Riera Álvarez y Lucimar Terán Garrido.

Considerando que dicho trabajo de investigación reúne los requisitos suficientes para ser aprobado y sometido a presentación pública y evaluación en la ciudad de Valencia a los 07 días del mes de Abril del año 2006.

Tutor de Contenido

Tutor Metodológico

DEDICATORIAS

- ❖ *A Dios por iluminarme y bendecirme a lo largo de esta hermosa carrera*
- ❖ *A mis padres (Nilsa y Gerardo) y mis hermanos (Geni, Geral y Junior) por brindarme su amor, apoyo, fuerza, comprensión y confianza.*
- ❖ *A mi Abuelo Chicho (Q.E.P.D.) por irradiarme siempre con su amor, temple, alegría, seguridad, confianza y persistencia.*
 - ❖ *A mis Abuelas (Josefina y Gladis) por todas sus oraciones*
 - ❖ *A Marco Aurelio por acompañarme y apoyarme*
- ❖ *A mis tíos, primos y amigos cercanos por llenarme de aliento en todo momento*

Genifer Mercedes Riera Álvarez

- ❖ *A Dios por darme el don de la vida, guiar e iluminar mi camino. Porque sin ti Dios no lo hubiese logrado.*
- ❖ *A mis padres, María Isabel y Lucidio, les dedico este trabajo como muestra de gratitud por su apoyo incondicional y los sacrificios que hicieron para que yo pudiera estudiar esta maravillosa carrera. Son y serán siempre mi inspiración.*
- ❖ *A mis hermanas, María Dubraska y Veruska, por ser fuentes de energía para seguir adelante, espero que se sientan orgullosas de mi.*
 - ❖ *A mis abuelas Benita y Avelina, por sus buenos deseos y oraciones.*
- ❖ *A mis tíos y primos, por su apoyo y ayuda incondicional, por sus oraciones y buenos deseos.*
- ❖ *A mis amigos, por vivir conmigo momentos de alegría, tristezas, triunfos y fracasos, y mantenerse como mis Amigos.*

Lucimar Terán Garrido

AGRADECIMIENTOS

- ❖ *Queremos expresar nuestros agradecimientos a Dios todo poderoso por iluminarnos y bendecirnos en todo momento a lo largo de nuestra carrera, y permitirnos disfrutar de nuestros logros junto a nuestros seres queridos*
- ❖ *Al Profesor José Álvarez por encaminarnos en el inicio de esta investigación*
- ❖ *A la Profesora Flora Domínguez por brindarnos su ayuda y conocimientos en el campo de la patología bucal. Por guiarnos, aconsejarnos y despertar en nosotras el sentido de la investigación.*
- ❖ *A la Profesora Sulaima Sanabria, bajo cuya dirección se ha efectuado este trabajo, por su constante apoyo y asesoramiento en todos los aspectos de la investigación y elaboración de esta Tesis. Por ser tan paciente y abierta ante nuestras dudas.*
- ❖ *A los Profesores Carlos Sierra, Conan Laya y Helena Jiménez por brindarnos sus conocimientos y consejos útiles que ayudaron a estructurar esta Tesis.*
- ❖ *A los trabajadores agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy por su confianza y cooperación con nuestro trabajo*

Genifer Riera Álvarez y Lucimar Terán Garrido



Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Departamento Atención Integral del Hombre
Informe de Investigación



Registro de Observación

Datos Personales:

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Procedencia: _____ Dirección: _____
Ocupación: _____ Nivel Educativo: _____

Anamnesis:

1.- Ultimo chequeo médico – causa:

2.- Ingiere alguna medicina; cual?, dosis?

3.- Ultima visita al odontólogo – causa -:

4.- Problemas Bucales: Ha padecido de:

* Dolor: Si ___ No ___ * Sensibilidad en las encías: Si ___ No ___ * Úlceras bucales frecuentes: Si ___ No ___ * Otros (especifique): _____

5.- Hábitos: 5.1.- Cigarrillo: Si ___ No ___ * *Inicio (años de edad):* _____

* *Cantidad:* 1-5 cigarrillos ___ ½ caja ___ 1 Caja ___

* *Frecuencia:* Diario ___ Semanal ___ Mensual ___

5.2.- Chimó: * *Inicio (años de edad):* _____

* *Marca:* _____

* *Cantidad:* ½ tapita ___ 1 Tapita ___ 2 tapitas ___ + de 2 Tapitas ___

* *Frecuencia:* Diaria ___ Semanal ___ Mensual ___

* *Causa:* Hábito / Costumbre: ____ Calmar el hambre ____ Frío ____ Alejar Serpientes ____

* Cuando lo consume ¿en que parte de la cavidad bucal lo deposita?

Debajo de la lengua (detrás de los incisivos inferiores)? ____

Vestíbulo Superior Derecho / Izquierdo ____

Vestíbulo Inferior Derecho / Izquierdo: ____

Otro sitio (especifique): ____

5.3.- Bebidas Alcohólicas: * *Inicio (años de edad):* ____ * Frecuencia:

Diario ____ Semanal ____ Mensual ____

* Lo asocia con la práctica de masticar Chimó?: Si ____ No ____

5.4.- Uso del Protector Solar: Si ____ No ____

* *Donde se lo coloca? Cara(labios) ____ Cara – Cuello ____ Cara – Cuello – Extremidades ____*

* *Usa Sombrero / Gorra? Si ____ No ____*

* Higiene Bucal:

* *Frecuencia* 1 vez al día ____ 2 veces al día ____ 3 veces al día ____

Se cepilla después de masticar Chimó? Si ____ No ____

Examen Clínico: SLA (Sin Lesión Aparente)

- Cabeza / Cuello:

Simetría Facial: SLA ____

Ganglios: SLA ____

Piel: SLA _____

Glándulas Salivales SLA _____

Labios (semimucosa) SLA _____

Mucosa Labial: SLA _____

Mucosa Yugal SLA _____

Piso de Boca: SLA _____

Paladar (Blando y duro: SLA _____

Lengua: SLA _____

Vestíbulos: SLA _____

Frenillos (Linguales y labiales): SLA _____

Istmo de las Fauces: SLA _____

Amígdalas. SLA _____

** Tejidos Duros: Caries Incipiente _____ Moderada _____ Severa _____*

Localizada _____ Generalizada _____

Nº de UD ausentes:

* *Periodonto:*

Gingivitis ____ Periodontitis _____

Localizada Generalizada

Presencia de Irritantes Locales: Escasos ____ Moderados ____ Abundante _____

Universidad de Carabobo
 Facultad de Odontología
 Dpto. formación Integral de Hombre
 Informe de Investigación

A continuación se le presenta una serie de categorías para validar los aspectos que conforman este instrumento, en cuanto a crítico, pertinencia, coherencia y claridad. Para ello, se presenta una escala de cuatro alternativas para que usted seleccione la que considere correcta:

Experto: _____
 Especialidad : _____

Escala: **A** (Muy bueno) **B** (bueno) **C** (Regular) **D** (Deficiente)

ASPECTO	CRITERIO	PERTINENCIA	COHERENCIA	CLARIDAD
1.- Ultimo chequeo médico				
2.- Ingiere alguna medicina?				
3.- Ultima Visita al odontólogo				
4.- Problemas Bucales				
5.1.- Cigarrillo				
5.2.- Chimo				
5.3.- Bebidas Alcohólicas				
5.4.- Uso del Protector Solar				
5.5.- Higiene Bucal				

6 .- Examen Clínico				
------------------------	--	--	--	--

* El instrumento es pertinente según los objetivos planeados: _____

* Los items están claramente definidos según las variables descritas en el estudio: _____

* Observaciones Generales : _____

* Según su criterio el instrumento se considera : _____

Firma del Experto: _____

INDICE

	pag.
Portada	i
Contraportada	ii
Cartas de Aprobación del Proyecto de Investigación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice General	vi
Índice de Cuadros	viii
Índice de Gráficos	ix
Resumen	x
Introducción	1- 4
Capítulo I El Problema	
Planteamiento del Problema	5 - 6
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Justificación	9
Capítulo II Marco Teórico	
Antecedentes de la Investigación	10
Bases Teóricas:	
- Anamnesis	13
- Exploración Física: Intrabucal y Extrabucal	14 - 15
- Biopsias – Citologías	17 - 18
- Población Agropecuaria del Estado Yaracuy – Características Sociales –	18 - 20
- Chimó – Tabaco Masticado, No fumado –	20 - 26
- Estado de Salud Bucal Sano ó Normal:	

Cavidad Oral – Estructuras Anatómicas.	26 - 46
- Patologías Bucales: Enfermedad Periodontal, Leucoplasias, Cáncer Bucal	46 – 59
Capitulo III Marco Metodológico:	
Tipo de Investigación	60
Diseño de la Investigación	60 - 61
Población y Muestra	61
Instrumento de Recolección de Datos	61
Valides y Confiabilidad	62
Análisis de los Resultados	62
Capitulo IV Análisis de Resultados	63 - 77
Conclusiones	78 - 79
Recomendaciones	80 - 81
Bibliografía	82 - 83
Anexos	84

INDICE DE CUADROS

	Pag.
- Cuadro N° 1: Determinación de la Sintomatología Bucal presentada por los Trabajadores Agropecuarios Consumidores de Chimó del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	64
- Cuadro N° 2: Hábitos de Consumo presentado por Los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	66
- Cuadro N° 3: Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	68
- Cuadro N° 4: Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	70
- Cuadro N° 5: Hábitos de Consumo presentado por Los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	72
- Cuadro N° 6: Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	74
- Cuadro N° 7: Lesiones Bucles encontradas en la Población muestra seleccionada consumidora de chimó. Municipio Manuel Monje. Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	76

INDICE DE GRÁFICOS

	Pag.
- Gráfico N° 1: Determinación de la Sintomatología Bucal presentada por los Trabajadores Agropecuarios Consumidores de Chimó del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	65
- Gráfico N° 2: Hábitos de Consumo presentado por Los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	67
- Gráfico N° 3: Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	69
- Gráfico N° 4: Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	71
- Gráfico N° 5: Hábitos de Consumo presentado por Los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	73
- Gráfico N° 6: Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	75
- Gráfico N° 7: Lesiones Bucales encontradas en la Población muestra seleccionada consumidora de chimó. Municipio Manuel Monje. Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006	77



Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Departamento Formación Integral del Hombre
Asignatura: Informe de Investigación



RESUMEN

Lesiones Bucales presentes en Trabajadores Agropecuarios consumidores de Chimó en el Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy durante el mes de Marzo del año 2006

Autores

Genifer Riera

Lucimar Terán

Tutor Metodológico:

Sulaima Sanabria

7 de Abril del 2005

Actualmente en Venezuela, es común observar, en ciertas poblaciones agropecuarias, el masticar o chupar "CHIMÓ". El consumo de este en algunos trabajadores se debe a la creencia de que el aroma, que destila este producto, ahuyenta a las serpientes, calma el hambre, y en zonas frías apacigua el frío, pero mayormente su consumo es un hábito. El Chimó contiene una mayor concentración de carcinógenos en comparación a los cigarrillos. Debido a que este tabaco permanece en la boca durante un periodo de tiempo prolongado, se absorbe más nicotina. Las personas que lo consumen presentan: Sudoración, baja o aumento de tensión, estimulación intestinal y de la vejiga, aumento de la salivación, Ansiedad, mareos. El tabaco en todas sus formas, se relaciona con el origen del Cáncer Bucal y la enfermedad periodontal. Es por ello que surge este estudio de tipo descriptivo, con un diseño de investigación de campo, el cual tuvo como objetivos determinar cuales son las lesiones bucodentales de mayor frecuencia en las personas que consumen Chimó, así como establecer la presencia de otros hábitos asociados. Para ello, a la muestra seleccionada, por medio del método no probabilístico, se le aplicó un registro de observación como instrumento de recolección de datos, validado por 3 expertos, y los resultados obtenidos se analizaron en tablas y gráficos de columna.

En dichos resultados, se observó que efectivamente el consumo de Chimó ocasiona enfermedad periodontal, aunque la presencia de irritantes locales es escasa; y a nivel de unidades dentarias poca presencia de caries dental.

Palabras Claves : Tabaco, Chimó, Cáncer Bucal, Enfermedad Periodontal, Hábitos.

INTRODUCCIÓN

A mediados del siglo XVI se introdujo en Europa la costumbre de consumir hoja seca de tabaco, que en poco tiempo se transformo en un importante producto del comercio colonial. No obstante, en Europa el consumo del tabaco fue introducido hace más de 500 años por los primeros marineros de Cristóbal Colón a su vuelta del Nuevo Mundo. Los cuales habían aprendido su uso de los nativos americanos, que utilizaban la planta del tabaco tanto por motivos religiosos como por sus propiedades medicinales. Desde España pasó a Portugal y más tarde a Inglaterra, y ya finalmente, el consumo del tabaco se extendió por toda Europa a partir del siglo XVI, con diferentes formas de uso, fumado en pipa o en puro, masticado o aspirado en forma de rapé, con una difusión lenta pero progresiva, hasta finales del siglo XIX cuando, con el invento de la máquina de confeccionar cigarrillos se distribuyó rápidamente en todo el mundo. Así, fumar cigarrillos, pasó a ser un vicio más de la población mundial, pasó a ser considerado como un hábito difícil de modificar (Comité de Expertos sobre Drogas de la OMS en 1952 y 1957). Finalmente el Royal College of Physicians en 1977 consideró el tabaquismo como una drogodependencia.

El tabaco es una planta solanácea, como el tomate o las berenjenas, perteneciente al género *Nicotiana*, de la que existen más de 65 especies diferentes. La especie prototipo es la especie *tabacum* y las variedades más utilizadas son: *Havanensis*, *Brasiliensis*, *Virginia* y *Purpúrea*. Aunque se la considera procedente de América, algunos estudiosos de botánica aseguran, que era una planta ya conocida en Asia y África con anterioridad al descubrimiento del Nuevo Mundo. Lo cierto es que dicho consumo continuó aumentando en todo el mundo teniendo en aquel tiempo y en los actuales la finalidad principal de disfrutar del efecto estimulante de la droga; mientras que para los indígenas tradicionales, el objetivo es conseguir el efecto tóxico y organoléptico de la nicotina (uno de los componentes principales del tabaco).

La nicotina es un alcaloide derivado de la ornitina que se encuentra en las plantas del genero Nicotiana sp. Los efectos de la nicotina en el hombre dependen de la dosis, pudiendo comportarse como un estimulante o como un bloqueante de la transmisión nerviosa ganglionar. Como estimulante produce un aumento de la atención, mejora la memoria y disminuye la irritabilidad. Así mismo, genera adicción física y psíquica por lo cual el abandono del hábito generan síntomas de abstinencia física y psicológica muy desagradables. La nicotina ingresa rápidamente en el sistema nervioso central, en donde activa un complejo mecanismo de mensajes químicos y neurobiológicos mediados principalmente por la dopamina. Este circuito de neurotransmisión es también conocido como de recompensa o de felicidad, por su íntima relación con las experiencias cerebrales placenteras.

El consumo de tabaco constituye uno de los hábitos más comunes de la sociedad actual, a pesar de los efectos nocivos que produce su consumo. Entre los efectos nocivos ocasionados por el consumo continuo del tabaco se encuentra la destrucción del normal funcionamiento de los responsables de la defensa del organismo reduciendo la producción de anticuerpos y la viabilidad de los leucocitos, también puede sobre estimular al huésped en la destrucción de los tejidos vecinos sanos, a través de la acción directa de metabolitos citotóxicos y vasoconstrictores liberados por combustión que mas tarde afectará al fibroblasto y a la respuesta vascular, aumenta el riesgo de cáncer pulmonar, de laringe, órganos digestivos y aparato urinario, predispone a la bronquitis crónica, al enfisema, a la EPOC y a la úlcera péptica. Así mismo, está demostrado que predispone a la arteriosclerosis con sus manifestaciones a nivel coronario, arterial periférico y cerebral, es factor de riesgo en el aneurisma de la aorta abdominal y factor agravante de la hipertensión arterial, induce efectos hemodinámicos agudos, algunos inducidos por aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, aumenta la frecuencia cardiaca, provoca vasoconstricción inadecuada, aumento de la tensión arterial y del consumo de

oxígeno, favorece la agregación plaquetaria y la disfunción endotelial, la oxigenación tisular también se compromete por incremento de la carboxihemoglobina. *

Por las razones antes expuestas, el consumo de tabaco supone un importante problema socio-sanitario y un reto para los profesionales de la salud. Esto debido a que en la mayoría de los países desarrollados, aproximadamente el 34% de la población general adulta fuma, y el 20-28% de los escolares (aunque varía en este grupo con la edad pudiendo llegar incluso al 50%), con una edad de inicio de 13-14 años. Del grupo de profesionales modelos o ejemplarizantes, el 36% de los médicos fuman y el 34% de los profesores. Así mismo, el tabaco constituye la principal causa de enfermedad y muerte prematura en los países desarrollados. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), el uso del tabaco ocasiona la muerte, de forma directa e indirecta, de al menos 3 millones de personas en todo el mundo, de las cuales unas 450.000 pertenecen a países de la Unión Europea, y de éstas unas 45.000 a España (como curiosidad, en España el SIDA provoca aproximadamente 8.000 muertes/año y los accidentes de tráfico unas 6.000).

Así mismo, es importante señalar que el consumo de tabaco es un factor de riesgo importante para el cáncer oral y otros tipos de cáncer. Todos los productos o tipos de presentación de tabaco, incluyendo los cigarrillos, los puros, el tabaco de pipa, el tabaco de mascar y el Chimó, contienen toxinas (sustancias venenosas), carcinógenos (agentes causantes de cáncer) y nicotina (sustancia adictiva).

El tabaco de chupar y escupir, también conocidos como tabaco de mascar, Chimó o rapé, son formas de tabaco que se colocan entre la mejilla y las encías. Se puede mascar tabaco en la forma de tabaco de hoja (que se empaqueta en bolsas) o de tabletas de tabaco (que se empaquetan en forma de "ladrillo"). El Chimó es una forma de tabaco en pasta que usualmente se vende en latas. La nicotina es liberada del tabaco mientras el consumidor "mastica o la chupa".

Aun cuando el tabaco de mascar y el tabaco de chupar se consideran productos de tabaco "sin humo", durante su consumo se ingieren productos químicos dañinos incluyendo la nicotina. Otros productos químicos que existen en el tabaco de mascar y en el polvo de tabaco son los siguientes: Desechos nucleares, agentes causantes del cáncer (carcinógenos), formaldehído (normalmente utilizado para embalsamar cadáveres), productos químicos que se usan en las baterías de autos, cianuro (un tipo de veneno), arsénico, bencina, y plomo entre otros.

El consumo de Chimó no se escapa de ocasionar cáncer en las mejillas, las encías y los labios. Como sucede al usar una pipa, el cáncer se desarrolla a menudo en la zona de la boca donde se coloca el tabaco. El cáncer causado por el tabaco "sin humo" a menudo comienza como leucoplasia (condición caracterizada por la presencia de una placa blanquecina que se desarrolla dentro de la boca o garganta) o eritroplasia (condición caracterizada por una placa roja y elevada que se desarrolla dentro de la boca). Otros problemas asociados con el tabaco de mascar y el tabaco en pasta incluyen las enfermedades periodontales, la decoloración de los dientes y el mal aliento, entre otros.

Entre los daños ocasionados por el consumo del Chimó se encuentra el Carcinoma Verrugoso, el cual es una neoplasia de diferenciación queratinizante de bajo grado de malignidad y de expresión histológica de buena definición. Las manifestaciones clínicas de dicha patología se presenta en personas adultas, preferentemente entre los 60 y 70 años, de predominio por el sexo masculino. Se ha relacionado su etiopatología con el uso indiscriminado del tabaco masticado y el uso cultural del chimo. Su localización preferencial es en la mucosa yugal, encía, labio, y raro en piso de boca.

CAPITULO I

Planteamiento del Problema

El tabaco es uno de los principales productos agrícolas no alimenticios del mundo; es originario del continente americano y pertenece a la familia de las Solanáceas (Solanaceae). La especie más cultivada, llamada tabaco mayor, es la *Nicotiana tabacum*; el tabaco menor es la especie *Nicotina rustica*. La planta del tabaco madura se seca, cura y se utiliza para fabricar cigarrillos, puros y tabaco de pipa y de mascar. El curado del tabaco es una operación lenta que debe vigilarse con cuidado para obtener hojas de color, marchitamiento y grado de sequedad bien determinados, para ello se utilizan tres métodos (aire, humo y calor), cada uno de los cuales aporta un olor característico.

El consumo del tabaco representa el principal factor de riesgo de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. Está compuesto por Hidrocarburos y alcaloides (cancerígenos) como Nornicotina, Oxinicotina, Nicotirina, Anabasina, Ácido Nicotínico, pero principalmente por Nicotina la cual actúa sobre el Sistema Nervioso Central produciendo una excitación seguida de depresión igual que el alcohol, pero la mayor parte de sus efectos se producen por estimulación del Sistema Nervioso Vegetativo ó Autónomo originando efectos como: Aumento de la Contractilidad y Frecuencia Cardíaca, Obstrucción generalizada de los Vasos Sanguíneos, estímulo de la Respiración, Incremento de la Acidez gástrica, de la motilidad intestinal y elevación de los niveles en sangre de Glucosa, Colesterol y Ácidos Grasos Libres.

Se ha implicado al consumo del tabaco (fumado) como agente etiológico del cáncer de pulmón, afecciones vasculares del corazón, el enfisema y otras enfermedades. A nivel de la Cavidad Bucal, todas las formas de tabaquismo (incluido también la forma de tabaco no fumado) se relacionan sólidamente con el origen del Cáncer Bucal. El consumo del tabaco no fumado en forma de betel (tabaco machacado o finamente picado) o masticable aumenta el riesgo de cáncer en especial de la mucosa bucal y de la encía. Tiende a ser considerado como sustituto inofensivo del cigarrillo, pero guarda relación directa con el cáncer bucal, con el aumento de la presión Arterial y enfermedad periodontal. Se ha observado que, en aquellas personas que ingieren alcohol y tienen el hábito de tabaquismo, presentan un riesgo mayor de desarrollar cáncer bucal; este efecto se debe a la capacidad que tiene el alcohol de irritar a la mucosa y de actuar como un solvente de carcinógenos en especial los del tabaco. (Regezzi, 1994)

En la población mundial, el consumo del tabaco ha disminuido, sin embargo se ha visto un incremento en ciertos grupos sociales, como las mujeres de los países del sur de Europa. Dos tercios de la población adulta Latinoamericana consume este producto en forma de cigarrillo, entre dicha población figuran los habitantes de países como República Dominicana, Venezuela y Chile.

En Venezuela, también es común observar, en los habitantes y / o trabajadores de las zonas agricultoras y ganaderas, la práctica del masticar o chupar “CHIMÓ” el cual lo depositan en el piso de la boca y en las caras internas de los incisivos inferiores. El consumo del Chimo en estos trabajadores se debe a la creencia de que el olor o el aroma que destila este producto ahuyenta a las serpientes o culebras (comunes en la zonas donde laboran), también lo usan para calmar el hambre, en la zona de los Andes es utilizado para apaciguar el frío, pero mayormente su consumo se debe como hábito. El Chimó contiene alrededor de siete veces más de nicotina que los cigarrillos. Debido a que este tabaco permanece en la boca durante un periodo de

tiempo prolongado, se absorbe más nicotina. Esta forma de tabaco también contiene una mayor concentración de carcinógenos en comparación con los cigarrillos. Las personas que lo consumen presentan sintomatología variada Sudoración, baja de tensión ó aumento de tensión, estimulación intestinal y de la vejiga, aumento de la salivación, Ansiedad, mareos, entre otros.

De lo anteriormente planteado, se ha observado que en la Región Manuel Monje del Estado Yaracuy, los trabajadores agropecuarios son consumidores de Chimó, esto puede deberse a muchas razones como por ejemplo calmar el hambre, alejar a las serpientes, o por costumbre, este hábito puede afectar las estructuras anatómicas bucales. De allí que la finalidad de esta investigación, fue determinar las lesiones bucales que presentan los trabajadores agropecuarios consumidores de Chimó en dicha población durante los meses de Noviembre del año 2005 al mes de Marzo del año 2006.

Objetivo General:

Determinar las Lesiones Bucales presentes en Trabajadores Agropecuarios consumidores de Chimó en el Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy durante los meses de Noviembre del año 2005 al mes de Marzo del año 2006

Objetivos Específicos:

1.- Diagnosticar el Estado de Salud Bucodental en Trabajadores Agropecuarios consumidores de Chimó en el Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy durante los meses de Noviembre del año 2005 al mes de Marzo del año 2006.

2.- Establecer la Frecuencia en el consumo del Chimó en la población estudiada.

3.- Determinar la presencia de otros hábitos asociados con el consumo del chimó en la muestra seleccionada.

4.- Establecer las patologías bucales de mayor frecuencia relacionadas con el consumo del chimo en la muestra estudiada

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto investigativo basado en los efectos adversos del consumo del Chimó sobre la mucosa bucal presenta diversos alegatos para su realización, entre ellos se menciona lo novedoso del tema, puesto que ha sido poco estudiado, y actualmente ha aumentado la popularidad del consumo de este producto especialmente entre los jóvenes, debido a esto, también aportará información valiosa a la comunidad universitaria y a la población en general.

Así mismo, se logrará un gran aporte en el campo preventivo, puesto que permitirá alertar a los receptores sobre los posibles daños causados en la cavidad oral, e inclusive servirá como instrumento en la Lucha contra el consumo de alcohol y de las drogas, debido a que el consumo del tabaco en cualquiera de sus formas (cigarrillos y tabaco masticable) puede abrir la puerta o curiosidad a otras drogas tales como marihuana, rocas (crack) e inhalantes; destacando que la Nicotina, principal ingrediente del tabaco, es una droga poderosamente adictiva, que regula el modo y comportamiento, aliviando la tensión nerviosa y el aburrimiento.

De igual forma, es importante señalar que el Chimó contiene alrededor de siete veces más de nicotina que los cigarrillos. Debido a que este tabaco permanece en la boca durante un tiempo prolongado, se absorbe más nicotina. Esta forma de tabaco también contiene una mayor concentración de carcinógenos en comparación con los cigarrillos. Este aspecto le brinda un aporte informativo y preventivo a la comunidad estudiantil y a los que consumen productos tabaquitos.

CAPITULO II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes de la Investigación

Existen diversos estudios que demuestran o asocian al consumo de productos del tabaco con la etiología de alteraciones en el organismo; ya sean Neoplasias, lesiones blancas, reducir la capacidad gustativa, enfermedad periodontal, alteraciones cardiovasculares, a nivel del sistema nervioso central, incremento de la acidez gástrica, de la motilidad intestinal, elevación de los niveles en sangre de glucosa, colesterol ácidos grasos libres entre otros. También es posible encontrar estudios que responden al por qué, ciertas poblaciones adquieren el hábito de consumir chimó.

Dentro de los estudios Nacionales, que brindan información sobre las causas del consumo del chimó en ciertas poblaciones, se encuentra el de La Comisión Regional Contra el Uso Ilícito de Drogas, - CORECUID – Lara - (1.996). Dicha comisión realizó un trabajo epidemiológico acerca del Chimó en el Estado Lara. El mismo fue desarrollado en tres universidades, una pública y dos privadas, y en cinco instituciones educativas que cubren los niveles de tercera, básica y media diversificada. Entre los resultados parciales se encuentran un alto índice de consumo del chimo en los jóvenes adolescentes estudiantes del estado Lara (30,8%), la dependencia de esta sustancia en los jóvenes encuestados sobrepaso el 40%; la razón principal la constituye la moda y los efectos que produce en el organismo.

Igualmente, Rivas (2.001) en un estudio realizado por la Universidad de Los Andes, observó que en el poblado de Las Mesitas, posee una variedad de costumbres

entre las cuales se encuentra llevar el avio al campo de trabajo, lo que quiere decir, que el trabajador lleva consigo comida y bebida y al chimo como una forma de entretenerse mientras se trabaja.

Así mismo, Cabrerías y Colaboradores (2.000) en un estudio realizado en la comunidad de Quigua, Municipio Sucre del estado Yaracuy, tomando como referencia a 20 habitantes de este municipio, este reveló que el 100% de la muestra eran consumidores de chimo.

Las investigaciones anteriores se relacionan con este trabajo, puesto que expresan las costumbres que muchos grupos poblacionales venezolanos (estudiantes y campesinos) que consumen el chimo de alguna manera lo hacen por moda, costumbre, para que el estómago aguante hasta tomar el primer alimento, para combatir el frío e igualmente por creer que el aroma expedito por dicha sustancia, ahuyenta a reptiles venenosos comunes en su área de trabajo como las culebras (mapanares, cascabeles, entre otros); así es expresado por sujetos adultos que residían en Portuguesa, Barinas, Lara, Yaracuy y Apure.

En cuanto a lo referente a las posibles consecuencias en la práctica de masticar Chimó tenemos que González (2.000), en un estudio realizado en el departamento de enfermería de el IUTY (Instituto Universitario de Tecnología del Yaracuy), determinó que los gases que emite el chimo en contacto de la saliva, causa una reacción de rechazo al gusto, así mismo genera mareos y vómitos comparables a los de una embriaguez. Además, el consumo frecuente reduce la capacidad gustativa, su color intenso produce manchas en las unidades dentarias, y afecta a la mucosa estomacal.

Por su parte, López (2000) realizó un Estudio retrospectivo en los Servicios de Anatomía Patológica del Hospital Oncológico “Padre Machado” y en el Instituto de

Oncología Luís Razetti de Caracas, en donde demuestra que el uso de los productos del Tabaco está altamente relacionado con la etiología del Carcinoma Verrugoso en la cavidad bucal y es necesario un largo tiempo de consumo para que la neoplasia se desarrolle.

En el mismo orden de ideas, Mérida (1.994) expreso en su literatura Patología General y Bucal, que se ha relacionado la etiopatología del carcinoma verrugoso con el uso indiscriminado del tabaco masticado, con una localización preferencial de dicha patología en la mucosa yugal, encía, labio y en raras ocasiones en el piso de la boca, que se presenta en personas adultas, con predominio en el sexo masculino.

A nivel internacional es posible encontrar estudios científicos como el de Piñol y colaboradores (1998) en la revista Cubana de Oncología, los cuales buscaban determinar los factores de riesgo del Cáncer Gástrico, y encontraron que entre los que desempeñaban un papel primordial en su génesis estaban: los Genéticos (familias de pacientes con Cáncer Gástrico, Grupo Sanguíneo A); Ambientales (alimentación, Ingestión de Alcohol, de bebidas calientes, de nitrato de sodio, Tabaco masticado) y radiaciones, entre otros.

De la misma manera, Gupta y colaboradores (2004) publicaron en Archives of Internal Medicine una revisión sobre el tabaco no fumado y los factores de riesgo Cardiovasculares; analizaron las conductas de los consumidores y su relación con el Tabaco Fumado, y obtuvieron como conclusiones que El Tabaco no Fumado puede ser masticado y retenido en la boca, entre la encía y el labio inferior, o bien puede ser inhalado. Dado que el uso del Tabaco no Fumado es más prolongado y sostenido que el Tabaco Fumado, los niveles de nicotina muestran este patrón, pudiendo permanecer aproximadamente por 60 minutos. La elevación de la presión arterial (PA) se asocia al consumo de Tabaco no Fumado. Desde el punto de vista oncológico, está demostrado que el Tabaco No Fumado aumenta la incidencia de

cáncer orofaríngeo, de laringe, de esófago y de otros órganos. En la cavidad oral también aumenta la incidencia de leucoplasia y enfermedad de las encías y del tejido periodontal.

Estos últimos aportes científicos, se relacionan con este trabajo, debido a su enfoque en la vinculación de el consumo del chimo o tabaco masticado, como agente etio-patogénico de algunas lesiones que se presentan dentro de la cavidad bucal; así mismo otras fuera de esta como afecciones cardiovasculares, gástricos, e incluso en vida intrauterina .

Bases Teóricas

A continuación se presentan las bases teóricas que explican y sustentan mas a fondo el presente trabajo de investigación.

La **Anamnesis**, es una parte de la Historia Clínica de gran significado antropológico, es la secuencia sistemática acumulativa de hechos consistentes que se agrupan para facilitar un diagnóstico correcto y con el examen clínico bucal complementando un plan de tratamiento adecuado. En sí, la anamnesis refleja el historial medico del paciente y de sus familiares. Disponible en www.odontologia-online.com [consultado en octubre 2005].

Otro aspecto importante utilizado para obtener información sobre el estado de salud de una persona es la Exploración Física, el profesional en el área de salud odontológica, miembros de un equipo multidisciplinario que vela por el bienestar de la comunidad, debe entender y reconocer las enfermedades del diente y de sus tejidos adyacentes como enfermedades de la cavidad bucal además del área peribucal. Todos estos se basan en la estructura de la cabeza, cara, cuello y cavidad bucal, siendo estas

áreas fáciles de inspeccionar. En algunos casos las alteraciones en los tejidos se pueden detectar con rapidez tan solo a simple vista, mientras que otras no. Para ello se emplearán métodos, técnicas y pruebas específicas. La exploración deberá ser: Sistemática, Planeada, Ordenada. Disponible en www.odontologia-online.com [consultado en octubre 2005].

La Exploración Física es un requisito indispensable en la consulta odontológica y es recomendable, para no obviar ningún aspecto, llevar o aplicar una secuencia al momento de realizarla:

Exploración Extrabucal: - Aspecto general del paciente: Hay que estar atento, ya que desde la entrada del paciente a la consulta hasta que se ubica en el sillón dental, podemos obtener datos sobre su actitud, problemas físicos que son obvios a la simple vista.

- Al observar y palpar la cara, el operador podrá apreciar si el paciente presenta asimetría facial producto de patologías infecciosas, de ganglios edematosos, hiper o hipotonía muscular, traumatismo. En el caso de cara y orejas es importante observar la presencia de lesiones pigmentadas (máculas, pápulas o placas), la presencia de úlceras, eritemas, nódulos, quistes y cicatrices.

- La presencia de ganglios edematosos, es señal evidente en procesos inflamatorios, infecciosos y tumorales. En algunos casos puede presentarse de forma dolorosa o asintomáticas a la palpación, siendo móviles o fijos a los tejidos adyacentes. Para su exploración se recomienda la palpación bimanual, es importante practicar la inspección completa sin obviar alguna.

- Con respecto a la articulación temporo-mandibular. Se ubica los dedos por delante del orificio auricular, mientras se le pide al paciente que realice apertura y cierre de manera muy lenta, de esta manera podemos identificar ruidos articulares que

no son normales, el operador se ubica por delante del paciente pidiendo que repita los movimientos, observando las posibles desviaciones que el paciente posee. En algunos casos estos son producto de disfunciones del ATM, traumatismos, iatrogénias profesionales.

Una parte importante es la región tiroidea la cual se puede palpar colocando la mano en la línea media del cuello, se pide que el paciente deglute, esta glándula se desplaza hacia abajo. Disponible en www.odontologia-online.com [consultado en octubre 2005].

Exploración Intrabucal. Unos de los reparos anatómicos mas traumatizados, son los labios. En este momento a la exploración clínica se debe buscar la presencia de cicatrices, esto indica traumatismo. Se debe de observar tanto labio húmedo como seco, se deben de palpar para descartar la presencia de quistes o nódulos de implantación superficial o profunda, úlceras como aftas, además de vesículas, úlceras y costras como es en el caso de Gingivostomatitis herpética o Herpes simple, entre otros. Para realizar la exploración se le pide al paciente que abra la boca y relajé los labios, estos con una gasa húmeda se estiran. Las comisuras labiales deben tener continuidad, ya que la presencia de escamas o erosiones evidencian presencia de enfermedades oportunista como candidiasis, deficiencias vitamínicas en caso de anemias o disminución de la dimensión vertical. Los carrillos deben estirarse de la misma manera con la ayuda de un espejo bucal, se aprecia la coloración y texturas de los mismos. Al fondo de estos se pueden apreciar en algunos pacientes una serie de pápulas de color amarillentas en formar de racimos o individuales, estas son de carácter benigno conocidas como Gránulos de Fordyce. Es importante verificar el cambio de coloración, forma, tamaño y textura de las encías, las características no normales nos indican procesos gingivales y periodontales letales en la permanencia del diente en boca. Disponible en www.odontologia-online.com [consultado en octubre 2005].

De igual manera la inspección de los maxilares, los cuales a la palpación deberán tener continuidad, descartando las asimetrías de los mismos, siendo los casos de exostosis el único indicador de normalidad en ellos. Con respecto a las Unidades Dentarias se debe descartar las patologías comunes como pérdida de sustancia descalcifica, anomalías en tamaño, forma y número, oclusión. (ob. cit.)

Para el paladar duro y blanco, la inspección directa o indirecta es viable, con la ayuda de un espejo bucal se observa, la porción anterior las rugas palatinas y papila incisiva, los conductos excretorios de glándulas salivales, exostosis óseas conocidos como Torus palatinos. Existe de igual manera exostosis a nivel del maxilar inferior, estos ubicados a nivel lingual se les diagnostica como Torus mandibular. Disponible en www.odontologia-online.com [consultado en octubre 2005].

En el paladar blando se visualiza la úvula, en esta zona existen tejidos amigdalinos, tejido linfoide. Es posible apreciar la inserción muscular de la zona que conforman los pilares posteriores de la cavidad bucal. La zona amigdalina conocida también como la pared posterior bucal, se aprecian las amígdalas menores que no pueden visualizarse en todos los pacientes. Las amígdalas mayores son de mayor tamaño situadas a ambos lados del pliegue palatogloso y palatofaríngeo. El aumento excesivo de las amígdalas palatinas se debe por procesos de reactividad o tumoraciones. Otras amígdalas que se encuentran son las accesorias que suelen ubicarse por detrás de la úvula y son semejantes a fibromas. (ob. cit)

Al momento de inspeccionar la lengua se debe llevar éstas delante y abajo, pidiéndole al paciente que diga ah!!!, con una gasa húmeda. Se debe estirar y así observar todas las caras como ventral y dorsal, las cuales estas están tapizadas de papilas filiformes, fungiformes, circunvaladas, foláceas. Si el paciente levanta la lengua podremos observar los pliegues sublinguales o carúnculas que forman un "V" que apunta hacia los dientes anteriores, terminando en una elevación de tejido, acá es

donde se ubica el conducto excretor de Wharton. En el caso de pacientes edentulos, la mayoría presenta este piso de boca edematoso. Disponible en www.odontologia-online.com [consultado en octubre 2005].

Entre algunos exámenes complementarios importantes que se pueden realizar se encuentran: Las Biopsias, Las Citologías, Las Radiografías (intra y extrabucales), a continuación se definen algunos de estos exámenes:

* Biopsia

La palabra Biopsia viene del griego Biop: que significa vía y Opsis: que significa visión. Es el procedimiento quirúrgico por medio del cual se toma de un organismo vivo un fragmento de tejido patológico o sano para estudio macro y microscópico. La biopsia incluye además del acto quirúrgico para la remoción del tejido, su estudio histopatológico que es utilizado como apoyo diagnóstico para el manejo de patologías orales y algunas enfermedades sistémicas. Así mismo permite definir si una lesión sospechosa es maligna. Disponible: www.monografías.com [consultado en octubre de 2005]

Existen varios métodos para realizar una biopsia de piel. La mayoría de los procedimientos se pueden llevar a cabo fácilmente en el consultorio como una práctica ambulatoria. La elección de la técnica está determinada por varios factores, entre los cuales se encuentra la ubicación, tamaño y tipo de lesión. Todos los métodos deben incluir una inyección local o aplicación tópica de un anestésico. En la técnica menos invasiva, una biopsia por raspado, se extrae la parte externa de la piel o mucosa. Este tipo de biopsia no requiere suturas (puntos). (ob. cit.)

En una biopsia por excisión, se extrae toda la lesión clínica. Para realizar este procedimiento se inyecta un anestésico local. Luego se saca toda la protuberancia, la mancha o la úlcera, profundizando hasta donde sea necesario para extraer toda el área

afectada. Se cierra entonces la incisión con puntos de sutura. El sangrado se controla por presión. Si la biopsia abarca un área grande, se puede utilizar un injerto cutáneo o un colgajo de piel normal para cubrirla.

* Citología:

Es el estudio de la célula, es una Prueba utilizada para diagnosticar el patologías cancerígenas y otras enfermedades mediante el estudio de las células en el microscopio. Igualmente es posible decir que la citología es una rama de la ciencia que estudia la estructura y función de las células.

Para cumplir con la mayor parte de los objetivos de este trabajo o proyecto investigativo, es imperativo establecer la importancia de la Anamnesis puesto que por medio de ella es posible determinar las características de la población estudiada (estatus socioeconómico, educación, trabajo, actividades de distracción) y dentro de sus características, los hábitos y la frecuencia en la ejecución de dichos hábitos.

Una población es aquel conjunto de habitantes de un país o área geográfica, que componen una categoría en particular. Por lo que la población estudiada (agropecuaria) es un grupo de personas localizadas en zonas agrícolas y pecuarias, dedicadas al trabajo de las tierras (siembras) y / o del ramo zoológico (ganadería, entre otros), los cuales comparten las mismas hábitos, creencias, costumbres y modos de vida en general característico. Perteneciendo así mismo estos a un mismo grupo social que no es mas que el conjunto de personas que se interrelacionan durante un periodo de tiempo apreciable y que comparten objetivos comunes.

El Estado Yaracuy está ubicado en el Centro Occidente del país. Limita al Norte con el Estado Falcón, al Sur con los Estados Portuguesa y Cojedes, al Este con los Estados Carabobo y Cojedes y al Oeste con el Estado Lara. Tiene una superficie de 7.100 Km² y representa el 0,8% del territorio nacional. Este se divide en 14 Municipios y 7 Parroquias. Posee una población actual de

aproximadamente 430.000 habitantes. La mayor parte del relieve es montañoso y corresponde al sector donde termina La Cordillera de Los Andes y comienza la Cordillera de la Costa. Tiene Valles intra montañosos y un sector llano que termina en la costa del mar Caribe. Disponible en: www.cideiber.com/infopaises. [consultado en Enero de 2005]

Características Sociales

El 65,37 % de la población agropecuaria Yaracuyana tiene una edad menor o igual a treinta y cinco (35) años, 67,6 % conforman la población económicamente activa; el analfabetismo se encuentra en 4,2 %, y 56,4 % de la población estudia o ha estudiado la primaria, 39,7 % posee estudios al nivel de secundaria y 3,9 % estudian en el sistema de educación superior. El mayor porcentaje de familias corresponde a familias del tipo nuclear (55,56 %), las de tipo extendido conforman 25 % y las familias incompletas representan 19,44 %. 56,94 % de las familias poseen entre cuatro (4) y seis (6) miembros, 23,61 % tienen hasta tres (3) miembros y 19,45 % más de siete (7) miembros. Un 98,6 % de las familias estudiadas viven en una vivienda en buenas condiciones y 1,4 % tienen su morada en un rancho. Disponible en www.monografias.com [consultada en enero del 2005]

A nivel general, un 24,17% las personas que conforman este grupo poblacional se dedican a la agricultura, 36,25 % son estudiantes, 18,43 % realizan oficios del hogar y 21,25 % poseen otra actividad laboral. La parcela genera ingresos a 47 % de los encuestados, 53 % mantienen actividades fuera de la parcela, de estas últimas 24 % las realizan como obreros (mano de obra asalariada) en diferentes actividades en las que se incluye la actividad agrícola; 29 % destina sus esfuerzos a otras áreas. La dieta diaria básica está compuesta por granos, arroz, pasta y un complemento de sardinas como base proteica de origen animal. (ob. Cit)

Las actividades recreativas más frecuentes son: bolas criollas, dominó, y

béisbol. Generalmente los que realizan estas actividades son hombres, y durante la practica de éstas, ingieren bebidas alcohólicas (cervezas, ron, cocuy) e igualmente Chimó.

La productividad de la agricultura ha evolucionado poco en comparación con el crecimiento poblacional, por lo que el consumo de productos tradicionales está disminuyendo, e incrementándose el consumo de productos manufacturados, pero esto no ha generado cambios o disminuciones en el habito del consumo del tabaco masticado (chimo) en dicha población, sino por el contrario, en las últimas décadas en las comunidades campesinas y las no campesinas también se han reportado un aumento del consumo del mismo, como lo demuestran estudios en donde 11 de cada 100 jóvenes estudiantes consumen chimo. Disponible en: www.uncp.edu.pe y www.cdc.gov/tobacco [consultado en Enero del 2005]

-Chimo – Tabaco Masticado, Tabaco no Fumado -

El Tabaco es uno de los principales productos agrícolas no alimenticios del mundo. La planta madura mide de 1 a 3 metros de altura y produce entre 10 y 20 hojas grandes. Estas se secan y curan y se utilizan para fabricar cigarrillos, puros y tabaco de pipa y de mascar. Las plantas que producen tabaco pertenecen al género *Nicotiana* de la familia de las solanáceas. De las 64 especies que reconocidamente son parte de este género, 37, es decir el 58 por ciento son originarias de Sudamérica... Las especies silvestres pertenecen a tres subgéneros morfológica - y citogenéticamente determinados. Dos de ellos, *N. rustica* y *N. tabacum*, se encuentran sólo en América del Sur. La clasificación científica: el tabaco pertenece a la familia de las Solanáceas (*Solanaceae*). La especie más cultivada, llamada tabaco mayor, es *Nicotiana tabacum*; el tabaco menor es la especie *Nicotiana rustica*. Disponible en www.monografía.com/trabajos12. [consultado en Enero del 2005]

Producción

El curado del tabaco es una operación lenta que debe vigilarse con cuidado para obtener hojas de color, marchitamiento y grado de sequedad bien determinados. Se utilizan tres métodos (aire, humo y calor), cada uno de los cuales aporta a la hoja un aroma característico. El tabaco recién curado es amargo, y el destinado a fabricar cigarrillos casi siempre se seca, enfría y rehidrata antes de almacenarlo durante dos o tres años. De este modo la hoja fermenta y se vuelve más suave y oscura. Disponible en www.monografía.com. [consultado en Enero del 2005]

En Venezuela la producción del Chimó se realiza mayormente en Valera (Estado Trujillo), en Nirgua (Estado Yaracuy), y en el Estado Carabobo. Se distribuyen en latitas pequeñas selladas con un plástico, y aunque presentan un número de registro del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, no indican los ingredientes que tiene el producto.

Transformación del tabaco

El curado del tabaco es una operación lenta que debe vigilarse con cuidado para obtener hojas de color, marchitamiento y grado de sequedad bien determinados. Se utilizan tres métodos (aire, humo y calor), cada uno de los cuales aporta a la hoja un aroma característico. El tabaco recién curado es amargo, y el destinado a fabricar cigarrillos casi siempre se seca, enfría y rehidrata antes de almacenarlo durante dos o tres años. De este modo la hoja fermenta y se vuelve más suave y oscura. (ob.cit.)

Consumo del Tabaco – Chimo –

Cualquier consideración sobre el uso tradicional del tabaco por parte de la población amerindia, dirige hacia la figura del shamán como el principal actor, puesto que desde tiempos prehistóricos hasta aproximadamente el 1700 DC, el tabaco fue

usado principalmente con fines religiosos y prácticas afines como la curación. En ambas áreas el especialista es el shamán. Disponible en www.monografía.com. [consultado en Enero del 2005]

Siguiendo en la historia, muchos exploradores habían aprendido que el tabaco creaba hábito y tenía múltiples funciones, aunque los europeos mayormente no supieron dar cuenta de porqué los amerindios lo consideraban sagrado. Sin embargo, ya se sabía que la planta era de efecto variable (bifásico): en dosis menores el tabaco servía como estimulante, inhibidor del hambre y la sed y analgésico; en dosis mayores produce estados de conciencia alterados. Para fines sociales los productos del tabaco eran consumidos para sellar una amistad, en asambleas y concejos de guerra, en bailes y para fortalecer a los guerreros. Se lo ingería para predecir el buen tiempo o la buena pesca, la siembra, la tala de árboles o un cortejo bien logrado. Con fines espirituales, el tabaco facilitaba la búsqueda visionaria y la consulta a los espíritus, introducía el trance shamánico y ayudaba en la psicoterapia. (ob. Cit.)

Métodos de ingestión del tabaco

1. Vía gastrointestinal

- Tabaco masticado. El mascar, o más precisamente, el chupar trozos de tabaco tiene una amplia distribución en América del Sur y las Indias Occidentales. Ocurre en las Antillas Menores y en Venezuela oriental y se extiende desde el noroeste de Colombia y el Amazonas superior esporádicamente a través de localidades desde la Montaña hasta el Gran Chaco. En instancias aisladas se encuentra también en Brasil del este. El tabaco es preparado en rollos de unos diez centímetros de largo, con tabaco verde, a veces esparciendo ceniza o sal sobre las hojas mojadas y mezclándolas con ciertas clases de tierra o miel. También se suele hacer una mezcla de las hojas de tabaco finamente machacadas con tierra conteniendo nitro logrando una masa de la que se hacen tabletas de tabaco. Similares tabletas se obtienen

simplemente mezclando hojas machacadas con ceniza y mojando el polvo con agua para producir una suave pasta. Disponible en www.monografía.com. [consultado en Enero del 2005]

Otros aditivos a estas mezclas para mascar que no sean sal y sus sustitutos incluyen entre varios otros cal obtenida de cáscaras de moluscos, resina de caraña (*Protium heptaphyllum* March.), Chile (*Capsicum frutescens* L. Willd.) y hierbas medicinales, tales como cáscara de rosa amarilla, una planta emenagoga. (ob. cit.)

El masticar tabaco ocurre frecuentemente con otros métodos de ingestión tales como el fumar y el sorber por la nariz. Rollos o bolas de tabaco son llevadas por el usuario en la mejilla o en el labio inferior durante prologados periodos de tiempo. A diferencia de la coca y betel (*Piper betle*), la nicotina no requiere agentes alcalinizantes para su liberación, aunque estas sustancias aceleran e intensifican la acción de la droga al aumentar la salivación. La nicotina es fácilmente mezclable con las secreciones salivares y el transporte de la solución se efectúa rápidamente. También, la alcalinización del ambiente bucal prepara esa zona para una óptima absorción. Disponible en www.monografía.com. [consultado en Enero del 2005]

- Tabaco bebido. La distribución de la costumbre de beber el jugo del tabaco es similar a la de la masticación excepto que está ausente del Gran Chaco. La mayoría de las tribus de la Gran Guyana beben el jugo del tabaco, así como un número considerable de grupos del Amazonas superior y la montaña de Ecuador y Perú. Algunos casos aislados de la práctica se han reportado también de la zona costera del noroeste de Venezuela, el noroeste de Colombia y en lugares dispersos en Bolivia y Brasil. (ob. Cit)

En toda la zona de distribución donde el tabaco es bebido, esto se hace a menudo conjuntamente con otros métodos de consumo del tabaco y consumo de bebidas alcohólicas. Varias sustancias alucinógenas o psicotrópicas pueden ser

consumidas juntamente con el tabaco; ejemplos son ayahuasca (*Banisteropsis caapi*), coca (*Erythroxylum*), daturas (*Brugmansia aurea* Lagerh.; huanto, *Brugmansia* sp.; maikua, *Brugmansia* sp.) rapé parica (*Virola calophylloidea* Marcgraf), y takini látex (*Helicostylis tomentosa*) Disponible en www.monografía.com. [consultado en Enero del 2005]

- Tabaco lamido. El lamer tabaco tiene limitada distribución en América del Sur. Se le encuentran entre tribus del extremo septentrional de los Andes, en Colombia y Venezuela, ciertos lugares del noroeste amazónico y en algunos pocos lugares de la zona de la Montaña. (ob. Cit)

El detalle de esta costumbre es muy similar a la masticación. Sin embargo, en vez de succionar un trozo de hojas de tabaco o una tableta de pasta, aquí se chupa un extracto de jarabe o jalea conocido como ambil. Las tribus en Venezuela al este del lago Maracaibo solían mezclar urao, un sesquicarbonato de soda, en su ambil, logrando una mezcla conocida como CHIMÓ. Sal o cenizas alcalinas son usadas por tribus de la zona de la Montaña como parte de su receta para el ambil. En otros grupos las cenizas son logradas simplemente quemando y cerniendo cáscara de cacao rojo, cáscaras de bananos verdes y vainas de yoco. Disponible en www.monografía.com. [consultado en Enero del 2005].

Las sales se revuelven para hacer el ambil antes de que se concentre en un grueso jarabe o pasta. El chile (*Capsicum* sp.) también es mencionado como ingrediente del ambil, así como las semillas de aguacate (*Persea americana* L.), azúcar tosca, tapioca o jugo de mandioca, así como el ya mencionado almidón de mandioca. La pasta es guardada de diversas maneras, envuelta en hojas, tubos de bambú, cáscaras de nueces, pequeños cántaros y en la actualidad, botellas de vidrio y tarros de lata. Bien guardado, el ambil se conserva durante varios meses antes de que deba ser reemplazado por uno más fresco. (ob. Cit.)

El ambil es puesto en la boca sumergiendo un dedo o extrayendo una pequeña cantidad con una espátula o uña del dedo y frotándola sobre los dientes, las encías, o la lengua. Aunque se consume solo, el ambil es a veces ingerido simultáneamente con otros productos del tabaco. Disponible en www.monografía.com. [consultado en Enero del 2005]

- Enema. Las jeringas para enemas tenían amplia distribución entre los amerindios. Un cierto tipo consistía en una caña o hueso ahuecado rectos y estaba distribuido desde el noroeste de América del Norte hasta la Montaña peruana. Para su aplicación se sopla el enema a través del tubo dentro del cuerpo de quien lo recibe. (ob. Cit.)

2. Vía respiratoria

- Absorción nasal. Rapés psicotrópicos son conocidos en forma esporádica en diferentes partes de América Central y Nort, pero especialmente en América del Sur y las Indias Occidentales. No se sabe bien aún cual es la base botánica de varios rapés menos conocidos del Nuevo Mundo, pero la absorción nasal de intoxicantes está bien repartida en América del Sur. Disponible en www.monografía.com. [consultado en Enero del 2005]

- Fumar. La práctica de fumar es la más común de las formas de consumo en el continente Americano. Numerosos estudios médicos han vinculado el consumo de tabaco con el cáncer de pulmón, las afecciones vasculares del corazón, el enfisema y otras enfermedades. (ob. Cit.)

3. Administración percutánea

- Aplicación sobre la piel. La aplicación de productos de tabaco sobre la piel sana o escoriada tiene una distribución muy extendida en la América del Sur indígena,

incluyendo la práctica de fumar y soplar el humo en forma general o dirigida; de soplar escupida con jugo de tabaco, saliva mezclada con nicotina, y tabaco en polvo; masajes con saliva; abluciones de jugo; rapé y envoltorios de hojas y compresas. El uso del tabaco en este contexto sirve invariablemente a fines terapéuticos. Disponible en www.monografía.com. [consultado en Enero del 2005]

- Administración ocular. El humo y jugo de tabaco son aplicados al ojo para que la nicotina sea absorbido desde la conjuntiva de la superficie interior del párpado y la parte frontera del globo ocular. El fin principal de esta aplicación es mágico-religioso. (ob. Cit.)

Una vez descrito el tipo de población y el objeto referido como el hábito (Chimó) no queda mas que explicar las lesiones bucales que, según los antecedentes y el Marco Teórico manifestado hasta ahora, se encuentran relacionadas con la Práctica del Consumo del Chimó; pero para antes de describir lo patológico se expondrá lo que se considera normal.

- **Estado de Salud Bucodental Sano ò Normal**

- Cavidad Oral:

Representa el segmento inicial del tubo digestivo, sitio del sentido del gusto, teniendo un papel importante en la fonación y articulación de los sonidos. Cavidad situada en la cara, por debajo de las fosas nasales y por encima de la región suprahioides y dividida por los arcos dentarios en dos porciones: una anterolateral o dentoexterior llamada vestíbulo de la boca y otra posterior o dentoinferior que es la boca propiamente dicha. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

En la boca se distinguen las paredes que la limitan y son seis: la anterior constituida por los labios; la posterior formada por el velo del paladar y por el istmo de las fauces; la superior integrada por la bóveda palatina; la inferior que corresponde a la lengua y piso de la boca; finalmente las dos paredes laterales constituidas por las mejillas. (ob. Cit)

- La Lengua: La lengua es un órgano móvil situado en el interior de boca, impar, medio y simétrico, que desempeña importantes funciones como la masticación, la deglución, el lenguaje y el sentido del gusto. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Conformación exterior de la Lengua

La lengua tiene forma de cono, presenta un cuerpo, una V lingual y una raíz. El cuerpo o porción bucal comprende los 2/3 anteriores, la raíz o porción faríngea, el 1/3 posterior, separados ambos por la V lingual o istmo de las fauces. Las partes de la lengua son:

- Cara superior: También se llama dorso de la lengua, es convexa transversalmente y mas o menos plano de adelante atrás. Presenta en su tercio posterior la “V” lingual; así llamada por la disposición que adoptan las papilas calciformes o circunvaladas. Hacia atrás de estas papilas se observan pliegues oblicuos, hacia atrás y abajo formado por glándulas foliculares, y todavía más atrás se encuentran 3 repliegues, uno mediano y 2 laterales que van a terminar a la epiglotis y se denominan repliegues glosopiglóticos mediano y laterales. Por delante de la “V” lingual se observa un surco medio, y a los lados, las papilas dispuestas de tal manera, que forman líneas paralelas a las ramas de la V lingual. La superficie de la parte posterior de la lengua es más irregular y comprende a la amígdala lingual, que está en relación con la faringe. Más abajo se encuentra la epiglotis y los repliegues glosopiglóticos. (ob. Cit)

En el extremo posterior del surco medio y por detrás de la V lingual encontramos el foramen caecum o agujero ciego. Por delante del surco terminal y el agujero ciego se localiza la V lingual cuyo vértice apunta hacia la base de la lengua y está formada por las glándulas circunvaladas o calciformes que son de 8 a 12. Por delante de la V y paralelos a esta se encuentran de 60 a 100 pliegues producidos por la disposición de las papilas en la lengua (pliegues capilares). Hacia los bordes laterales de la lengua y a los lados de la V lingual se localizan las papilas foliadas o foliáceas en los recién nacidos y en el adulto quedan como rudimentos (13 a 15 repliegues con numerosos corpúsculos gustativos). Las papilas filiformes o filamentosas (alrededor de 20,000) se encuentran distribuidas en los surcos paralelos a la V y por delante de ella. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

Las papilas fungiformes se distribuyen entre las filiformes (entre 150 o 200 y con un diámetro de 200 micras a un mm), su nombre se debe a que tienen forma de hongo, poseen un gran número de botones gustativos. (ob. Cit)

Los Corpusculos Gustativos constituyen la porción aferente o receptora de la inervación lingual y tienen la función de discriminar los diversos sabores que poseen las sustancias químicas que se ponen en contacto con ellos. Estos corpúsculos están situados en las papilas circunvaladas y fungiformes por lo que se dice que el sentido del gusto radica en la V lingual, en los 2/3 anteriores de la lengua y sus bordes. Los principales sabores son el dulce (relacionado con sustancias que poseen radicales aldehído), el salado (relacionado con el cloruro de sodio), el sabor ácido y el amargo. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Cara inferior: Descansa en el suelo de la boca. En la línea media se encuentra el frenillo o filete lingual, de forma semilunar, muy resistente que limita los movimientos de la lengua. A ambos lados del frenillo de la lengua, en su parte más anterior, aparecen dos tubérculos perforados en su

centro que son los orificios de los conductos de Wharton u oricios de salida de las glándulas salivales submaxilares. Más posteriores se encuentran los orificios de salida de las glándulas sublinguales. Las venas raninas se visualizan azuladas en la cara inferior de la lengua, a ambos lados del frenillo. (ob. Cit)

- Cerca del borde de la lengua, se aprecian a través de la mucosa las venas raninas. La mucosa que cubre la cara inferior, es lisa y ligeramente rosada.
- Bordes: los bordes de la lengua son convexas y más gruesos por detrás que por delante; corresponden a la cara interna de los arcos dentarios y es en ellos donde frecuentemente se inician lesiones crónicas que pueden degenerar en cáncer lingual. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]
- Base : esta porción, la más gruesa de la lengua, corresponde al hueso hioides en su origen y más arriba a la epiglotis, a la cual está unida por los repliegues glosopiglóticos; en su parte anterior corresponde a los músculos geniohioideos y al milohioideo.
- Vértice o punta: es aplanado en sentido vertical y presenta en la línea media un suco donde convergen los surcos medianos superior e inferior. (ob cit.)

- Glándulas Linguales :

Las hay serosas (Von Ebner), localizadas en la fosa de las papilas circunvaladas, mucosas (Blandin o Jun), localizadas en un grupo posterior a nivel de la base, en un grupo lateral a nivel de los bordes de la lengua y en un grupo anteroinferior situado en la cara inferior cerca de la punta o seromucosas como la mayoría en la mucosa. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Mucosa de la lengua: La mucosa que reviste el dorso del cuerpo es una mucosa especializada. La mucosa que está detrás de la V lingual constituye la amígdala lingual. La mucosa del dorso lingual presenta cuatro tipos de papilas: Papilas filiformes, Papilas fungiformes, Papilas caliciformes, Papilas foliadas. (ob cit.)

Los corpúsculos gustatorios presentan cinco tipos de células:

- I: Células oscuras.

- II: Células claras.

- III: Células intermedias.

- IV: Células basales e internas.

- V: Células de sostén.

- Irrigación : Recibe sangre arterial de la lingual, cuyo ramo dorsal irriga la parte posterior de la mucosa, en tanto que la ranina y la sublingual riegan la parte anterior de la lengua. También la masa muscular recibe ramas arteriales de la palatina inferior y la faringea inferior. La circulación venosa desemboca a las venas linguales junto los ramos arteriales y afluentes de la yugular interna. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Linfáticos:

Se originan en las papilas de la lengua en una red intra papilar que se vierte en una más amplia red subpapilar cuyos conductos se dirigen hacia la V lingual, originando troncos colectores de mayor calibre que descienden por la base de la lengua y se dividen en tres grupos: posteriores, medios anteriores, desembocando los

dos primeros en los ganglios yugulares y los últimos en los ganglios suprahioides y ganglios yugulares. (ob. Cit)

- Inervación

La mucosa de los 2/3 anteriores la inerva el lingual y el glossofaríngeo se ramifica en la V lingual y por detrás de ésta. El lingual emite ramos a los corpúsculos de Pacini, Meissner y Rufini que son corpúsculos del tacto. El glossofaríngeo suministra ramos terminales a los corpúsculos del gusto y finalmente los músculos de la lengua que están inervados en su mayoría por el hipoglosos mayor. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Secreción Salival – Glándulas Salivales:

Se clasifican de acuerdo a su tamaño en:

A) Mayores o principales

B) Menores o Accesorias

Las glándulas salivales mayores son:

1.- Parotidas: Situadas a los lados entre el proceso mastoideo y la rama ascendente de la mandíbula. Su conducto principal (Stenon) drena en la pared vestibular a nivel de los molares superiores (entre 1 y 2 molar). Las unidades secretorias son de tipo seroso y por su forma tubulo- alveolar la glándula es compuesta. Destaca de manera característica la gran cantidad de células adiposas contenidas en el estroma, lo da una imagen histológica peculiar y diferente a las otras glándulas. (ob. Cit)

2.- Submaxilar o Submandibulares: Se encuentran situadas en la superficie interna mandibular a cada lado, su conducto principal (Wharton) se abre en la mucosa del

piso de la boca. Es una glándula tubulo alveolar compuesta y alguna de sus unidades secretoras son seromucosa (mixta) la mayoría son serosas. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

3.- Sublinguales: Situadas en el espesor del piso de la boca a diferencia de las parotidas y submandibulares no se encuentra encapsuladas y confluyen en el plano medio. sus conductos principales son varios (Rivinus o Bartolini y de Walter y drenan por detrás de las submandibulares. Constituyen in glándula alveolar o acinosa compuesta y es mixta con acinos serosos y mucosos. (ob. Cit).

Las glándulas salivales menores o accesorias son: a) labiales, b) yugales o del carrillo, c) palatinas, d) linguales Su nombre indican su localización y pueden ser serosas (Von Ebner), mucosas (Blandin o Jun) o seromucosas como la mayoría. Todas las glándulas salivales son exocrinas. La saliva es producida por un grupo de glándulas exocrinas, las glándulas salivares, situadas en la cavidad bucal. Las más importantes son:

- Glándulas parótidas: se sitúan a nivel de las mejillas y vierten la saliva en la boca a través del conducto de Stenon
- Glándulas submaxilares a ambos lados del suelo de la boca, que vierten la saliva a través del conducto de Wharton
- Glándulas sublinguales, se sitúan en la parte anterior y central del suelo de boca. Vierten la saliva por los conductos de Rivinus y Bartholin

Otras glándulas que también segregan saliva son las glándulas palatinas, situadas en el paladar blando, así como otras glándulas más pequeñas situadas en la lengua y en las mucosas de la boca. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Histología

La unidad básica de las glándulas salivares es el salivón, que esta formada por ácinos, conductos intercalares, conductos estriados y el conducto excretor. Los ácinos son sacos formados por células serosas y mucosas que segregan respectivamente, enzimas y mucina. La principales enzimas excretadas por las células serosas son la ptialina o amilasa salival. La mucina está formada por glicoproteínas de diversos pesos moleculares y confieren a la saliva propiedades lubricantes. (ob. Cit)

Las células acinares, tanto las serosas como las mucosas, almacenan las secreciones Proteicas en los gránulos de zimógeno que son modificados por el aparato de Golgi, siendo finalmente excretados por exocitosis. Los conductos intercalares están revestidos por pequeñas células cuboides cuya función no está clara. Los conductos estriados están revestidos de células columnares que modifican la composición de la saliva. Finalmente, los conductos excretores, también están revestidos de células columnares que sintetizan varias proteínas como la ribonucleasa, el EGF (factor de crecimiento epidérmico), la α -amilasa y varias proteasas. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Composición de la saliva

La composición de la saliva es parecida a la del plasma, aunque hay menos Na^+ y mas K^+ y menos Cl^- y mas HCO_3^- . Tanto la osmolalidad como la composición electrolítica depende de la velocidad de secreción, aproximándose a la del plasma cuando la velocidad de secreción es alta y siendo menor a velocidades bajas debido a que entonces las células del epitelio ductal tienen más tiempo para modificar la composición iónica. (ob. Cit)

Las dos proteínas más importantes de la saliva son la amilasa y la mucina. La amilasa es producida predominantemente por las glándulas parótidas y la mucina por las glándulas sublinguales y submandibulares. La mucina es la responsable de la viscosidad de la saliva. Otras proteínas presentes son la muramidasa o lisozima que

ataca el ácido murámico de algunas bacterias, la lipasa lingual, un enzima importante para la digestión de la leche, la lactoferrina, una proteína que liga al hierro, el factor de crecimiento epidérmico que estimula el crecimiento de las células de la mucosa gástrica, inmunoglobulinas (IgA) y sustancias del sistema sanguíneo. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

El pH de la saliva es casi neutro y debido a su contenido de HCO_3^- tiene propiedades neutralizantes de los ácidos, de manera que juega un importante papel en la higiene de la boca. Además, la saliva desempeña otros papeles importantes: * por su contenido en muramidasa, posee propiedades antibacterianas; * la lactoferrina se une fuertemente al hierro, privando de este elemento a muchos microorganismos para los que es vital; * lubrica la cavidad bucal reduciendo la fricción de las partes rugosas de la comida; * aglutina y humedece las porciones de comida para facilitar su deglución; * disuelve las sustancias que pueden estimular las papilas gustatorias de la lengua; * cuando su secreción disminuye provoca la sensación de sed, apremiando al sujeto para que beba agua; * la α -amilasa salivar inicia la digestión de los hidratos de carbono; * la lipasa lingual salival, segregada por las glándulas de von Ebner localizadas en el dorso de la lengua, actúa sobre los triglicéridos de cadena media como los presentes en la leche y su función parece ser importante en el recién nacido. (ob. Cit.)

- Labios

Son dos repliegues músculo membranosos, uno superior y otro inferior adaptados a la convexidad de los arcos alveolo dentarios. Son verticales y delgados en la raza blanca y gruesos e invertidos en la raza negra. Presentan dos caras una anterior y una posterior, dos bordes uno adherente y otro libre, y dos extremidades. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Cara anterior: Posee un surco mediano que se extiende del subtabique nasal al borde libre del labio donde termina en el tubérculo, a los lados de este surco presenta una superficie triangular de base interna y que queda separada de la mejilla por el surco naso labial. En el labio inferior, su cara anterior presenta en la línea media una fosita media, y a los lados, la superficie del labio es plana o ligeramente cóncava.
- Cara posterior: Está cubierta por la mucosa y en relación con los arcos gingivodentarios,
- Borde adherente: Se marca en la piel, para el labio superior, por los surcos naso labial y labio geniano y para el labio inferior por el surco mentolabial. Por su cara posterior está constituido por el surco gingivolabial, donde se hallan los frenillos en la línea media.
- Borde libre: Es más o menos redondeado de adelante a atrás, más grueso que el resto del labio, y presenta una coloración roja o rosada. (ob. Cit.)

Los labios están constituidos de adelante a atrás por las siguientes partes:

- a. Piel: adherida íntimamente a los músculos subyacentes y con abundantes folículos pilosos.
- b. Capa Delgada De Tejido Celular:
- c. Capa Muscular: Constituida por el orbicular de los labios y los músculos que con él se entrecruzan que para el labio superior son los elevadores de éste y para el inferior, los cuadrados del mentón y los triangulares de los labios; en la comisura, el businador, los zigomáticos y el risorio de Santorini.
- d. Capa Submucosa: Formada por tejido conjuntivo y fibra elásticas que contiene gran cantidad de glándulas labiales, las cuales son mixtas (cerosas y mucosas) y se consideran supernumerales.
- e. Capa Mucosa: Cubre la cara posterior del labio y se continua con la mucosa de las mejillas y la mucosa gingival que recubre los arcos alvéolo dentarios

formando el surco gingivolabial, se adelgaza considerablemente hacia el borde libre y es muy adherente y ricamente vascularizada. Esta capa está constituida por epitelio escamoso estratificado que descansa sobre un corium de tejido conjuntivo. Recibe arterias procedentes de las coronarias y ramas de la facial principalmente. Sus venas van a desembocar a la facial. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Paladar Duro Y Blando:

- Paladar duro. Formado por la bóveda palatina es cóncavo y limitado por los arcos dentarios del maxilar superior, presenta en la línea media un rafe, el cual termina por delante en el tubérculo palatino que corresponde al orificio inferior del conducto palatino anterior. En sus 2/3 anteriores exhibe crestas más o menos transversales que parten del rafe medio, mientras en su parte posterior la superficie es más lisa y se continúa con la superficie inferior del velo del paladar. (ob. Cit)

La bóveda palatina está constituida por una capa ósea y otra mucosa. La capa ósea, formada por la cara inferior de las apófisis palatinas del maxilar superior y la lámina horizontal de los palatinos, presenta en la línea media y en su parte anterior el agujero palatino anterior y en los ángulos posterolaterales los agujeros palatinos posteriores y los accesorios. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

La mucosa, que cubre la superficie ósea en toda su extensión, es gruesa, resistente y se adhiere íntimamente al periostio. Contiene a cada lado de la línea media las glándulas palatinas, glándulas parecidas a las de las mejillas, más desarrolladas en la parte posterior que en la anterior. La bóveda palatina recibe arterias de la palatina superior, rama de la maxilar interna que pasa por el conducto palatino posterior, se divide en un ramo anterior y otro posterior, el primero se anastomosa

con el ramo de la eseno palatina. Las venas acompañan a los troncos arteriales y van al plexo pterigoideo. (ob. Cit.)

Los linfáticos forman una rica red que se anastomosa con la red gingival superior y con la del velo del paladar, formando conductos colectores que descienden hasta desembocar en la cadena yugular interna. Los nervios son solamente sensitivos, que derivan del palatino anterior que baja por el conducto palatino posterior y del eseno palatino, palatino interno, que baja por el conducto palatino interno. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Paladar blando: Está formado por el velo del paladar y junto con sus pilares circunscribe un orificio llamado istmo de las fauces. El paladar blando o velo del paladar es continuación de la bóveda palatina y su dirección es primero horizontal y después oblicua hacia abajo y atrás. Posee dos caras y cuatro bordes. (ob. Cit.)

La cara bucal, cóncava y lisa, presenta un rafe medio, continuación del rafe de la bóveda palatina. La cara nasal es continuación del piso de las fosas nasales, convexa y presenta a veces una eminencia media y longitudinal producida por los músculos palatostafilinos. El borde anterior se continúa y confunde con el borde posterior de la bóveda palatina. Los bordes laterales no están bien definidos y corresponden a la parte posterior de la encía superior, al ala interna de la apófisis pterigoides y a las paredes laterales de la faringe. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

El borde inferior presenta en la línea media una saliente más o menos cilíndrica, llamado úvula, cuyo extremo libre es redondeado. La longitud de esta es muy variable y de su base se desprenden cuatro pliegues mucosos, dos derechos y dos izquierdos que se dirigen hacia fuera primero y después hacia abajo, divergiendo el anterior a la base de la lengua y el posterior hacia atrás y abajo para terminar en las caras laterales de la faringe. Son los llamados pilares del velo del paladar, uno

anterior y otro posterior de cada lado. Los pilares anteriores, la base de la lengua y la úvula limitan un orificio semioval llamado istmo de las fauces por donde comunican la boca y la faringe. (ob. Cit)

Los pilares anteriores contienen al músculo glosostafilino y los pilares posteriores al faringostafilino, entre ambos existe una profunda depresión o fosa amigdalina que aloja a la amígdala palatina.

- Constitución anatómica del velo del paladar:

- a. Aponeurosis de velo del paladar.
- b. Músculos palatostafilino (elevador de la úvula), peristafilino interno (elevador del velo y dilatador de la trompa de Eustaquio), peristafilino externo (tensor y elevador del velo del paladar, dilatador de la trompa de Eustaquio y permite el paso del aire al oído medio), faringostafilino (contenido en el pilar posterior, es constrictor del istmo de las fauces, dilatador de la trompa, elevador de la faringe y baja el velo del paladar), glosostafilino (contenido en el pilar anterior, la acción de ambos lados estrecha el orificio del istmo de las fauces).
- c. Mucosa del velo del paladar, que contiene glándulas en racimo y glándulas diseminadas.
- d. Arterias: las recibe derivadas de la palatina superior (rama de la maxilar interna), de la palatina inferior (rama de la facial) y de la faringe inferior (rama de la carótida externa).
- e. Venas: emite venas superiores que van al plexo de la fosa zigomática y venas inferiores que se unen con la de la amígdala y base de la lengua, desembocando a las afluentes de la yugular interna.
- f. Los linfáticos forman una red superior y otra inferior, de ellas parten troncos linfáticos que van a los ganglios yugulares situados al nivel del vientre posterior del digástrico.

Nervios: los sensitivos proceden de los 3 palatinos, ramas del esfenopalatino, los motores son suministrados por el palatino posterior aunque el peristafilino externo recibe su ramo motor del maxilar inferior. Todo el resto está inervado por la rama interna del espinal. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Amígdalas

Son formaciones de tejido conectivo hemocitopoyetico linfático no encapsulado (nódulos linfáticos) que confluyen y hacen protrusion hacia la mucosa de la región apareciendo como masas voluminosas de tamaño variable. (ob. Cit.)

Se clasifican de acuerdo a su localización en:

a) Palatinas: tonsilas o anginas; Se encuentran entre los pilares anteriores y posteriores a cada lado, el epitelio que las recubre es estratificado escamoso no queratinizado y se observan en la superficie, entrantes u orificios que están revestidos por el mismo epitelio, se denominan criptas y se producen como una consecuencia del crecimiento de los nódulos linfáticos que levantan de manera irregular al epitelio produciendo elevaciones (amígdalas) y depresiones (criptas). Los nódulos linfáticos de las amígdalas palatinas tienen gran actividad hematopoyetica desarrollando gran cantidad de células plasmáticas por diferenciación de linfocitos B que se introducen en el epitelio. Estas amígdalas palatinas pueden estar separadas de los tejidos subyacentes por una hemicapsula de tejido conectivo, pero esto no es tan frecuente. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

b) Nasofaríngeas: Situadas en la nasofaringe, cerca de la desembocadura de los conductos del oído medio o trompas de Eustaquio, están cubiertas por epitelio respiratorio o bien en las áreas de fricción por la conducción aérea por epitelio estratificado escamoso que puede presentar paraqueratosis o queratinización.

Generalmente son de menos volumen que las palatinas aunque pueden hipertrofiarse. (ob. Cit.)

c) Linguales: Situada en el espesor de la base de la lengua (de detrás de la V lingual) constituye junto con las otras el denominado círculo linfático, en su espesor contiene un mayor número de glándulas salivales principalmente de tipo mucoso, cuyos conductos drenan hacia las criptas o bien más superficialmente. En el estroma (tejido de sostén de los órganos en el tejido conectivo), existen conglomerados de células adiposas y la amígdala está más relacionada con la musculatura de esta porción lingual. El desarrollo de las amígdalas en conjunto, depende de la exposición a los diferentes antígenos y esta es la razón de la gran variación que existe entre los individuos. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Dientes:

Comienzan a formarse en la 6ta. Semana de vida intrauterina, hallándose 3 períodos importantes en su formación: yema dental, período de caperuza y período de campana. Son consideradas formaciones de origen ectodérmico (por su esmalte y restos en el ligamento periodontal) y mesodérmico (por su dentina, cemento y pulpa dentaria). Son órganos duros, de coloración blanca, implantados en los alvéolos de los maxilares. En número de 20 para la dentición infantil o temporal que surge al 6to mes de la vida y la última pieza erupciona hasta los 4 años, para luego irse exfoliando entre los 7 y 12 años. (ob. Cit.)

La 2da. dentición o definitiva consta de 32 piezas y erupciona entre los 6 y los 30 años. Cada diente se encuentra formado:

- a. Morfológicamente: por la corona (clínica o anatómica), la raíz (clínica o anatómica) y termina en el apex o vértice. Entre la raíz y la corona se forma el cuello o estrechamiento.
- b. Estructuralmente: la dentina (sustancia dura de coloración gris blanquecida o amarillenta), el esmalte (que recubre a la dentina en la corona y es una sustancia blanco transparente), el cemento (cubre a la dentina en toda la raíz y es una sustancia amarillenta) y la pulpa dentaria (que es un tejido blando y rojizo, ricamente vascularizado e innervado que llena la cavidad o cámara pulpar de la corona y se continúa por los conductos radiculares hasta el apex. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

La dentadura infantil consta de 8 incisivos, 4 caninos y 8 molares. La dentadura permanente consta de 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares o bicúspides y 12 molares. Los dientes anteriores poseen 4 caras (mesial, distal, labial o vestibular, y lingual o palatina) y un borde (incisal). Los dientes posteriores poseen 5 caras (mesial, distal, bucal o vestibular, lingual o palatina y oclusal. (ob. Cit.)

- Periodonto:

Son las estructuras y tejidos asociados íntimamente a la fijación y funciones vitales del diente. Los tejidos periodonales son esencialmente el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Algunos autores involucran dentro del parodonto al cemento que como ya fue descrito pertenece al diente. Otros también incluyen una parte de la encía. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Encía: La mucosa se divide en mucosa sensorial o especializada (dorso de la lengua), alveolar o de revestimiento (labios, carrillo y piso de la boca) y mucosa

masticatoria sujeta a presiones y fuerzas friccionantes (encía y paladar duro). La encía es aquella parte de la mucosa bucal que cubre los dientes parcialmente y al soporte óseo de los mismos y como se mencionó corresponde al tipo de mucosa masticatoria. (ob. Cit).

Hay 3 tipos de encía :

- a. Marginal o Libre; rodea a los dientes en forma de collar y se haya demarcada de la encía insertada adyacente por una depresión poco profunda llamada surco marginal. De un ancho aproximado de 1mm, forma la pared blanda del surco gingival pues la otra pared la forma el esmalte de la pieza, puede ser separada por una sonda roma. El surco en su zona más apical está adherido al diente por la denominada adherencia epitelial y el surco mide de profundidad 1.8 ± 0.6 mm.

El epitelio de esta encía es estratificado, plano o escamoso y con diferentes grados de queratinización. La lámina propia está constituida de tejido conectivo fibroso muy especial, en donde las fibras colágenas ayudan a esta encía a “pegarse” al diente, y están dispuestas en 3 grupos de haces (gingivo dental, circular y transeptal), cuya disposición evita la separación de la encía por las fuerzas masticatorias, además de permitir la fijación de la encía por las fuerzas masticatorias, además de permitir la fijación de la encía insertada. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

Las fibras gingivo dental se insertan en el cemento de la raíz y de ahí se dirigen hacia el epitelio de la encía marginal, las transeptales, van del cemento de un diente al cemento de otro por encima del séptum óseo entre las dos piezas, y las circulares rodean como anillos al diente dentro del tejido conjuntivo que lo rodea. El tejido conectivo subyacente al epitelio del surco, contiene en forma normal, numerosos linfocitos, células plasmáticas y células cebadas que intervienen de manera

importante en fenómenos inflamatorios inmunológicos que tienen lugar principalmente en esta zona. (ob. cit)

En el surco gingival se forma el líquido crevicular que se encarga de:

1. Limpia el material del surco
2. Contiene proteínas plasmáticas adhesivas que pueden mejorar la adhesión del diente a la encía (adherencia epitelial)
3. Posee propiedades antimicrobianas
4. Puede ejercer actividad de anticuerpo en defensa de la encía.

La cantidad de este líquido aumenta con la inflamación, con la masticación de alimentos duros, el cepillado dentario, el masaje, la ovulación y con anticonceptivos hormonales. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

Su composición es similar a la del suero sanguíneo, por lo que algunos piensan, que es producto de la filtración fisiológica, ya que la pared blanda del surco es semipermeable y el líquido sanguíneo se compone de: Potasio, sodio y calcio que son electrolitos, aminoácidos, proteínas plasmáticas, factores fibrolíticos, gammaglobulinas G, A y M, albúmina, lisozima, fibrinógeno, fosfatasa ácida y elementos celulares como células epiteliales descamadas, leucocitos y bacterias. (ob. Cit.)

B Insertada, es más firme y resistente a las presiones, sin surgir deformación (resiliencia) debido a la estrecha unión con el cemento y hueso alveolar subyacentes, se continua con la mucosa alveolar de la que la divide la línea mucogingival. Por la superficie lingual termina en el surco sublingual donde se junta con el piso de la boca, y en la superficie palatina se une imperceptiblemente con la mucosa del paladar. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

Está formada por epitelio estratificado escamoso muy queratinizado, su lámina propia o tejido conectivo es más denso que el de la encía marginal. El ancho de esta encía va de 1 a 9 mm de molares a incisivos y posee una característica muy particular llamada puntilleo que se aprecia mejor al secar la encía y varía de una zona a otra, de una persona a otra y con la edad ya que aparece alrededor de los 5 años y desaparece en la vejez. (ob. Cit.)

C) Interdentaria; se encuentra situada entre las superficies interproximales dentarias y tiene 3 posiciones: dos de ellas son la papila vestibular y la papila lingual o palatina, y la tercera es la depresión o valle entre ellas llamada col o collado. Cada papila tiene forma de pirámide triangular con 3 caras y 3 bordes. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

La encía debe tener características clínicas normales como color (rosa coral), tamaño (suma de sus elementos celulares e intercelulares), contorno (varía considerablemente y depende de los dientes y su alineación en el arco), consistencia (depende el tipo de encía móvil para la encía libre; firme, resistente y sin resiliencia para la encía insertada), textura (la encía libre lisa y la encía insertada con puntilleo), queratinización (depende del nivel en el que se unen la encía y el diente y esto a su vez del nivel de erupción). (ob. Cit.)

- Hueso Alveolar

También denominada lámina densa o dura, es la porción de los maxilares en relación inmediata al ligamento periodontal. Es tejido óseo que se conserva con características de inmaduro, por lo que se facilita su remodelación en caso necesario, factor importante para llevar a cabo movimientos dentarios en la ortodoncia. Este hueso forma y sostiene los alveolos dentarios. compone la pared interna del alveolo,

es delgado y compacto denominado lámina cribiforme. Detrás de él se encuentra el hueso de sostén o esponjoso que consiste en trabéculas reticulares y finalmente las tablas o corticales vestibular y palatina o lingual. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

Las fibras del ligamento periodontal se anclan dentro del hueso alveolar donde se les denomina fibras de Sharpey. La mayoría de ellas contienen un núcleo central no calcificado dentro de una capa externa calcificada y otras están completamente calcificadas. En contraste con su aparente rigidez, el hueso alveolar es el menos estable de los tejidos periodontales, ya que su estructura está en constante cambio, se reabsorbe en áreas de presión y se forma en áreas de tensión. Lo anterior hace que debido al desgaste de los dientes y las presiones de la oclusión, los dientes migren mesialmente de manera fisiológica, se extraían y cambien de posición con el consiguiente remodelado óseo de adaptación. (ob. Cit.)

- Ligamento Periodontal

Es la estructura de tejido conectivo que rodea a la raíz y la une al hueso. Es una continuación del tejido conectivo de la encía muy fibrosa y con un elevado metabolismo de las proteínas, principalmente colágena, por lo que cualquier alteración o deficiencia de éstas o ácido ascórbico puede ocasionar hasta atrofiar del ligamento y dar lugar a movilidad dentaria y otras complicaciones. Las fibras en sus extremos son llamadas de Sharpey y se anclan en el hueso (osteoide) y en el cemento radicular (cementoide). Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

Tiene haces de fibras principales y son las siguientes: Transeptales, de la cresta alveolar, horizontales, oblicuas del plexo intermedio y apicales. Recibe su vascularización de 3 orígenes: vasos apicales, vasos anastomosados y de la encía y vasos que penetran desde el hueso alveolar. También recibe linfáticos. (ob. Cit.)

Ofrece 4 funciones:

- a. Físicas: transmisión de fuerzas de la masticación al hueso, inserción del diente al hueso, mantiene los tejidos gingivales en sus relaciones adecuadas con los dientes, ofrece resistencia al impacto o absorción del choque y provisión de una “envoltura” de tejido blando para proteger vasos y nervios.
- b. Formativas: participa en la formación y reabsorción de cemento y hueso en la adaptación del periodonto a las fuerzas oclusales y en la reparación de lesiones. Se remodela constantemente reemplazando células y fibras viejas. Sus fibroblastos forman fibras de colágena y puede evolucionar hacia osteoblastos y cementoblastos, aunque la formación de las fibras aumenta con el ritmo de erupción.
- c. Nutricionales y sensoriales: provee elementos nutritivos al cemento, hueso y encía mediante vasos sanguíneos y proporciona drenaje linfático. Su innervación confiere sensibilidad propioceptiva y táctil, que detecta y localiza fuerzas extrañas que actúan sobre los dientes y desempeña un papel importante en el mecanismo neuromuscular que controla la musculatura masticatoria. Disponible en es.wikipedia.org/wiki/cavidad_oral [consultado en enero del 2005]

- Patologías Bucales

En la cavidad oral existen lesiones originadas por traumatismos (por ejemplo, el causado por prótesis mal ajustadas), que ocasionan lesiones hiperplásicas o seudotumorales, las que debemos distinguir de neoplasias benignas para su correcto tratamiento, y también existen lesiones por malos hábitos higiénicos o de consumo.

Entre las patologías relacionadas con el consumo de chimo ò tabaco masticado tenemos:

- Enfermedades Periodontales:

El termino define un amplio grupo de enfermedades infecciosas, inflamatorias, trastornos metabólicos y neoplasias que pueden afectar la encía, los tejidos conectivos periodontales y el hueso alveolar.

Estas enfermedades pueden originarse por extensión directa de procesos procedentes de la mucosa oral o de los huesos maxilares o por una afectación sistemática generalizada. En este grupo de enfermedades se incluyen las gingivoestomatitis infecciosas (herpéticas, tuberculosas, sifilíticas, etc), las dermatosis las discrasias sanguíneas y distintos tumores malignos y benignos. Sin embargo, comúnmente el termino enfermedades periodontales se usan para designar lesiones inflamatorias que se originan y suelen permanecer localizadas en lo tejidos del periodonto. La mayoría de esta E.P. son lesiones de naturaleza inflamatoria causadas por microorganismos que se acumulan en el margen gingival. La clasificación clínica de las Enfermedades periodontales. se basa en la afectación topográfica de la respuesta inflamatoria; si se localiza en la encía se denomina gingivitis, mientras que si afecta el sistema de soporte dental se denomina periodontitis.

Se debe reconocer que las Enfermedades Periodontales. son procesos de causa infecciosa, lo que es importante en la comprensión de su patógena. Como en todo infeccioso, las bacterias y los tejidos afectados existen en intima relación ya se mediante invasión bacteriana a los tejidos o por la acción de los productos tóxicos bacterianos, que vencen los sistemas locales de defensa y producen destrucción celular o activan mecanismos de reacción que condicionan la destrucción tisular.

1. Definición de Periodontitis: Glickman (2001) expresa que la periodontitis: Es la destrucción del periodonto causada por irritantes locales ya que la inflamación se extiende desde la encía hacia los tejidos periodontales de soporte. Es una inflamación crónica y se divide en simple y compuesta.
2. Características Clínicas. Las lesiones se caracterizan clínicamente por formación de bolsas periodontales, como consecuencia de la profundización patológica del surco gingival. La formación y la profundización progresiva de estas bolsas conducen a la destrucción de los tejidos periodontales de soporte y como consecuencia el aflojamiento y eventualmente a la exfoliación de los dientes. Las encías se observan rojas e inflamadas

- Leucoplasia:

La leucoplasia se define como una mancha o placa de color blanco, que aparece en la lengua o en las mucosas de la boca, que no puede ser raspada o desprendida y que no puede ser atribuida clínica o patológicamente a ninguna otra enfermedad. La trascendencia de esta lesión estriba en su relativamente alta incidencia y de que es considerada como una lesión precancerosa que, en un 5% de los casos, evoluciona a una carcinoma epidermoide.

La Leucoplasia es “Placa o mancha blanca sobre la mucosa oral no queratinizada que no se desprende al raspado y que no puede ser caracterizada, ni clínica ni patológicamente, como ninguna otra enfermedad y no esta asociada a ningún agente etiológico conocido, a excepción del consumo de tabaco.” (OMS 1978)

Desde el punto de vista clínico, la leucoplasia se clasifica en:

- leucoplasia homogénea, la más frecuente, con poco riesgo de transformación maligna
- nodular o moteadas, bastante rara, con un riesgo relativamente alto de degeneración a cáncer
- eritroleucoplasia, similar a la leucoplasia homogénea pero rodeada de lesiones rojizas

Clasificación según:

a) Banoczy y Sugar (1997):

Leucoplasia Simple: Mancha blanca homogénea, lisa, regular y de bordes definidos. Completamente blanca. Más frecuente.

Leucoplasia Verrucosa: Superficie irregular. Riesgo intermedio. Leucoplasia Erosiva: Mancha blanca con áreas en que el epitelio está desprendido o erosionado (enrojecimiento). No es completamente blanco. Presenta mayor riesgo a cancerizarse sobretodo en las áreas erosivas.

b) Pindborg: -Leucoplasia Homogénea. Equivalente a la simple. -Leucoplasia moteada ® Áreas blancas entremezcladas con zonas enrojecidas.

c) Neville: -Leucoplasia fina o delgada. -Leucoplasia gruesa u homogénea. -Leucoplasia granular o nodular. -Leucoplasia verrucosa o proliferativa. -Leucoplasia moteada.

Algunos autores incluyen como cuarto grupo la leucoplasia verrucosa, proliferativa y agresiva muy rara, con riesgo elevado de transformación maligna y que suele considerarse como un estadio avanzado de la leucoplasia homogénea.

La leucoplasia homogénea es una lesión uniformemente blanca, de consistencia firme, de poco espesor y de superficie lisa o rugosa. La leucoplasia nodular es una lesión sobreelevada con bordes no homogéneos que se presenta con pequeñas elevaciones blancas y rojas redondeadas de la mucosa que le dan un aspecto granular. También es denominada leucoplasia moteada. La eritroleucoplasia se caracteriza por estar rodeada de áreas eritematosas, a veces con erosiones. Finalmente, la leucoplasia verrucosa proliferativa, descrita por primera vez en 1984 es una lesión exofítica, persistente, verrucosa y clínicamente agresiva y resistente a los tratamientos .

- Etiopatología

Las leucoplasias se pueden clasificar en inducidas por factores externos e idiopáticas. El tabaco es una de las causas principales de esta enfermedad, siendo las leucoplasias por tabaco entre 6 y 10 veces más frecuentes que las producidas por otras causas.

Otros factores que han sido considerados como factores inductores de la leucoplasia son el consumo excesivo de alcohol, alimentación inadecuada con deficiencias vitamínicas o de minerales, malos hábitos de tipo compulsivo (mordisquearse partes de la boca), pobre higiene bucal y prótesis mal ajustadas o por la existencia de ángulos agudos de las coronas y empastes. El Viodent (un colutorio a base de un principio activo de la *Sanguinaria canadensis*) ha sido implicado en el desarrollo de leucoplasias.

Muchos autores consideran algunas enfermedades infecciosas (infecciones por *Candida*, sífilis, infecciones por el virus del papiloma humano (HPV) como factores etiopatogénicos de las leucoplasias. Se debe diferenciar con el liquen plano y el lupus eritematoso. El diagnóstico final se determinará mediante la biopsia y técnicas de inmunofluorescencia

Lesiones traumáticas: las más frecuentes son la mucosa mordisqueada y la queratosis focal.

Lesiones blancas hereditarias como el nevo esponjoso blanco: la historia familiar y las histología permit-Incidencia y Prevalencia: 85% lesiones cancerizables

- Genero: Históricamente más prevalente en varones relación 3:1 , 6:1. En aquellas partes donde las mujeres fuman, esta relación se hace más estrecha.

- Edad: -Entre la 5° y 7° década.

- Localización: -Banoczy (1982) -Mejilla y retrocomisura: 60-90% -Lengua: 11%
-Labio inferior: 3.7% -Mucosa alveolar: 3% -Piso boca: 1.3%

La leucoplasia oral pilosa ha sido asociada al virus de Epstein-Barr. Casi todos los casos conocidos implican pacientes con SIDA, pero esta enfermedad también puede afectar a pacientes inmunodeprimidos o trasplantados. Se presenta como un aumento de los pliegues verticales normales de los bordes laterales de la lengua con elongación de las papilas. La condición es asintomática a menos de que se produzca una superinfección con *Cándida albicans*, en cuyo caso se observa dolor y quemazón. El aspecto característico y la localización de la lesión facilitan el diagnóstico, si bien la biopsia permite descartar otras condiciones displásicas o neoplásicas.

En general estas lesiones no requieren tratamiento a menos que el paciente lo pida por motivos estéticos en cuyo caso se recurre a la excisión quirúrgica. En la mayoría de los casos la lesión recurre. En algunos pacientes se ha aplicado con un cierto éxito una solución de resina de podophyllum.

- Cáncer Oral

El cáncer oral es el cáncer localizado en la cavidad oral y la orofaringe (área de la garganta que está en la parte posterior de la boca). El cáncer oral, que puede ser mortal, se diagnostica en más de 30.000 estadounidenses cada año, de acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society).

- Causas del Cáncer Bucal:

Las principales causas de cáncer oral son las siguientes:

- El consumo de tabaco (el 90 por ciento de los casos de cáncer oral son ocasionados por fumar cigarrillos, puros o pipas, por mascar tabaco y por frotar tabaco en polvo en las encías).
- El consumo de alcohol.

Otras causas de cáncer oral pueden ser las siguientes:

- Leucoplasia - condición caracterizada por una placa blanquecina que se desarrolla dentro de la boca o garganta.
- Eritroplasia - condición caracterizada por una placa roja y elevada que se desarrolla dentro de la boca.
- Excesiva exposición al sol que, como en cualquier parte del cuerpo, puede causar cáncer en los labios.

- Síntomas del Cáncer Oral

A continuación, se enumeran los síntomas más comunes del cáncer oral. Sin embargo, cada persona puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Una llaga que no sana en un labio o en la boca.

- Un parche rojo o blanco en las encías, la lengua o en el revestimiento de la boca.
- Un bulto en un labio, en la boca o en la garganta.
- Sangrado, dolor o adormecimiento inusuales del área de la boca.
- Hinchazón de la mandíbula.
- Dolor de oído.
- Cambios en la voz.
- Dolor crónico de garganta.
- Sensación de que algo está atrapado en la garganta.
- Dolor o dificultad para tragar o masticar.

Los síntomas del cáncer oral pueden parecerse a los de otros desórdenes o problemas médicos. Consulte siempre a su médico para el diagnóstico.

- Tipos de Cancer Oral

Los tumores orales pueden desarrollarse en cualquier lugar de la cavidad oral y la orofaringe. Algunos tumores son benignos (no cancerosos), otros pueden ser precancerosos (condición que puede llegar a ser cancerosa), mientras que otros pueden ser cancerosos. Los diferentes tipos de cáncer oral pueden desarrollarse en áreas distintas de la boca y la garganta.

- Tumores Benignos

Existen varios tipos de tumores benignos (no cancerosos) que pueden aparecer en la cavidad oral u orofaringe (además de otros lugares del cuerpo), incluyendo los siguientes:

- Condiloma acuminado (también conocido como verruga genital): Crecimiento pequeño y húmedo de color rojo o rosado, que crece aislado o en grupos con aspecto de coliflor.
- Granuloma eosinofílico: Tumor benigno que a menudo afecta a niños y adolescentes y se encuentra generalmente en un hueso o en los pulmones.
- Fibroma Tumor benigno que consiste de tejidos conectivos fibrosos.
- Queratoacantoma Protuberancia en la piel del mismo color de la piel y de rápido crecimiento con un núcleo central de queratina (la queratina, el componente principal de la capa externa de la piel, el pelo y las uñas, es una sustancia dura).
- Leiomioma Tumor del músculo liso, que se encuentra frecuentemente en el esófago, intestino delgado, útero o estómago.
- Lipoma Tumor compuesto por células adiposas maduras.
- Neurofibroma Tumor fibroso compuesto por tejido nervioso.
- Tumores odontogénicos Tumores en la mandíbula
- Osteocondroma Tumor compuesto por hueso y cartílago.
- Papiloma Tumor similar a una verruga, que crece en el epitelio (las células que forman la piel y las membranas mucosas).
- Granuloma piógeno Protuberancia pequeña y redondeada que a menudo tiene una superficie ulcerada.
- Rabdomioma Tumor de músculo estriado que puede aparecer en la lengua, la faringe, el útero, la vagina o el corazón
- Schwannoma Tumor único que crece en el neurilema (vaina de Schwann) de los nervios.
- Xantoma verrugoso Tumores en forma de verruga.

Algunos tumores benignos desaparecen por sí solos. Otros tienen que extirparse quirúrgicamente. La mayoría de los tumores benignos no vuelven a aparecer. Consulte siempre a su médico para el diagnóstico.

- Condiciones Orales Precancerosas:

Dos condiciones en la boca -- la leucoplasia y la eritroplasia -- pueden ser precursoras del cáncer. A menudo causadas por fumar o mascar tabaco, estas condiciones benignas (al comienzo) pueden ocurrir en cualquier parte de la boca. Sólo una biopsia puede determinar si existen células precancerosas (displasia) o células cancerosas en una leucoplasia o eritroplasia.

- Leucoplasia - condición caracterizada por una placa blanquecina que se desarrolla dentro de la boca o garganta.
- Eritroplasia - condición caracterizada por una placa roja y elevada que se desarrolla dentro de la boca.

Sólo el 5 por ciento de las leucoplasias se convierten en cáncer. Sin embargo, se ha descubierto que el 51 por ciento de las eritroplasias son cancerosas al realizar una biopsia, de acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer. la formación de displasias.

- Tumores Orales Malignos

Aunque existen varios tipos de tumores orales malignos, más del 90 por ciento de todos los casos de cáncer oral diagnosticados son carcinomas de células escamosas.

- Carcinoma de células escamosas : También conocido como cáncer de células escamosas, este tipo de cáncer se origina en la capa de células escamosas del revestimiento de la cavidad oral y la orofaringe. En las etapas tempranas, el

cáncer solamente está localizado en la capa de células de revestimiento, (llamado carcinoma "in situ"). Cuando el cáncer se extiende más allá del revestimiento, se le llama cáncer invasivo de células escamosas. El cáncer del paladar blando puede ser un carcinoma de células escamosas o un cáncer que comienza en las pequeñas glándulas salivales del paladar blando. El carcinoma de células escamosas a menudo tiene el aspecto de una úlcera. Con frecuencia, el cáncer que comienza en las pequeñas glándulas salivales aparece como una leve inflamación.

El carcinoma espinocelular o de células escamosas es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal, afecta más al sexo masculino, teniendo su mayor incidencia después de la cuarta década. Se presenta de distintas formas: como una lesión ulcerada, a veces recubierta de una costra hemática o de un crecimiento vegetante o verrugoso que cuando adquieren gran tamaño pueden ulcerarse y sangrar o sufrir necrosis parcial modificando así su aspecto. A la palpación por lo general tiene sus bordes evertidos e indurados con su base infiltrada. Su tamaño es variable pudiendo medir desde algunos milímetros hasta varios centímetros. Al inicio casi nunca provocan dolor por lo que el paciente no busca ayuda profesional. Los factores de riesgo y las lesiones potencialmente malignas son determinantes para el desarrollo del cáncer bucal.

- Carcinoma verrugoso : Aunque se le considera como un tipo de carcinoma de células escamosas, este cáncer de bajo grado rara vez realiza metástasis (no se extiende a zonas distantes). Con menos del cinco por ciento de todos los casos de cáncer oral, el carcinoma verrugoso puede extenderse profundamente en el tejido a su alrededor, lo que requiere la extirpación quirúrgica con un amplio margen de tejido a su alrededor. Una persona que masca o aspira tabaco, puede desarrollar unos rebordes blancos con

crestas en la parte interna de los labios, que pueden transformarse en un carcinoma verrugoso.

- Cáncer de las glándulas salivares menores: El revestimiento de la cavidad oral y orofaringe contiene varias glándulas salivares. A veces el cáncer se origina en una glándula salivar. El tratamiento depende del tipo y la localización del cáncer así como de la extensión de la diseminación. De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer, los casos de cáncer de las glándulas salivares representan menos del uno por ciento de todos los casos de cáncer.

Los tumores de las glándulas salivales pueden ser cancerosos o no cancerosos. Pueden darse en cualquiera de los tres pares de las principales glándulas salivales: la glándula parótida (en la parte lateral de la cara, frente al oído), la glándula submandibular (debajo de la parte lateral de la mandíbula) o la glándula sublingual (en el suelo de la boca frente a la lengua). También se pueden desarrollar tumores en las glándulas salivales menores, que están dispersas por todo el revestimiento de la boca. El crecimiento inicial de los tumores de las glándulas salivales puede ser doloroso o no. Los tumores cancerosos tienden a crecer rápidamente y son duros al tacto. Tumor unilateral de parótida que provoca una parálisis facial del lado izquierdo

- Factores de Riesgo del Cáncer Bucal: Aunque la herencia también es un factor, ciertos estilos de vida y condiciones de salud pueden aumentar los riesgos de que una persona desarrolle cáncer oral. Estas condiciones incluyen, pero no se limitan a las siguientes:

- El consumo de tabaco: La mayoría de los pacientes con cáncer oral (el 90 por ciento) consumen tabaco de una u otra forma. El tabaco puede dañar las células en el revestimiento de la cavidad oral y la orofaringe, causando que células anormales crezcan más rápido para reparar el daño. Se cree que los

productos químicos del tabaco que dañan el ADN están vinculados al riesgo elevado de padecer cáncer oral, de acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer.

- El consumo de alcohol: La mayoría de pacientes con cáncer oral (del 75 al 80 por ciento) consumen alcohol con frecuencia. Junto con el uso del tabaco, los pacientes que beben y fuman aumentan sus riesgos de desarrollar cáncer oral aún más. Se ha descubierto que el alcohol aumenta la penetración de los productos químicos que dañan el ADN en el revestimiento de la cavidad oral y la orofaringe, de acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer.
- La luz solar: La exposición prolongada a las radiaciones ultravioletas del sol puede causar cáncer de la piel. Las personas que se encuentran afuera por un período prolongado de tiempo también aumentan el riesgo de contraer cáncer de los labios. Más del 30 por ciento de las personas diagnosticadas con cáncer en los labios tienen ocupaciones al aire libre.
- La irritación crónica: La irritación crónica del revestimiento de la boca, debido a dientes postizos mal ubicados u otras razones, puede aumentar el riesgo de contraer cáncer oral.
- Insuficiencia de frutas y vegetales en la dieta: Algunos estudios sugieren que las frutas y vegetales, que contienen antioxidantes que pueden "atrapar" las moléculas dañinas, pueden reducir el riesgo de contraer cáncer oral (y otros tipos de cáncer). Por ello, se especula que las personas que consumen poco este tipo de alimentos tienen un aumento en el riesgo de contraer cáncer oral.
- Los enjuagues bucales con alcohol: Algunos estudios han demostrado que los enjuagues bucales con alcohol aumentan el riesgo de contraer cáncer oral. Además, otros estudios han demostrado que los fumadores y las personas que beben alcohol tienden a usar enjuagues bucales más a menudo, lo que relaciona los tres factores.

- La infección de papilomavirus humano (PVH, su sigla en inglés es HPV): El HPV suele causar verrugas y se le ha relacionado con el cáncer en el cuello uterino, la vagina y el pene. El HPV también puede aumentar el riesgo de contraer cáncer oral.
- Hombres: El cáncer oral es dos veces más común en los hombres que en las mujeres, en parte debido a que es más probable que los hombres consuman tabaco y alcohol.

- Diagnostico del cáncer Oral : Además del examen y la historia médica completa, los procedimientos para diagnosticar el cáncer oral pueden incluir los siguientes:

- Biopsia - procedimiento en el que se extraen muestras de tejido (con una aguja o durante la cirugía) para examinarlas con un microscopio con el fin de determinar si existen células cancerosas o anormales.
- Tomografía Computarizada (su sigla en inglés es CT o CAT) - son procedimientos no invasivos que toman imágenes de cortes transversales del cerebro o de otros órganos internos. Los rayos X más comunes algunas veces no detectan las anomalías vistas en las CT.
- Ultrasonografía - técnica de diagnóstico de imágenes que usa ondas sonoras de alta frecuencia para crear una imagen de los órganos internos.
- Imágenes por Resonancia Magnética (su sigla en inglés es MRI) - es un procedimiento no invasivo que produce vistas bidimensionales de un órgano o estructura interna, especialmente del cerebro o de la médula espinal. Una vez realizado el diagnóstico, el cáncer se clasificará por su etapa (para determinar que tan avanzada está la enfermedad) antes de establecer el plan tratamiento.

CAPITULO III

Marco Metodológico

Tipo de Investigación

Este proyecto de investigación es de tipo descriptivo, puesto que según Chávez (1994) Las investigaciones descriptivas, son todas aquellas que se orientan a recolectar informaciones recoleccionadas con el estado real de las personas, objetos, situaciones o fenómenos, tal cual como se presentaron en el momento de su recolección. Describe lo que se mide sin realizar inferencias ni verificar hipótesis.

Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo, se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.

En este trabajo los aspectos que se quieren medir están relacionados con el hábito del consumo del chimó, en los trabajadores de las zonas agricultoras y ganaderas de los Municipios Manuel Monje del Estado Yaracuy. Esta forma de tabaco contiene una mayor concentración de carcinógenos en comparación con los cigarrillos, lo que puede inferir en la aparición de lesiones en los tejidos bucales.

Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación del presente trabajo, es un estudio de campo puesto que según Bisquerra (1989) un estudio de campo se realiza en situaciones naturales, y no supone ninguna experimentación propiamente dicha. Se trata de estudios ex post facto.

En este trabajo se observó la situación real y luego se examinó las relaciones entre dicha situación y las variables. Las variables en este caso son los hábitos de consumo de sustancias cancerígenas por parte de la muestra seleccionada (chimó), patologías bucales que puedan presentar y otros factores que aceleren la aparición de dichas patologías (bebidas alcohólicas).

Población y Muestra

La población sometida a estudio, fue la Población Trabajadora Agropecuaria consumidora de Chimó que habita en el municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. El número de trabajadores agropecuarios, que es posible ubicar por terreno o campo de labor, es variable, puesto que depende del tiempo de cosecha. Lo cierto, es que este municipio, según la OCEI en el 2005, tiene una proyección poblacional de 12.555 habitantes.

El método empleado para seleccionar la muestra es el No probabilístico, puesto que la población que se seleccionó posee ciertas características. El número de la muestra fue de 15 trabajadores agropecuarios consumidores de Chimó, del sexo masculino ubicados en los municipios Manuel Monje del Estado Yaracuy.

Instrumento de Recolección de Datos

Un Registro de Observación, de diseño propio, basado o estructurado según aspectos encontrados en una Historia Clínica Odontológica, fue el Instrumento de recolección de Datos utilizado; aplicando una serie de Preguntas (Anamnesis), que se enfocarán en los hábitos de la población; y evaluaciones clínicas diagnósticas.

Validez y Confiabilidad

El instrumento fue validado por medio de un juicio de expertos, uno en el campo metodológico, el Profesor Carlos Sierra, y dos en el área de patología oral, representados por los Odontólogos Helena Jiménez y Conan Laya.

Análisis de Resultados:

Los resultados serán expresados y analizados por medio de Tablas y sus correspondientes Gráficos de Columnas, expresando sus valores en porcentajes.

CAPITULO IV

Análisis de los Resultados

Para determinar las Lesiones Bucales, presentes en los trabajadores agropecuarios consumidores de Chimó, se procedió a recaudar información a través de un Registro de Observación, el cual estuvo conformado por una serie de preguntas relacionados con el Hábito del consumo de Chimó, así como la evaluación clínica y registro fotográfico de las condiciones bucales de los 15 pacientes tomados como muestra.

Toda la información recopilada se procesó y se organizó de acuerdo a los objetivos planteados, dicha información estuvo apoyada con las teorías que sustentan a este estudio.

A continuación se presenta un análisis descriptivo de los cuadros representativos, con aspectos de interés relacionados con este informe de investigación, como lo son la sintomatología bucal, el hábito de consumo del chimó, cigarrillo, y otros. Además se evidencian gráficos en forma de columnas que complementan y/o grafican el análisis de los resultados.

Cuadro N° 1

Determinación de la Sintomatología Bucal presentada por los Trabajadores Agropecuarios Consumidores de Chimó del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006

Sintomatología Bucal	PRESENCIA		AUSENCIA	
	Frecuencia Absoluta (N° de pacientes)	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta (N° de pacientes)	Frecuencia Relativa (%)
Dolor	4	26.67	11	73.33
Sensibilidad en las Encías	4	26.67	11	73.33
Ulceras Bucales	0	0	0	0
Otros – Lesión Escamativa -	1	6.67	14	93.33

Fuente: Registro de Observación aplicado a los pacientes.

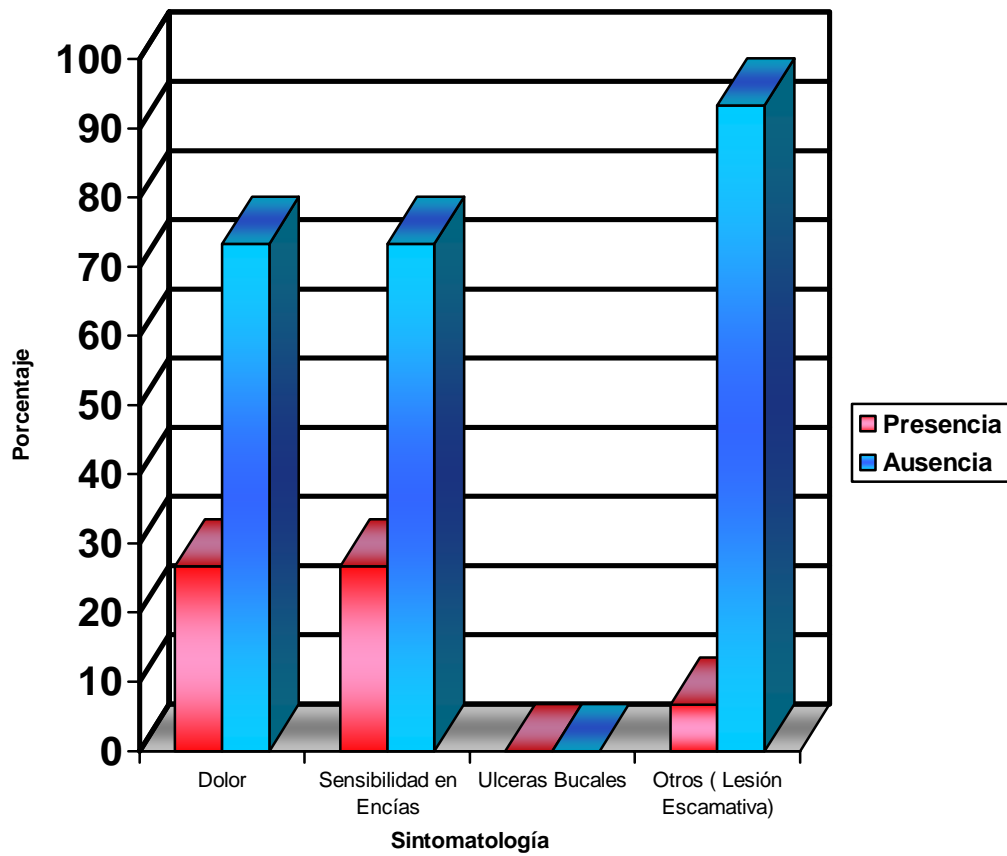
Análisis del Cuadro N° 1

De acuerdo a la evidencia expresada en el cuadro N° 1, se observa que un 26.67 % de la Población muestra han presentado como síntoma bucal, en algún momento de su vida, dolor en ciertas Unidades Dentarias (UD), así como sensibilidad en sus encías.

El dolor en las UD lo relacionan con lesiones cariosas avanzadas (que han afectado la pulpa de la UD), y la sensibilidad en sus encías a incorrectas técnicas de cepillado; factores irritantes como el Chimó, cigarrillo, alcohol; y algunos no lo relacionan con algún aspecto en específico.

Gráfico N° 1

Determinación de la Sintomatología Bucal presentada por los Trabajadores Agropecuarios Consumidores de Chimó del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006



Fuente: Cuadro N° 1

Cuadro N° 2

**Hábitos de Consumo presentado por Los Trabajadores Agropecuarios del
Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006**

Hábitos	PRESENCIA		AUSENCIA	
	Frecuencia Absoluta (N° de pacientes)	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta (N° de pacientes)	Frecuencia Relativa
Cigarrillo	5	33,33%	10	66,67%
Chimó	15	100 %	0	0
Bebidas Alcohólicas	15	100%	0	0
Asociación de Chimó y Bebidas Alcohólicas	13	86.67 %	2	13.33%

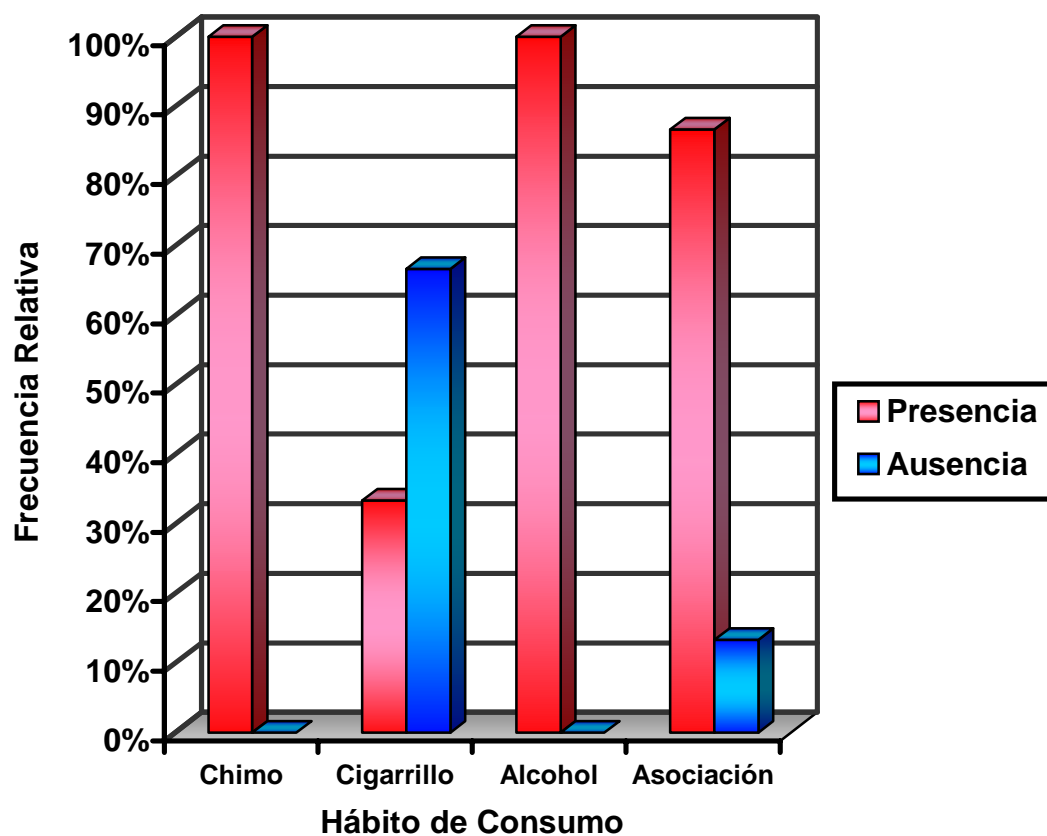
Fuente: Registro de Observación aplicado a los pacientes.

ANÁLISIS DEL CUADRO N° 2

Por medio de la evidencia señalada en el cuadro N° 2, se observa la prevalencia de un 100 % de la población en afirmar su hábito de consumo de Chimó. Al respecto Cabreras y Colaboradores (2002), en un estudio realizado en la comunidad de Quigua, del Estado Yaracuy revelo que el 100 % de la muestra seleccionada era consumidora de Chimó. Así mismo, dicho porcentaje fue localizado en el consumo de bebidas alcohólicas. En cuanto a la asociación del Chimó con Bebidas Alcohólicas se obtuvo que la gran mayoría, es decir, un 86.67% realizan dichas actividades en conjunto, lo cual lo habíamos planteado como unos de nuestros objetivos, puesto que, es conocido que la mayoría de la población trabajadora agropecuaria en el estado Yaracuy consumen ó mastican el Chimó mientras ingieren bebidas alcohólicas. En cuanto al hábito del cigarrillo, se determinó que un 33 % de la población muestra presento realiza dicho hábito.

Gráfico N° 2

Hábitos de Consumo presentado por Los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006



Fuente: Cuadro N° 2.

Cuadro N° 3

Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006

Consumo de Chimó. Inicio en años de edad	PRESENCIA		Tiempo con el Hábito de consumo	PRESENCIA	
	Frecuencia Absoluta (N° de pacientes)	Frecuencia Relativa (%)		Frecuencia Absoluta (N° de pacientes)	Frecuencia Relativa (%)
Menos de 15 años	6	40	Menos de 5 años	0	0
15 años	3	20	5 años	5	33.33
Mas de 15 años	6	40	Mas de 5 años	10	66.67
TOTAL	15	100	TOTAL	15	100

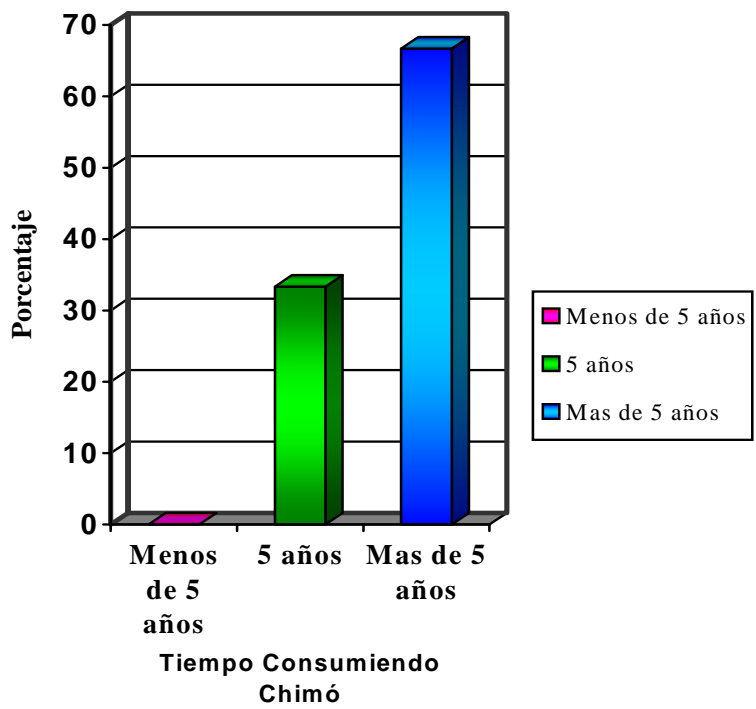
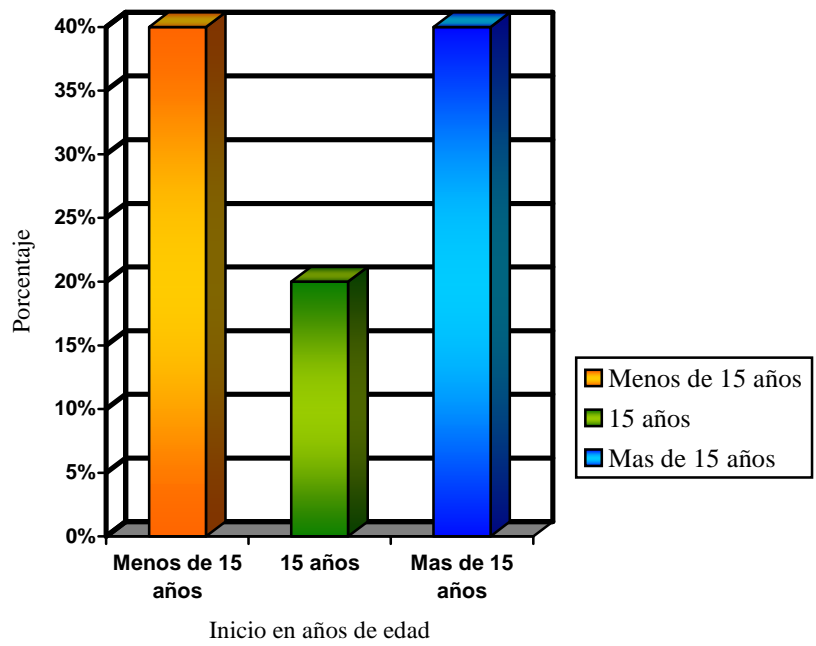
Fuente: Registro de Observación aplicado a los pacientes.

ANALISIS DEL CUADRO N° 3

De acuerdo a la evidencia expresada en el Cuadro N° 4, un 40% de la Población seleccionada se inició en el consumo del chumó antes de los 15 años, un 20% a los 15 años y un 40% después de los 15 años; así que se puede determinar que la presencia de este hábito entre la comunidad trabajadora, se manifiesta desde muy temprana edad. E incluso un 66.67% de la población tiene mas 5 años con éste hábito.

Gráfico N° 3

Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006



Fuente: Cuadro N° 3

Cuadro N° 4

**Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del
Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006**

Cantidad en Tapas de Chimó	PRESENCIA		Frecuencia en el Consumo	PRESENCIA	
	Frecuencia Absoluta (N° de pacientes)	Frecuencia Relativa (%)		Frecuencia Absoluta (N° de pacientes)	Frecuencia Relativa (%)
½ Tapa	2	13.33	Diario	15	100
1 Tapa	8	53.33	Semanal	0	0
Mas de una Tapa	5	33.33	TOTAL	15	100
TOTAL	15	99.99%			

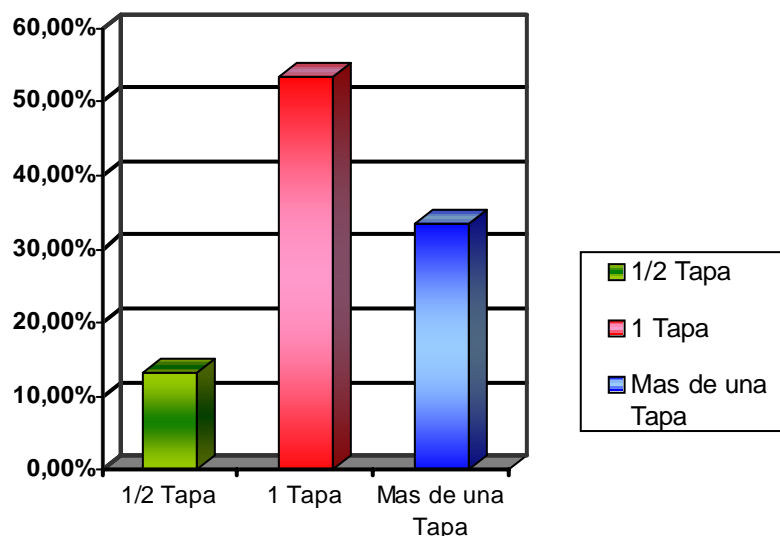
Fuente: Registro de Observación aplicado a los pacientes.

ANALISIS DEL CUADRO N° 4

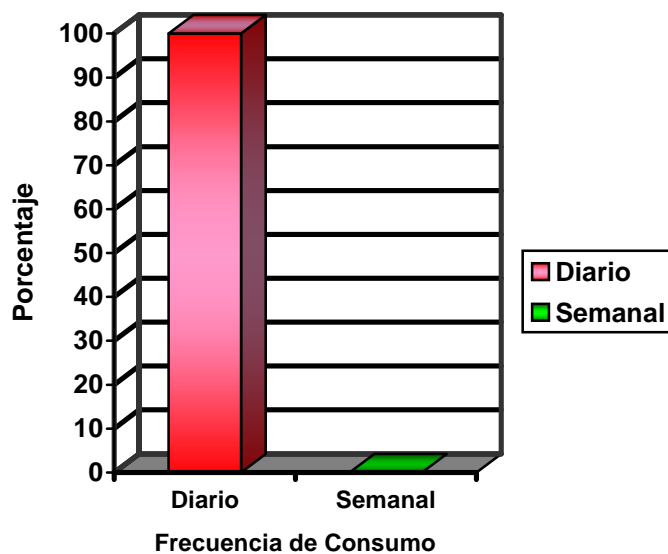
En cuanto a la cantidad de Chimó que mastican, se observó que un 53.33% de la muestra consume una tapa de dicho producto en forma diaria, 33,33% mas de una tapa y un menor porcentaje (13,33%) ½ tapa. El factor que se presenta en común es que dicha población ejecutan este hábito de forma diaria (100%).

Gráfico N° 4

**Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del
Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006**



Cantidad de Chimó que consume



Fuente: Cuadro N° 4
Cuadro N° 5

Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006

CAUSA DEL CONSUMO	PRESENCIA	
	Frecuencia Absoluta (N° de pacientes)	Frecuencia Relativa (%)
Hábito / costumbre	15	100
Calmar el Hambre	0	0
Calmar el Frío	0	0
Alejar Serpientes	0	0

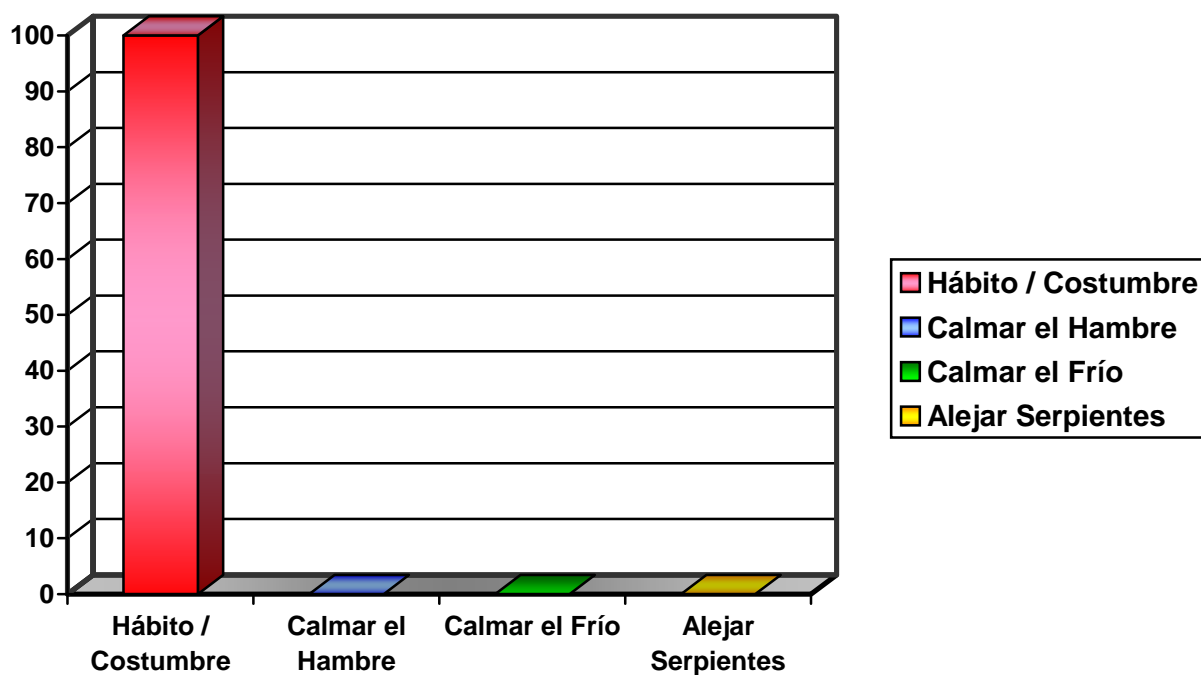
Fuente: Registro de Observación aplicado a los pacientes.

Análisis Cuadro N° 5

En este cuadro se refleja que, el 100% de la muestra seleccionada, realiza la práctica del consumo de chimó por hábito o costumbre. Lo que podría inferir en una razón adictiva, es decir, la práctica de masticar y escupir este compuesto tabaquico, es por el efecto adictivo que produce en las personas. Se debe recordar, que entre los componentes del Chimo se encuentra la Nicotina, la cual según Crespo (2001) es una droga psicoactiva y un potente reforzador conductual, capaz de producir severa dependencia química en el consumidor.

Gráfico N° 5

Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006



Fuente: Cuadro N° 5

Cuadro N° 6

Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006

Lugar en la Cavidad Bucal donde deposita el Chimó	PRESENCIA	
	Frecuencia Absoluta (N° de pacientes)	Frecuencia Relativa (%)
Debajo de la lengua	5	33.33 %
Vestíbulo Superior Derecho	3	20 %
Vestíbulo Superior Izquierdo	3	20 %
Vstíbulo Inferior Izquierdo	2	13.33 %
Vestíbulo Inferior Derecho	1	6.67 %
Otro (entre los incisivos)	1	6.67 %

inferiores y la mucosa labial)		
--------------------------------	--	--

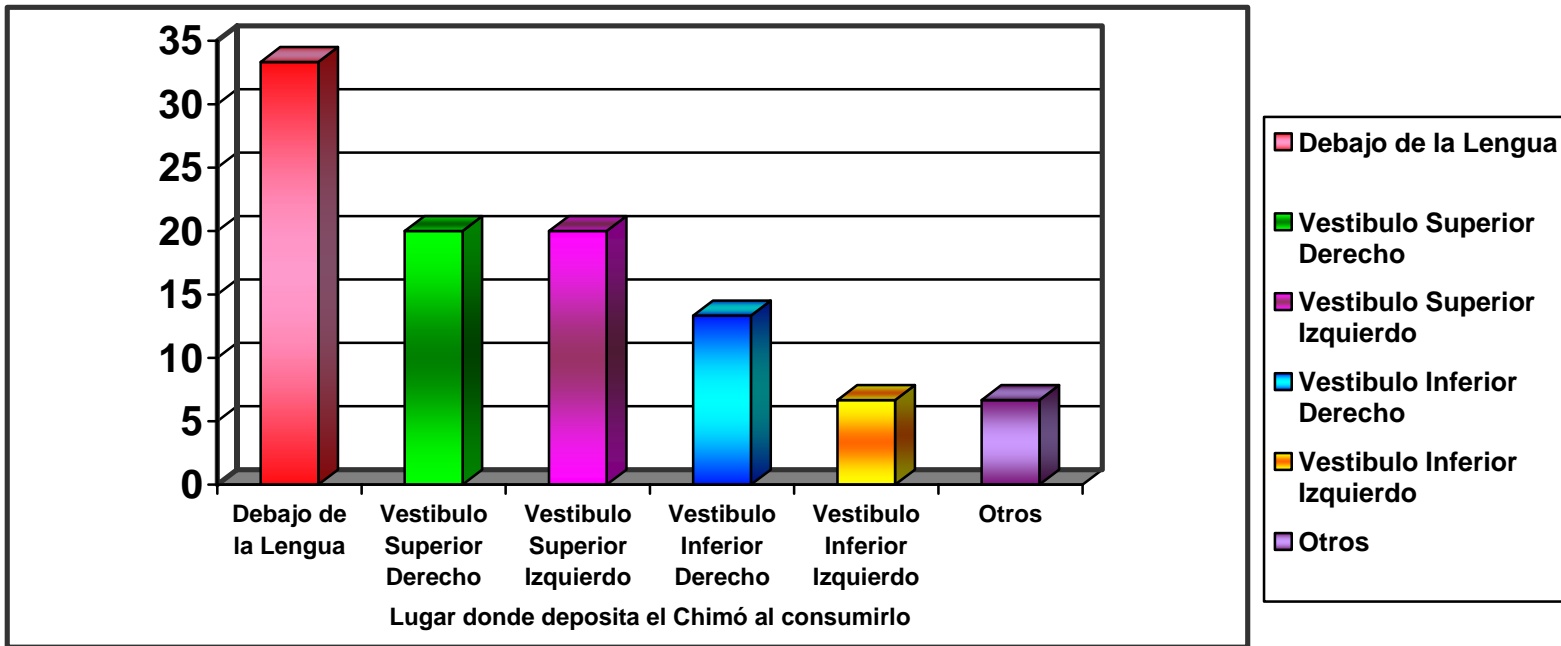
Fuente: Registro de Observación aplicado a los pacientes.

Análisis del Cuadro N° 6

En cuanto al lugar donde depositan el chimó, se puede afirmar que un 33,33% lo coloca debajo de la lengua, un 60% lo depositan en el fondo de los vestíbulos (Vestíbulos Superiores Derecho e Izquierdo 20% cada uno, vestíbulo inferior izquierdo 13,33% Vestíbulo Inferior Derecho 6,67%), y un mínimo porcentaje entre los incisivos inferiores y la mucosa labial (6,67%)

Gráfico N° 6

Características en el Consumo de Chimó de los Trabajadores Agropecuarios del Municipio Manuel Monje del Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006



Fuente: Cuadro N° 6

Cuadro N° 7

Lesiones Bucales encontradas en la Población muestra seleccionada consumidora de chimó. Municipio Manuel Monje. Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006

LESIONES PRESENTES	PRESENCIA		AUSENCIA	
	Frecuencia Absoluta (N° pacientes)	Frecuencia Relativa (%)	Frecuencia Absoluta (N° pacientes)	Frecuencia Relativa (%)
Caries	15	100	0	0
Recesión Gingival	15	100	0	0
Lesión Escamativa	1	6.67	14	93.33
Manchas Parduscas en U. D.	10	66.67	5	33.33

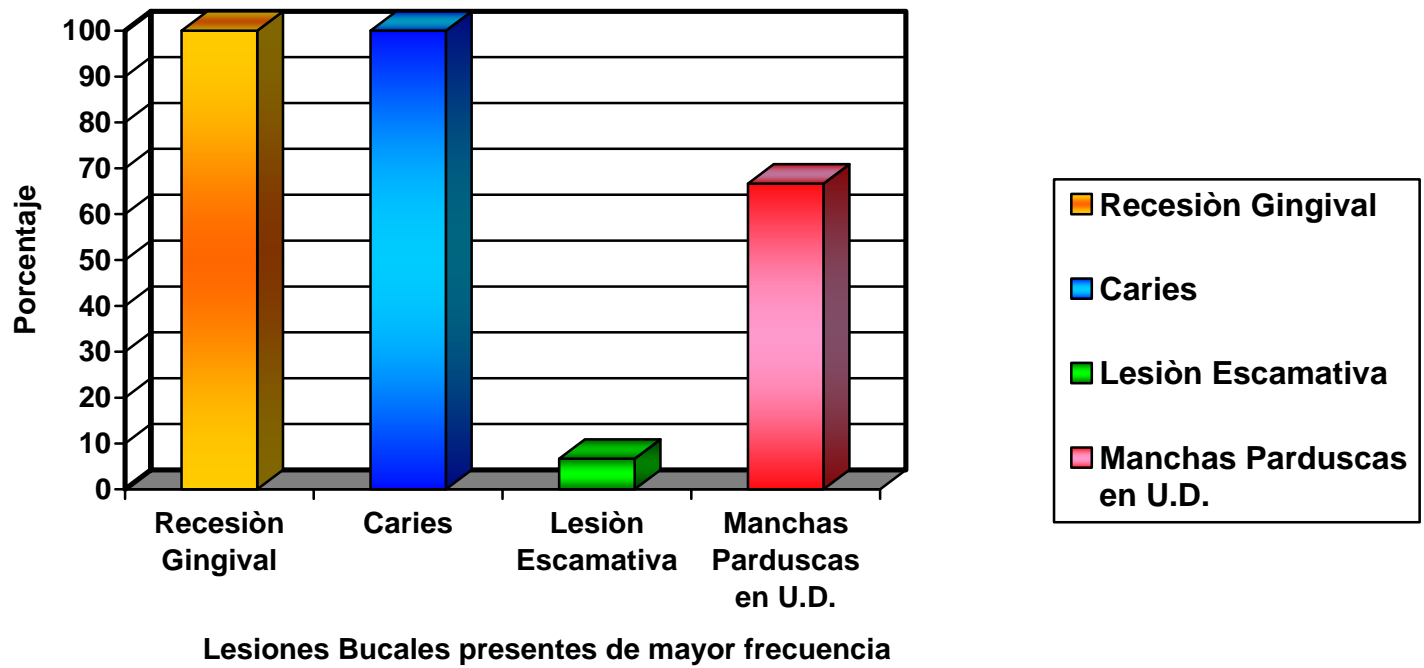
Fuente: Registro de Observación aplicado a los pacientes

Análisis del Cuadro N° 7

Las lesiones bucodentales, que se pueden relacionar con el consumo de chimó, que presentaron la muestra seleccionada son: Manchas parduscas sobre tejido dental un 66,67%; Recesión Gingival 100%; Caries (incipientes, localizadas a nivel de caras oclusales de molares) 100%; Lesión Escamativa 6,67%. Con respecto a esto González (2000) en un estudio realizado en el departamento de enfermería del IUTY (Instituto Universitario de Tecnología del Yaracuy), observó que el chimó produce manchas en las unidades dentarias. Así mismo, Gupta y colaboradores (2004) publicaron en Archives of Internal Medicine, que el tabaco no fumado en la cavidad oral aumenta la incidencia de enfermedad de las encías y del tejido periodontal.

Gráficos N° 7

Lesiones Bucales encontradas en la Población muestra seleccionada consumidora de chimó. Municipio Manuel Monje. Estado Yaracuy. Noviembre 2005 - Marzo 2006

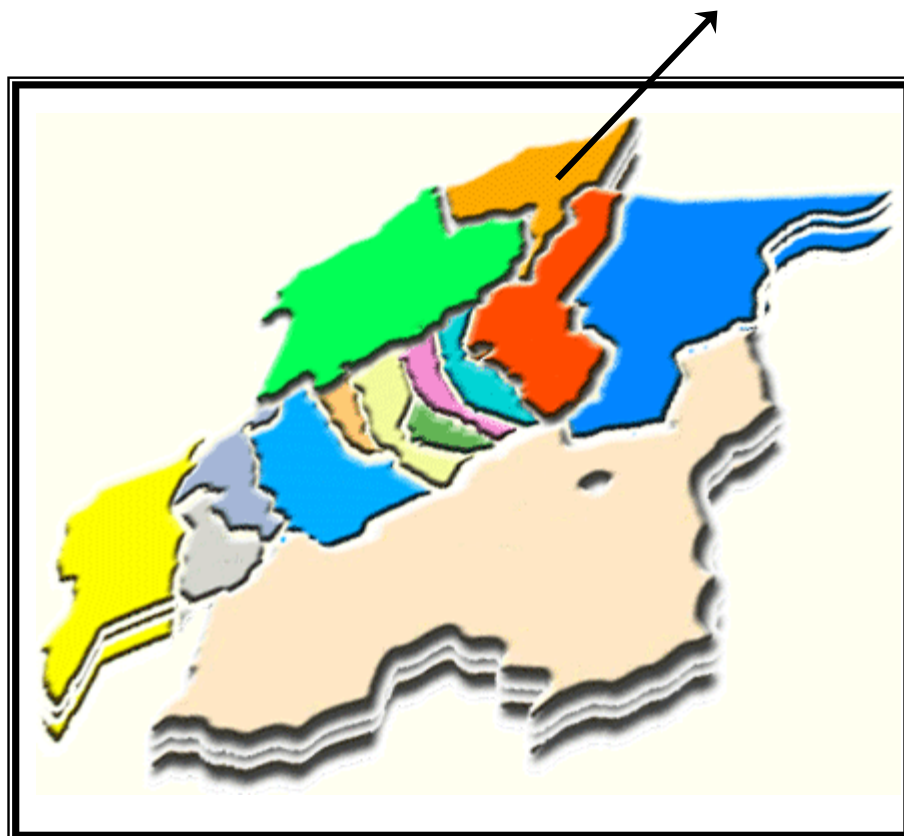


Fuentes: Cuadro N° 7

PRESENTACIÓN DEL CHIMÓ



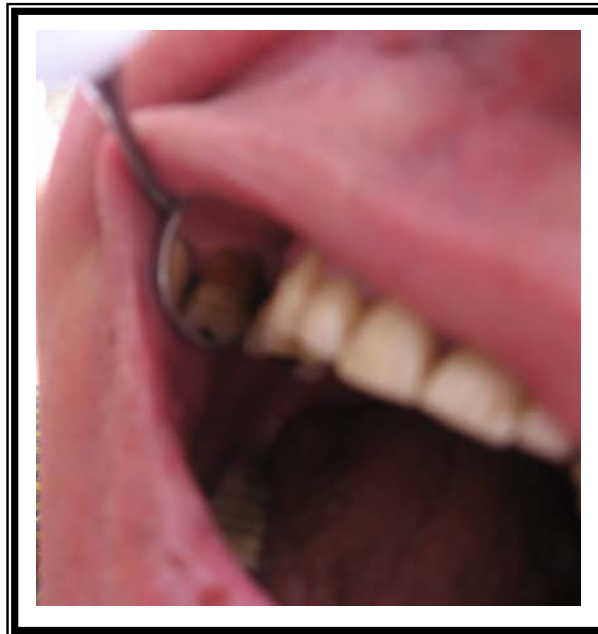
MAPA DEL ESTADO YARACUY Municipio Manuel Monje



**MANCHAS PARDUSCAS EN UNIDADES DENTARIAS
ANTEROINFERIORES**



RECESIÓN GINGIVAL Y MANCHAS PARDUSCAS



LESION ESCAMATIVA EN SEMIMUCOSA DE LABIO INFERIOR



RESECCIÓN E INFLAMACIÓN GINGIVAL



Definicion de Terminos :

- Ambire : Jugo de tabaco cocido
- Bojote : Una unidad de chimò
- Botana : Odre de piel de chivo o res en el que se expande el mòo o chimò crudo , por lo general el chimo de venta por mayor .
- Chimò Bravo : Es el chimò fuerte o muy picante
- Chimò Bruto o Crudo : El ambire o mòo sin aliñar
- Chimò Manso : El chimò de uso corriente .
- Mo o Mòo : Ambire , extracto de tabaco por decocciòn , hasta adquirir el espesor de la jalla .
- Urao : Nombre indígena andina del sesqui , carbonato de soda mineral que se halla en el fondo de la laguna Urao , en Lagunillas Mèrida.
- Salitre : Nombre dado impropriamente al mordiente que se usa en la preparaciòn del chimò .
- Prevencion :es definida como " preparaciòn, disposiciòn que se toma para evitar algùn peligro. Preparar con anticipaciòn una cosa"(Larousse, 1950, Pág. 755).
- Salud : Se define como la ausencia de sintonas o malestar físico

CONCLUSIONES

Aun cuando el tabaco de mascar y el tabaco en polvo se consideran productos de tabaco "sin humo", durante su consumo se ingieren productos químicos dañinos incluyendo la nicotina. Otros productos químicos que existen en el tabaco de mascar y en el polvo de tabaco son los siguientes: Desechos nucleares, Agentes causantes del cáncer (carcinógenos), Formaldehído (normalmente utilizado para embalsamar cadáveres), Productos químicos que se usan en las baterías de autos, Cianuro (un tipo de veneno), Arsénico, Bencina, Plomo.

Es por ello que, en lo referente a los objetivos planteados en esta investigación, se puede concluir que:

- Para determinar el estado de Salud bucodental de la muestra seleccionada se debe tomar en cuenta aspectos como síntomas, signos, antecedentes, hábitos, exámenes complementarios. En forma general se puede decir que, a nivel Extabucal las lesiones que mas se observaron fueron cicatrizales a causa de accidentes ó traumatismos. En sólo un paciente se observó una lesión escamativa en semimucosa labial inferior (donde existe el contacto al momento de escupir el chimó). En cuanto a la palpación de Ganglios no se observaron inflamaciones ó lesiones aparentes. Intrabucalmente, los tejidos bucales como mucosas labial, yugal, fondos de vestíbulos, piso de boca, caras dorsal y ventral de lengua, istmo de las fauces, amígdalas, glándulas salivales, no mostraron lesiones aparentes. Ahora bien, a nivel de encías existía inflamación, sobre todo en encías marginal y papilar (gingivitis), sólo un paciente presentó sacos periodontales. La afección que se observó en la mayoría de los pacientes fue la recesión

gingival, la pérdida del festoneado de las encías, justo en el lugar donde se depositaba el chimó (en unos pacientes mas marcado que en otros).

Ahora bien, a pesar de que los pacientes afirmaron realizar de forma deficiente las técnicas de higiene bucal y de que no acuden al odontólogo con la frecuencia debida, la cantidad de irritantes locales, entiéndase placa bacteriana y cálculo dental, fue escasa; al igual que la presencia de caries ó perdida de sustancia calcificada, la cual se ubicaba mayormente en las caras oclusales de los molares.

En cuanto a las características en el consumo del chimó, se concluye que, los pacientes las realizan desde antes de los 15 años, consumiendo una tapa o lata de chimó de forma diaria; y que en algunas ocasiones, sobre todo los fines de semana; lo asocian con el consumo de bebidas alcohólicas.

RECOMENDACIONES

Por los antes señalado en este informe de investigación, se recomienda:

- Realizar o iniciar investigaciones científicas para establecer respuestas a interrogantes como: Si la muestra seleccionada afirma no realizar de forma continua hábitos de Higiene bucal y el No asistir con regularidad al odontólogo, ¿a que se debe a poca presencia de irritantes locales (placa Bacteriana y cálculo dental)?; ¿porqué se observó escasas Unidades dentarias con pérdida de sustancia calcificada, entiéndase Caries?.

En la actualidad, se puede obtener información en Internet, en donde hay estudios científicos que señalan la aplicación de una vacuna contra la caries, obtenida de la planta del tabaco modificada genéticamente. Estos estudios realizados por un grupo de científicos pertenecientes al Departamento de Inmunología del Guy's Hospital, Londres, UK, los publica la revista Nature Medicine (Mayo1998;4(5):601-6). . Los componentes activos de esta vacuna líquida, y de aplicación directa sobre las unidades dentarias, son anticuerpos que se adhieren a las bacterias de la caries (*Streptococcus mutans*), evitando que éstas permanezcan en los dientes. Mientras estos microbios dañinos van desapareciendo, otros inofensivos se instalan en los dientes impidiendo la presencia de otras posibles células de *Streptococcus mutans*. (www.eufic.org/sp/food/pag/food07/food072.htm).

- Otro aspecto o dato importante es que, se deberían realizar campañas y / ó trámites legales, que inciten a la publicación de los componentes exactos de cada lata o tapa de Chimó.

- Como se explicó en este informe de investigación, el Chimó proviene del tabaco, de donde se obtiene de igual forma los Cigarrillos. Estos productos tabaquicos poseen Nicotina la cual origina diversas reacciones adversas sobre el organismo; por lo que a las Empresas productoras de cigarrillo se les ha obligado a colocar en el envoltorio del empaque de cigarrillos la frase “se ha determinado que fumar es nocivo para la salud”; es a nuestro parecer; igual obligación para las empresas fabricantes de Chimó prevenir o alertar a la población que consume su producto las consecuencias que dicho hábito podría originar.

Bibliografía

- ❖ CORECUID La Comisión Regional Contra el Uso Ilícito de Drogas – Lara - Trabajo epidemiológico acerca del Chimó en el Estado Lara (1.996).

- ❖ González. Prevalencia en el consumo de Chimo en pacientes que asisten al departamento de enfermería de el IUTY (Instituto Universitario de Tecnología del Yaracuy). (2.000).

- ❖ MERIDA, Marco Tulio. Patología General y Bucal. 1994

- ❖ REGEZZI, Sciubba. Patología Bucal. Tercera Edición. Editorial Interamericana McGraw – Hill. 2000

- Referencias Electrónicas:
 - ❖ www.cdc.gov/tobacco.
Fecha de Consulta: Julio 2005
 - ❖ www.cideiber.com/infopaises
Fecha de Consulta: Julio 2005
 - ❖ www.monografias.com
Fecha de Consulta; Julio 2005
 - ❖ www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish
Fecha de Consulta: Agosto 2005
 - ❖ www.odontologia-online.com
Fecha de Consulta: Agosto 2005
 - ❖ www.pegasus.ucla.edu.ve
Fecha de Consulta: Agosto 2005

❖ www.todocancer.com

Fecha de Consulta: Agosto 2005

❖ www.trabajosdemedicina.iespana.es/estomato.doc

Fecha de Consulta: Agosto 2005

❖ www.uncp.edu.pe

Fecha de Consulta: Agosto 2005

❖ www.venezuelaproductiva.gov.ve/yaracuy.html

Fecha de Consulta: Agosto 2005

❖ www.virtual.unal.edu.co/cursos/odontologia

Fecha de Consulta: Febrero 2006

❖ www.eufic.org/sp/food/pag/food07/food072.htm

Fecha de Consulta: Febrero 2006

❖ <http://www.yaracuy.gob.ve/estadisticas.php>

Fecha de Consulta: Febrero 2006

❖ www.adaptogeno.com/art_opinion/art124.asp

Fecha de Consulta: Marzo 2006

Universidad de Carabobo

Facultad de Odontología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ C.I. _____, me he prestado libremente, para ser evaluado odontológicamente por parte de las Bachilleres Lucimar Terán y Genifer Riera, para una investigación de tipo descriptiva; que tiene por Objetivo General “Determinar las Lesiones bucales en Trabajadores Agropecuarios del Estado Yaracuy consumidores de Chimó”. Así mismo estoy en conocimiento de que:

* La información requerida se registrará en un Registro de Observación, por medio de una anamnesis (serie de preguntas que aportarán datos personales, antecedentes familiares, de salud general); Exámen Clínico – Bucal (comprende evaluación por medios visuales; uso de instrumentos como espejo, pinza algodонера, explorador, sonda periodontal; digitopresión; tacto, entre otros). Igualmente se requerirá el uso de fotografías (sin revelar el aspecto de mi cara) lo cual no va a originar ningún tipo de riesgo o incomodidad. El Lapso de tiempo que tomará este examen será de una hora – dos horas (lo necesario para hacer una evaluación clínica – odontológica)

* La importancia de mi participación radica en el hecho de que por medio de mi evaluación, no sólo conoceré mi condición bucal, si no que también participaré en una investigación que fundamentará bases para próximos estudios.

* La información que debo proporcionar debe ser fidedigna, veraz en todos los aspectos; desde mis datos personales, antecedentes clínicos, hasta los hábitos que practico.

* Se me ha indicado, igualmente, que puedo retirarme en cualquier momento sin represalias o pérdida de algún beneficio

* Declaro que me han informado de los procedimientos, objetivos y riesgos de esta evaluación. Estoy satisfecho con los datos proporcionados, he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado las dudas planteadas. En consecuencia doy mi consentimiento para ser evaluado.

Paciente:

Lucimar Terán

Genifer Riera

Cualquier inquietud llamar los Teléfonos 0146 – 3553511 (Lucimar Terán) y al 0414 – 5484148 (Genifer Riera)