

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ALTERACIONES NEURO-PSIQUIÁTRICAS

PRESENTADO POR
C.D. OROZCO MENDIOLA ÚRSULA LILIANA

ASESOR
Dr. FIGUEROA CERVANTES CARLOS

LIMA – PERÚ
2017

AGRADECIMIENTO

A Dios por demostrarme día a día su amor infinito y por darme tantas bendiciones en la vida.

A Maximiliano Marín todo mi cariño y mi más profundo agradecimiento por estar siempre presente y por su valioso tiempo, esfuerzo, colaboración e interés en la búsqueda de información para la elaboración del presente trabajo.

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ALTERACIONES NEURO-PSIQUIÁTRICAS

INDICE

Resumen	06
Introducción	07
1. Trastorno de ansiedad	08
1.1. Características clínicas	08
1.2. Manejo odontológico	09
2. Esquizofrenia	11
2.1. Características clínicas	11
2.1.1. Sintomatología	12
2.1.1.1. Síntomas positivos	12
2.1.1.2. Síntomas negativos	12
2.1.2. Tipos de esquizofrenia	12
2.1.2.1. Esquizofrenia paranoide	12
2.1.2.2. Esquizofrenia catatónica	12
2.1.2.3. Esquizofrenia desorganizada	12
2.1.2.4. Esquizofrenia indiferenciada	13
2.1.2.5. Esquizofrenia residual	13
2.2. Manejo odontológico	14
3. Parálisis Cerebral	14
3.1. Características clínicas	15
3.1.1. Tipos de parálisis cerebral	15
3.1.1.1. Parálisis cerebral espástica	15
3.1.1.2. Parálisis cerebral discinética	15
3.1.1.3. Parálisis cerebral atáxica	15
3.1.2. Manifestaciones bucales	16
3.1.2.1. Caries dental	16
3.1.2.2. Enfermedad periodontal	16
3.1.2.3. Erosión dental	16
3.1.2.4. Sialorrea	16
3.1.2.5. Maloclusión clase II.....	16
3.2. Manejo odontológico	16
4. Autismo	18
4.1. Tipos de autismo	17
4.1.1. Autismo clásico	17
4.1.2. Síndrome de Rett	18
4.1.3. Síndrome de Asperger	18
4.1.4. Trastorno desintegrativo infantil	18
4.1.5. Autismo atípico	18
4.2. Características clínicas	19
4.3. Manejo odontológico	20
5. Trastorno de abuso de sustancias	21
5.1. Características clínicas	22
5.2. Manejo odontológico	22
6. Enfermedad de Parkinson	23
6.1. Características clínicas	24
6.2. Manejo odontológico	24
7. Enfermedad de Alzheimer	26
7.1. Características clínicas	26
7.2. Manejo odontológico	27

8. Epilepsia	27
8.1. Clasificación	28
8.1.1. Crisis generalizadas	28
8.1.1.1. Ausencias	28
8.1.1.2. Crisis mioclónicas	28
8.1.1.3. Crisis clónicas	28
8.1.1.4. Crisis tónicas	28
8.1.1.5. Crisis tónico-clónicas	28
8.1.1.6. Crisis atónicas	28
8.1.2. Crisis parciales o focales	28
8.1.2.1. Crisis parciales simples	28
8.1.2.2. Crisis parciales complejas	28
8.1.3. Crisis no clasificadas	29
8.2. Características clínicas	29
8.3. Manejo odontológico	29
9. Desórdenes de alimentación	30
9.1. Características clínicas	31
9.2. Manejo Odontológico	32
10. Accidente cerebro-vascular	
10.1. Características clínicas	
10.2. Manejo odontológico	
Anexos	33
Cuadro N° 1	34
Cuadro N° 2	35
Cuadro N° 3	36
Cuadro N° 4	37
Cuadro N° 5	38
Cuadro N° 6	39
Cuadro N° 7	40
Cuadro N° 8	41
Cuadro N° 9	42
Cuadro N° 10	43
Conclusiones	44
Bibliografía	46

RESUMEN

Los pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas tienen una mayor prevalencia de enfermedades orales que la población en general, tales como caries dental, enfermedad periodontal, bruxismo, pérdida de piezas dentarias; esto se debe a diversos factores como la medicación que reciben, miedo al odontólogo, a la ausencia de interés en el cuidado personal, al manejo del dolor mediante analgésicos, ausencia de conocimiento sobre la salud oral de éstos pacientes por parte de los familiares que los cuidan y a la falta de preparación de los profesionales para atender a éste grupo de pacientes. El objetivo del presente trabajo es estudiar los diferentes protocolos de atención odontológica de acuerdo a la patología que presentan éste grupo de pacientes, para poder mejorar su calidad de vida, puesto que el estado de salud oral tiene un gran impacto en su salud sistémica, siendo de vital importancia para el odontólogo realizar un trabajo interdisciplinario con el médico tratante para lograr el mayor beneficio de los pacientes con éste tipo de alteraciones.

Palabras claves : enfermedad oral, salud mental, métodos de atención odontológica .

ABSTRACT

Patients with neuropsychiatric disorders have a higher prevalence of oral diseases than the general population, such as dental caries, periodontal disease, bruxism, loss of teeth; This is due to various factors such as the medication they receive, fear of the dentist, lack of interest in personal care, pain management through analgesics, lack of knowledge about the oral health of these patients by family members that they take care, the lack of preparation of the professionals to attend to this group of patients. The objective of the present work is to study the different protocols of dental care according to the pathology presented by this group of patients, in order to improve their quality of life, since the state of oral health has a great impact on their systemic health, being It is of vital importance for the dentist to perform an interdisciplinary work with the attending physician to achieve the greatest benefit of patients with this type of alterations.

Key words : oral health, mental health, dental care methods.

INTRODUCCIÓN

La neuropsiquiatría es un área de la medicina que involucra el estudio de la relación entre los trastornos mentales y alteraciones del sistema nervioso.

Los trastornos mentales son clínicamente un síndrome conductual o psicológico que ocurre en el individuo, es el resultado de un desequilibrio entre los aspectos biológicos y sociales que reflejan una alteración de las funciones cerebrales, como la atención, memoria, pensamiento, estado de ánimo, aprendizaje y conducta¹.

Los trastornos neuropsiquiátricos son un conjunto de problemas conductuales, problemas en las relaciones interpersonales, alteraciones emocionales, del pensamiento y percepción del medio que los rodea; por lo que ésta población de pacientes con éstos trastornos presentan una mayor prevalencia de enfermedades orales como caries dental, enfermedad periodontal, pérdida de dientes, entre otros. Se ha demostrado que la falta de conocimiento de las necesidades dentales y los efectos secundarios de los medicamentos psicotrópicos afectan la salud oral de ésta población. Es crítico, entonces, que las personas con enfermedades mentales reciban atención dental regular para disminuir el impacto de la enfermedad mental en su salud oral².

Según la Organización Mundial de Salud, la prevalencia de personas con enfermedades mentales irá en aumento, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países, por ello es importante tener un manejo interdisciplinario de éstos pacientes para poder mejorar su calidad de vida, ya que la atención odontológica de pacientes con enfermedades neuropsiquiátricas se ve limitada en muchos casos por la falta de acceso a los servicios de salud para ésta población, por el miedo que experimentan hacia los tratamientos dentales y por la falta de autocuidado personal.

Los pacientes psiquiátricos están expuestos a un riesgo particularmente alto de enfermedades dentales debido a factores relacionados con el paciente y relacionados con el servicio, la mayoría de los cuales son modificables. Los factores de riesgo relacionados con el paciente incluyen fumar intensamente, descuidar la higiene oral, el comportamiento de evitación, tener una dieta rica en carbohidratos y abusar del alcohol y las drogas. Los factores relacionados con el servicio incluyen la falta de clínicas dentales adecuadas, la falta de fondos designados para servicios dentales, el acceso deficiente a los servicios dentales y la preocupación insuficiente de los psiquiatras. Un factor importante, pero poco estudiado, es el impacto de los medicamentos psicotrópicos que pueden causar sequedad en la boca u otros efectos secundarios que contribuyen a los problemas de salud bucal³.

Los casos con algún trastorno psiquiátrico implican todo un reto para el médico y el equipo de trabajo. Si para muchos acudir al consultorio dental representa en sí un factor estresante, lo es más aún para quienes cursan con algún trastorno o personalidad ansiosa o fóbica y para los que son demandantes e irritables, en ocasiones fuera de contexto, lo cual ocasiona una fuente importante de estrés para el odontólogo, así como que el tratamiento bucal evolucione algunas veces con lentitud. En éstas situaciones se debe buscar el apoyo de la psiquiatría, con la finalidad de lograr un mayor beneficio de éste grupo de personas con el trabajo en equipo⁴.

El presente trabajo es una revisión bibliográfica sobre el manejo odontológico de pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas más comunes en nuestro medio como la ansiedad, esquizofrenia, parálisis cerebral, autismo, pacientes con abuso de sustancias, Parkinson, enfermedad de Alzheimer, epilepsia y con desórdenes alimenticios para así poder mejorar su calidad de vida, siendo siempre importante establecer programas preventivos para evitar la aparición de nuevas lesiones orales y progresión de las mismas.

1. Trastorno de ansiedad

El miedo y la ansiedad son respuestas psicológicas normales perodesagradables frente a una amenaza. Si bien el miedo a menudo se asocia con una amenaza presente y externa, la ansiedad es menos identificable y, a menudo se relaciona con estímulos internos, pensamientos e imaginación. La fobia, sin embargo, es un miedo o ansiedad desadaptativa que lleva a la sobrevaloración de una amenaza. Una persona con fobia sobreestima la importancia de una amenaza y la probabilidad de que ocurra una situación catastrófica temida. Cuando una persona detecta amenazas reales o potenciales para la supervivencia y el bienestar, activan un circuito de supervivencia defensivo en el cerebro. Esta respuesta de defensa es global, activando todo el organismo y sus recursos para hacer frente al peligro, incluidos los sistemas y regiones defensivos motivacionales, cognitivos y afectivos del cerebro que controlan la liberación generalizada de señales químicas, incluidos neuromoduladores y hormonas⁵.

La ansiedad es una reacción emocional y neurofisiológica normal ante la percepción de una amenaza, que ayuda al individuo a estar preparado para quedarse inmóvil, huir o luchar; también es un mecanismo de supervivencia adecuado e incluso adaptativo ante la presencia de peligros reales, que permite escapar tanto de la situación intimidatoria actual, como evitar otras futuras, a través de un aprendizaje condicionado por el temor. En la ansiedad patológica existe una respuesta anormal o exagerada a un estímulo dado, la cual limita de manera significativa la capacidad de funcionamiento del paciente ⁴.

El Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales ,Cuarta Edición (DSM-IV) clasifica la fobia dental como una forma de fobia específica y se incluye en el grupo de trastornos de ansiedad (American Psychiatric Association, 2000). El DSM-IV define la fobia específica como un miedo persistente, irracional e intenso a un objeto o procedimiento específico (como un procedimiento específico en odontología) que persiste durante al menos 6 meses ⁵.

Las personas temerosas y ansiosas sienten que algo terrible va a suceder durante el tratamiento dental y, por lo tanto, no visitan al dentista. Tal comportamiento finalmente resulta en una mala salud oral, con más dientes faltantes, dientes cariados y un estado periodontal deficiente. Se presentan al consultorio dental solo en situaciones de emergencia aguda que a menudo requieren procedimientos de tratamiento complicados y traumáticos, lo que a su vez exacerba y refuerza su estado de miedo, lo que lleva a la evasión completa en el futuro. En consecuencia, se establece un círculo vicioso de miedo dental si estos pacientes no son manejados adecuadamente (cuadro1). La ansiedad dental afecta la vida de una persona de múltiples maneras. Los impactos fisiológicos incluyen signos y síntomas de la respuesta de miedo y sentimientos de agotamiento después de una cita dental, mientras que los impactos cognitivos incluyen una serie de pensamientos negativos, creencias y temores. Los impactos conductuales incluyen no solo la evitación sino también otros comportamientos relacionados con la alimentación, la higiene oral, la automedicación, el llanto y la agresión. También representa un impacto significativo en la salud general debido a la alteración del sueño, lo que influye tanto en las relaciones personales establecidas como en las nuevas. Además, las interacciones sociales y el rendimiento en el trabajo se pueden ver afectados, debido a sentimientos de baja autoestima y confianza en sí mismo; por ello es importante saber ayudar al paciente con fobia o ansiedad para evitar que interrumpa su tratamiento odontológico por miedo y con el tiempo presente mayores problemas dentales que no resuelva⁶.

1.1 Características clínicas

Los signos característicos de éste trastorno son la tensión muscular, inquietud, insomnio, irritabilidad, hipervigilancia y fatiga. Las crisis de angustia constituye un cuadro incapacitante; ésta se presenta de forma súbita, en la cual el individuo experimenta un miedo sobrecogedor, terror, aprensión y la sensación de que algo terrible le va a ocurrir de forma inminente. En éstas crisis se presentan síntomas físicos como disnea, palpitaciones, dolor o molestias precordiales, sensaciones de asfixia, mareo o inestabilidad, así como irrealidad, parestesias, oleadas de frío y calor, sudoración, temblor, espasmos, temor a morir, volverse loco o a perder el control. La mayoría de los síntomas son debidos

a una hiperestimulación del sistema nervioso autónomo, los cuales tienen una duración aproximada de 5 a 20 minutos⁴. La ansiedad puede identificarse en la mayoría de los pacientes que buscan atención dental observando el comportamiento y reconociendo signos fisiológicos de ansiedad, como dilatación de la pupila, palidez, sudoración excesiva, aumento de la presión arterial y del ritmo cardíaco, temblores, mareos, boca seca, debilidad y dificultad para respirar⁷.

Las principales afecciones manifestadas en estos pacientes incluyen caries dentales; lesiones periapicales, gingivales, periodontales y pulpares, y celulitis o abscesos de la cavidad oral. Los cambios en los hábitos y el comportamiento son trastornos frecuentes como la ansiedad y la depresión, ya que ambos se caracterizan por una mala higiene oral, atribuida a la pérdida de interés. Del mismo modo, fumar es más frecuente en personas con enfermedades de salud mental, como la ansiedad, esta práctica a su vez aumenta el riesgo de tener caries dentales debido a cambios en la capacidad de amortiguación de la saliva⁸.

1.2. Manejo Odontológico

El tratamiento de pacientes con ansiedad dental a menudo está relacionado con un mayor estrés en los proveedores de servicios dentales y la combinación del miedo de los pacientes con otros problemas de salud mental puede complicar aún más el tratamiento³. La ansiedad dental, una sensación de ansiedad o miedo frente a la perspectiva del tratamiento dental, se reconoce como uno de los mayores desafíos para la atención profesional⁷.

La etiología de la ansiedad dental es multifactorial y, por lo tanto, no existe monoterapia para el tratamiento. La evaluación adecuada del paciente y la identificación de su fuente y nivel de ansiedad pueden permitir al dentista decidir un plan de tratamiento adecuado. La ansiedad puede desencadenarse incluso en las situaciones más inocuas, como el encuentro con la recepcionista mientras se programan las citas o el ambiente clínico, por lo que es esencial que todos los aspectos de la práctica dental sean apropiados⁶.

En términos generales, la ansiedad dental puede manejarse mediante intervenciones psicoterapéuticas, intervenciones farmacológicas o una combinación de ambas, dependiendo de la experiencia y el conocimiento del dentista, el grado de ansiedad dental, las características del paciente y las situaciones clínicas. Las intervenciones psicoterapéuticas están orientadas al uso de la terapia cognitivo-conductual (TCC), cuyo objetivo es cambiar el comportamiento indeseable en ciertas situaciones a través del aprendizaje y que ha demostrado ser altamente exitoso en el manejo de individuos extremadamente ansiosos y fóbicos⁶.

Con base en indicaciones específicas, estos pacientes pueden ser manejados farmacológicamente usando sedación con benzodiazepinas o anestesia general³. La sedación reduce la ansiedad, la irritabilidad o la agitación a través de la administración de sedantes para facilitar los procedimientos dentales planificados. Los objetivos de la sedación son permitir que los dentistas trabajen de manera efectiva y ayudar a los pacientes a permanecer lo más relajados y cómodos posible⁵³. Las benzodiazepinas orales tienen un amplio margen de seguridad clínica y son fáciles de administrar. A pesar de su baja toxicidad, los pacientes pueden experimentar reacciones adversas como sarpullido, náuseas o dolor de cabeza. Las benzodiazepinas potencian el efecto del etanol y pueden promover una reacción paradójica. Además, la sedación con benzodiazepinas requiere que los pacientes sean acompañados a las citas con la recomendación de no operar vehículos de motor o maquinaria peligrosa mientras duren los efectos farmacológicos del medicamento. Entre las benzodiazepinas, el midazolam se usa con mayor frecuencia para la sedación durante los tratamientos dentales⁷.

Otro tipo de sedación es emplear el óxido nitroso, un anestésico por inhalación común, que comprende una mezcla de 40% de óxido nitroso y 60% de oxígeno inhalado a través de una máscara nasal durante el procedimiento dental. Induce la ansiólisis, la relajación muscular y, a veces, la euforia⁵.

También se puede emplear la anestesia general, la cual requiere un análisis médico antes de que el paciente ingrese a sala de operaciones para realizar todos los tratamientos que requiera el paciente y puede ser dado de alta el mismo día⁶.

Los métodos comúnmente empleados para ayudar a los pacientes a controlar el miedo o fobia dental, aparte de la hipnosis y acupuntura, también incluyen:

Familiarización o exposición a la terapia, que a menudo se basa en el método Tell-Show-Do (decir, mostrar, hacer) para exponer gradualmente al paciente a los tratamientos odontológicos. Esta técnica implica primero describir un procedimiento o instrumento dental para el paciente, luego mostrar los instrumentos necesarios y como último paso realizar el procedimiento dental. La familiarización y Tell-Show-Do implican una variedad de técnicas y mecanismos psicológicos para el cambio de comportamiento, que incluyen desensibilización, exposición, conformación del comportamiento y refuerzo⁵.

Distracción, que reduce la angustia del comportamiento al desviar la atención de un paciente ansioso de los estímulos angustiantes o dolorosos durante los procedimientos dentales invasivos. Existe una fuerte evidencia de que la distracción puede reducir efectivamente el dolor y la angustia que experimentan los pacientes durante los procedimientos dentales⁵.

Otro de los métodos usados es la fitoterapia que es una de las terapias complementarias más populares, y la depresión y la ansiedad son indicaciones importantes para su uso. Además de tener un costo menor, la fitoterapia conlleva un menor riesgo de efectos colaterales y adicción. La planta *Passiflora incarnata*, perteneciente a la familia *Passifloraceae* y comúnmente conocida como fruta de la pasión, está muy extendida en las zonas tropicales de todo el mundo y se utiliza en la medicina tradicional para el tratamiento de la ansiedad, el nerviosismo y la neuralgia, ya que posee un efecto ansiolítico cuando se administra en la dosis oral preoperatoria de 260 mg⁷.

También se emplean las imágenes guiadas que se han definido como un sueño diurno dirigido y deliberado que usa todos los sentidos para crear un estado enfocado de relajación y una sensación de bienestar físico y emocional. Es un ejercicio de mente y cuerpo, en el que a los pacientes se les enseña a desarrollar una imagen mental de una experiencia placentera y tranquila que guía conscientemente su atención para lograr la relajación, reduciendo así la ansiedad. En general, hay tres etapas para las imágenes guiadas: relajación, visualización y sugestión positiva. Las imágenes pueden ser un lugar agradable, como una playa, montañas, lago o un lugar seguro, y deben ser atractivas y personalizadas para cada paciente. A los pacientes se les puede permitir elegir su propia imagen mental o pueden guiarse usando guiones del dentista. Se les ordena crear un escenario lleno de detalles específicos y concretos, junto con el sonido, el olor y los colores de la escena. Esta técnica produce una relajación maravillosa y relajante en todo el cuerpo. Los estudios han demostrado la efectividad de las imágenes guiadas en el tratamiento de la angustia, el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad asociados con el dolor crónico, el trastorno de ansiedad social, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el dolor por cáncer. Es relativamente fácil de aprender, enseñar y usar en la práctica. Puede ser realizado por un dentista adecuadamente capacitado o con el uso de grabaciones de audio, y puede realizarse a diario o según lo necesite el paciente⁶.

Cabe resaltar la importancia que desempeñan el personal que trabaja en el consultorio dental, cuyo trato hacia el paciente debe ser amable, preocupado por el paciente para poder transmitirle tranquilidad⁶.

Otro de los criterios a considerar es que el tiempo de espera del paciente en el consultorio odontológico no sea demasiado prolongado, puesto que puede aumentar la ansiedad del paciente; asimismo la música y las luces del consultorio deben ser suaves, se puede hacer uso de aromaterapia para crear un ambiente más calmado⁶.

Una buena relación paciente-dentista es crucial para el manejo de la ansiedad. Las estrategias de comunicación son muy importantes. Siempre debe haber comunicación bidireccional. El dentista primero debe presentarse y conversar personalmente con el paciente en su consultorio, y escuchar cuidadosamente de forma calmada, serena y sin prejuicios. Se debe adquirir la información adecuada del paciente con respecto a sus problemas y preocupaciones dentales, tomándose el tiempo para preguntar y escuchar sobre sus miedos. Además, se debe alentar a los pacientes a hacer preguntas sobre el tratamiento, y se les debe mantener completamente informados sobre lo que se debe hacer antes de comenzar el procedimiento y también durante el procedimiento. Continúe indagando si los pacientes sienten molestias, brinde apoyo moral y tranquilícelo durante el procedimiento empleando un lenguaje entendible, ya que todo tratamiento exitoso dependerá de la cooperación entre el dentista y el paciente, y por lo tanto, un paciente relajado obviamente dará como resultado una atmósfera menos estresante para el equipo dental y mejores resultados de tratamiento⁶.

2. Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad crónica, severa e incapacitante. Se define por la presencia de anomalías en uno o más de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento desorganizado y síntomas negativos: pobreza de pensamiento, anhedonia y afecto plano⁸.

La esquizofrenia es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente el sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas. Poseen ideas delirantes que puede ser extravagantes, con alteración de la percepción, afecto anormal sin relación a la situación, y autismo entendido como aislamiento. El comienzo de esta enfermedad puede ser agudo, es decir con puede comenzar de un momento para otro con la crisis delirante, un estado maniaco, un cuadro depresivo con contenidos psicóticos, puede presentar un estado confuso. La edad de inicio promedio es en los hombres entre los 15 y los 25 años, y en las mujeres entre los 25 y los 35 años. No obstante puede aparecer antes o después, aunque es poco frecuente que surja antes de los 10 años o después de los 50 años¹.

La enfermedad dental puede tener importantes consecuencias en éste grupo de pacientes, además del retraimiento social y la baja autoestima, la mala salud oral se asocia con afecciones médicas crónicas como infarto de miocardio y apoplejía. Una explicación es que una higiene oral deficiente permite que las bacterias orales entren en el torrente sanguíneo. Luego se forman complejos inmunes que, a su vez, provocan respuestas inflamatorias en las arterias y en los órganos distales⁹.

2.1. Características clínicas

El problema de la esquizofrenia es que la mayoría de los síntomas son subjetivos, dependen de lo que el paciente refiera. No existe un cuadro clínico único, sino que hay múltiples síntomas característicos; síntomas emocionales, cognitivos, de personalidad y de actividad motora¹.

Los pacientes con esquizofrenia sufren una variedad de comorbilidades físicas, lo que se considera atribuible a su estilo de vida sedentario y al deterioro en el autocuidado así como a los efectos secundarios de los medicamentos psicotrópicos. A la luz de la naturaleza crónica de esta enfermedad, identificar y manejar estas condiciones físicas es de importancia crítica en esta población¹⁰.

La esquizofrenia a menudo se asocia con síntomas positivos y negativos; las alucinaciones, las voces que escuchan los pacientes, y los delirios paranoicos son algunos de los síntomas positivos; mientras que los síntomas negativos se relacionan con pérdida de sensación de placer que conduce al aislamiento social, aislamiento del paciente que eventualmente pierde la voluntad de realizar actividades de rutina¹¹.

2.1.1. Sintomatología

2.1.1.1. Síntomas positivos : Exceso o distorsión de las funciones normales como :

- Alucinaciones: percepciones que no existen que pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas (las 2 primeras son las más comunes).
- Ideas delirantes: alteraciones del pensamiento, ideas falsas e irreductibles al razonamiento argumental.
- Lenguaje desorganizado e incoherente (suelen ser ideas de persecución, de grandeza, religiosos, de celos e hipocondríacos).
- Comportamiento gravemente desorganizado (agitación, incapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal) o catatónico (con una disminución de la actividad psíquica y motora hasta llegar a una falta total de atención y rigidez)¹.

2.1.1.2. Síntomas negativos : Parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Estos síntomas alteran la capacidad de funcionar en la vida diaria de

los pacientes, son personas que se acaban aislando y perdiendo a los amigos. Los síntomas negativos comprenden restricciones:

- Embotamiento afectivo: no tiene reacción ante estímulos emocionales.
- Pobreza del habla (alogia).
- Abulia o apatía: falta de voluntad, incapacidad para persistir o para iniciar una actividad.
- Anhedonia: incapacidad para disfrutar de los placeres.

Pocos signos y síntomas son considerados esenciales para confirmar el diagnóstico, para lo cual se considera síntomas con una duración de 6 meses como delirios, alucinaciones, lenguaje y conducta desorganizada¹¹, por lo que de acuerdo al cuadro clínico que presentan, se han identificado 5 tipos de esquizofrenia¹:

2.1.2. Tipos de esquizofrenia :

2.1.2.1. Esquizofrenia paranoide :

Se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.

2.1.2.2. Esquizofrenia catatónica :

Predomina el trastorno del movimiento o movimientos motores. Los expertos hablan de “estupor catatónico”. A pesar de tener la conciencia despierta, el enfermo no reacciona a los intentos de entrar en contacto con él. Su rostro permanece inmóvil e inexpresivo, no se percibe ningún movimiento interior e incluso fuertes estímulos de dolor pueden no provocar reacción alguna. En los casos más graves pueden llegar a no hablar, ni comer, ni beber durante periodos lo suficientemente largos como para que peligre su vida. Sin embargo en el interior del enfermo puede haber verdaderas tormentas de sentimientos, que a menudo solo se manifiestan en una aceleración del pulso. También se dan repeticiones constantes del mismo movimiento (automatismos) y muecas. Los cuadros de extrema gravedad, en los que el enfermo por ejemplo semantiene sobre una pierna durante unas semanas, solo se observa muy raras veces gracias a las posibilidades actuales del tratamiento. Sólo ocurren cuando nadie se ocupa del enfermo o cuando el tratamiento no es eficaz. El pronóstico para este tipo de esquizofrenia suele ser malo.

2.1.2.3. Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica:

Predomina un afecto absurdo, no apropiado (se suelen reír cuando se les da una mala noticia, las conductas suelen ser infantiles, el estado de humor es absurdo, existe desinhibición en los sentimientos. Suelen tener comportamientos extraños, como reír sin motivo aparente y realizar muecas. A menudo muestran falta de interés y de participación. Hay casos en los que se manifiestan alucinaciones y delirios, aunque esto no es una condición ecuaníme en este tipo de esquizofrenia en la mayoría de los casos los brotes no son claramente delimitables. Suele comenzar en edades tempranas como es la pubertad, por eso reciben el nombre de esquizofrenias juveniles e incluso hay casos en los que la enfermedad viene de la infancia (psicosis infantil). El pronóstico suele ser desfavorable en comparación con las otras esquizofrenias, debido a la personalidad inmadura del enfermo.

2.1.2.4. Esquizofrenia indiferenciada :

Es un tipo de esquizofrenia en la cual no predomina un síntoma concreto para el diagnóstico, es como la mezcla de las otras anteriores.

2.1.2.5. Esquizofrenia residual :

En estos casos debe haber habido, por lo menos, un episodio de esquizofrenia anteriormente, pero en el momento actual no hay síntomas psicóticos importantes. Es la fase en la que los síntomas negativos son más evidentes. No se manifiesta en todos los enfermos¹.

En los últimos años, ha aumentado la preocupación con respecto a la detección y el tratamiento de problemas físicos en esta población. Una de las áreas de salud física a las que se les presta poca atención en este grupo de pacientes es la salud bucal. La evidencia disponible sugiere una mayor prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal entre los pacientes con esquizofrenia, en comparación con la población general; además, se ha determinado que hay cambios bioquímicos, inmunológicos y microbiológicos en la composición de la saliva que conducen a un aumento en el riesgo de infecciones¹².

Un estudio con pacientes con esquizofrenia muestra que el 61% de estos pacientes tienen una higiene oral deficiente, incluidas condiciones tales como sequedad de boca, pérdida de dientes y formas graves de caries dentales. La sequedad de la boca se puede explicar por los efectos secundarios de medicación antipsicótica utilizada en estos pacientes⁸. Otros factores que afectan la salud dental de los pacientes son una baja frecuencia de cepillado de dientes, un menor número de visitas al dentista, el tabaquismo, alto consumo de bebidas azucaradas y la mala nutrición. Algunos estudios han encontrado una asociación entre el tipo de medicación antipsicótica administrada e higiene oral. Los antipsicóticos de primera generación son más propensos a causar síntomas extrapiramidales, como temblores, que afectan el cepillado dental⁸.

La falta de cuidado personal que se presentan en los pacientes con esquizofrenia tiene un fuerte impacto en la cavidad oral, además hay un conjunto de factores que pueden generar lesiones en tejidos duros y blandos. Dentro de éstos factores están los cambios de conducta y concentración que les impide saber la necesidad de realizar la higiene dental, lo cual predispone a la aparición de diversas patologías infecciosas como gingivitis, presencia de cálculo dental, movilidad dental, sangrado, halitosis, caries; también se observa hiperplasia gingival, cambios en el aspecto de las mucosas, etc. La alteración del sistema neuromuscular, y en consecuencia se produce bruxismo. Con frecuencia aparecen las lesiones traumáticas que se producen cuando los pacientes sufren las crisis agudas de la esquizofrenia a raíz de caídas, autolesiones por conductas agresivas y compulsivas producto de desórdenes psíquicos¹.

En general, éstos pacientes son propensos a presentar efectos orofaciales adversos como xerostomía, discinesia oral causada por medicamentos psicotrópicos. Los antipsicóticos de primera generación como el haloperidol, son conocidos por causar hiposalivación al bloquear la estimulación parasimpática de las glándulas salivales, lo que predispone a los pacientes en un alto riesgo de caries, particularmente caries radiculares. Debido a la xerostomía, aparecen otras lesiones como candidiasis, síndrome de boca urente, glositis, estomatitis generalizada, que afectan el habla y la deglución o que conducen a una tolerancia insuficiente de las dentaduras postizas. La discinesia que se observan en éstos pacientes afectan las actividades motoras produciendo movimientos anormales de la mandíbula, dando lugar a protrusión de la lengua y muecas faciales¹¹.

2.2. Manejo odontológico

La literatura sobre las manifestaciones de la enfermedad oral en la esquizofrenia es limitada. La falta de deseo de atención de la salud oral, así como la falta de conciencia general sobre los problemas de salud oral en estos pacientes, agravados aún más por los efectos secundarios de los medicamentos, pueden complicar el tratamiento dental en pacientes esquizofrénicos¹¹.

La actitud de los profesionales dentales y el conocimiento limitado de las causas y los efectos de las enfermedades bucales en este grupo especial de pacientes son otros problemas que provocan retrasos en la provisión de tratamiento. También se han informado casos de baja tolerancia por parte

del personal dental en el tratamiento de pacientes con bajo cumplimiento y falta de voluntad para tratar a dichos pacientes. La debida consideración de estos factores por parte de los profesionales dentales y la modificación de los planes de tratamiento para atender específicamente a estos pacientes los motivará a aceptar tratamientos dentales y también a reducir el número de consultas dentales¹¹.

Debe tenerse en cuenta una historia completa sobre las prácticas de higiene bucal del paciente, el consumo de tabaco, los hábitos parafuncionales y otros hábitos abusivos, los medicamentos y la actitud de la familia del paciente hacia la salud oral. El paciente debe tratarse con empatía y tratarse como cualquier otro paciente. Se debe construir una buena comunicación y una buena relación para evitar cualquier incomodidad para el paciente. Se debe dar prioridad al asesoramiento de los cuidadores, la profilaxis oral, la restauración de los dientes cariados, la rehabilitación oral de los pacientes edéntulos y cualquier tratamiento de emergencia posible¹¹.

Los procedimientos quirúrgicos en éste grupo de pacientes no están contraindicados, sin embargo se deben trabajar en conjunto con el médico psiquiatra para poder realizar éstos tratamientos en pacientes que se encuentren debidamente medicados y estables. Además, importante también concientizar a los familiares y/o cuidadores de éste grupo de pacientes sobre el impacto que puede tener la salud oral en la condición sistémica, para así lograr establecer una adecuada planificación del tratamiento dental de pacientes con esquizofrenia⁸.

3. Parálisis cerebral

La parálisis cerebral es un grupo de desórdenes del desarrollo del movimiento y la postura que resultan en limitaciones de la actividad. La parálisis cerebral es causada por disturbios no progresivos que ocurren en el desarrollo del cerebro del feto o del infante. La parálisis cerebral son frecuentemente acompañadas de desórdenes motores como epilepsia, problemas músculo esqueléticos secundarios y disturbios de la sensación, percepción, cognición, comunicación y comportamiento¹³.

La parálisis cerebral es una enfermedad multifactorial. Los factores etiológicos más comunes citados en la literatura son :

- Prenatales : hipoxia, gestaciones múltiples, infecciones intrauterinas, desórdenes genéticos y metabólicos, malformaciones de las estructuras del cerebro, trauma abdominal.
- Perinatales : asfixia, parto prematuro, incompatibilidad sanguínea.
- Posnatales : asfixia, infarto cerebral, hiperbilirubinemia, sepsis, meningitis, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, síndrome del bebé sacudido¹⁴.

3.1. Características clínicas

Según sus características clínicas, la parálisis cerebral puede ser clasificada como :

- Espástica, atetósica y atáxica. Según la localización de la lesión.
- Isotónica (tono muscular normal), hipotónica (tono muscular disminuido), hipertónica (tono aumentado), fluctuante (tono inconsistente, hipotonía y espasticidad). Según el tono muscular .
- Leve, moderado y severo, según el grado.
- Hemiplejía (se produce cuando la discapacidad se presenta únicamente en la mitad izquierda o derecha del cuerpo), diplejía (afecta a las dos piernas, estando los brazos ligeramente afectados), tetraplejía (afectados los dos brazos y las dos piernas), monoplejía (afectado sólo un miembro del cuerpo), triplejía (afectados 3 miembros del cuerpo), paraplejía (afectación de los miembros inferiores). Según la topografía corporal¹⁵.
- Nivel I (camina sin limitaciones), Nivel II (camina con limitaciones), Nivel III (camina usando un dispositivo de movilidad de mano), Nivel IV (auto movilidad con limitaciones puede utilizar movilidad motorizada), Nivel V (transportado en una silla de ruedas manual). Según la función motora gruesa¹⁴.

- Clasificación 1 (usa silla de ruedas), Clasificación 2 (usa andador), Clasificación 3 (usa muletas), Clasificación 4 (usa bastones), Clasificación 5 (independiente en superficies niveladas), Clasificación 6 (independiente en todas las superficies). Según la escala de movilidad funcional ¹⁴.

3.1.1 Tipos

- 3.1.1.1. Parálisis cerebral espástica :se caracteriza cuando hay rigidez; las personas que tienen esta clase de parálisis cerebral encuentran dificultad para controlar algunos o todos sus músculos, que tienden a estirarse y debilitarse, y que a menudo son los que sostienen sus brazos, sus piernas o su cabeza. La parálisis cerebral espástica se produce normalmente cuando las células nerviosas de la capa externa del cerebro o corteza, no funcionan correctamente ¹⁵.
- 3.1.1.2. Parálisis cerebral discinética o atetóxica :se caracteriza, principalmente, por movimientos lentos, involuntarios (que se agravan con la fatiga y las emociones y se atenúan en reposo, desapareciendo con el sueño) y descoordinados, que dificultan la actividad diaria. Es común que las personas que tengan este tipo de parálisis cerebral tengan unos músculos que cambian rápidamente de flojos a tensos. Sus brazos y sus piernas se mueven de una manera descontrolada, y puede ser difícil entenderles debido a que tienen dificultad para controlar su lengua, su respiración y las cuerdas vocales. La parálisis cerebral atetóxica es el resultado de que la parte central del cerebro no funcione adecuadamente ¹³.
- 3.1.1.3. Parálisis cerebral atáxica : las personas con éste tipo de parálisis tienen dificultades para controlar el equilibrio debido a una lesión en el cerebelo. Según el alcance de la lesión, estas personas pueden llegar a caminar, aunque lo harán de manera inestable ¹³.

Los estudios han demostrado que cuanto más grave es el daño neurológico en pacientes con parálisis cerebral, mayor es el riesgo de enfermedad dental. Esto es el resultado de múltiples factores que incluyen dificultades motoras y de coordinación, así como una limitada higiene y cuidado bucal. En el cuadro 2 se presentan varios factores que predisponen a la enfermedad dental . Aproximadamente el 30% de los niños con parálisis cerebral están desnutridos, lo que afecta su salud dental¹⁶. La prevalencia de problemas al alimentarse se correlaciona directamente con la severidad de compromiso motor, y el compromiso de las habilidades para la alimentación son uno de los factores pronósticos de supervivencia¹⁷. La principal causa de mala nutrición parece ser la parálisis pseudobulbar, que afecta la coordinación de la succión, la masticación y la deglución. El exceso de babeo (sialorrea) también es el resultado de la parálisis pseudobulbar, sin embargo, también puede estar relacionado con una mayor producción de saliva secundaria a una lesión oral irritativa. Además, el reflujo gastroesofágico es otro problema común en niños con parálisis cerebral, que causa regurgitación, vómitos, lo que produce erosiones dentales ¹⁶. A continuación se describirán las principales manifestaciones bucales que presentan los pacientes con parálisis cerebral :

3.1.2. Manifestaciones bucales

3.1.2.1. Caries dental

La caries constituye una enfermedad multifactorial en la cual interactúan diversos factores como los biológicos, culturales, económicos, ambientales y sociales. Los pacientes con parálisis cerebral tienen un mayor riesgo de desarrollar caries dental debido al grado de déficit cognitivo y motor que presentan. La falta de coordinación motora grave afecta la capacidad de realizar una higiene oral adecuada y los déficits cognitivos dificultan la cooperación para un cuidado bucal efectivo¹⁴.

3.1.2.2. Enfermedad periodontal

Varios estudios han demostrado que la hiperplasia gingival y el sangrado asociado se producen con mayor frecuencia en niños con parálisis cerebral. Esta alta frecuencia puede deberse a los mismos factores que predisponen a la caries dental y conducen a la acumulación de biopelículas. Las dificultades para realizar la higiene bucal diaria, la sensibilidad intraoral y la disfunción motora orofacial son los principales factores que contribuyen a la enfermedad periodontal. Otro factor importante es el uso de fármacos antiepilépticos, particularmente fenitoína. La hiperplasia gingival es predictiva de enfermedades periodontales. Tiende a ocurrir en niños con parálisis cerebral tetrapléjica espástica, particularmente con el avance de la edad¹⁶.

3.1.2.3. Erosión dental

La erosión dental es una pérdida progresiva de tejido dental duro como resultado de un proceso químico (no bacteriano). La enfermedad por reflujo gastroesofágico es la causa individual más importante de erosiones dentales observadas hasta en 55% de los pacientes; tanto los dientes primarios como los permanentes pueden verse afectados, con mayor frecuencia los molares superiores, los molares inferiores y los incisivos superiores¹⁶.

Los familiares de los pacientes con parálisis cerebral y los odontólogos deben estar atentos a los primeros signos de erosión dental para poder proporcionar una terapia preventiva y tratamiento de las erosiones dentales para evitar el daño irreversible a la dentición¹⁴.

3.1.2.4. Sialorrea

La hipersalivación o sialismo parece ser la consecuencia de una disfunción en la coordinación de los mecanismos de deglución (parálisis pseudobulbar) y la apertura bucal. La hipersalivación puede empeorar con algunos medicamentos anticonvulsivantes, como clonazepam. El manejo de este difícil problema no es muy efectivo e incluye un ensayo de un medicamento anticolinérgico, como glicopirrolato y escopolamina. Los efectos secundarios incluyen irritabilidad, sedación, visión borrosa y estreñimiento. La inyección de toxina botulínica en las glándulas parótidas y submandibulares puede ser también efectiva para reducir la hipersalivación¹⁶.

3.1.2.5. Maloclusión clase II

Es la más común en pacientes con parálisis cerebral, esto es debido a la respiración bucal, cara alargada e incompetencia labial¹⁵.

3.2. Manejo odontológico

El tratamiento odontológico de casos con parálisis cerebral es complejo dadas las deficiencias neuromusculares que se presentan, además de otros problemas médicos y de desarrollo que dificultan que el paciente se mantenga en una posición estática en el sillón dental⁴.

Otros de los desafíos a los cuales se enfrentan los odontólogos es la aprehensión, el miedo a los extraños y las dificultades de comunicación por déficit auditivo, visual o del habla. Los déficits cognitivos y de atención también pueden contribuir a las dificultades de cooperación¹⁶. También las convulsiones, y la postura pueden representar dificultades a la hora de atender a éstos pacientes¹⁴.

Es recomendable agendar las citas temprano en el día para una evaluación preliminar, teniendo tiempo suficiente para conversar con los padres o tutores, para establecer una confianza mutua¹⁶.

Se necesitan ajustes especiales de asiento y posición para los niños con una postura anormal. La silla dental debe permitir un ajuste cuidadoso para proporcionar la estabilidad y el soporte necesarios. A menudo se necesita inclinar la silla hacia atrás en los pacientes con parálisis cerebral espástica y atetoide con más control manual¹⁴.

Frecuentemente es necesaria la ayuda de los padres y de la asistente dental para la toma de rayos x. Los pacientes con espasticidad más severa que involucra la cabeza y el cuello pueden evaluarse mejor en el regazo de los padres. La posición de la cabeza también se puede mantener en la línea

media con la ayuda de tiras de velcro¹⁶. La estabilización asistida y el mantenimiento postural se pueden lograr a través de las siguientes técnicas:

1. Posición de la cabeza mantenida en la línea media por uno de los asistentes dentales sobre un soporte para la cabeza (dispositivo de posición) ubicado en el nivel occipital.
2. Mantenimiento de miembros superiores doblados y yuxtapuestos en la línea media, con la ayuda de tiras de velcro.
3. Mantenimiento de los miembros inferiores doblados que disminuyen el ángulo de la cadera a 120° en relación con el tronco utilizando rollos de espuma suave como dispositivos de posicionamiento, como para apoyar debajo de las rodillas.
4. Mantenimiento de una boca abierta con el uso de abre bocas y uso de dedos de protección para evitar el cierre repentino de la boca; se recomienda hacer tiempos de descanso para que el paciente pueda cerrar la boca evitando el dolor debido a la rigidez muscular¹⁴.

Los instrumentos afilados deben usarse con extrema precaución para evitar lesiones. No hay reservas sobre el uso de anestesia local. Los pacientes con parálisis cerebral a menudo tienen dificultad para enjuagar adecuadamente y necesitan un rociador de agua y un dispositivo de succión. Las piezas de ortodoncia o protésicas son recomendables solo si la discapacidad es leve para minimizar el riesgo de rotura y aspiración. Cualquier plan de tratamiento debe ser simple y dentro de los límites de tolerancia del niño¹⁶.

Los niños con parálisis cerebral pueden ser difíciles de manejar y no cooperar (especialmente aquellos que no son capaces de responder a órdenes verbales), durante la evaluación y el tratamiento dental, para lo cual se puede hacer uso de la restricción física con papoose. La sedación con benzodiazepinas u óxido nitroso y la anestesia general con frecuencia se necesitan en situaciones que requieran procedimientos invasivos como cirugías. La historia de las dificultades respiratorias y las convulsiones representan un desafío particular. La evaluación de la especialidad correspondiente (pediatría, anestesiología y / o neurología) a menudo se necesita antes del procedimiento requerido, así como un consentimiento informado firmado por los padres o tutores. La mayoría de los pacientes con parálisis cerebral toleran bien estos procedimientos y la sedación con complicaciones postoperatorias son mínimas¹⁴.

Es importante realizar una práctica preventiva aplicando sellantes, flúor, enjuagues con digluconato de clorhexidina al 0.12%, cepillos de dientes adaptados para facilitar la higiene, uso de hilo dental¹³, se debe de instruir a los padres, para que éstos mantengan la salud oral en el hogar. Los padres deben aprender a realizar suavemente la limpieza diaria de los incisivos con un paño suave o un cepillo de dientes suave para bebés. Para los niños mayores que no desean o no pueden cooperar físicamente, el dentista debe enseñar a los padres las técnicas correctas de cepillado y las formas de restringir al niño cuando sea necesario. El niño se coloca en el regazo de los padres para estabilizar la cabeza con una mano mientras usa la otra mano para cepillarse los dientes. Un niño mayor puede recostarse en una silla o en la cama y el padre inclina la cabeza hacia atrás con una mano mientras los dientes se cepillan con la otra mano. Se necesita una restricción más extrema por parte de ambos padres para el niño más difícil. Las manos del paciente pueden ser restringidas por una tercera persona a fin de realizar mejor la higiene oral¹⁴.

4. Autismo

La palabra autismo viene del griego auto, que quiere decir “propio, uno mismo”. El autismo es una condición que hace parte de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), los cuales abarcan desordenes severos del comportamiento, clasificados como autismo clásico, síndrome de Rett, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado, conocido también como autismo atípico¹⁸.

Se define como una alteración en el neurodesarrollo caracterizada por daño severo en la interacción social, el lenguaje, el comportamiento y la función cognitiva²⁰.

4.1. Tipos de autismo

- 4.1.1. El autismo clásico puede ser diagnosticado en niños antes de los tres años de edad y se caracteriza por el deterioro de la capacidad de comunicación e interacción social, dificultades motrices, comportamientos repetitivos y déficit cognitivo. Son niños pasivos, alejados de las personas y poco sensibles a su entorno, evitan cualquier contacto visual, muestran resistencia a los cambios de ambiente y a actividades inusuales ¹⁸.
- 4.1.2. El síndrome de Rett afecta solo a personas del sexo femenino, es un trastorno degenerativo que se observa a partir del quinto año de vida y consiste en la pérdida de las capacidades manuales ya desarrolladas ¹⁸.
- 4.1.3. En el síndrome de Asperger los individuos tienen un aspecto externo normal, suelen ser inteligentes y no tienen retraso en el habla. Sin embargo, presentan problemas para relacionarse con los demás y en ocasiones presentan comportamientos inadecuados. La capacidad intelectual es normal o superior y generalmente son muy habilidosos para las matemáticas ¹⁸.
- 4.1.4. El trastorno desintegrativo infantil o síndrome de Heller es caracterizado por una aparición tardía, después de los tres años de edad. Se caracteriza por la pérdida de las habilidades ya adquiridas, hay retraso en el desarrollo del lenguaje, la función social, las habilidades motrices y presencia de alucinaciones ¹⁸.
- 4.1.5. El autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso profundo y con graves trastornos específicos del desarrollo y de la comprensión del lenguaje; se diferencia del autismo clásico en que este no posee todos los síntomas ¹⁸.

Su etiología es incierta, aunque existe la sospecha de tener causas orgánicas, ya que se ha demostrado que el tamaño del tronco cerebral y del cerebelo es menor, con un menor número de células de Purkinje⁴. Recientes trabajos de investigación han dilucidado que parámetros como defectos mitocondriales, desregulación de citoquinas, altas concentraciones de andrógenos intrauterinos derivadas de la madre y edad materna avanzada pueden estar involucrados en la fisiopatología del autismo¹⁹. También se ha descrito la hipoactivación selectiva de ciertas áreas cerebrales asociadas con la integración motora, en estudios llevados a cabo en familias afectadas, se ha descrito un trastorno hereditario que afecta a 20 genes ubicados en los cromosomas 2,7,15,16 y 19 que interactúan entre sí. El predominio entre los hombres sugiere una alteración asociada al cromosoma Y, pero paradójicamente, los estudios del genoma de los pacientes con TEA (trastorno del espectro autista) lo relacionan con el cromosoma X²⁰.

La sintomatología del espectro autista se inicia antes del tercer año de vida y generalmente se somete a un curso constante sin remisión a través del tiempo¹⁹.

El diagnóstico del trastorno del espectro autista se establece después de un cuidadoso examen médico, psicológico y neurológico; y se basa en 4 criterios : alteraciones graves en las relaciones sociales; alteraciones serias en el desarrollo de la comunicación; patrones de comportamiento, intereses y actividades que son restringidos, repetitivos y estereotipados; y de inicio temprano (antes de los 3-5 años de edad). No todos estos síntomas necesariamente deben estar presentes simultáneamente o con la misma intensidad. Uno de los principales problemas para lograr un diagnóstico definitivo radica en la falta de pruebas analíticas genéticas, médicas o específicas²⁰.

Actualmente, uno de los tratamientos más comúnmente usados está englobado bajo el concepto pedagógico llamado "TEACCH" (Tratamiento y Educación de Niños con Discapacidades Autistas y de Comunicación) que combina educación especial, manejo del comportamiento, terapia del lenguaje y técnicas de entrenamiento social. Una de las herramientas esenciales de TEACCH es el aprendizaje visual. El tratamiento farmacológico no tiene ningún efecto sobre la capacidad de socializar o comunicarse, y está reservado para el control de algunos síntomas asociados con el TEA, como la

epilepsia, la ansiedad o la irritabilidad. Los productos farmacéuticos más comúnmente utilizados son: risperidona, olanzapina, fluoxetina, sertralina, carbamazepina, ácido valproico, clonidina y metilfenidato²⁰.

4.2. Características clínicas

La discapacidad intelectual es frecuente en personas con trastorno del espectro autista, con una prevalencia estimada del 75% . La comunicación verbal y no verbal tiende a ser limitada o inexistente (50% de los pacientes no adquieren el lenguaje hablado). Su lenguaje es a menudo repetitivo y no corresponde a un contexto, lo que demuestra la falta de comprensión. La ecolalia inmediata o diferida está presente en el 75% de los niños; sus intereses y actividades tienden a ser limitados, y los comportamientos repetitivos son frecuentes, a menudo desencadenados por el estrés, la excitación o ciertos estímulos (como los ruidos). Tienden a adquirir rutinas estrictas a las cuales los cambios o modificaciones pueden dar lugar a actitudes de resistencia. También pueden presentar una falta de coordinación motora y movimientos corporales repetitivos. Una de las principales características de los niños con TEA es su bajo umbral de frustración, que a menudo provoca rabietas²⁰.

A medida que crecen, la agitación, la agresividad y la autolesión pueden aparecer. Además, pueden sufrir trastornos mentales concurrentes como ansiedad, cambios de humor, déficit de atención e hiperactividad, trastorno obsesivo-compulsivo o esquizofrenia (que es más prevalente durante la adolescencia). La percepción sensorial también puede verse afectada con frecuentes manifestaciones de hipersensibilidad auditiva y táctil, reacciones exageradas a la luz y a los olores, una respuesta inadecuada del sistema vestibulo-visual con una predominante visión focal sobre la periférica y un umbral elevado de dolor²⁰.

Como el paciente autista recibe tratamiento con múltiples fármacos, se deberá prestar atención a los excipientes de los medicamentos que contengan azúcares, como algunos jarabes, ya que favorecerían la formación de placa bacteriana cariogénica y periodontogénica. En el cuadro 3 se observa los efectos en la cavidad oral de los medicamentos más utilizados en el tratamiento del autismo ⁴. Sin embargo los pacientes con TEA no poseen ninguna característica específica en los tejidos blandos o duros intra y periorales²³; a pesar de ello se ha reportado una alta prevalencia de hábitos orales no nutritivos y nocivos para el sistema estomatognático. El bruxismo se encuentra con alta intensidad, duración y frecuencia, generando graves desgastes dentales, problemas periodontales y avulsiones de dientes permanentes y se relaciona con un alto nivel de ansiedad presente en estos pacientes. El tratamiento de este hábito es complicado debido a la dificultad para entender la necesidad de realizar una terapia para controlarlo. El uso de Bótox es una alternativa eficaz, pues se demostró que infiltrándolo en los músculos masticatorios se observa una mejoría en cuanto a frecuencia y severidad¹⁸.

El babeo también es frecuente debido a una hipotonía labial de leve a moderada que se relaciona directamente con el nivel cognitivo, al igual que la succión digital, la onicofagia y la protrusión lingual. Las autolesiones o autoinjurias se presentan con una alta prevalencia, y consiste en colocar objetos extraños como cabellos y fragmentos de uñas en el surco gingival, a presión digital o mordeduras en tejidos orales, como la parte anterior de la lengua y los labios; generando en éstos úlceras, enfermedad periodontal, mutilaciones y autoextracciones. La severidad de las autolesiones depende del origen y la asociación que puedan tener con patologías mentales o el autismo en sí mismo¹⁸.

4.3. Manejo odontológico

Para el manejo odontológico se debe considerar que éstos pacientes tienen mayor riesgo de enfermedad oral como consecuencia de su capacidad disminuida de entender o participar en su higiene diaria y cooperar con los programas de prevención ⁴.

El manejo odontológico de pacientes con autismo es complejo debido a sus características comportamentales inherentes y al desconocimiento de la patología por parte del profesional, pues la educación universitaria no se enfoca en proveer conocimientos teóricos y prácticos para la atención de pacientes con discapacidades mentales, físicas y cognitivas y es por esto que la mayoría de los

odontólogos no se atreven a tratar este tipo de pacientes. Específicamente los pacientes con autismo presentan problemas en el desarrollo del lenguaje y no manifiestan emociones, sensaciones, ni dolor, lo que dificulta la comunicación y la colaboración durante el procedimiento clínico¹⁸. Además, muchos de éstos pacientes presentan agresividad y convulsiones, lo que dificulta atenderlos de manera ambulatoria en el consultorio dental²⁰.

Este grupo de pacientes requiere mucha atención, paciencia y juego de roles para lograr una buena relación antes de realizar el examen clínico²¹.

Se han recomendado varios métodos básicos de orientación del comportamiento para acomodar la terapia dental de los pacientes autistas, incluida la presencia de los padres, el uso de la técnica (tell-show-do) decir-mostrar-hacer, comandos breves y claros, y refuerzo verbal diferencial. La aplicación del concepto de pedagogía visual o el uso combinado de modelado, refuerzo y adaptación sensorial también puede permitir que los pacientes con TEA (trastorno del espectro autista) se sometan a un examen dental. Para un niño con habilidades receptivas restringidas y falta de atención conjunta, el uso de declaraciones de recompensa puede no producir los resultados deseados durante el tratamiento dental. Los niños autistas más jóvenes pueden responder mejor a ciertas técnicas de gestión, como el refuerzo positivo. Por lo tanto, la influencia de la edad del niño en las habilidades sociales podría ser crítica para manejar el comportamiento del paciente autista¹⁹.

En odontología pediátrica, cuando el comportamiento de los pacientes es difícil de manejar, el tratamiento dental se realiza bajo sedación. La sedación se puede realizar a través de varias rutas, como la vía inhalatoria, oral, intramuscular e intravenosa. Estas rutas se usan principalmente durante el tratamiento dental. Sin embargo, durante los pasos preparatorios, los pacientes a veces se niegan a usar máscaras de inhalación, tomar píldoras o recibir inyecciones intramusculares e intravenosas debido al miedo, a sus movimientos involuntarios y otros factores. En algunos casos, incluso el fármaco sedante puede ser inadecuado para producir los efectos previstos de control del comportamiento. La sedación por vía intravenosa es útil y de efecto rápido; sin embargo, requiere un mayor nivel de técnica clínica y monitoreo²².

Como alternativa, se considera la sedación a través de la vía submucosa. En este método, el fármaco sedante se administra en la submucosa bucal maxilar; es un método rápido que produce efectos sedantes adecuados, y puede servir como una alternativa para otras rutas de sedación. En los casos de pacientes discapacitados, la sedación a menudo se vuelve necesaria para controlar sus movimientos involuntarios. En particular, los pacientes con autismo a menudo tienen dificultades para establecer relaciones; por lo tanto, para realizar un tratamiento dental, la sedación se vuelve necesaria. Sin embargo, los pacientes con autismo muestran una fuerte resistencia a la sedación. La sedación a través de la vía submucosa se puede utilizar para un control del comportamiento efectivo en tales casos, lo que permite a los pacientes someterse a un tratamiento dental. Hasta ahora, solo unos pocos estudios han comparado la sedación a través de la vía submucosa y aquellos a través de otras rutas. Cuando se realiza sedación por vía submucosa, es preferible utilizar anestésicos locales sin vasoconstrictores, ya que el vasoconstrictor puede retrasar el efecto del sedante²².

Es importante tener en cuenta la forma de vestir del odontólogo con colores apagados, pues los fuertes alteran y distraen la atención del paciente, al igual que la luz del consultorio debe ser tenue y suave. En ocasiones es recomendable la presencia de los padres dentro de la consulta, permitirle ingresar su juguete favorito y cantarle canciones conocidas para promover la distracción y la confianza del paciente. Los padres pueden ayudar a implementar técnicas avanzadas como estabilización, protección y retención ya que esto genera seguridad en el niño¹⁸.

Se ha descrito exitosamente el uso de pictogramas, imágenes que representan las situaciones en las cuales el niño se va a ver involucrado y el comportamiento social que se espera de ellos. Se fabrican cartillas con la secuencia de pictogramas relacionados con una consulta odontológica de rutina. La música, especialmente la clásica y el jazz, es considerada como un medio de terapia eficaz pues es creativa y espontánea, atrayendo la atención y promoviendo la relajación de los pacientes con autismo, también se le puede pedir a los padres que lleven el CD de música favorito de su hijo. Por el contrario, los olores y los sonidos generados en el consultorio como el de la pieza de mano, el evector, el olor del acrílico y del eugenol pueden desencadenar reacciones de comportamiento adverso en el paciente, como hiperactividad, agresión y una respuesta negativa frente a la cita

odontológica, por lo que se deben introducir cuidadosamente a la cita por medio de técnicas como decir – mostrar – hacer¹⁸. La combinación de déficits conductuales del autismo y la naturaleza de la intervención terapéutica requieren la administración de anestesia general en aproximadamente el 40 por ciento de los casos²².

5. Trastorno de abuso de sustancias

La adicción o dependencia es una enfermedad producida por la ingestión de sustancias psicoactivas que afectan en especial al sistema nervioso central, al modificar su actividad química⁴.

Se considera sustancia psicoactiva a toda sustancia cuyo uso/abuso pueden ocasionar consecuencias psico-neuro-bio-socio-tóxicas. La OMS la define como toda sustancia química (de síntesis o natural) que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona²³.

Las sustancias adictivas actúan sobre el sistema nervioso central y pueden producir efectos como disminución de la ansiedad y tensión, júbilo, euforia, cambios placenteros de humor, así como sensación de aumento de la capacidad intelectual y física, modificación de la percepción sensorial y cambios bruscos de actitud y conducta⁴.

Cualquier paciente que se presente para tratamiento dental puede estar abusando de drogas – lícito y/o ilícito, o puede tener un historial de abuso de sustancias, a menudo junto con procedimientos de rehabilitación. Tanto los medios como la literatura profesional están repletos de evidencia de que, globalmente, el uso de drogas ilícitas se está acercando a proporciones epidémicas. En la actualidad, los cócteles de sustancias tanto legales como ilegales están disponibles en la calle, lo que significa que hay personas de todas las clases sociales y categorías socioeconómicas que abusan de las drogas. Esto hace que sea imperativo que todos los proveedores de atención médica oral tengan en cuenta que cualquier paciente puede ser un adicto a sustancias y que estos pacientes pueden presentarse para recibir atención dental en cualquier etapa de su abuso²⁴.

El consumo de drogas es un fenómeno social que acompaña a la humanidad desde sus inicios y requiere información tanto para quienes optan por no usarlas como para quienes enfrentan situaciones problemáticas por abuso. Las drogas han sido empleadas a lo largo de la historia en ceremonias religiosas, para aumentar la resistencia, para aliviar el hambre y la fatiga, con fines médicos, como anestésicos, con propósito social o recreacional. Las llamadas drogas psicotrópicas o psicoactivas son aquellas cuyo efecto principal se ejerce en el sistema nervioso central (SNC), provocando alteraciones del estado de ánimo, el comportamiento, la conciencia y las percepciones. De acuerdo al efecto que producen en el SNC se clasifican en drogas depresoras, estimulantes o perturbadoras. Según la vía de consumo las drogas pueden ingresar por vía inhalatoria intranasal (cocaína, pegamentos) o fumadas (tabaco, marihuana y pasta base); por vía oral o ingerida (alcohol y drogas de síntesis); vía intravenosa inyectada (heroína), además de otras menos frecuentes como la vía rectal y submucosa²⁵.

Los factores de riesgo potenciales que contribuyen al abuso de sustancias incluyen influencias genéticas y ambientales (vida caótica en el hogar, relaciones abusivas con la familia, amigos y conocidos, influencias de los compañeros, presiones de la comunidad); duración del uso de sustancias; personalidad (baja autoestima, estrés, actitudes personales, logros no realizados, expectativas no satisfechas, depresión); disponibilidad de drogas; el método del paciente para la administración de medicamentos y los trastornos mentales coexistentes. Se ha demostrado que estos factores tienen un impacto en los problemas de salud complejos, así como en los patrones de comportamiento que tienen implicancias significativas para el tratamiento dental. El abuso de sustancias a largo plazo altera significativamente las estructuras y funciones del cerebro, lo que lleva a un comportamiento incontrolable compulsivo y destructivo (agresivo); sin embargo, sigue siendo importante darse cuenta de que el abuso de sustancias no es un problema moral. De hecho, el concepto predominante de abuso de sustancias es el de un modelo de enfermedad en el que el

paciente no tiene control. Por lo tanto, se espera que el manejo del caso del abusador de sustancias difiera del manejo de un paciente no adicto²⁴.

5.1. Características clínicas

Este trastorno se caracteriza por el uso compulsivo de la sustancia, cambios en el comportamiento y alteraciones en la funcionalidad del individuo⁴.

Los signos y síntomas del uso de drogas y la adicción varían según el medicamento. Puede ser difícil reconocer a un abusador / adicto basado solamente en la apariencia. Los signos físicos que pueden ser útiles para reconocer a un abusador / adicto incluyen ojos inyectados enrojecidos, cambios en el tamaño de las pupilas, olores inusuales en el cuerpo o ropa, temblores, quemaduras en los labios y dedos, rechinar de dientes, apretar la mandíbula y el habla arrastrada. Sin embargo, la ausencia de estos signos no excluye el abuso o la adicción. La alteración en el comportamiento y el estado de ánimo pueden ser más indicativos que los cambios en la apariencia, pero pueden ser más difíciles de detectar. Una disminución en el rendimiento escolar y laboral y los cambios en amigos y actividades también pueden ser reveladores²⁴.

Hay una gran carga de enfermedades dentales en los adictos a sustancias que se complica aún más por problemas emocionales / conductuales / de personalidad concomitantes, la salud general a menudo deficiente del adicto, la nutrición inadecuada y la higiene oral, así como por los efectos patológicos de las drogas en la dentición y el periodonto. El efecto de las drogas sobre la salud oral se observa en el cuadro 4²⁴.

5.2. Manejo Odontológico

La atención odontológica de pacientes con abuso de sustancias representa un desafío para el odontólogo, puesto que los pacientes que se encuentran en desintoxicación tienen un alto riesgo de recaída. El acceso a los servicios dentales es importante para que el abusador de sustancias en recuperación reduzca el riesgo de recaída debido al dolor dental. Además de los desafíos biológicos y restaurativos que presentan, se encuentran los problemas socioeconómicos con los que el abusador de sustancias puede tener que lidiar, en donde su objetivo principal es asegurar la sustancia preferida de abuso en lugar de abordar el daño oral y dental existente. Es crítico que el tratamiento dental de los que abusan de sustancias y de los que se someten a desintoxicación incorpore un alivio cuidadoso del dolor, buenas técnicas de anestesia local y un médico comprensivo para permitir una experiencia positiva que no refuerce la ansiedad dental²⁴. Sin embargo, en pacientes que estén bajo los efectos de una sustancia ilícita está contraindicado el uso de anestésicos locales con vasoconstrictor ya que pueden provocar crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular o infarto al miocardio, por lo que es recomendable el uso de anestesia sin vasoconstrictor; también se contraindica el uso de sedación o anestesia general debido a que pueden potenciar un efecto depresor respiratorio²⁴.

Para el manejo del dolor se recomienda no usar analgésicos porque en éstos pacientes puede aumentar la tendencia a sangrar, en casos de urgencia para la inflamación se puede recetar corticoides, sin embargo pueden ocasionar una crisis suprarrenal y aumento de glucosa en sangre²⁴. Se requerirá del manejo interdisciplinario con el médico psiquiatra, ya que para que se pueda tratar al paciente en la consulta dental, se debe tener como objetivo principal lograr la abstinencia de la forma más segura y cómoda para el paciente. El tratamiento farmacológico dependerá de la sustancia de abuso; por ejemplo para la abstinencia por consumo de alcohol se emplean las benzodiazepinas. En la etapa de rehabilitación el objetivo es la reinserción paulatina del individuo a través de programas de hospitalización, favorecer la educación y desarrollar habilidades para enfrentar la vida cotidiana⁴.

Durante la cita dental es importante realizar un cuestionario de salud y la posterior entrevista verbal, en la cual se deben plantear preguntas pertinentes, lo que permite que el paciente indique un problema de abuso de sustancias. Dado que se sabe que los pacientes pueden falsificar información más fácilmente en un cuestionario que cuando se los confronta directamente, las preguntas se realizan mejor verbalmente durante una entrevista. También se puede obtener información

adicionalde otro profesional de la salud. El estigma, la vergüenza y el miedo al juicio asociado con el abuso de sustancias pueden hacer que los pacientes eviten revelar o negar una historia de hechos debido al riesgo percibido de divulgar su condición. Por esta razón, se debe reafirmar la confidencialidad de la entrevista y de los hallazgos. Después de una revisión del historial de salud, la apariencia y el comportamiento general del paciente deben ser cuidadosamente analizados y observados. En general, los pacientes que abusan de los estimulantes pueden parecer irritables, argumentativos o demasiado agresivos, mientras que los pacientes que abusan de los depresores pueden parecer somnolientos, letárgicos y confundidos. Ocasionalmente, los pacientes incluso pueden usar su sustancia preferida antes de su cita para reducir la ansiedad, en cuyo caso es mejor posponer el tratamiento, por eso también es importante la observación clínica, que es de vital importancia durante la evaluación de cualquier paciente, más aún si surge alguna sospecha, ya sea por signos o síntomas orales o físicos, que no pueden justificarse a partir del historial médico o dental del paciente. Esto significaría observar, oler y escuchar atentamente mientras se conocen tanto las consecuencias directas (inducidas por drogas) como indirectas (estilo de vida) de sustancias ilícitas que éstos pacientes consumen ²⁴.

Está contraindicado dar atención dental a individuos que estén bajo los efectos de cualquier droga, tanto por los riesgos que puede presentarse para su salud como para la seguridad del odontólogo y su equipo de trabajo, ya que la conducta del individuo puede ser impredecible⁴.

Es conocido que comúnmente los pacientes con trastorno de sustancias no buscan atención odontológica, por lo que no son conscientes de su salud dental ²⁴.

6. Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo progresivo común de etiología multifactorial, donde las neuronas dopamínicas mueren por la combinación de factores que incluyen vulnerabilidad genética, estrés oxidativo, disfunción de proteosomas, actividad normal de cinasa y factores ambientales⁴. Es también una enfermedad crónica, multisistémica, con síntomas extrapiramidales, neuropsiquiátricos, disautonómicos y sensoriales²⁹.

La enfermedad de Parkinson (EP) es una patología neurodegenerativa del sistema nervioso central, descrita por primera vez en 1817 por James Parkinson, quien la denominó parálisis temblorosa y posteriormente llevaría su nombre, se caracteriza por el deterioro progresivo de las neuronas en la sustancia negra del cerebro, generando una disminución de la dopamina. La dopamina cumple funciones neurotransmisoras responsables de transmitir señales, su disminución en los núcleos basales, produce una disfunción en la regulación de las principales estructuras cerebrales implicadas en el control del movimiento, las alteraciones motoras están relacionadas con la pérdida de secreción de la dopamina por los centros dopaminérgicos y un aumento de la actividad en las vías de la acetilcolina²⁶.

6.1. Características clínicas

La enfermedad de Parkinson se caracteriza por presentar trastornos motores temblor, rigidez, bradicinesia (movimientos lentos y escasos) e inestabilidad postural que dificultan la higiene oral²⁷.

Los síntomas de la enfermedad de Parkinson se desarrollan gradualmente, las deficiencias motoras son comunes en cuatro signos cardinales, éstos incluyen temblor en reposo, bradicinesia, acinesia (incapacidad para iniciar un movimiento) e inestabilidad postural. Sin embargo, el signo más común y aparente de la enfermedad de Parkinson es el temblor en reposo, que generalmente se observa en las manos, pero también puede expresarse en los brazos, las piernas, la mandíbula, la lengua, la frente o los párpados. La iniciación de los temblores de reposo a menudo se presenta unilateralmente en uno o dos dedos mientras está en reposo. Con la progresión de la enfermedad, los temblores se vuelven bilaterales y ocurren durante el movimiento, así como durante los períodos de descanso²⁸.

El temblor que presentan los pacientes con enfermedad de Parkinson puede afectar las piernas, los labios, el mentón, la mandíbula o la lengua. El temblor de mandíbula generalmente se presenta con

movimientos de “arriba y abajo” y con menos frecuencia con movimiento de “lado a lado”. El temblor de los labios y lengua puede interferir con morder, masticar y tragar. Como consecuencia, puede observarse atrición, dolor orofacial, incomodidad de la articulación temporomandibular, los dientes agrietados y la mordedura de la lengua, las mejillas y los labios²⁹.

La evolución de los síntomas en algunas personas puede ser más rápido, siendo difícil predecir el curso de la enfermedad, por lo cual es importante utilizar escalas estandarizadas de valoración que permitan monitorizar el seguimiento y el estado clínico como la clasificación de estadios de Hoehn y Yahr (cuadro 5)²⁶.

Otro grupo de síntomas, los no motores, pueden preceder a los motores. Los síntomas no motores incluyen síntomas neuropsiquiátricos como déficits cognitivos, depresión, ansiedad y apatía, síntomas disautonómicos (falta de fuerzas, sueño, mareos), incluyendo gastrointestinales (sialorrea, disfagia, gastroparesia, estreñimiento, y disfunción defecatoria), urovesical (nicturia, poliuria, incontinencia de urgencia, retención, flujo débil y de inicio retardado), cardiovascular (hipotensión ortostática, cambios de la presión sanguínea y frecuencia cardíaca), termorregulador y sudomotor (hiperhidrosis, hipertermia, seborrea e intolerancia al calor), sexual y pupilar (disminución de la adaptación a la oscuridad), trastornos del sueño, fatiga, dolor, disfunción olfativa y visual²⁹.

Como resultado de la acinesia, la falta de expresión facial es común, lo que resulta en el desarrollo de una cara similar a una máscara. Normalmente no se ve hasta que la enfermedad ha avanzado, una boca abierta con un parpadeo limitado de los ojos también es común. Una vez que esto se ha establecido, la sialorrea es inevitable debido a la disfagia. Debido a la hipocinesia que afecta a los músculos de la producción del habla, el habla es característicamente lenta, monótona y arrastrada²⁸.

Los tejidos en la boca se vuelven secos y dolorosos. Aparecen ulceraciones, molestias orales y problemas con la retención de la prótesis. Los pacientes son propensos a caries, sensibilidad dental, caries en las raíces y enfermedades periodontales²⁹.

Otra característica es la disminución del flujo salival (Xerostomía) relacionada ampliamente con la terapia farmacológica (cuadro 6²⁸), aumentando el riesgo de presentar caries y la aparición de infecciones como la candidiasis, el sabor amargo o alteración en la percepción del gusto, siendo un efecto secundario de la medicación especialmente la levodopa. También se presenta el síndrome de boca ardiente, el cual se relaciona con la terapia farmacológica y el aumento del tono muscular²⁶.

Los pacientes con enfermedad de Parkinson también experimentan disminución del apetito, alteración del gusto y el olfato, dificultades en el habla, todo lo cual afecta la salud general y oral²⁹.

6.2. Manejo odontológico

El acceso de los pacientes que sufren de Parkinson al consultorio dental deberá contar con un estacionamiento en las proximidades, ascensor para silla de ruedas, puertas amplias, corredores y pasillos, porque el transporte y el acceso se reconocen como una barrera importante para recibir atención médica adecuada. Las visitas deben planearse para la mañana temprano, cuando la atención y la cooperación del paciente se encuentran en su mejor momento. En el caso de bradicinesia marcada, una cita temprana será un reto para el paciente y las visitas podrían planearse para media mañana. Los pacientes deben recibir instrucciones de tomar su levodopa 60 a 90 minutos antes de la visita para beneficiarse del efecto óptimo de la medicación antiparkinsoniana durante los procedimientos dentales. La inclinación del sillón dental deberá ser de 45° para evitar el riesgo de aspiración debido a la disfagia y sialorrea y los efectos de la hipotensión ortostática²⁹.

Dado que la prevención es un componente clave para mantener la salud oral, una vez que se diagnostica la enfermedad de Parkinson, se necesita una visita al dentista para crear el mejor ambiente posible para la prevención y el mantenimiento. Se debe realizar una revisión completa del historial médico y un examen completo que incluya radiografías. Los profesionales dentales pueden encontrar útil hablar sobre el estado de salud oral y las necesidades con el equipo de atención médica del paciente, que puede incluir un médico de atención primaria, una enfermera, un dietista y / o un terapeuta del habla y del lenguaje, y todos los miembros de la familia y / o cuidadores involucrados en ayudar al paciente. La coordinación de la atención es un componente importante para ayudar al paciente de la manera más eficiente y efectiva posible. Las intervenciones de

tratamiento temprano son extremadamente importantes para prevenir las complicaciones sistémicas de la infección oral. Las intervenciones rápidas también son importantes porque a medida que avanza la enfermedad, los pacientes pueden no tolerar largas cantidades de tiempo de la silla dental y, a medida que avanza la enfermedad, los pacientes tienen más dificultades con el movimiento, lo que dificulta el acceso al consultorio dental²⁸.

Se han propuesto algunas intervenciones para mejorar la higiene oral y el cuidado de estos pacientes: el uso de un cepillo de dientes eléctrico proporciona movimientos precisos y repetitivos, limpiando y protegiendo los dientes de manera más efectiva; el tratamiento con gel dental con fluoruro de estaño es una buena estrategia para el uso diario en el hogar, así como en las visitas periódicas al dentista, ya que el gel de fluoruro estañoso es más fuerte que el componente de fluoruro que se encuentra en las pastas dentales; tratamientos con clorhexidina, que pueden reducir químicamente el índice de placa en pacientes con deficiencias motoras; el uso de dispositivos para abrir la boca para facilitar los procedimientos y un suctor de alta potencia para proteger las vías aéreas; el uso de anestésicos locales apropiados (por ejemplo, lidocaína con adrenalina) en la dosis efectiva más baja. Los dentistas deben estimular y guiar a sus pacientes con Parkinson, familiares y cuidadores a practicar las técnicas apropiadas de higiene dental²⁷.

Los implantes dentales tienen una mejora significativa en la retención y correcta posición de las prótesis, ya que mejora la alimentación de éstos pacientes, que prefieren una prótesis implanto soportada versus a la convencional, debido a la estabilidad que éstas presentan²⁶.

Los pacientes con Parkinson que reciban levodopa y entacapona se les debe limitar la administración lidocaína 1:100.000 con epinefrina al dos por ciento a un número de tres carpules para evitar la taquicardia y la hipertensión; los enfermos que estén bajo tratamiento con rasagilina (inhibidor de monoamina oxidasa) no se les debe administrar anestésicos locales que contengan fármacos simpaticomiméticos vasoconstrictores como la epinefrina o levonordefrina, ya que pueden provocar una crisis hipertensiva, hiperpirexia, diaforesis y hemorragia subaracnoide; la rasagilina debe suspenderse dos semanas antes de cualquier cirugía que requiera anestesia general y en caso de procedimientos de emergencia, pueden emplearse benzodiazepinas, fentanilo, morfina o codeína, con cautela²⁶.

El uso de fosfato de calcio y flúor pueden ayudar al fortalecimiento del esmalte dental en los pacientes que presenten reflujo gastroesofágico. Los pacientes con xerostomía pueden beneficiarse con sorbos frecuentes de agua, caramelos duros sin azúcar y goma sin azúcar que contiene xilitol, sustitutos salivales hechos de carboximetilcelulosa, con viscosidad similar a la saliva o sustitutos salivales fluorados. Los posibles tratamientos para el síndrome de boca ardiente incluyen el tratamiento de hierro, vitamina B, terapia antifúngica, benzodiazepinas, ácido alfa-lipoico y terapia cognitivo-conductual²⁹.

7. Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer (EA) es un trastorno degenerativo primario del cerebro que aparece en cualquier momento de la vida adulta, aunque por lo general se manifiesta después de los 65 años. Al aumentar la edad, la incidencia se incrementa, por lo que es la etiología más común de demencia en los ancianos. En cuanto al cuadro patológico, se observa atrofia difusa de la corteza cerebral con agrandamiento secundario del sistema ventricular encefálico⁴.

La enfermedad de Alzheimer es también una enfermedad progresiva que afecta la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. Resulta en una disminución en múltiples áreas de función, que incluyen la memoria, el razonamiento y las habilidades de comunicación, y también puede incluir síntomas conductuales y psicológicos, como depresión, psicosis y agresión³⁰.

La enfermedad de Alzheimer es la causa de demencia más frecuente y ha sido asociada a muchos factores de riesgo: edad, sexo, apolipoproteína E4 (relacionada con la hipercolesterolemia), edad de los padres al momento del nacimiento, enfermedad cerebrovascular, trauma craneoencefálico, infarto al miocardio, defectos inmunológicos, factores genéticos como defectos cromosomales (Síndrome de Down), y factores ambientales como agentes infecciosos, toxinas, educación, y ocupación³¹.

7.1. Características clínicas

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por un deterioro de la salud mental y física: el mayor de los síntomas usualmente lo constituye una fuerte dificultad para recordar hechos y eventos, incoherencias en el lenguaje, y disfasia. Luego existe una gradual y progresiva pérdida de la memoria y de otras actividades cognitivas que terminan en la incapacidad para reconocer familiares o amigos y dificultad para llevar a cabo tareas tan simples como peinarse. Ocurre también un deterioro general de las destrezas motoras, desorientación, y cambios en la conducta que pueden resultar en actitudes inapropiadas y hasta groseras. Puede presentarse en estos pacientes; la aparición al mismo tiempo cambios en la personalidad, delirios, cambios repentinos de estado de ánimo, depresión y problemas de conducta³¹. La demencia es diagnosticada cuando el declive de éstas funciones llega a afectar las actividades personales de la vida diaria⁴.

El cuadro inicial comprende manifestaciones como dificultad para seleccionar vocablos, organizar componentes y otras actividades. Los problemas cognitivos poco a poco interfieren con actividades cotidianas como seguir instrucciones en el trabajo, conducir vehículos y realizar actividades domésticas. En las etapas intermedias de la enfermedad el individuo no puede trabajar y requiere supervisión diaria para comer o vestirse; algunos pacientes no pueden realizar cálculos sencillos, ni dar la hora. Si bien algunas personas caminan en las etapas más avanzadas, vagan sin rumbo y se observa pérdida de discernimiento, así como sus capacidades cognitivas. Un 10% de los pacientes desarrollan síndrome de Capgras, que se caracteriza porque éstos creen que a su cuidador lo han cambiado por un impostor. La desinhibición y la agresión alternan con etapas de pasividad y retraimiento. El patrón del sueño y la vigilia se altera, por lo que pueden caminar de noche sin rumbo, algunos muestran marcha ondulante, con rigidez y torpeza de movimientos. En la etapa final, los individuos se encuentran rígidos, mudos, incontinentes e inválidos en cama; éstos fallecen por desnutrición, infecciones secundarias, embolias pulmonares o cardiopatías⁴.

El tratamiento adecuado de la enfermedad de Alzheimer va a depender de un diagnóstico adecuado. Se dispone de varios abordajes terapéuticos para atacar la enfermedad como; los inhibidores de la acetilcolinesterasa, agonistas colinérgicos, antioxidantes, drogas antiinflamatorias, tratamiento de reemplazo hormonal, tratamiento antiamiloides (en el Alzheimer las fibras nerviosas mueren rodeadas por depósito amiloide) y agentes neurotrópicos. El abordaje colinérgico de la enfermedad es el más usado, y muchos agentes farmacológicos se utilizan con este fin. De ellos, los inhibidores de la colinesterasa son más frecuentemente utilizados. El donepecilo, es el inhibidor de la colinesterasa más nuevo y selectivo que se utiliza con excelentes resultados. Desafortunadamente, los inhibidores de la colinesterasa, así como otros agentes farmacológicos solo demoran el avance de la enfermedad pero no la detienen o la curan. Los problemas de conducta de los pacientes con Alzheimer pueden ser manejados con una variedad de antidepresivos, ansiolíticos o antipsicóticos. Se ha utilizado Ginkgo Biloba en pacientes con Alzheimer, buscando detener el deterioro de las funciones corticales pero con resultados modestos³¹.

Como se mencionó anteriormente los principales problemas de una persona con Alzheimer son los conductuales y de memoria. En las etapas iniciales de la enfermedad las citas y las instrucciones post-operatorias pueden ser olvidadas. Luego se presenta una progresiva negligencia en la higiene bucal por parte del paciente como resultado del hecho de no recordar la importancia de la misma, he incluso el no recordar cómo se usa el cepillo dental o la limpieza de las prótesis. Esta deficiencia en la higiene bucal que presentan los pacientes con la enfermedad, puede desencadenar una serie de problemas odontológicos que incluyen: caries, enfermedad periodontal, halitosis, y finalmente; la destrucción progresiva de la dentición con las subsiguientes consecuencias sistémicas que incluyen dificultades para alimentarse de manera adecuada³⁰.

7.2. Manejo odontológico

El plan de tratamiento de un paciente con Alzheimer debe ser diseñado de acuerdo a la severidad de la enfermedad (cuadro 7³⁰) y siempre en consenso con los miembros de la familia o las personas que se encargan del cuidado del paciente³¹.

Es importante señalar que a medida que avanza la enfermedad la condición bucal del paciente empeora progresivamente, sobre todo lo referente a la higiene bucal. Por lo tanto, si se atiende a un paciente en las primeras etapas de la enfermedad hay que anticiparse a ese deterioro con medidas urgentes de prevención (aplicaciones tópicas de fluoruros, enjuagues de clorhexidina, etc.) y citas frecuentes para destartraje y/o profilaxis. Los familiares, así como también el personal de la salud de residencias e instituciones de salud mental deben ser instruidos sobre las medidas de higiene bucal a seguir en este tipo de pacientes. El personal de enfermería puede ser entrenado en técnicas como profilaxis y/o aplicaciones de fluoruros en los centros donde existan los medios para este tipo de procedimientos, o en su defecto; la simple asistencia en las técnicas de cepillado diario, que puede incluir el uso de cepillos eléctricos y/o gasas húmedas para complementar las medidas de eliminación de irritantes locales³¹.

Se recomienda excluir las prótesis removibles en los pacientes con enfermedad avanzada ya que se han asociado a accidentes que comprometen la permeabilidad de las vías aéreas superiores, además el paciente es incapaz de limpiar su prótesis, de mantenerlas en buen estado y existe la posibilidad de que las pierda con frecuencia⁴.

8. Epilepsia

La epilepsia es un proceso crónico, recidivante y paroxístico de las funciones neuronales, determinado por una actividad neuronal anómala y espontánea. Se caracteriza por episodios críticos recurrentes denominados crisis epilépticas que corresponden a una descarga, excesiva e incontrolada de gran número de neuronas³².

Los factores etiológicos de la epilepsia son variados y comprenden predisposición genética, lesiones cerebrales debidas a complicaciones perinatales, a infecciones y parasitosis, traumatismos cerebrales, intoxicaciones y tumores. Su etiología es idiopática en un alto porcentaje de niños y adultos jóvenes, en la mayor parte de estos casos existen trastornos genéticos (metabólicos, degenerativos y síndromes epilépticos primarios)⁴.

Cuando se presenta antes de los 2 años de edad, suele estar asociada a defectos congénitos del desarrollo, traumatismos del parto o enfermedades metabólicas que afectan al cerebro. Después de los 25 años casi siempre es secundaria a traumatismo o tumores. Las infecciones del sistema nervioso central como cisticercosis, toxoplasmosis, paludismo, encefalitis tuberculosas y víricas, son algunas de las etiologías infecciosas. El origen de las convulsiones en los adultos de mayor edad comprenden accidente cerebro vascular, los traumatismos, tumores del sistema nervioso central y trastornos degenerativos como la enfermedad de Alzheimer⁴.

Se han propuesto múltiples sistemas de clasificación de la epilepsia basándose en diferentes elementos descriptivos, ya sea la semiología, la gravedad, la topografía o la etiología de las crisis y los síndromes. La clasificación de crisis epilépticas elaborada en 1981 por la comisión "ad hoc" de la International League Against Epilepsy (ILAE), es la más utilizada en la práctica y sus principios generales basados exclusivamente en criterios y características clínicas, están satisfactoriamente aceptados (cuadro 8)⁴.

8.1. Clasificación

8.1.1. Crisis generalizadas

Los primeros cambios clínicos indican un compromiso inicial de ambos hemisferios, la consciencia puede estar alterada.

8.1.1.1. Ausencias: consisten en el cese repentino de la actividad consciente continua sin actividad muscular convulsiva, ni pérdida del control postural. Tales crisis pueden ser tan breves que sean inapreciables. El paciente suspende la actividad que estaba realizando antes de la crisis, permanece quieto; no puede oír, ver o sentir.

- 8.1.1.2. Crisis mioclónicas: son repentinas, cortas, con contracciones musculares únicas o múltiples. En muchos casos, se acompañan de caídas violentas, seguidas de pérdida de la consciencia.
- 8.1.1.3. Crisis clónicas: son contracciones rítmicas e involuntarias de un músculo o grupo de músculos.
- 8.1.1.4. Crisis tónicas: consisten en la aparición repentina de una postura rígida de las extremidades o el tronco, a menudo, con desviación de la cabeza y de los ojos hacia un lado.
- 8.1.1.5. Crisis tónico-clónicas: el principio es anunciado por una repentina pérdida de consciencia, contracción tónica de los músculos y pérdida del control postural. Seguidamente, se da una fase clónica de duración variable, que termina cuando se relajan los músculos. El paciente puede volverse agresivo si es reprimido.
- 8.1.1.6. Crisis atónicas: son breves pérdidas de consciencia y posturales. No están asociadas con contracciones musculares tónicas.

8.1.2. Crisis parciales o focales

Indican activación de un sistema de neuronas limitada a una parte de un hemisferio cerebral. No hay compromiso de la consciencia, se han dividido en crisis con sintomatología simple y compleja.

- 8.1.2.1. Crisis parciales simples (sin pérdida de consciencia):
 - Con semiología motora : contracciones recurrentes de los músculos de alguna parte del cuerpo. Incluye además la repetición involuntaria e irreprimible de palabras o frases y el bloqueo del lenguaje.
 - Con semiología vegetativa: pueden estar caracterizadas por salivación excesiva movimientos rítmicos de los labios, modificaciones bruscas del ritmo cardiaco, hiperhidrosis, polipnea o hiperpnea seguida de apnea inspiratoria.
 - Con semiología somato-sensorial: se caracteriza por la presencia de síntomas elementales o sensaciones simples, en ausencia de cualquier tipo de estímulo. Parestesias, alucinaciones sensoriales o sensaciones de vértigo.
 - Con semiología psíquica: incluyen sensación de haber vivido alguna vez la misma experiencia (“Déjà vu”), injustificado sentido del miedo e ira, espejismo y alucinaciones complejas constantes.
- 8.1.2.2. Crisis parciales complejas (con pérdida de consciencia) : son cambios episódicos en la conducta del individuo en los que se pierde el contacto con su entorno. Es la más común y constituye el 20% de todas las crisis³².
- 8.1.3. **Crisis no clasificadas:** engloba todas aquellas crisis que no pueden clasificarse debido a datos incompletos o inadecuados ³².

8.2. Características clínicas

Los pacientes epilépticos comúnmente presentan una serie de condiciones que incluyen hiperplasia gingival inducida por medicamentos, sangrado gingival, bolsas periodontales profundas, caries y dientes ausentes ³³.

Las manifestaciones bucales que se presentan en los pacientes con epilepsia son resultado de efectos adversos del consumo de fármacos. Los efectos adversos más comunes son ulceración, xerostomía, glositis, estomatitis (carbamazepina, lamotrigina), hiperplasia gingival (fenitoína),

inducción de enzimas hepáticas y sus implicancias orales (fenobarbital, primidona, fenitoína). La xerostomía, causada principalmente por la Carbamazepina y Lamotrigina, asociada a la mala higiene oral, lleva a mayores índices de caries y candidiasis oral. En general, los pacientes con epilepsia y con crisis regulares tienden a tener un bajo nivel socioeconómico, probablemente debido al prejuicio cuando buscan empleo, y el bajo poder socioeconómico está relacionado con la salud bucal deficiente. El cirujano-dentista debe conocer algunas interacciones medicamentosas peligrosas, que pueden impedir la absorción del antiepiléptico, como la eritromicina, las penicilinas, el metronidazol, la aspirina y el ibuprofeno, descritas detalladamente en el cuadro 9³⁴.

8.3. Manejo odontológico

No es posible definir exactamente un protocolo de tratamiento o de prevención para las crisis epilépticas cuando se realiza la odontología ambulatoria, pero mucho se sabe para evitar, tratar y principalmente confortar al paciente en esa condición. Inicialmente, la anamnesis es el momento oportuno para identificar si el paciente tiene o no epilepsia³⁴. Si el paciente reconoce que tiene epilepsia, se sugiere incluir preguntas como ¿Por cuánto tiempo ha tenido epilepsia?, ¿Qué tipo de crisis tiene?, ¿Con qué frecuencia se producen la crisis?, ¿Qué tipo de medicación, en su caso, toma para controlar la crisis?, ¿Cómo empiezan las crisis?, ¿Hay una advertencia al inicio de la crisis?, ¿Se siente cansado o confundido después de la crisis?, ¿Cuándo fue su última crisis?³².

Si las crisis están bajo control con las drogas antiepilépticas y el paciente está libre de crisis, tanto el paciente como el dentista tienen mayor tranquilidad durante la atención. Pero para los pacientes con epilepsia de difícil control, la naturaleza imprevisible de convulsiones hace difícil asegurar la ausencia de crisis durante procedimientos odontológicos. Para esta condición, las benzodiacepinas (por ejemplo, Lorazepam 0,5mg-1,0mg) se pueden administrar 30-45 minutos antes del procedimiento. Sin embargo, la mayoría de los pacientes pueden identificar los factores que se asocian con un mayor riesgo de convulsiones. Los factores más comunes son la privación del sueño, el estrés, la época del ciclo menstrual, el uso de alcohol y el uso irregular del medicamento antiepiléptico. Así, los pacientes deben estar bien descansados y evitar la ingestión de bebidas alcohólicas antes de la atención odontológica. Los pacientes deben ser vigilantes sobre la posología de los medicamentos, especialmente durante los días anteriores a la atención³⁴.

En caso de ocurrir la crisis epiléptica durante la realización de procedimientos en la silla odontológica, el paciente debe ser mantenido en la silla en posición acostada (180 °) y próxima al suelo; Si es posible, se debe colocar en decúbito lateral, con apoyo para la cabeza, para evitar la aspiración de secreciones o materiales dentales. La contención pasiva debe ser usada sólo para prevenir al paciente de alcanzar objetos cercanos o caerse de la silla³⁴; también debe insertarse un objeto firme pero blando, bien sea un trozo de tela o pañuelo plegado entre los dientes, para proteger los dientes de mordeduras. Es importante destacar que ésta maniobra no puede realizarse cuando ya se ha iniciado la crisis, pues es prácticamente imposible hacerlo sin causar daño alguno, y aunque la mayoría de la crisis no constituyen una emergencia, si tiene cualquiera de las siguientes características se necesita de ayuda médica: una convulsión que dura más de cinco minutos sin que el paciente recupere la consciencia entre los ataques (“status epiléptico”), dificultad para respirar después de una convulsión, persistente confusión o pérdida del conocimiento durante un ataque³².

Se recomienda que las citas sean cortas y por las mañanas. Se debe realizar un buen bloqueo anestésico para el dolor, para lo cual deberá descartarse el uso de bupivacaína y lidocaína como anestésico local en pacientes susceptibles, porque se ha documentado que en ocasiones inducen crisis convulsivas⁴. En pequeñas dosis los anestésicos locales suelen reducir el flujo sanguíneo cerebral, el metabolismo y la actividad eléctrica del cerebro, y actúan como anticonvulsivos, sedantes y analgésicos, mientras que en dosis altas actuarán como fármacos proconvulsivos. Algunos autores indican que los anestésicos locales administrados en dosis terapéuticas, no interactúan con el estándar de los fármacos antiepilépticos; sin embargo, en el caso de una sobredosis de anestesia local crítica, se pueden observar condiciones clínicas como convulsiones tónico-clónicas³².

La hiperplasia gingival o crecimiento gingival es la complicación más frecuente en pacientes que hacen uso de la fenitoína (pues es secretada en la saliva y presente en el 50% de los pacientes y

frecuentemente vista en niños), del fenobarbital y raramente del ácido valproico. Las profilaxis profesionales y buena higiene oral pueden ayudar a prevenir o reducir la placa bacteriana y la exacerbación de la hiperplasia gingival, pero no impedirla. En los casos en que la hiperplasia es grave, se recomienda la gingivectomía y se puede verificar la posibilidad de cambiar el medicamento sistémico junto al médico neurólogo ³⁴.

9. Desórdenes de alimentación

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un grupo de trastornos mentales definidos por la aparición de comportamientos anómalos en el control de peso o por una conducta por la ingesta alimentaria alterada ³⁵.

Los trastornos de alimentación son trastornos psicosomáticos ³⁶ que afectan a las personas principalmente al final de la adolescencia y en la adultez temprana ³⁷. Los problemas de trastornos alimenticios son un problema de salud relevante por su prevalencia, su gravedad, el curso clínico prolongado, la tendencia a volverse crónico y la necesidad de tratamiento multidisciplinario. Están representados por bulimia nerviosa (BN) y anorexia nerviosa (AN). El Manual de diagnósticos de enfermedades mentales edición IV revisada definió en el 2013 los criterios diagnósticos (cuadro 10). La Bulimia nerviosa es más frecuente que la Anorexia nerviosa. Su prevalencia mundial es de 1%-3%; su evolución es más caótica, con episodios de remisión de duración variable, tentativas de suicidio más frecuentes y complicaciones somáticas más severas. En 30% de los pacientes con bulimia se observa dependencia y abuso de sustancias y/o alcohol ³⁶.

La anorexia nerviosa es una enfermedad grave que ha sido asociada a un cuadro de depresión, histeria, psicótico y trastorno obsesivo-compulsivo; aunque suele estar ligada a otros trastornos mentales, es considerada como una entidad propia ³⁶.

9.1. Características clínicas

Los pacientes que sufren de trastornos alimenticios presentan bradicardia, hipotensión, arritmias, estreñimiento, distensión abdominal, esofagitis, piel seca y osteopenia ³⁶. Las manifestaciones orales encontradas en pacientes de TCA no son evidentes hasta estadios tardíos de la enfermedad. Únicamente las lesiones producidas en los dientes son irreversibles. Las complicaciones orales y dentales se relacionan directamente con la exposición ácida debida al vómito. En pacientes que se autoinducen el vómito, puede aparecer un signo clínico denominado signo de Russell, que consiste en una formación cálcica en el dorso de la mano y los dedos debido a la colocación de los dedos en la cavidad oral para inducir el vómito. Dentro de las manifestaciones orales se encuentran ³⁵:

- Erosión dentaria o perimólisis, en el caso de los pacientes con éste tipo de trastorno se presenta la erosión endógena, puesto que el vómito causa lesiones en las caras palatinas de los incisivos superiores y en las caras oclusales de los molares inferiores. Las caras palatinas se presentan pulidas y lisas, debido a la combinación de los efectos químicos y mecánicos de los ácidos gástricos por la purga. El ácido es retenido por las papilas filiformes, que mecánicamente pulen los dientes. Los defectos de esmalte producidos por la erosión ácida tienen márgenes redondeados, a diferencia de los defectos producidos por la abrasión, que son afilados.
- Alteraciones periodontales, que se debe al poco cuidado personal de éste grupo de pacientes, como tal, los índices de placa más altos y la gingivitis también pueden ser más comunes. Algunos investigadores han observado que la xerostomía y las deficiencias nutricionales pueden causar eritema gingival generalizado ³⁸.
- Caries dentales ³⁵.
- Alteraciones de los tejidos blandos, por deficiencia de nutrientes y vitaminas que provoca alteraciones metabólicas conocidas como la anemia, que puede producir una atrofia de la mucosa oral generalizada. Un tipo de estas alteraciones es la sequedad labial, donde el paciente refiere ardor y está relacionada con la disminución del flujo salival y déficit vitamínicos. También presentan queilitis que se caracteriza por una maceración inespecífica y fisuración con enrojecimiento, ulceración

superficial y formación de costras en los ángulos de la boca. Eritemas y ulceraciones debido a la regurgitación del ácido gástrico³⁵.

- Alteración de la articulación temporomandibular; La presión ejercida durante los frecuentes episodios de vómitos auto-inducidos puede provocar la luxación o subluxación del cóndilo mandibular³⁵.
- Cambios oclusales como una mordida abierta anterior y pérdida de la dimensión vertical de la oclusión causada por la pérdida de la estructura dental oclusal e incisal³⁸.
- Glándulas salivales: el agrandamiento de las glándulas parótidas y, ocasionalmente, de las glándulas sublinguales y submandibulares son manifestaciones orales frecuentes del ciclo de atracones y purgas en pacientes con trastornos alimentarios. El agrandamiento de la glándula parótida es suave a la palpación e indolora, ocasionando una deformidad cosmética haciendo la mandíbula cuadrangular, por lo que el paciente busca tratamiento. Este agrandamiento regresiona cuando cesa el trastorno alimenticio. La etiología precisa del agrandamiento de las glándulas salivales no ha sido determinada, pero la mayoría de los investigadores la asocian con vómitos recurrentes. Los mecanismos pueden ser la estimulación colinérgica de las glándulas durante el vómito o la estimulación autónoma de las glándulas mediante la activación de las papilas gustativas. En algunos pacientes que se atraconan y purgan, puede haber un flujo salival no estimulado reducido. El flujo también se puede reducir por el uso excesivo de laxantes y diuréticos. Como tal, la xerostomía puede ocurrir en pacientes bulímicos debido al flujo salival reducido y / o a la deshidratación crónica por ayuno y vómitos. La xerostomía combinada con una higiene oral deficiente puede aumentar el riesgo de enfermedad periodontal.
- Alteraciones en la mucosa oral : Las membranas de la mucosa oral y la faringe también pueden ser traumatizadas por atracones y purgas, debido a la rápida ingestión de grandes cantidades de alimentos y por la fuerza de la regurgitación. El paladar blando puede lesionarse con objetos utilizados para inducir el vómito, como dedos, peines y lápices ³⁸.

9.2. Manejo Odontológico

El tratamiento para los pacientes con trastornos alimenticios consiste en realizar terapias de tipo conductual y familiar, terapia psicológica personal y la terapia farmacológica. Sin embargo, falta un protocolo de tratamiento definitivo para estas enfermedades. Es importante destacar que se debe adoptar una postura proactiva con respecto a la atención bucal de apoyo secundaria, ya que los pacientes con trastornos de la alimentación experimentan un deterioro gradual de las funciones orales, defensas contra enfermedades orales y masa ósea debido a la desnutrición ³⁷. El manejo debe ser interdisciplinario que incluya a especialistas en psiquiatría, nutriólogo, médico internista y terapeuta cognitivo-conductual⁴.

Si el profesional tiene algún indicio de que el paciente puede tener algún desorden alimenticio, se recomienda formular una pregunta general de detección con respecto a cualquier dificultad para comer o mantener el peso adecuado, lo cual puede conducir a preguntas y conversaciones más directas, especialmente si hay una implicación dental notable. Las manifestaciones orales deben ser llevadas a la atención del paciente de una manera no confrontativa. El paciente puede o no admitir que tiene un trastorno alimentario en el interrogatorio inicial. El profesional de la salud bucodental puede perseverar suavemente durante las citas iniciales y posteriores para abrir la comunicación sobre el problema y hacer referencias apropiadas cuando se lo indique. Es importante señalar las complicaciones médicas graves que pueden ocurrir con los trastornos alimentarios y mencionar que se pueden evitar con la terapia médica y psicológica adecuada. Se recomienda una higiene dental rigurosa y cuidados en el hogar para evitar una mayor destrucción de la estructura dental. Tales medidas deberían incluir lo siguiente:

- Visitas regulares al odontólogo y aplicación tópica de flúor para evitar una mayor erosión dentaria y disminuir la hipersensibilidad dentinaria .
- Uso doméstico de pasta dental con fluoruro de sodio de 5 000 ppm.

- Uso de saliva artificial en pacientes con xerostomía grave.
- Uso de enjuague bucal con flúor al 0.05% inmediatamente después de vomitar para neutralizar los ácidos y proteger las superficies dentarias (los pacientes deben ser desalentados del cepillado dental inmediatamente después de los vómitos, ya que la acción abrasiva puede acelerar la erosión del esmalte).

Respecto al tratamiento dental definitivo, la mayoría de las autoridades clínicas recomiendan posponer los tratamientos restauradores o prostodónticos que sean complejos hasta que el paciente esté adecuadamente estabilizado psicológicamente. Las excepciones pueden incluir la paliación del dolor y procedimientos cosméticos temporales pero no traumáticos. La razón de esta recomendación es que un pronóstico aceptable para el tratamiento dental más complejo depende del cese del hábito de los trastornos alimenticios.

Los miembros del equipo dental desempeñan papeles críticos para identificar los trastornos alimentarios no diagnosticados. De hecho, debido a la visibilidad de las manifestaciones orofaciales, los profesionales de la salud bucodental pueden ser los primeros en encontrarse con dichos pacientes y desempeñar el importante papel de derivar al paciente para un diagnóstico y tratamiento posteriores. El tratamiento eficaz requiere un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud para brindar apoyo médico / dental, psicológico y nutricional. Es importante tener en cuenta que los trastornos alimentarios son asesinos silenciosos que no se deben tomar a la ligera o ignorar. Los pacientes con sospecha de trastornos alimentarios deben ser confrontados con cuidado acerca de los trastornos sospechados, informados sobre posibles complicaciones y animados a buscar ayuda médica y psicológica. Teniendo en cuenta que los trastornos de la alimentación tienen la mortalidad más alta de todos los trastornos psiquiátricos, la detección temprana y la intervención son vitales³⁸.

10. Accidente Cerebro-vascular

El derrame cerebral o accidente cerebrovascular (ACV) es una emergencia médica que puede ocasionar daño neurológico permanente, complicaciones y muerte. La rápida pérdida de la función cerebral debido a la interrupción del suministro de sangre al cerebro es causada por obstrucción (trombosis, embolia arterial) o hemorragia³⁹.

El accidente cerebrovascular es la causa predominante de discapacidad permanente entre los ancianos. Las alteraciones del accidente cerebrovascular (motoras, perceptuales y cognitivas) pueden tener un impacto negativo en las funciones diarias y, por lo tanto, afectar la calidad de vida relacionada con la salud, la calidad de vida también se ve afectada considerablemente como resultado del deterioro orofacial posterior al accidente cerebrovascular. La presión reducida de la lengua no puede impulsar el bolo alimenticio hacia la faringe. La disminución de la fuerza del labio causa babeo durante la masticación. La hiposalivación produce una falta de lubricación, la función sensorial oral anormal puede causar asfixia y aspiración. La función oral discordante conduce a una baja eficiencia masticatoria, a una elección alimenticia limitada y a la desnutrición. También pueden surgir vergüenza, baja autoestima y malestar⁴⁰.

10.1. Características clínicas

Las características clínicas pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de accidente, la sintomatología dependerá del vaso sanguíneo implicado y de las estructuras encefálicas que se puedan haber afectado. Los signos de un accidente cerebro-vascular pueden aparecer de un momento a otro o de manera paulatina, éstas incluyen pérdida de las funciones sensitivas, motoras o ambas en un lado o en ambos lados del cuerpo, se presentan cambios en el habla, la marcha, el lenguaje, la visión, comprensión, cefalea intensa y pérdida de la consciencia⁴.

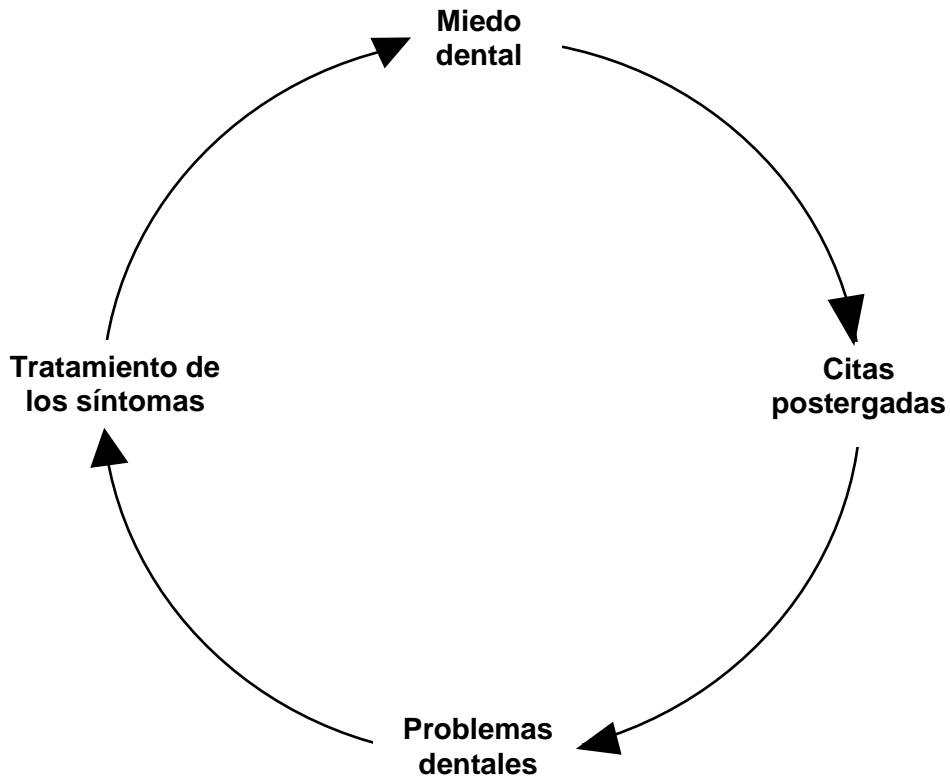
10.2. Manejo Odontológico

Es importante realizar una interconsulta médica, puesto que los pacientes que han sufrido un accidente cerebro-vascular no sólo tienen afectada la parte neurológica, sino que también se encuentra afectado el sistema cardiovascular, por lo cual reciben antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes, antihipertensivos. También es importante seleccionar el plan de tratamiento odontológico que puede recibir el paciente según su condición, pues existen pacientes cuyas secuelas del accidente cerebro-vascular son relativamente leves y pueden tolerar mejor los procedimientos odontológicos en comparación con aquellos que cuyas secuelas son más complejas y se encuentran postrados en cama. Si la enfermedad sistémica subyacente no se encuentra controlada lo mejor es realizar el tratamiento en un hospital ⁴.

En pacientes que tengan secuelas neuromotoras es importante recomendar el uso de cepillos eléctricos para evitar la aparición de lesiones cariosas y enfermedad periodontal; también es importante realizar tratamientos preventivos y profilaxis, ya que existen varios estudios que intentan explicar la relación que existe entre la enfermedad periodontal y el accidente cerebro-vascular. Se ha sugerido que la enfermedad periodontal es el resultado de una compleja interacción entre la infección y la respuesta inmune, resultando en una respuesta inflamatoria. Los marcadores de la inflamación han sido asociados con los accidentes cerebro-vasculares; por lo tanto la respuesta inflamatoria a la enfermedad periodontal puede estar relacionada a los eventos vasculares. Durante las actividades diarias, tales como la masticación de los alimentos, los microorganismos pueden ingresar a la circulación sanguínea produciendo una inflamación que resulta en una respuesta inmune sistémica y local. La evidencia sugiere que la inflamación y la respuesta inmune están relacionadas al desarrollo de aterosclerosis y un mayor riesgo de enfermedad cerebro-vascular; por lo tanto el tratamiento de la enfermedad periodontal podría reducir considerablemente la incidencia de un accidente cerebro-vascular ⁴¹.

ANEXOS

Cuadro 1²
ANSIEDAD DENTAL



Heaton Lisa, et al. United States Dental's Professionals' Perceptions Of Dental Anxiety and Need For Sedation In Patients With Mental Illness [Internet]. NIH Public Access Author Manuscript. 2012; 28: 23-30. Recuperado a partir de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24876662>

Cuadro 2¹⁶

POSIBLES FACTORES PREDISPONENTES A LA ENFERMEDAD DENTAL EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

FACTORES PREDISPONENTES	MECANISMO
Debilidad motora o falta de coordinación.	Inhabilidad para mantener la higiene oral dependen de un tutor para el cuidado personal y evitar el riesgo de trauma dental.
Retraso mental.	Inhabilidad para mantener la higiene oral depende de un tutor para el cuidado personal.
Parálisis pseudo-bulbar.	Dificultades para masticar y tragar. Riesgo de caries y erosiones dentales. Sialorrea.
Reflujo gastroesofágico.	Recurrente regurgitación y vómitos causando erosiones dentales.
Desnutrición.	Poca ingesta de calcio deficiencia de vitamina D.

Basil et al. Dental health of children with cerebral palsy. Neurosciences 2016; Vol. 21 (4): 314-318. doi: 10.17712/nsj.2016.4.20150729

Cuadro 3⁴

EFFECTOS EN LA CAVIDAD ORAL DE LOS MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO

Fármaco	Bruxismo	Cambios de color lingual	Disfagia	Edema lingual	Estomatitis	Gingivitis	Glositis	Sialoadenitis	Sialorrea	Hiposalivación
Carbamazepina					+		+			+
Clonidina			+					+		+
Litio					+			+		+
Fluoxetina	+	+			+	+	+	+		+
Olanzapina			+	+	+	+	+		+	
Ácido valproico							+			+

Castellanos José, Díaz L, Lee E. Medicina en Odontología : Manejo Dental de Pacientes con Enfermedades Sistémicas. Tercera edición. México : Editorial El Manual Moderno; 2015. p. 344-372.

Cuadro 4²⁴
MANIFESTACIONES ORALES DEL ABUSO DE DROGAS

Sustancia	Posibles efectos directos y presentación física	Manifestaciones oro faciales
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> • Pupilas dilatadas • Ansiedad • Movimientos desordenados • Sangrado nasal • Sinusitis crónica • Lesiones cardiacas • Paranoia • Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Corea transitoria (movimientos espasmódicos irregulares de la cara por descoordinación) • Discinesia bucolingual (boca torcida) • Perforación del septum nasal y/o paladar • Bruxismo • Recesión gingival
Marihuana cannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Ojos enrojecidos • Dedos manchados • Hipermemesis cannabis (vómitos frecuentes) • Efectos psicológicos a corto y largo plazo • Exposición cancerígena • Falta de coordinación motora • Memoria y atención deteriorada • Falta de motivación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Erosión ácida del esmalte • Caries dental • Estomatitis con leucoedema • Hiperqueratosis • Hiperplasia gingival • Leucoplasia • Riesgo de cáncer de orofaringe • Disminución de la inmunidad antitumoral • Pérdida de hueso alveolar • Xerostomía.
LSD (Dietilamida de ácido lisérgico)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la actividad motora. • Disminución de la respuesta inmune. • Vasoconstricción. • Pérdida del apetito • Deterioro del aspecto personas e higiene • Llagas en la piel por rascarse en imaginario (bichos de manivela) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala higiene oral • Halitosis • Sangrado de encías • Lesiones traumáticas orales • Candidiasis oral • Queilitis angular • Glositis
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición • Deficiencias de vitaminas especialmente vit B • Desórdenes neurológicos • Temblores • Disfunción de hígado • Cambios de personalidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Estomatitis • Coloración marrón de la mucosa oral • Glosodinia: lengua atrófica de color rojo carnosos • Dientes perdidos y con caries • Perdida ósea marginal • Glándulas parótidas agrandadas

Solomons YF, Moipolai PD. Substance abuse: case management and dental treatment. SADJ August 2014, Vol 69 no.7 p 298-p315. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26548211>

CUADRO 5²⁶

ESTADIOS DE HOEHN Y YAHR PARA LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Estadio 1:

- Signos y síntomas leves en un solo lado
- Síntomas molestos pero no incapacitantes
- Presencia de síntomas con temblor en alguna extremidad

Estadio 2:

- Síntomas bilaterales
- Mínima discapacidad
- La marcha y la postura están afectadas

Estadio 3:

- Significativo enlentecimiento de los movimientos corporales
- Dificultad para mantener el equilibrio tanto de pie como al andar
- Disfunción generalizada moderadamente severa

Estadio 4:

- Síntomas severos
- Todavía puede andar cierto recorrido
- Rigidez y bradicinesia

Estadio 5:

- Estadio caquético
- Invalidez total
- No puede andar ni mantenerse de pie, si no tiene ayuda

Harris Ricardo J, Fortich Mesa N, Díaz Caballero A. Fisiopatología y manifestaciones bucales de la enfermedad de Parkinson: Una revisión actualizada. Av. Odontostomatol 2013; 29 (3): 151-157. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000300005

Cuadro 6²⁸
MEDICACIÓN PARA ENFERMEDAD DE PARKINSON Y LAS IMPLICANCIAS ORALES

Nombre	Xerostomia	Bruxismo	Boca seca	Gingivitis	Edema de lengua	Sabor anormal	Glositis	Hipotensión ortostática
Amantadina	X							X
Benzotropina	X							
Biperideno	X							
Bromocriptina								X
Cabergolina	X							X
Levodopa	X	X						X
Levodopa y Carbidopa	X	X				X	X	X
Levodopa y Entacapone	X	X				X	X	X
Pergolida	X							X
Pramipexol								X
Prociclidina	X							X
Rasagilina	X							
Ropinirol	X			X	X		X	X
Selegilina		X						

DeBowes SL, Tolle SL, Bruhn AM. Parkinson's disease: considerations for dental hygienists. Int J Dent Hygiene 11, 2013; 15–21. Doi : 10.1111/j.1601-5037.2011.00548

Cuadro 7³⁰

SUGERENCIA DE TRATAMIENTO PARA LOS PACIENTES CON ALZHEIMER

Etapa temprana e intermedia de la enfermedad	Etapa moderada de la enfermedad	Etapa severa, avanzada y tardía de la enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los tratamientos dentales pueden ser realizados. • Emplear la prevención. • Tratar los sitios de infección y posibles fuentes de dolor agudo/crónico • El tratamiento restaurador debería ser de alta calidad y bajo mantenimiento. • Restaurar la función de los dientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención rigurosa y continuada. • Se indica citas cortas. • Sedación o anestesia general puede ser necesaria para el tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar tiempos largos en el tratamiento y evitar tratamientos complejos. • Sedación y citas cortas. • Los tratamientos no deben ser invasivos.

BDA evidence summary. Dental problems and their management in patients with dementia. 2013. Disponible en : <https://bda.org/dentists/education/sgh/Documents/Dental%20problems%20and%20their%20management%20in%20patients%20with%20dementia.pdf>

Cuadro 8⁴

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS

Convulsiones		Características
Parciales	Simples	Se origina en regiones concretas del cerebro No hay pérdida de la consciencia Presentan síntomas motores, sensitivos, autónomos o psíquicos
	Complejas	Actividad convulsiva focal Alteración transitoria de la consciencia Comienza con un “aura” Inmovilidad del paciente Posterior a la convulsión presenta un estado de confusión de varios segundos a una hora
	Con generalización secundaria	Comienza con una crisis parcial A continuación se propaga en forma difusa por toda la corteza cerebral
Generalizadas	De ausencia (pequeño mal)	Pérdida de la consciencia sin pérdida de control postural Dura sólo unos segundos Casi siempre se acompaña de signos motores bilaterales sutiles como : movimiento rápido de los párpados, movimientos de masticación o pequeña amplitud de las manos. Casi siempre comienza en la infancia o al inicio de la adolescencia Pueden presentarse cientos de crisis al día
	Tónico-clónicas (gran mal)	Comienza de forma brusca y sin previo aviso La fase inicial suele ser una contracción tónica de todos los músculos del cuerpo Se presenta alteración de la respiración, con acumulaciones de secreciones en orofaringe y el paciente se torna cianótico Aumenta el ritmo cardiaco, la presión arterial y el tamaño de las pupilas El individuo puede morderse la lengua Transcurridos de 10 a 20 segundos aparece una fase clónica (relajación muscular) Recuperación gradual de la consciencia
	Tónicas	Son convulsiones tónicas puras Duran algunos segundos Se asocian a síndromes epilépticos conocidos
	Atónicas	Pérdida repentina del tono muscular postural durante 1-2 segundos La consciencia se altera brevemente Las convulsiones breves provocan sólo una caída rápida de la cabeza
	Mioclónicas	Originadas por disfunción cortical Puede estar asociado a trastornos metabólicos, enfermedades degenerativas del SNC o lesiones cerebrales anóxicas.
Convulsiones sin clasificar	Convulsiones neonatales Espasmos infantiles	No se pueden clasificar como parciales o generalizadas Son fruto de las diferencias en cuanto a función y conexiones neuronales del SNC inmaduro

Castellanos José, Díaz L, Lee E. Medicina en Odontología : Manejo Dental de Pacientes con Enfermedades Sistémicas. Tercera edición. México : Editorial El Manual Moderno; 2015. p. 344-372.

Cuadro 9³⁴

**MANIFESTACIONES BUCALES DE MEDICAMENTOS ANIEPILÉPTICOS Y SU INTERACCIÓN
CON MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EN ODONTOLOGÍA**

Medicamento	Interacción medicamentosa	Implicancias bucales (directas e indirectas)
Carbamazepina	Claritromicina, eritromicina, bencilpenicilina, metronidazol	Ulceración, xerostomía, glositis, candidiasis, leucopenia, sangrado gingival, erupciones cutáneas, estomatitis
Lamotrigina	Fluconazol	Xerostomía, úlceras, candidiasis, leucopenia
Fenitoína	Fluconazol, metronidazol, eritromicina, aspirina, ibuprofeno	Hiperplasia gingival, leucopenia
Fenobarbital/Primidona	Bencilpenicilina	Leucopenia, osteopenia, somnolencia
Valproato	Aspirina, fluconazol, eritromicina, ibuprofeno	Trombocitopenia, disminución de la agregación plaquetaria, leucopenia, petequias

Salles G et al. Epilepsia: condutas na prática odontológica. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2013; 25(2): 141-6

CUADRO 10³⁸

Criterios diagnósticos para los desórdenes alimenticios según el Manual de diagnósticos de enfermedades mentales
<p>Anorexia nerviosa</p> <ul style="list-style-type: none">• Restricción de ingesta calórica, que lleva a un peso significativamente bajo según peso y edad. Peso significativamente bajo se define como aquel que sea menor al esperado para la edad.• Terror a la ganancia ponderal o a engordar.• Distorsión en la percepción del peso y la imagen corporal.
<p>Bulimia nerviosa</p> <ul style="list-style-type: none">• Episodios recurrentes de atracones, que se caracteriza por comer en un periodo de tiempo, cantidad de comida excesiva, con sensación de pérdida de control durante el mismo.• Comportamiento recurrente e inapropiadamente compensatorio para prevenir la ganancia ponderal (vómitos, laxantes, diuréticos, ayuno o ejercicio físico excesivo)• Atracones y comportamientos compensatorios al menos una vez a la semana durante 3 meses.• Autoevaluación indebidamente influenciada por la figura corporal y el peso.
<p>Tipos específicos</p> <ul style="list-style-type: none">• Restrictivo : ausencia de atracones en los últimos 3 meses• Purgativo : comportamiento purgativo o atracones en los últimos 3 meses.

Bermúdez Patricia, Machado Karina, García Irene. Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento: Caso clínico. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2016 Sep [citado 2017 Dic 05] ; 87(3): 240-244. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300006&lng=es

CONCLUSIONES

1. En la actualidad, las enfermedades mentales están en aumento, esto se debe a factores tanto genéticos como ambientales. Muchas de éstas enfermedades no son diagnosticadas por lo que éste grupo de personas no se encuentran bajo tratamiento médico, lo cual dificulta el manejo odontológico, por ello es importante realizar una historia clínica detalla y observar el comportamiento del paciente, el cual nos puede indicar una posible alteración mental, para así poder derivarlo al médico y luego poderlo tratar en nuestra consulta.
2. Para lograr obtener el mayor beneficio de los pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas, se hace imprescindible el trabajo interdisciplinario. Realizar un trabajo en equipo que incluya al médico psiquiatra y/o neurólogo y también a la familia del paciente es importante para poder restaurar y mantener la salud oral de éste grupo de pacientes.
3. Se deben realizar más estudios sobre la atención odontológica de pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas en nuestro país, para así poder establecer protocolos de atención que se puedan aplicar tanto en instituciones del Estado como en la práctica privada, ya que muchos de éstos pacientes sólo acuden a la consulta odontológica cuando presentan algún tipo de dolor, ignorando que su salud bucal tiene un impacto sobre su salud sistémica.
4. Es importante para el odontólogo conocer las manifestaciones orales que tienen los fármacos que consumen éste grupo de pacientes y su interacción farmacológica con los medicamentos empleados en nuestra consulta para evitar exacerbar algunos problemas bucales que pueden presentar, como es el caso de los problemas periodontales, ya que éstos son bastante frecuentes en éstos pacientes.
5. Se debe de capacitar tanto al odontólogo como a su equipo de trabajo para poder brindar una atención especializada a los pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas, teniendo en cuenta que se debe de adecuar los procedimientos dentales a las necesidades que presentan éstos pacientes, como citas cortas por las mañanas, posición del sillón dental, uso de abrebocas, etc; lo cual a su vez facilitará también nuestro trabajo.
6. Los pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas tienen poco acceso a la salud dental , por lo que es importante realizar programas de promoción y de métodos preventivos de salud como aplicación de sellantes, flúor, para poder brindarles una mejor calidad de vida.
7. Los pacientes que sufren de alteraciones neuropsiquiátricas tienden a interrumpir su tratamiento odontológico debido al miedo que sienten hacia los procedimientos, al ruido que producen algunos equipos y a los olores fuertes del consultorio como el eugenol y acrílico, lo cual aumenta el estrés; por ello es importante emplear técnicas que ayuden a disminuir el estrés de éstos pacientes como emplear música suave, luces no muy brillantes y aromaterapia para hacer que el paciente se sienta cómodo y pueda completar su tratamiento.
8. En la etapa inicial de la enfermedad de Alzheimer se deben de realizar todos los tratamientos restaurativos y de prevención, para realizar sólo tratamientos preventivos cuando el paciente se encuentre en la fase intermedia o avanzada debido a su falta de colaboración.
9. En pacientes que sufren de Parkinson, y con otras patologías que presenten alteraciones de motricidad es recomendable indicarles el uso de cepillos dentales eléctricos y adaptarles el mango del cepillo, haciéndolo más grueso y más largo, para que puedan realizar la higiene.
10. Es imprescindible instruir a la familia y/o cuidadores de los pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas sobre técnicas de higiene oral que pueden y deben realizar en el hogar. La familia y/o cuidadores deben estar incluidos en el protocolo de tratamiento de éstos pacientes para poder restablecer y mantener su salud oral.
11. En pacientes poco colaboradores a los procedimientos odontológicos se tendrá que emplear la sedación o anestesia general previo examen médico e interconsulta con las áreas médicas pertinentes.
12. En pacientes con parálisis cerebral o con otras alteraciones neuropsiquiátricas que sean difíciles de atender se puede hacer uso de restricción física para su tratamiento. También es necesario el uso de abrebocas y dedales de protección para evitar accidentes si ocurre el cierre repentino de la boca.

13. En pacientes epilépticos, dentro de la historia clínica se deben realizar anotaciones sobre las últimas crisis y cuáles fueron los motivos desencadenantes, para así disminuir el riesgo de que una crisis se presente durante algún procedimiento odontológico; y de presentarse el caso el profesional debe estar capacitado para manejar la crisis. En caso de que el paciente no recobre la consciencia se debe de solicitar ayuda médica inmediata.

14. Se contraindica brindar atención odontológica a pacientes que se encuentren bajo los efectos de alguna sustancia ilícita debido a los riesgos de salud que puede significar para el paciente y por seguridad del odontólogo, ya que el comportamiento de éste grupo de pacientes es impredecible.

15. Es importante que el odontólogo pueda identificar lesiones orales que den indicios de que un paciente sufre de trastornos alimenticios para poder derivarlo al médico y realizar un trabajo multidisciplinario, ya que en muchas ocasiones el odontólogo es el primer profesional en tener contacto con el paciente.

16. En pacientes que han sufrido un accidente cerebro-vascular, es importante siempre realizar una interconsulta con el médico tratante y también realizar métodos preventivos de caries y sobretodo de enfermedad periodontal, para evitar un nuevo evento, ya que existen estudios que afirman que la enfermedad periodontal aumenta el riesgo de padecer accidente cerebro-vascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Villa D. Medición del nivel de ansiedad en relación a la aplicación de musicoterapia en pacientes con trastornos mentales “esquizofrenia” durante el tratamiento de operatoria dental en el centro de atención ambulatoria especializado “San Lázaro” [tesis en internet]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/12801>
2. Heaton Lisa, et al. United States Dental’s Professionals’ Perceptions Of Dental Anxiety and Need For Sedation In Patients With Mental Illness [Internet]. NIH Public Access Author Manuscript.2012; 28: 23-30. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24876662>
3. Grinshpoon A, Zusmann Sh, Weisman A, Ponizovsky A. Dental Health and The Type of Antipsychotic Treatment in Inpatients with Schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2015; 52(2):114-8. Recuperado a partir de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26431415>
4. Castellanos José, Díaz L, Lee E. Medicina en Odontología : Manejo Dental de Pacientes con Enfermedades Sistémicas. Tercera edición. México : Editorial El Manual Moderno; 2015. p. 344-372.
5. Shahnava Shervin. Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with dental phobia [tesis doctoral en Internet]. [Estocolmo] : Karolinska Institutet; 2016. Recuperado a partir de: <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/45319>
6. Appukkuttan D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent.*2016 Mar 10;8:35-50.
7. Dantas LP, et al. Effects of passiflora incarnata and midazolam for control of anxiety inpatients undergoing dental extraction. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017 Jan 1;2 (1):e95- 101. Recuperado a partir de : <http://dx.doi.org/doi:10.4317/medoral.21140>
8. Torales J, Barrios I, Gonzáles I. Oral and dental health issues in people with mental disorders. *Medwave* 2017 Sep;17(8):7045. doi: 10.5867/medwave.2017.08.7045
9. Wey et al. The oral health of people with chronic schizophrenia: A neglected public health burden. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2015; 1-10. doi: 10.1177/0004867415615947
10. Tani et al. Dental conditions in inpatients with schizophrenia: A large-scale multi-site survey. *BMC Oral Health* 2012, 12:32. Recuperado a partir de : <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/12/32>
11. Gupta S, Pratibha PK, Gupta R. Necessity of oral health intervention in schizophrenic patients – A review. *Nepal J Epidemiol.* 2016;6(4); 605-612. doi: 10.3126/nje.v6i4.17254
12. Arnaiz et al. Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Research.* 2011 Jun 30;188(1):24-8. doi: 10.1016/j.psychres.2010.09.012.
13. Diniz et al. Does the classification of cerebral palsy influence caries experience in children and adolescents?. *Braz J Oral Sci.* 2015; vol. 14 n°1. Recuperado a partir de : <http://dx.doi.org/10.1590/1677-3225v14n1a10>
14. Sehrawat N, Marwaha M, Bansal K, Chopra R. Cerebral Palsy: A Dental Update. *Int J Clin Pediatr Dent* 2014;7(2):109-118.
15. Dubey et al. Assessment of traumatic dental injuries in patients with cerebral palsy. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry;* 2015. Vol. 33 Issue 1. Doi : 10.4103/0970-4388.148969
16. Basil et al. Dental health of children with cerebral palsy. *Neurosciences* 2016; Vol. 21 (4): 314-318. doi: 10.17712/nsj.2016.4.20150729
17. Vila JR, Espinoza IO, Guillén D, Samalvides F. Características de pacientes con parálisis cerebral atendidos en consulta externa de Neuropediatría en un hospital peruano. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016;33(4):719-24. doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2557
18. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, Rico C. Odontología para pacientes autistas. *Rev. CES Odont.* 2013; 26(2) 120-126

19. Delli K, Reichart PA, Bornstein MM, Livas C. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommendations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Nov 1;18 (6):e862-8. doi:10.4317/medoral.19084
20. Limeres-Posse J, Castaño-Novoa P, Abeleira-Pazos M, Ramos-Barbosa I. Behavioural aspects of patients with Autism Spectrum Disorders (ASD) that affect their dental management. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014 Sep 1;19 (5):e467-72. doi:10.4317/medoral.19566
21. Prakash S, Pai VK, Dhar M, Kumar AA. Premedication in an autistic, combative child: Challenges and nuances. *Saudi J Anaesth* 2016;10:339-41. Doi :10.4103/1658-354X.174917
22. Chan-Woo Jo et al. Managing the behavior of a patient with autism by sedation via submucosal route during dental treatment. *J Dent Anesth Pain Med* 2017;17(2):157-161. doi.org/10.17245/jdapm.2017.17.2.157
23. Gigena P, Bella M, Cornejo L. (2012) Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. *Odontoestomatología*, 14(20), 49-59. Recuperado en 05 de diciembre de 2017, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168893392012000200006&lng=es&tlng=es.
24. Solomons YF, Moipolai PD. Substance abuse: case management and dental treatment. *SADJ* August 2014, Vol 69 no.7 p 298-p315. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26548211>
25. ROTEMBERG, Enrique et al. Estado dental y periodontal de población en tratamiento por consumo de drogas: Estudio piloto. *Odontoestomatología*, Montevideo, v. 17, n.25, p.34-39, 2015. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392015000100005
26. Harris Ricardo J, Fortich Mesa N, Díaz Caballero A. Fisiopatología y manifestaciones bucales de la enfermedad de Parkinson: Una revisión actualizada. *Av. Odontoestomatol* 2013; 29 (3): 151-157. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000300005
27. Batista LM et al. Oral Hygiene in Patients with Parkinson's Disease. *R I Med J* (2013). 2015 Nov 2;98(11):35-7. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26517254>
28. DeBowes SL, Tolle SL, Bruhn AM. Parkinson's disease: considerations for dental hygienists. *Int J Dent Hygiene* 11, 2013; 15-21. Doi : 10.1111/j.1601-5037.2011.00548.
29. Borislav I et al. A Review of dental health issues in Parkinson's disease patients. *Med Inform Issue* 4, 2015. Doi: 10.18044/Medinform.201524.334
30. BDA evidence summary. Dental problems and their management in patients with dementia. 2013. Disponible en : <https://bda.org/dentists/education/sgh/Documents/Dental%20problems%20and%20their%20management%20in%20patients%20with%20dementia.pdf>
31. Raposo s, Pérez E. Manejo Odontológico del Paciente con Alzheimer. *Rev Europea de Odontoestomatología*. 2015. Disponible en : <file:///I:/TITULACION%20ESPE%20RNE/47.%20REDOE%20%20Revista%20Europea%20de%20Odontoestomatologia.html>
32. Morales A et al. Epilepsia y sus Implicaciones en el Campo Odontológico : Artículo de revisión. *Acta Bioclínica*, [S.I.], p. 34-59, oct. 2014. ISSN 2244-8136. Disponible en: <<http://revistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/4963>>. Fecha de acceso: 05 dic. 2017
33. Chellathurai BN, Thiagarajan R, Jayakumaran S, Devadoss P, Elavazhagan. Management of a high risk epileptic patient under conscious sedation: A multidisciplinary approach. *J Indian Soc Periodontol* 2016;20:91-4.
34. Salles G et al. Epilepsia: condutas na prática odontológica. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*. 2013; 25(2): 141-6
35. Garrido Martínez P. Estado de salud bucodental en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria [tesis en internet]. [Madrid] : Universidad Complutense de Madrid; 2017. Disponible en : <http://eprints.ucm.es/44200/1/T39066.pdf>
36. Johansson et al. Eating disorders - knowledge, attitudes, management and clinical experience of Norwegian dentists. *BMC Oral Health*. 2015 Oct 14;15(1):124. doi: 10.1186/s12903-015-0114-7

37. Yagi et al. The role of ghrelin, salivary secretions, and dental care in eating disorders. *Journal Nutrients*. 2012; 4 (8):967-89. Epub 2012 Aug 13. Doi : 10.3390/nu4080967
- Bermúdez Patricia, Machado Karina, García Irene. Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento: Caso clínico. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2016 Sep [citado 2017 Dic 05] ; 87(3): 240-244. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300006&lng=es.
38. Steinberg B. Medical and Dental Implications of Eating Disorders. *Journal of Dental Hygiene*. 2014. Vol 8. N°3. [Internet]. Disponible en : <http://jdh.adha.org/content/88/3/156.full.pdf>
39. Cooke M, Cuddy MA, Farr B, Moore PA. Cerebrovascular Accident Under Anesthesia During Dental Surgery. *Anesthesia Progress*. 2014;61(2):73-77. doi:10.2344/0003-3006-61.2.73.
40. Dai R, Lam OLT, Lo ECM, Li LSW, McGrath C. Oral health-related quality of life in patients with stroke: a randomized clinical trial of oral hygiene care during outpatient rehabilitation. *Scientific Reports*. 2017;7:7632. doi:10.1038/s41598-017-07666-y.
41. Souvik S , Luaren D. Good smile, healthy brain?. *Journal of Neurological Disorders*. 2016, 4:2 Disponible en : <http://dx.doi.org/10.4172/2329-6895.1000e119>.