

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**



**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ESTOMATOLOGÍA EN  
PACIENTES ESPECIALES**

**‘MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES NEURO-  
PSIQUIÁTRICAS’**

**AUTOR**

**C.D. MACHA AIQUIPA LUIS ALBERTO**

**ORIENTADOR**

**Dr. SALAZAR SEBASTIAN ALEJANDRO**

**LIMA – PERÚ**  
**2019**

## **DEDICATORIA.**

A mi señor por ser mi luz y guía quien ilumina mi camino siempre y me bendice con su amor y cariño.

A mis padres y hermanos quienes, con todo su amor, cariño me motivan a seguir creciendo como persona y profesional, aun gran amigo Cesar Robles Alva.

**MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES  
NEURO-PSIQUIÁTRICAS**

## INDICE

Resumen.....	9
Introducción.....	10
1. Desordenes psicológicos y psiquiátricas.....	11
1.1. Cuadro clínico.....	11
1.2. Manifestaciones bucales.....	12
1.3. Manejo odontológico.....	12
2. Trastornos de ansiedad.....	12
2.1. Cuadro clínico.....	13
2.2. Manejo odontológico.....	13
3. Accidente cerebro-vascular.....	14
3.1. Características Clínicas.....	16
3.2. Consideraciones farmacológicas.....	17
3.3. Manifestaciones bucales.....	17
3.4. Manejo odontológico.....	17
4. Enfermedad de Parkinson.....	18
4.1. Etiología y patogenia.....	18
4.2. Manifestaciones clínicas.....	19
4.3. Consideraciones farmacológicas.....	20
4.4. Manifestaciones bucales.....	20
4.5. Manejo odontológico.....	20
5. Epilepsia.....	21
5.1. Tipo de convulsiones.....	22
5.2. Manifestaciones orales.....	22
5.3. Consideraciones Farmacológicas.....	23
5.4. Manejo odontológico.....	24
5.5. Manejo de urgencia.....	25
6. Alzheimer.....	24
6.1. Etiología y patogenia.....	24
6.2. Manifestaciones clínicas.....	24
6.3. Diagnóstico.....	25
6.4. Tratamiento médico.....	25
6.5. Manejo odontológico.....	25
7. Parálisis cerebral.....	27
7.1. Etiología.....	27
7.2. Manifestaciones clínicas.....	27
7.3. Diagnóstico.....	27
7.4. Manifestaciones bucales.....	27
7.5. Manejo odontológico.....	28
8. Autismo.....	29
8.1. Tipo de autismo.....	29
8.2. Manifestaciones clínicas.....	30
8.3. Manejo odontológico.....	31
8.4. Las principales técnicas del manejo del comportamiento.....	32

<b>9. Trastorno de abuso de sustancias.....</b>	<b>33</b>
9.1. Características clínicas.....	34
9.2. Manejo odontológico.....	34
<b>10. Desórdenes de alimentación .....</b>	<b>35</b>
10.1. Características clínicas.....	36
10.2. Manejo odontológico.....	37
Conclusiones.....	39
Bibliografía.....	41

## **RESUMEN**

Los trastornos mentales se convirtieron en un manejo interdisciplinario, no es una limitante, los profesionales deben tener las herramientas de manejo para brindar un tratamiento estomatológico con calidad y calidez a los pacientes con enfermedades mentales. Dentro de las manifestaciones bucales que presentan los pacientes, Hiposalivación por efectos secundarios de los medicamentos, gran tendencia de caries y enfermedad periodontal. Esto se debe a diversos factores como los fármacos, miedo al odontólogo, al manejo del dolor mediante analgésicos, ausencia de conocimiento sobre la salud oral por parte de los familiares que los cuidan, falta de preparación del profesional para atender a este grupo de pacientes. El presente trabajo tiene como objetivo estudiar las interacciones farmacológicas, el manejo odontológico de los pacientes con enfermedades psicológicas y psiquiátricas, trabajo interdisciplinario entre el odontólogo y el médico. Porque la salud bucal tiene un gran impacto en la salud general.

Palabras claves: salud bucal, salud mental, manejo odontológico del paciente.

## **ABSTRACT**

Mental disorders became an interdisciplinary management; it is not limitation professionals must have the management tools to provide a stomatological treatment with quality and warmth to patients with mental illness. Within the oral manifestations presented by patients, hyposalivation due to side effects of medications, great tendency of caries and periodontal disease. This is due to various factors such as drugs, fear of the dentist, pain management by analgesics, lack of knowledge about oral health by family members who care for them, lack of professional preparation to care for this group of patients. The present work has as objective to study the pharmacological interactions, the dental management of the patients with psychological and psychiatric illnesses, interdisciplinary work between the dentist and the doctor. Because oral health has a great impact on general health.

Keywords: oral health, mental health, patient's dental management

## INTRODUCCIÓN

La neuropsiquiatría estudia la relación entre los trastornos mentales y alteraciones del sistema nervioso.

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 bucal.

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 equipo 4.

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. Desordenes psicológicos y psiquiátricos.

El estudio y manejo de los trastornos mentales ha dejado de ser un campo exclusivo de la psiquiatría para convertirse de manera paulatina en un manejo interdisciplinario los avances en el campo de la neurociencia, el estrés de la vida diaria, más algunos factores psicosociales, conducen al incremento de los diagnósticos en el campo enfermedad mental.<sup>1</sup>

La OMS ha pronosticado que en el 2020 la depresión será la segunda etiología de discapacidad en el mundo, cuya complejidad es considerada por la psiconeuroinmunoendocrinología, en la cual se ha identificado la participación de este trastorno en el desarrollo de padecimientos cardiovasculares, síndrome metabólico, incremento de la morbi-mortalidad en los hospitales generales, así como en dificultad de manejo de pacientes dentales.<sup>1</sup>

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 si un factor estresante, lo es más aun 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 evoluciona algunas veces con lentitud. En estas situaciones se debe buscar el apoyo de la disciplina psiquiatría, con la finalidad de que mediante el trabajo en equipo se logre un mayor beneficio para este grupo de individuos.

Los diferentes trastornos psiquiátricos que se presentan de manera común en la consulta odontológica, los odontólogos deben tener las herramientas para el manejo de los tratamientos en el sistema estomatognatico con calidad y calidez al sector de los enfermos mentales, los cuales en ocasiones son vistos como un estigma por la sociedad.<sup>1</sup>

### 1.1. Cuadro clínico

Los signos característicos de éste trastorno son la tensión muscular, inquietud, insomnio, irritabilidad, hipervigilancia y fatiga. Las crisis de angustia constituyen 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, palpaciones, 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 <sup>2</sup>.



A una hiperestimulación del sistema nervioso autónomo, los cuales tienen una duración aproximada de 5 a 20 minutos.<sup>1</sup> 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 respirar.<sup>3</sup>

## **1.2. Manifestaciones bucales**

Las principales afecciones manifestadas en estos pacientes incluyen caries dental y enfermedades periodontales, porque no tienen interés en mantener un cuidado dental o por abandono personal, Hiposalivación producida por efecto secundarios de los fármacos utilizados para su control por lo que necesario un control de la placa bacteriana adecuada al nivel de riesgo aumentado, establecer las medidas preventivas, también presentan bruxismo, apretamiento, morder objetos extraños, cepillado compulsivo o de protrusión lingual, atrición, desgaste cervical.<sup>1</sup>

## **1.3 Manejo odontológico**

Por lo general los pacientes con trastorno psiquiátrico son tratados con antidepresivos, ansiolíticos y sedantes.

Las posibles interacciones con los medicamentos administrados por el odontólogo pueden presentar efectos secundarios como somnolencia o desorientación, lo que podría dificultar la comunicación y cooperación durante la consulta. Dado que son pacientes que no toleran el estrés emocional se recomienda acudir a ellos acompañados por un familiar e implementar un protocolo de estrés con citas cortas de preferencia en las mañanas estableciendo un trato cordial con comunicación amplia para favorecer confianza y tranquilidad.<sup>1</sup>

Se debe proveer anestesia eficaz y profunda si fuera necesario premedicación ansiolítica. Los casos con trastorno psicológico y psiquiátricos bajo tratamiento médico hospitalario solo pueden recibir manejo de urgencia bajo supervisión del médico tratante.<sup>1</sup>

## **2. Trastornos de ansiedad**

El miedo y la ansiedad son respuestas psicológicas normales pero desagradables 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 hormonas.<sup>5</sup>

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.<sup>1</sup>

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 <sup>5</sup>.

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. 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 resuelva<sup>6</sup>

## **2.1. Cuadro clínico.**

Los signos característicos de éste trastorno son la tensión muscular, inquietud, insomnio, irritabilidad, hipervigilancia y fatiga. 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 <sup>9</sup>

A una hiperestimulación del sistema nervioso autónomo, los cuales tienen una duración aproximada de 5 a 20 minutos<sup>1</sup>. 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 respirar<sup>3</sup>.

## **2.2. 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 tratamiento<sup>3</sup>. 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 profesional<sup>3</sup>.

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 apropiados<sup>6</sup>.

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 fóbicos<sup>6</sup>.

Con base en indicaciones específicas, estos pacientes pueden ser manejados farmacológicamente usando sedación con benzodiazepinas o anestesia general<sup>3</sup>. 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 posibles.

Los 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.

Los 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 los benzodiazepinas, el Midazolam se usa con mayor frecuencia para la sedación durante los tratamientos dentales<sup>3</sup>.

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 euforias<sup>5</sup>.

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 día<sup>6</sup>.

Los métodos comúnmente empleados para ayudar a los pacientes a controlar el miedo o fobia dental, aparte de la hipnosis y acupuntura, también incluyen:<sup>10</sup>

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 refuerzo <sup>5</sup>.

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 dentales <sup>5</sup>.

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 mg.<sup>7</sup>

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 paciente.<sup>6</sup>

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 tranquilidad.<sup>6</sup>

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 calmado.<sup>6</sup>

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 informado 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 por lo tanto, un paciente relajado obviamente dará como resultado una atmósfera menos estresante para el equipo dental y mejores resultados de tratamientos.<sup>6</sup>

### **3. Accidente cerebro-vascular.**

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 malestar.

#### **3.1. 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 conciencia<sup>4</sup>

#### **3.2. Consideraciones farmacológicas.**

El uso de anestésico con vasoconstrictor adrenérgico no está contraindicado en el paciente hipertenso que ha sufrido de un accidente cerebrovascular que está bajo control médico es importante vigilar la concentración adecuada del fármaco (no mayor a 1:100 000), sin exceder de la dosis terapéutica de epinefrina 0.2 mg. No emplear más de tres cartuchos.<sup>1</sup>

En pacientes con hipertensión que son tratados con B-bloqueadores en ellos está contraindicado el empleo de vasoconstrictores adrenérgicos es preferible el uso de felipresina como vasoconstrictor ya que actúa a nivel venular y no altera la presión arterial.<sup>1</sup>

Por lo general, los casos con historia de ACV tienen alto nivel de ansiedad, a veces con depresión y no toleran el estrés en forma adecuada por lo que es conveniente la premedicación ansiolítica o uso de tranquilizantes ligeros. En pacientes bajo TAC no debe emplearse loracepam, debido a que inhibe el efecto hipoprotrombinémico de los primeros.<sup>1</sup>

En pacientes que reciben ácido acetil salicílico como antiagregante plaquetario pueden llevarse a cabo procedimientos quirúrgicos sin retirar el fármaco; cuando se decide suspenderlos debe hacerse 3 días antes y regresar a la dosis habitual tan pronto como sea posible. En estos pacientes no emplear AINE en quienes reciben estos fármacos o TAC y usarlos por corto tiempo en hipertensos con tratamiento farmacológico para evitar el descontrol de la presión arterial<sup>1</sup>

#### **3.3. Manifestaciones bucales.**

Son productos farmacológicos empleado y algunas son secuelas del evento cerebrovascular la terapia antihipertensiva con nifedipino tiene el riesgo de hiperplasia gingival, resequedad oral y lesiones liquenoides.

El propanolol y la hidracina pueden producir parestesias en maxilar y cara; petequias, eritema o hematomas en individuos que toman anticoagulantes y antiagregante plaquetarios.

También se puede observar gingivitis, periodontitis y múltiples caries, disestesias y neuralgias, disgeusias, desorientación perceptual de estímulos dolorosos de origen dental.<sup>1</sup>

### **3.4. Manejo Odontológico.**

Importante realizar la interconsulta médica para conocer el tipo de evento que sufrió el paciente la evolución, su etiología, complicaciones, pronóstico y manejo. Tener en cuenta que el paciente con historia de accidente cerebrovascular tiene una alta probabilidad de padecer un nuevo evento vascular que puede ser devastador por lo que las medidas preventivas son importantes.

Distinguir entre aquellos con complicaciones leves que se pueden desplazar con libertad que toman decisiones sobre su salud y plan de tratamiento bucal, de aquellos que están postrados en cama o necesitan de la ayuda de familiares o cuidadores para desplazarse.

Los primeros pueden recibir cualquier procedimiento dental electivo, estético, protésico, quirúrgico, entre otros tomando las medidas de precaución. En el segundo se debe evaluar la extensión del plan de tratamiento en el que la estética estará en supeditada a la función, las sesiones deben ser cortas y efectivas si la enfermedad está fuera de control debe realizarse solo tratamiento de urgencia en el hospital, el odontólogo debe evitar manejo fuera del ámbito odontológico, en todos estos casos es importante monitorear la presión arterial antes, durante y después del tratamiento no pasar de cifras de 160/100 mm Hg, si supera toda la atención se suspende y remitir al paciente con su médico, la misma exigencia para el paciente con diagnóstico de diabetes en quien debe solicitarse una hemoglobina glucosilada de 7% los casos mal controlado debe ser tratados solo en situaciones urgentes.

Los pacientes con secuela neuromotoras quizá tengan desde una parálisis leve y localizada hasta una verdadera discapacidad, lo que complica los cuidados de limpieza bucal y los vuelve susceptible a enfermedad periodontal y caries se recomienda el uso de cepillo eléctrico o irrigadores bucales la familia y el cuidador debe comprometerse para que lleve a cabo dicho procedimiento.

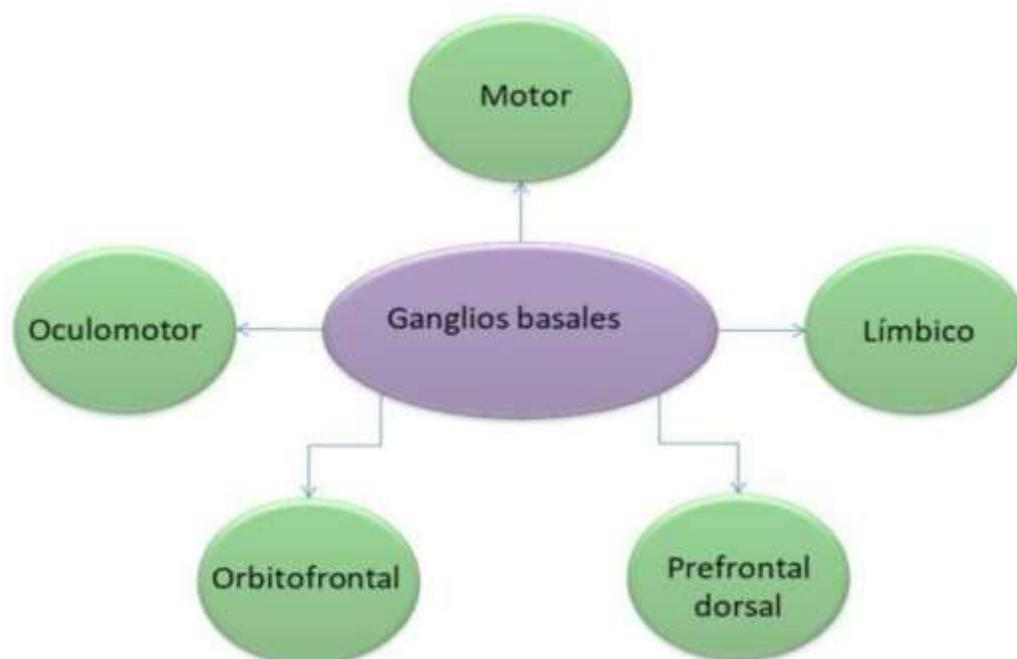
## **4. Enfermedad de Parkinson.**

La enfermedad de Parkinson es una afección crónica y neurodegenerativa de evolución lenta que afecta el sistema nervioso central, se ha relacionado con neuroinflamación y degeneración prematura, progresiva e irreversible de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra, lo cual lleva a la presencia de trastornos motores; esta enfermedad tiene una incidencia mayor entre los 45 y 70 años y resulta ser la segunda enfermedad neurodegenerativa más común después de la enfermedad de Alzheimer. El 90% de los casos suelen presentarse de manera esporádica y el 10% restante suele ser de origen genético. En cuanto a la sintomatología, ésta suele presentarse de 5 a 10 años antes de la aparición de los primeros signos clínicos evidentes.

Al conjunto de alteraciones presentes se han clasificado sucintamente como alteraciones motoras y alteraciones no motoras, la totalidad de las manifestaciones de la enfermedad, son la expresión del deterioro de distintos neurocircuitos en los que residen funciones ejecutivas necesarias en el mantenimiento del estado de integridad física y mental del paciente, ocasionando la pérdida de dichas capacidades y el consiguiente deterioro a la calidad de vida de quien la padece, así como de las personas que cohabitan con ellos.<sup>11</sup>

#### 4.1. Etiología y patogenia.

Los ganglios basales son considerados como un centro modulador que regula el flujo de información desde la corteza cerebral hacia las neuronas motoras de la médula espinal, pero la información que viaja a través de ellos no solo abarca el circuito motor. Existen otros cuatro circuitos anexos como el oculomotor, el prefrontal dorsal, el orbitofrontal lateral y el límbico. De manera general se podría decir que los circuitos restantes también tienden a funcionar de manera anormal ante la presencia de la EP. Habría que decir que el circuito oculomotor tiene la función de orientar y dirigir la vista; el prefrontal dorsolateral y el orbitofrontal lateral se encargan de procesos cognitivos y el circuito límbico de aspectos emocionales, los que al verse alterados modifican la homeostasis funcional de los pacientes.<sup>11</sup>



La sintomatología no motora (SNM) aun cuando tiene una alta prevalencia en la EP tan solo es reportada por un 30 a 40% de los pacientes, debido a que dichos síntomas no suelen ser reconocidos puntualmente por ellos mismos. Durante el curso evolutivo de la EP el paciente puede presentar cualquiera de los dos estadios existentes en respuesta al tratamiento farmacológico administrado para el control de las alteraciones motoras, un periodo "on" donde las alteraciones motoras se controlan adecuadamente y un periodo "off" donde no hay respuesta inmediata al tratamiento. Sin embargo, existe otra sintomatología involucrada en la EP que no es de origen motor, para fines prácticos algunos autores han considerado que la manifestación de las alteraciones no motoras también cursa con estadios, considerando como periodos "off" aquellos en los que el paciente presenta cuadros de ansiedad, pánico y un bajo estado de ánimo, mientras que en el estadio "on" cursa con un mejor estado anímico e incluso llega a tener manía, una menor necesidad de sueño y conductas de riesgo, así como un incremento del interés y la potencia sexual, pedofilia, parafilias, voyerismo, sadomasoquismo y exhibicionismo.<sup>11</sup>

#### 4.2. Manifestaciones clínicas.

Presenta comúnmente está el babeo, la pérdida del gusto y del olfato, la dificultad para deglutir, vómitos y/o náuseas, estreñimiento, incontinencia fecal, vaciamiento intestinal incompleto, urgencia urinaria, nicturia, dolor muscular inexplicable, cambio de peso inexplicable, alteraciones en la memoria, apatía, alucinaciones, problemas de concentración, tristeza, ansiedad, cambio de la libido, dificultades en la actividad sexual, mareos, caídas, somnolencia diurna, insomnio, sueños vívidos, trastornos del sueño MOR (movimientos oculares rápidos), síndrome de piernas inquietas, edema, sudoración excesiva y delirios, así como comportamientos adictivos, entre otros.<sup>11</sup>



#### **4.3. Consideraciones farmacológicas**

Deben evitarse interacciones medicamentosas entre los anestésicos locales con vasoconstrictor adrenérgico y anti-hipertensivos B-bloqueadores, los pacientes que toman selegilina y fenelzina no deben recibir anestésicos que contengan epinefrina o levonordefrina se debe emplear prilocaina con felipresina.

#### **4.4. Manifestaciones bucales.**

Hiposalivación que puede provocar queilitis angular y resequedad oral, secundaria al uso de fármacos anticolinérgicos, antihistamínico y antidepresivos tricíclicos lo que aumenta el riesgo de caries y enfermedad periodontal, los temblores y rigidez pueden inducir dolor orofacial, así como molestia en la articulación temporomandibular, la sensación de ardor se observa en lengua, piso de boca, labios y carrillos, también pueden presentar bruxismo producto de los temblores parkinsonianos de la musculatura facial y el uso de levodopa.

#### **4.5. 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 el 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 ortostática <sup>12</sup>.

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 25 tratamientos 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 dental<sup>13</sup>.

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 succionador 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 dental<sup>14</sup>.

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 presentan <sup>26</sup>. 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 cautela<sup>15</sup>. 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-conductual <sup>12</sup>.

## 5. Epilepsia.

Según la Organización Mundial para la Salud (OMS) La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todo el mundo y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. La epilepsia tiene un origen focal en el cerebro y las manifestaciones dependen del lugar del foco, las regiones en las que las descargas se diseminan y la depresión postictus de estas zonas.

Numerosos estudios han demostrado que la prevalencia de las epilepsias es considerablemente más alta en los países en vías de desarrollo que en los industrializados. A pesar de utilizar un protocolo de investigación epidemiológico similar (World Health Organization. Research Protocol for Measuring the Prevalence of Neurological Disorders in Developing Countries), se han reportado resultados discordantes quizás por uso de definiciones y grupos poblacionales en algunas ocasiones no comparables. Más sin embargo se calcula que el 0.5 – 1% de la población general tiene crisis epilépticas repetidas.

Las convulsiones febriles, en cambio aparecen en el 3-4% de los niños, teniendo una alta prevalencia en la Región de las Américas y constituyen un importante problema social y de salud pública.<sup>1</sup>

Pese a que el origen no está claramente establecido, puede aparecer en muchas ocasiones tras traumatismos craneocefálicos, anomalías en el desarrollo, tumores intracraneales, hipoglucemias, la supresión de determinados fármacos o cuadros febriles.

No todos los enfermos afectados de epilepsia presentan el mismo comportamiento clínico, ni los mismos cambios electroencefalográficos durante las crisis.

Las epilepsias se han clasificado de diferentes formas; mas sin embargo la clasificación propuesta por la ILAE en el 2010 es la más utilizada hoy en día, la clasifica en:

## 5.1. Tipo de convulsiones.

### 5.1.1 Convulsiones tónico-clónicas generalizadas (CTCG, epilepsia mayor, Grand mal):

Las más frecuentes, duran entre 1 y 2 minutos. La secuencia habitual es aura-grito-inconsciencia-espasmo tónico de los músculos-movimientos espasmódicos seguidos de sueño profundo y depresión de todas las funciones del SNC.

### 5.1.2 Crisis de Ausencia (epilepsia menor, petit mal):

Frecuentes en niños, duran cerca de 30 segundos. Pérdida transitoria del conocimiento, el paciente se paraliza aparentemente y fija la mirada en una dirección, sin componente muscular o escaso movimiento espasmódico bilateral. El EEG (electroencefalograma) muestra un patrón característico de espiga y onda de 3 ciclos por segundo. Estas se subdividen en: Crisis Clónicas: Movimientos bruscos repetitivos. Al disminuir su frecuencia la amplitud se mantiene.

### 5.1.3 Crisis Tónicas:

Contracción muscular rígida, violenta, fija. Extremidades en posición forzada, Palidez y cianosis al afectar músculos torácicos.

### 5.1.4 Convulsiones atónicas (epilepsia acinéctica):

Disminución súbita del tono muscular. Fragmentaria: caída de la cabeza o de una extremidad. Todos los músculos: ataques de caída y pérdida de conciencia breve.

### 5.1.5 Convulsiones Mioclónicas:

Sacudidas bruscas focales o generalizadas. Pueden exacerbarse con movimiento Con relación al dormirse o despertarse. Subdivididas en:

### 5.1.6 Convulsiones Parciales o Focales:

Para crisis focales, la distinción entre los diferentes tipos (por ejemplo, parciales simples y parciales complejas) se ha eliminado. Es importante, sin embargo, reconocer que la alteración de la conciencia u otras características discognitivas, localización y progresión de los eventos ictales puede ser de importancia primordial para evaluar a los pacientes individuales y para fines específicos (por ejemplo, diagnóstico diferencial de eventos no epilépticos de crisis epilépticas, ensayos aleatorizados, cirugía). Nada en esta recomendación impide la descripción de las crisis focales de acuerdo a éstas o a otras características.

## 5.2 Consideraciones Farmacológicas.

No se han documentado interacciones farmacológicas con agentes de uso común en odontología como AINE, analgésico y antibiótico por lo que pueden utilizarse sin riesgo para el paciente con epilepsia.<sup>1</sup>

Con excepción de los sedantes e hipnóticos tipo barbitúrico como fenobarbital, secobarbital y barbital, porque aumenta la velocidad de metabolización de los anticonvulsivos y acorta la duración de sus efectos.<sup>1</sup>

Para propósitos de premedicación ansiolítica es preferible el uso de benzodiazepinas como el alprazolam, diazepam, lorazepam y triazolam (halcion).

Los efectos secundarios de la administración de anticonvulsivos como Fenitoína, que entre sus efectos secundarios produce osteopenia, hirsutismo, adenopatías, somnolencia, irritabilidad, marcha inestable y confusión.<sup>1</sup> El ácido acetilsalicílico y los antiinflamatorios no esteroides se debe evitar en los pacientes que consumen ácido valproico ya que se incrementan el riesgo de sangrado.

### 5.3 Manifestaciones orales.

La hiperplasia gingival asociada a medicamentos es una reacción adversa que aparece tras el uso sistémico de algunos fármacos, entre los cuales destacan los Anticonvulsivantes. La primera descripción de un medicamento que causó agrandamiento gingival fue informada en 1939 y se asoció con el uso de Fenitoína (Kimball 1939) la cual produce a largo plazo efectos, incluidos los rasgos faciales toscos y conjunción con la presencia de biopelícula dental, un agrandamiento gingival en el 50% de los pacientes que la utilizan (Angelopoulos y Goaz 1972), una teoría sobre la etiología de los agrandamientos gingivales inducidos por la Fenitoína sugiere que la acumulación de poblaciones de fibroblastos genéticamente diferentes determinaría la acumulación de tejido conjuntivo como consecuencia de una reducción del catabolismo de la molécula de colágeno (Hanssell y Hefti 1991), también se describen células cebadas bloqueando el efecto de la hormona paratírea originando cambios óseos y radiculares (Hall y Angelopoulos 1986, citados por Goodman & Goodman, citados por Lich & Vernon). Este agrandamiento gingival también suele aparecer en aproximadamente la mitad de los pacientes que están medicados con hidantoínas durante más de tres meses, alcanzando su máximo nivel entre el primer y segundo año de tratamiento. Aparece con más frecuencia en las superficies gingivales anteriores tanto superiores como inferiores. Las papilas comienzan a agrandarse haciéndose la encía más prominente y tendiendo a cubrir la corona clínica de los dientes. Por éste motivo habría que evitar los tratamientos de ortodoncia en estos pacientes o, en último caso, cambiar el fármaco que produce la hiperplasia, aunque no siempre es posible. La prevención está basada en bajas dosis de los fármacos, alternativas medicamentosas y control estricto de la placa bacteriana consiguen sólo éxitos parciales en la regresión de la hiperplasia. Estas medidas higiénico profilácticas pueden ser coadyuvantes, pero nunca determinantes en el tratamiento de la enfermedad.<sup>16</sup>

Los pueden presentar atrición y fracturas coronales de los órganos dentarios producto del apretamiento y traumatismo durante las crisis convulsivas.

Los que no tienen control de la enfermedad suelen presentar cicatrices visibles en la piel los labios, carrillos y cara producto de mordeduras y golpes.

### 5.4 Manejo Odontológico.

La gingivectomía es una técnica quirúrgica antigua muy sencilla, que elimina completamente las bolsas periodontales y las hiperplasias con resultados estéticos predecibles. Entre sus desventajas tenemos indicaciones limitadas, herida amplia y dolorosa, cicatrización por segunda intención, riesgo a exposición de hueso, pérdida de encía queratinizada por lo que debe ser realizada por especialista en esta área (Periodoncista). No obstante, es importante eliminar la biopelícula dental de forma eficaz con una meticulosa higiene oral, evitar irritantes gingivales como el cálculo o las sobre extensiones de restauraciones, y utilizar colutorios con clorhexidina o triclosán. Se han de considerar las principales interacciones medicamentosas en las que se ven involucrados los fármacos anticonvulsivantes que tienen lugar por mecanismos farmacocinéticos, relacionados con la distribución y la biotransformación. Con la prescripción de nuevos medicamentos: la carbamazepina puede producir hiposialia, retraso de la cicatrización, leucopenia, trombocitopenia y ataxia, y, si se administra junto a Eritromicina, puede alterar su metabolización aumentando su toxicidad.

El ácido valproico puede dar somnolencia y produce una disminución de la agregación plaquetaria, lo que posibilita la aparición de petequias y hemorragia ante el tratamiento quirúrgico bucal. La fenilhidantoína puede producir exantema, trastornos digestivos, hipocalcemia, anemia, hiperplasia gingival, aumento del metabolismo de otros fármacos y aumento de los rasgos faciales. Uso de Fenitoína puede causar hiperplasia gingival reversible y otros efectos secundarios como hiperglicemia, nistagmo, agrandamiento de los labios entre otros.

Fenobarbital el cual introdujo para el tratamiento de las crisis epilépticas en 1912 por Hauptmann que en la actualidad, no es ni una opción preferida en los países industrializados pero sigue siendo ampliamente utilizado en el mundo en desarrollo, en pacientes adultos se han reportado casos de gingivitis pero son raros o hay una pobre documentación, más sin embargo tiene efectos secundarios como somnolencia, dolor de cabeza, mareos, excitación o aumento de la actividad (especialmente en niños, náuseas y vómitos).

Por tanto, en estos pacientes no se deben administrar antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ya que aumentaría el riesgo de hemorragia, debido a que estos medicamentos se metabolizan en hígado y junto al fenobarbital u otros anticonvulsivantes que a veces se medican por tiempo prolongado puede alterar la función hepática, disminuyendo la producción de los factores de la coagulación. Cuando sea indispensable realizar una exodoncia o cirugía oral a un paciente con epilepsia, se debe tener en cuenta la mayor incidencia de infecciones, hemorragia gingival posquirúrgica y el retraso en la cicatrización que puede ocasionar los Fármacos Anti Epilépticos (FAE).

No hay contraindicación en lo referente al uso en estos pacientes de anestésicos locales en cantidades adecuadas. En los pacientes a los que les falten algunos dientes, será necesario reponerlos para evitar que la lengua se muerda entre estos espacios edéntulos durante alguna crisis. Se aconseja la prótesis fija siempre que sea posible, y en zonas posteriores se recomienda restaurar con caras oclusales metálicas para minimizar así, el riesgo a fracturas. En la zona anterior se utilizará materiales estéticos fáciles de reparar en caso de fracturas.<sup>16</sup>

## 5.5 Manejo de urgencia.

En el momento en que se produce la crisis epiléptica debemos:

- Retirar instrumentos y materiales odontológicos, u objetos con los que el paciente pueda lesionarse.
- Colocarlo preferentemente en el suelo y de costado para favorecer la eliminación de la saliva.
- No interferir en sus movimientos.
- Evitar que se golpee la cabeza o extremidades colocando almohadones.
- Mantener permeable la vía aérea.
- Si se prolonga más de 5 minutos administrar oxígeno con mascarilla.
- Llamar a un Servicio de Urgencia si la crisis dura más de 15 minutos o si se repite una crisis tras otra.
- Una vez pasada la crisis permitir que el paciente descanse. Evaluar el grado de vigilia y orientación.<sup>16</sup>

## **6. 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 de cambios en la personalidad, delirios, cambios repentinos de estado de ánimo, depresión. Los déficits colinérgicos son la clase más común de trastorno neuroquímico en los pacientes con Alzheimer y se cree que contribuye al deterioro de la memoria y otras funciones cognitivas.<sup>17</sup>

Se estima que entre el 10-15% de las personas mayores de 65 años de edad y el 20% de las personas mayores de ochenta padecen de Alzheimer. Las mujeres viven más que los hombres, por lo tanto, ellas conforman casi dos tercios de todos los casos. <sup>17</sup>

### **6.1. Etiología y patogenia.**

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 el 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 ocupación.<sup>17</sup>

Las amalgamas dentales liberan pequeñas cantidades de mercurio, una neurotóxica sobre la cual se ha especulado juega un papel importante en la patogénesis del Alzheimer. Sin embargo, un cuidadoso estudio ha revelado que el número de superficies obturadas no es directamente proporcional al nivel cerebral de mercurio y por lo tanto no existe una evidencia científica que avale una relación causa-efecto entre la presencia de restauraciones de amalgama y la aparición de la enfermedad.<sup>17</sup>

### **6.2. Manifestaciones clínicas.**

Los síntomas usualmente lo constituyen 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 de cambios en la personalidad, delirios, cambios repentinos de estado de ánimo, depresión y problemas de conducta.<sup>17</sup>

### **6.3. Diagnóstico.**

El diagnóstico se hace en base a una historia clínica de progresiva demencia en edades adultas o en pacientes ancianos. Para diagnosticar esta demencia se hace imperioso una buena historia clínica que incluya el reconocimiento de múltiples déficits cognitivos como: fallas en la memoria, afasia (defecto o pérdida del lenguaje), incapacidad motora (paroxismo).

Agnosia (pérdida total o parcial para reconocer objetos o personas), disminución notable de las capacidades para relacionarse social y ocupacionalmente, la evolución es gradual y la disminución de las funciones cognitivas es continua. Los déficits cognitivos antes mencionados no causan enfermedades centrales como: accidentes cerebrovasculares, Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, tumores cerebrales o hidrocefalia. Enfermedades sistémicas que son causa conocida de demencia como: SIDA, hipercalcemia, neurosífilis, deficiencia de vitamina B o ácido fólico, hipotiroidismo, etc. Los diagnósticos diferenciales incluyen; enfermedades metabólicas como mixedema o anemia perniciosa, sífilis y tumores como meningiomas del lóbulo frontal.

El Alzheimer también debe ser diferenciado de la pseudodemencia depresiva, condición que puede ser tratada exitosamente con inhibidores de la recaptación de serotonina. La nutrición es un factor preventivo para el desarrollo de la enfermedad; se ha demostrado una correlación entre las destrezas cognitivas y los niveles séricos de folatos, vitamina B12, vitamina B6, y homocisteína. También se ha asociado la enfermedad a la ingesta crónica de ciertos medicamentos como antiinflamatorios y estrógenos.<sup>17</sup>

#### **6.4. Tratamiento médico.**

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 modestos.<sup>17</sup>

#### **6.5. Manejo odontológico.**

Es importante mantener actualizada la historia odontológica en lo que se refiere a antecedentes médicos y medicaciones para evitar complicaciones como la hipotensión postural producto de los antihipertensivos, las interacciones adversas a la epinefrina o la sobre-sedación. La disfunción en la secreción salival es también una reacción adversa de ciertos medicamentos utilizados en el tratamiento integral del paciente geriátrico. Ciertos antihipertensivos, por ejemplo, pueden causar xerostomía, mientras que, por el contrario, los inhibidores de colinesterasa pueden producir sialorrea.<sup>17</sup>

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

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 locales.<sup>17</sup>

Es imprescindible la visita regular del odontólogo en estos centros para prevenir la presencia de focos de infección bucal que pueda agravar la condición sistémica del paciente. Los parientes se sienten normalmente mucho más tranquilos y confiados cuando su odontólogo comprende en detalle los pormenores de la enfermedad y puede prestarle una ayuda especializada al paciente con Alzheimer.<sup>17</sup>

Es importante recordar por parte del protésico y del odontólogo general que los tratamientos restauradores más avanzados y exquisitos NO necesariamente redundan en beneficio para el paciente con Alzheimer. Incluso los cambios más pequeños en el medio bucal pueden resultar sumamente molestos y hasta contraproducentes en un paciente con la capacidad de adaptación neuro-muscular disminuida. La rehabilitación completa por medio de múltiples prótesis fijas, removibles, incrustaciones e incluso las dentaduras totales pueden resultar en un reto sumamente difícil para el paciente con Alzheimer. En ciertas situaciones clínicas es suficiente con evaluar el estado nutricional y compararlo con la capacidad masticatoria del paciente para decidir la pertinencia o no de una restauración protésica. En otras palabras: se debe ser "realista" a la hora de restaurar protésicamente a estos pacientes y considerar el balance riesgo-beneficio del tratamiento planificado. En efecto; en los estados más avanzados de la enfermedad dichos tratamientos restauradores serán imposibles de realizar debido entre otras cosas a la pérdida de las funciones cognitivas básicas.<sup>17</sup>

El odontólogo debe prescribir ansiolíticos para poder manejar los problemas conductuales de estos pacientes en las consultas. Un benzodiacepina de corta duración como el Midazolam puede ser utilizado con éxito en la mayoría de los casos. En geriatría se prefieren las de corta duración debido a que en el paciente anciano la duración de la sedación es mayor a la normal, así como la profundidad de la misma. A dosis terapéuticas debe monitorearse a este tipo de pacientes debido al riesgo de depresión respiratoria.<sup>17</sup>

## **7. Parálisis cerebral.**

Es el trastorno neuromuscular más frecuente que afecta a los niños, constituyendo en la actualidad la principal causa de discapacidad física en la infancia y se reporta una prevalencia mundial de entre 1,3 y 3,6 casos por 1.000 nacidos vivos. La PC describe un grupo de trastornos permanentes atribuido a perturbaciones no progresivas en el cerebro fetal o infantil, que afecta el desarrollo del movimiento y la postura. Los trastornos motores de la parálisis cerebral son a menudo acompañados por alteraciones en la sensación, percepción, cognición, comunicación y trastornos neurológicos (como la epilepsia), y por problemas musculo-esqueléticos secundarios. Asimismo, numerosos problemas de salud sistémicos son comunes en los niños con PC (Du *et al.*, 2014). La PC es una enfermedad multifactorial, La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD, 2012), define al paciente con necesidades de cuidados especiales de salud (NCES) como aquel individuo con compromiso o situación de limitación motora, sensorial, cognitiva, conductual y/o emocional que requiere de intervención, manejo médico y uso de asistencias o programas especializados en salud.

La condición del desarrollo, o adquirida a través de la enfermedad, traumatismo o causa ambiental y puede imponer limitaciones en la realización de actividades diarias o sustanciales en una importante actividad de la vida. Estos individuos requieren de mayor atención, adaptación, intervención especializada y cambios en ciertas medidas que van más allá de lo que se considera un tratamiento habitual.<sup>18</sup>

### **7.1. Etiología.**

Los factores etiológicos más comunes citados en la literatura son hipoxia pre o post natal, recién nacido prematuro, bajo peso al nacer, infección intrauterina y sustancias tóxicas.<sup>18</sup>

### **7.2. Manifestaciones clínicas.**

Tiene status epiléptico generalizado, convulsiones, retraso del desarrollo psicomotor y enfermedades respiratorias recurrentes. Estos antecedentes evidencian, por una parte, como los importantes avances médicos y cuidados en neonatología han disminuido la mortalidad de prematuros extremadamente pequeños (menores de 1000 - 1500 g), y también, como han contribuido a un aumento de la morbilidad, en los prematuros nacidos con bajo peso que sobreviven con secuelas

### **7.3. Diagnóstico.**

El diagnóstico de la PC es esencialmente clínico y de acuerdo al tipo de compromiso motor, se clasifican en parálisis cerebral espástica, Adicionalmente, de acuerdo a la ubicación de la deficiencia motora se clasifican en tetraplejía, hemiplejía, o diplejía (Katz, 2012).<sup>18</sup>

### **7.4. Manifestaciones bucales.**

Establece como diagnóstico odontológico: dermatitis perioral asociada a babeo persistente (incompetencia labial), deglución infantil, empuje lingual respiración oral, gingivitis marginal generalizada caries temprana de la infancia severa. 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 superiores, 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 dentición.

Sialorrea la Hiposalivación o xerostomía parece ser la consecuencia de una disfunción en la coordinación de los mecanismos de deglución (parálisis pseudobulbar) y la apertura bucal. La Hiposalivación puede empeorar con algunos medicamentos anticonvulsivos, 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 Hiposalivación. Maloclusión clase es la más común en pacientes con parálisis cerebral, esto es debido a la respiración bucal, cara alargada e incompetencia labial.<sup>18</sup>

### **7.5. Manejo odontológico.**

La atención odontológica del paciente con discapacidad representa generalmente un desafío diferente para el Odontopediatra, no por el tratamiento en sí, sino por el manejo conductual de este tipo de paciente.

Los pacientes NCES se presentan por lo general ansiosos, con dificultad de cooperar, y capacidad de atención limitada. Se fatigan rápidamente, de forma que los tiempos de tratamiento pueden ser limitados (Gryst & Mount, 1999).<sup>18</sup>

Sentando al paciente sobre el sillón dental con respaldo en posición más vertical, columna recta y piernas más elevadas, La aplicación de barniz de flúor, restauraron los molares primarios inferiores con lesiones cavitada profundas y pulpitis reversible. Bajo anestesia local, aislamiento absoluto y técnica a cuatro manos.<sup>18</sup>

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 velcro<sup>16</sup>. 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 muscular<sup>14</sup>.

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 de los niños. <sup>18</sup>

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 nítrico 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 mínimas. <sup>18</sup>

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 dental<sup>13</sup>, 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 oral.<sup>18</sup>

## 8. 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 atípico <sup>18</sup>.

Se define como una alteración en el neurodesarrollo caracterizada por daño severo en la interacción social, el lenguaje, el comportamiento y la función cognitiva<sup>20</sup>.

### 8.1 Tipos de autismo.

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 <sup>18</sup>.

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 <sup>18</sup>.

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 <sup>18</sup>.

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 <sup>18</sup>.

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 <sup>18</sup>.

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 Purkinje<sup>4</sup>. 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 autismo<sup>19</sup>. 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 X<sup>20</sup>.

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 tiempo <sup>19</sup>.

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 específicas<sup>20</sup>.

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 metilfenidato<sup>20</sup>.

## 8.2. 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 rabietas<sup>20</sup>.

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 vestíbulo-visual con una predominante visión focal sobre la periférica y un umbral elevado de dolor<sup>20</sup>.

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 <sup>4</sup>. Sin embargo, los pacientes con TEA no poseen ninguna característica específica en los tejidos blandos o duros intra y periorales<sup>23</sup>; 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 severidad<sup>18</sup>.

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 auto extracciones. La severidad de las autolesiones depende del origen y la asociación que puedan tener con patologías mentales o el autismo en sí mismo<sup>18</sup>.

### **8.3. 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 <sup>4</sup>.

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 clínico<sup>18</sup>. Además, muchos de éstos pacientes presentan agresividad y convulsiones, lo que dificulta atenderlos de manera ambulatoria en el consultorio dental <sup>20</sup>.

Este grupo de pacientes requiere mucha atención, paciencia y juego de roles para lograr una buena relación antes de realizar el examen clínico <sup>21</sup>.

### **8.4 Las principales técnicas del manejo del comportamiento son:**

- Decir-mostrar-hacer: se le explica qué procedimientos se le van a realizar, de forma sencilla y que tenga sentido para ellos, para disminuir su ansiedad. Estos pacientes funcionan mejor cuando saben lo que va a suceder.
- Control de voz: se trata de una modificación del tono y el volumen de la voz, así como de la velocidad con que se hace, para establecer comunicación y autoridad con el paciente. Puede aplicarse tanto un aumento como una disminución del tono. El niño autista se aborda de forma calmada y amistosa; se cuida su espacio personal.
- Expresarse con frases directas y cortas, hablar pausadamente: los pacientes con trastornos del espectro autista toman todo de forma literal, así que hay que cuidar lo que se les dice. Evitar palabras o frases con doble significado. Es muy importante la comunicación no verbal, para la que se pueden utilizar.
- pictogramas específicos, previa consulta, con el fin de lograr una mejor comunicación.
- Refuerzo positivo: es importante hacerlo inmediatamente y repetirlo varias veces con el objetivo de condicionar positivamente la buena conducta. Se debe premiar al final del tratamiento.
- Refuerzo negativo: pretende modificar un comportamiento no deseado mediante la expresión de rechazo.
- Distracción contingente: consiste en desviar la atención del paciente durante el procedimiento y, al mismo tiempo, condicionarlo por medio de contingencias para así disminuir su ansiedad.
- Modelado: permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que se desea (el niño aprende al observar cómo otro recibe el tratamiento).

- Se les debe permitir llevar artículos de confort que ayudarán a ocuparlos y a distraerlos (o ambos). Para los niños que son sensibles a la iluminación el uso de gafas de sol podría aliviar el resplandor de las lámparas y para los que son sensibles a los sonidos el uso de audífonos (bien sea para eliminar los ruidos o para escuchar música) podría mitigar sus temores y brindar confort.
- Uso de pictogramas: las personas con trastornos del espectro autista son excelentes pensadores visuales, es decir, comprenden, asimilan y retienen mejor la información que se les presenta de manera visual; frente a la información verbal las imágenes permanecen en el tiempo e implican un menor nivel de abstracción.



Figura. Pictograma para la atención en la consulta estomatológica

## 9. 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 química<sup>4</sup>.

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 persona<sup>23</sup>.

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 conducta.<sup>23</sup>

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 abuso<sup>24</sup>.

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 submucosa<sup>25</sup>.

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.<sup>23</sup>

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 adicto.<sup>24</sup>

### **9.1. Características clínicas**

Este trastorno se caracteriza por el uso compulsivo de la sustancia, cambios en el comportamiento y alteraciones en la funcionalidad del individuo<sup>4</sup>.

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 reveladores<sup>24</sup>.

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 <sup>24</sup>.

## 9.2. 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 dental<sup>24</sup>. 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 respiratorio <sup>24</sup>.

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 sangre <sup>24</sup>. 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 los 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 cotidiana<sup>4</sup>.

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 adicional de 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.<sup>4</sup>

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

## 10.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 <sup>33</sup>.

Los trastornos de alimentación son trastornos psicosomáticos que afectan a las personas principalmente al final de la adolescencia y en la adultez temprana. 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 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. 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 <sup>32</sup>

### 10.1. Características clínicas.

Los pacientes que sufren de trastornos alimenticios presentan bradicardia, hipotensión, arritmias, estreñimiento, distensión abdominal, esofagitis, piel seca y osteopenia <sup>36</sup>.

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 auto inducen 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 <sup>35</sup>: 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.<sup>33</sup>

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 y caries dentales.

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 figuración con enrojecimiento, ulceración.

Superficial y formación de costras en los ángulos de la boca. Eritemas y ulceraciones debido a la regurgitación del ácido gástrico.<sup>33</sup>

Alteración de la articulación temporomandibular; La presión ejercida durante los frecuentes episodios de vómitos auto-inducidos puede provocar la luxación o subluxación del cóndilo mandibular<sup>35</sup>.

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 incisal<sup>38</sup>.

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. <sup>1</sup>

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.<sup>1</sup>

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.<sup>1</sup>

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.<sup>1</sup>

## **10.2. 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. El manejo debe ser interdisciplinario que incluya a especialistas en psiquiatría, nutriólogo, médico internista y terapeuta cognitivo-conductual<sup>4</sup>.

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.<sup>23</sup>

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 vitales.<sup>1</sup>

## CONCLUSIONES.

- En los niños con PC, los hallazgos orales más frecuente son una alta incidencia de caries y enfermedad periodontal, debido a la dieta (predominantemente cariogénica y pastosa), y dificultades con el control muscular para succionar, masticar y tragar (disfagia).
- Otros hallazgos como consecuencia de los defectos motores asociados a la PC, son la respiración bucal, trauma de tejidos (blandos y duros), bruxismo y problemas con la articulación temporomandibular.
- Los niños con parálisis cerebral son a menudo muy dependientes de sus cuidadores, por lo que
- es importante determinar el conocimiento y actitudes hacia la salud oral que tienen los padres y/o tutores.
- Por esto, la primera etapa de tratamiento considera la educación a la madre de la condición oral de su hija (factores de riesgo de las patologías orales más prevalentes), con énfasis en el control de higiene y asesoramiento dietético, aplicando los conceptos actuales de promoción de salud.
- La recuperación de la salud oral de las personas con discapacidad no solo requiere que reciban una atención clínica de alta calidad, sino, es preponderante que tengan acceso a la atención odontológica la cual, por supuesto requiere modificaciones de la prestación habitual.
- La labor principal del Especialista, tras la restitución de la salud oral en el niño autista, consistirá en lograr disminuir el riesgo de enfermedad oral mediante la creación de programas preventivos individualizados.
- Orientar a los padres y educadores para que estos procedimientos tengan continuidad en el hogar y en los centros educativos.
- Mediante dibujos, se recordarán los momentos de las comidas: desayuno, comida y cena, y se indicará que tras cada una de ellas se debe recurrir al cepillado.
- Se recomienda la colocación del pictograma en un lugar accesible para el niño Autista de manera que no caiga en el olvido y permita integrar la actividad representada en la rutina diaria.
- Necesidad de ingerir comidas sanas y evitar los alimentos azucarados y pegajosos y recordar que los alimentos duros requieren una masticación más vigorosa, lo que estimula el flujo salival y, por tanto, la autoclisis.
- El autismo constituye un síndrome único, con características especiales a tener en cuenta para su conceptualización, diagnóstico y tratamiento, sin una etiología precisada por completo y abordado desde diferentes posturas teóricas.
- Resulta de vital importancia el conocimiento, por parte del personal de salud y, en especial, del Especialista en Odontología, de los protocolos de desensibilización sistemática existentes, con la finalidad de evitar situaciones de rechazo al tratamiento por parte de estos niños, lo que reduciría la necesidad de la realización sistemática de procedimientos odontológicos bajo condiciones de sedación o anestesia general.
- El mantenimiento de los objetivos del Sistema de Salud requiere de instruir a padres y educadores acerca de la importancia de la prevención a nivel oral y de enfatizar en la necesidad de revisiones periódicas que controlen el riesgo de enfermedad oral en el niño autista.
- La interrelación padres-educadores-odontólogos resulta imprescindible en aras de una consecución completa de los objetivos de tratamiento, para una atención integral que se traduzca en elevar la calidad de vida de estos pacientes.

- Cerca del 70% de los pacientes con EP presentan algún síntoma no motor, algunos de los cuales pueden aparecer años antes de que la propia EP sea diagnosticada, siendo los más comunes los más incapacitantes, como la depresión, los trastornos del sueño, de esfínteres y el dolor.
- Es imprescindible la visita regular del odontólogo en estos centros para prevenir la presencia de focos de infección bucal que pueda agravar la condición sistémica del paciente. Los parientes se sienten normalmente mucho más tranquilos y confiados cuando su odontólogo comprende en detalle los pormenores de la enfermedad y puede prestarle una ayuda especializada al paciente con Alzheimer.
- El plan de tratamiento de un paciente con Alzheimer debe ser diseñado de acuerdo a la severidad de la enfermedad y siempre en consenso con los miembros de la familia o las personas que se encargan del cuidado del paciente.
- Es importante recordar por parte del protésico y del odontólogo general que los tratamientos restauradores más avanzados y exquisitos NO necesariamente redundan en beneficio para el paciente con Alzheimer.
- Por lo antes expuesto, se hace imperativo que el Odontólogo forme parte integral del equipo multidisciplinario que aborda los casos de Alzheimer en las etapas tempranas de la enfermedad. Incluso a nivel Odontológico, el diagnóstico temprano permitirá una mejor evolución y un mejor pronóstico, y elevará sin duda alguna la calidad de vida del paciente en las últimas etapas de la enfermedad cuando el deceso sea inevitable.
- Para diagnosticar esta demencia se hace imperioso una buena historia clínica que incluya el reconocimiento de múltiples déficits cognitivos como: fallas en la memoria, afasia (defecto o pérdida del lenguaje), incapacidad motora (paroxismo), agnosia (pérdida total o parcial para reconocer objetos o personas), disminución notable de las capacidades para relacionarse social y ocupacionalmente, la evolución es gradual y la disminución de las funciones cognitivas es continua.
- El plan de tratamiento de un paciente con Alzheimer debe ser diseñado de acuerdo a la severidad de la enfermedad y siempre en consenso con los miembros de la familia o las personas que se encargan del cuidado del paciente.
- En conclusión, el TDM es y parece que va a seguir siendo, uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y de difícil diagnóstico, ya que en muchas ocasiones presenta síntomas leves o inespecíficos
- Se comprobó que la musicoterapia influye positivamente en el nivel de ansiedad del paciente con esquizofrenia reduciendo sus signos vitales a valores normales.
- Para aumentar la eficacia de la técnica la podríamos combinar con otros medios distractores para el control de la ansiedad como recursos visuales o técnicas de recreación previo estudio de investigación en el tratamiento dental.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. José Castellano S. Laura Días G. Enrique Lee G. Medicina en odontología, manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Tercera edición México: Editorial El Manual Moderno; 2015. p. 344-372.
2. 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: 10.1177/000486741561594
3. Dantas LP, et al. Effects of passiflora incarnata and midazolam for control of anxiety in patients 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>.
4. Torales J, Barrios I, González I. Oral and dental health issues in people with mental disorders. Medwave 2017 Sep;17(8):7045. doi: 10.5867/medwave.2017.08.7045.
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. Appukuttan D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. Clin Cosmet Investig Dent. 2016 Mar 10; 8:35-50.
7. Appukuttan D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. Clin Cosmet Investig Dent. 2016 Mar 10; 8:35-50.
8. 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>
9. Torales J, Barrios I, González I. Oral and dental health issues in people with mental disorders. Medwave 2017 Sep; 17(8):7045. doi: 10.5867/medwave.2017.08.7045.
10. Pérez de la Ossa T. Procedimientos de asistencia odontológica hospitalaria en pacientes discapacitados psíquicos no colaboradores tratados con anestesia general [tesis en internet]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid.
11. Vásquez-Celaya L. Tamariz-Rodríguez A. Gutiérrez Pérez J. Marín Márquez G. Toledo Cárdenas M. Carrillo Castilla P. Manzo Denes J. Coria Ávila G. García Hernández L. Enfermedad de Parkinson más allá de lo motor Revista e Neurobiología 10(23):150319, Puedes encontrar este artículo en: [www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/23/23.htm](http://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/23/23.htm).
12. Borislav I et al. A Review of dental health issues in Parkinson's disease patients. Med Inform Issue 4, 2015. Doi:10.18044/Medinform.201524.33430. BDA evidence summary. Dental problems and their management in patients with dementia. 2013. Disponible en: <https://bda.org/dentists/education/sgb/Documents/Dental%20problems%20and%20their%20management%20in%20patients%20with%20dementia.pdf>
13. 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.
14. 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>
15. 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](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000300005).

16. Martínez H, Segura Ruiz F, Cicco A. **Manejo del paciente epiléptico en la consulta odontológica: Revisión actualizada de la literatura** - Volumen 53, No. 2, Año 2015
17. Raposo S, Pérez J. **MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ALZHEIMER – revista europea odontoestomatologica** - Publicado el: 29/06/2015.
18. PINEDA, T. P.; DêAZ, M. J.; ZAROR, S. C. & JANS, M. A. Tratamiento odontológico ambulatorio de pre-escolar con parálisis cerebral. *Int. J. Odontostomat.*, **9(1)**:101-106, 2015.
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](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168893392012000200006&lng=es&tlng=es).
25. 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>
26. 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](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392015000100005)
27. 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](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000300005)
28. 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>
29. 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.
30. 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
31. BDA evidence summary. Dental problems and their management in patients with dementia. 2013. <https://bda.org/dentists/education/sgh/Documents/Dental%20problems%20and%20their%20management%20in%20patients%20with%20dementia.pdf>
32. Raposo s, Pérez E. Manejo Odontológico del Paciente con Alzheimer. *Rev. Europea de Odontoestomatología* 2015.
33. Morales A et al. Epilepsia y sus Implicaciones en el Campo Odontológico: Artículo de revisión. *Acta Bioclínica*, [S.l.], p. 34-59, oct. 2014. ISSN 2244-8136. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/4963>. Fecha de acceso: 05 dic. 2017.

34. Chellathurai BN, Thiagarajan R, Jayakumaran S, Devadoss P, Elavazhagan. Management of a high risk epilepticpatient under conscious sedation: A multidisciplinaryapproach. J Indian Soc Periodontol 2016; 20:91-4.
35. Salles G et al. Epilepsia: condutas na prática odontológica. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2013; 25(2): 141-6
36. 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>