

01421
174



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANIFESTACIONES BUCODENTALES EN NIÑOS CON TRASTORNOS PSICÓTICOS

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ALEJANDRA LARA MALAGÓN

DIRECTORA:
MTRA. VIOLETA ZURITA MURILLO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MÉXICO, D.F.

2003

Autentico a la Dirección General de Bibliotecas UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo de tesis.
NOMBRE: Lara Malagón Alejandra
FECHA: 09-OCT-03
FIRMA: Alejandra Lara Malagón

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

La realización de este trabajo ha sido posible gracias al apoyo y la confianza de muchas personas que de alguna forma me han impulsado a salir adelante, no obstante haré mención de los principales protagonistas de mi vida.

Quiero agradecer y dedicar este trabajo a Dios por darme la oportunidad de vivir, darme la fuerza para poder llegar al lugar en el cual me encuentro.

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por brindarme una preparación académica de alto nivel.

Agradezco a mi madre por la confianza y el amor que me ha brindado en todo momento, por comprenderme y apoyarme en los momentos mas difíciles de mi vida, por creer en mi.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Agradezco a mis hermanos por su disposición y paciencia, de quienes espero sigan superándose y puedan lograr todo lo que se propongan.

A mis amigos quienes me ayudaron y me apoyaron en todo momento, a una persona en especial que me ayudo en un momento difícil.

Agradezco a mi asesora Violeta Zurita M. Por toda su ayuda que me brindo en la realización de esta tesis.

INDICE

INTRODUCCIÓN.

1. PSICÓISIS	1
1.1 ETIOLOGÍA	6
1.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS	8
1.3 PRONÓSTICO	11
1.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	11
2. MANIFESTACIONES BUCODENTALES	13
2.1 PROBLEMAS PERIODONTALES	14
2.2 MANIFESTACIONES EN TEJIDOS BLANDOS.	16
2.3 MANIFESTACIONES EN TEJIDOS DUROS.	20
2.4 MANIFESTACIONES EN LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.	21
2.5 BRUXISMO	22
2.6 XEROSTOMÍA	24
2.7 CARIES	24

3. MANEJO Y TRATAMIENTO DENTAL EN NIÑOS CON PSICÓISIS	26
3.1 TRATAMIENTO DENTAL PREVENTIVO	28
3.2 GUARDAS OCLUSALES.	32
3.3 RESTAURACIONES ESTÉTICAS	35
CONCLUSIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40

INTRODUCCIÓN

El tema de tesina que vamos a tratar es un tema relevante que no se ha mencionado en los libros como tal, nos referimos a las manifestaciones bucodentales en niños con trastornos psicóticos, lo que se ha abordado en otros temas anteriores son manifestaciones dentales en niños con enfermedades sistémicas más conocidas, pero nadie puede imaginar que estos niños también presentan serios problemas dentales y con nuestro apoyo se les brindara atención dental.

La psicosis se manifiesta por una patología que afecta todas las áreas de la función mental en conducta y emociones, hay algunas enfermedades de desorden mental que presentan manifestaciones psicóticas en niños se diferencian en tres categorías, cada una con distinta edad de inicio, evolución y pronostico: la psicosis infantil, psicosis desintegrativa y esquizofrenia infantil.

1. PSICOSIS

La psicosis es un trastorno mental que presenta como característica una afección de las emociones, del pensamiento, del impulso y de la conducta, se presenta un distanciamiento total de la realidad y del mundo que le rodea, pensando sólo en un mundo interior.

El término psicosis procede del griego psyché, alma, y es aplicado generalmente a los trastornos mentales de etiología psíquica u orgánica en los cuales se presentan alteraciones profundas de la realidad y de la respuesta a estímulos. Este tipo de patología médica produce grandes desórdenes en las familias.

La psicosis en general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y a la adaptación social. A través de la historia y en todas las culturas se han descrito diferentes tipos de trastornos, pese a la vaguedad y a las dificultades que implica su definición.

A lo largo de la historia, y hasta tiempos relativamente recientes, la locura no era considerada una enfermedad sino un problema moral, el extremo de la depravación humana o espiritual casos de maldición o de posesión demoníaca. Durante los siglos XVI y XVII, la psiquiatría empezó a ser una ciencia respetable en 1790, cuando el médico parisino Philippe Pinel decidió quitar las cadenas a los enfermos mentales, introdujo una perspectiva psicológica y comenzó a hacer estudios clínicos objetivos.

A partir de entonces, se definieron los principales tipos de enfermedades mentales, trastornos psicóticos y sus formas de tratamiento.

Los primeros clínicos describieron que las características eran de origen familiar, causa endógena, ideas extrañas, disociación del pensamiento y las emociones, retracción social.

El concepto de demencia precoz se desarrolló a partir de 1896, basado en que los pacientes presentaban una serie de alucinaciones en un curso progresivo y deteriorante. Pronto se introdujo la idea de alteraciones subyacentes en ciertos procesos psicológicos, así como la distinción entre síntomas primarios y secundarios.

El nombre de psicosis se asignó en 1908, refiriéndose a la desconexión de las funciones psíquicas, se creía que la enfermedad no necesariamente debía empezar precoz y que podía terminar de varias formas, por ejemplo una retracción social, pero no quedaba claro que las recuperaciones totales de produjeran sin dejar secuelas.¹

El comportamiento de los niños con psicosis puede cambiar lentamente con el paso del tiempo. Por ejemplo, los niños que disfrutaban relacionándose con otros pueden comenzar a ponerse tímidos y retraídos, como si vivieran en su propio mundo. A veces los jóvenes comienzan a hablar de miedos e ideas extrañas.

¹ Robert Berkow , *"El manual de Merck , diagnóstico y terapéutica"*: Ed. Doyma, Madrid España.
7ª Edición, 1996, Pág. 16961697.

Pueden comenzar a aferrarse a sus padres y a decir que las cosas no le hacen mucho sentido. Sus maestros pueden ser los primeros en darse cuenta de estos problemas.

El diagnóstico y tratamiento médico a tiempo son importantes. La psicosis es una enfermedad para toda la vida que puede ser controlada, pero no curada. A los niños con los problemas y con síntomas extraños, hay que hacerles una evaluación integral. Generalmente, estos niños necesitan planes de tratamiento comprensivo que envuelven a otros profesionales. Una combinación de medicamentos y terapia individual, terapia familiar y programas especializados en escuelas, actividades, etc. son a menudo necesarias.

Los medicamentos pueden ser útiles para tratar muchos de los síntomas y problemas identificados, requieren la supervisión cuidadosa de un psiquiatra de niños y adolescentes.²

² Andrew M. "*Antecedentes de la psicosis*". Enciclopedia Encarta. 2001 Microsoft Pp. 34-36

La psicosis se manifiesta por perturbaciones en todas las áreas de la función mental, son relativamente raras (de 4 a 5 casos/10 000 niños) que presentan problemas importantes en los cuidados médicos.³

Psicosis desintegrativa

Es un grupo heterogéneo de síndromes que se inician después de los tres años, con antecedentes de desarrollo normal. La historia típica es de un niño con desarrollo normal hasta los 3 o 4 años, después de un periodo de enfermedad vaga y cambios del estado de ánimo en el cual el niño es irritable y se queja, sufre una regresión notable con pérdida de las características del desarrollo previamente adquiridos. El niño se deteriora a un nivel fuerte psicológicamente. La evolución es grave, inexorable, y el niño necesitara atención toda la vida como un paciente con deficiencia mental intensa; en casos inespecíficos tal vez no se altere el crecimiento del niño.

³ Robert, Op.Cit. Pp. 1734

Esquizofrenia infantil

Son estados psicóticos que se inician después de los 7 años con conducta similar a la esquizofrenia del adulto. Las pruebas sobre su causa sugieren que agresiones ambientales agravan la enfermedad en niños con predisposición genética. Este trastorno aumenta con la edad. ⁴

1.1 ETIOLOGÍA

En relación a su etiología se acepta actualmente que este mal es producido por una interacción de factores hereditarios y ambientales, es más común en personas económicamente bajas, considerándose que la desorganización social y el stress consiguiente juegan un papel importante; Así como también una relación familiar defectuosa, la violencia cotidiana, una educación deficiente y el peso de relaciones deterioradas que le rodean.

⁴ Berkom, Ib, Pp. 1735-1736

En relación a la genética, estudios recientes han confirmado una alteración en el brazo corto del cromosoma 5, siendo el gen correspondiente el responsable de los receptores de dopaminérgicos, también hay un trastorno del metabolismo de triptófano y fenilalanina, habiéndose encontrado metabolitos anormales o alteraciones cuantitativas de los metabolitos normales de noradrenalina y dopamina, con la administración de L-dopa y anfetamina se agravan los síntomas de la psicosis por el aumento de la dopamina. También existen alteraciones encefálicas en el sentido de una atrofia cerebral con predominio frontal.⁵

En las personas vulnerables se considera que la psicosis se inicia en un período crucial del desarrollo. Al comienzo de la adolescencia puede intentarse irse de la casa y separarse de los miembros de la familia por razones escolares u otras actividades.⁶

⁵ Olaf sandner, Maria Esther Garcia. "*Trastornos del sistema nervioso que afectan al área bucal y maxilofacial*" Ed. Harcourt Madrid, 1 Ed. 1996

⁶ Encarta, Op. cit. Pp. 37

1.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas más característicos de la psicosis son: delirios, incoherencia o pérdida notable de la capacidad asociativa, afectividad embotellada o inapropiada, delirios extraños, alucinaciones llamativas de carácter auditivo con contenido sin relación evidente, con depresión y euforia, o con una voz que comenta los pensamientos o la conducta de la persona, o dos o más voces entre sí.

En un estadio más avanzado de su evolución cuando el niño, comienza la adolescencia, presenta alucinaciones, ideas delirantes y ciertas alteraciones del pensamiento.

El paciente puede sufrir de ideas de persecución, prejuicios en su contra, falsos rumores, puede pensar que sus ideas han sido introducidas en su mente por supuestos enemigos o que estas han sido robadas.

Que sus sentimientos y acciones no son propios sino impuestos por la fuerza. Su afectividad esta disminuida y desviada, suele ser discordante con el lenguaje (la voz suele ser monótona) y su faz inmóvil, sin expresión.

El sentido del yo está alterado, su identidad y significado de la existencia está desviada, muchas veces en el sentido de ser controlado por fuerzas extrañas.

Percibe voces que lo insultan o que le indican acciones en el que el adolescente joven en algunos casos puede obedecer, lo que puede transformarlo en peligroso. Automutilaciones de dientes, labios, manos, golpearse en la cabeza, provocan agresiones a familiares y seres queridos (matricidio) sin el más mínimo motivo o simplemente actos impropios contra la moral, sin que el paciente tenga una clara conciencia sobre estos hechos.

Pueden haber alucinaciones que les hace percibir un cambio corporal, no reconoce su cara en el espejo, puede percibir falsos olores, ilusiones ópticas, conforme aumenta la enfermedad aumenta el riesgo de suicidio.

Puede haber síntomas catatónicos en el sentido de una hiperactividad muscular hasta llegar a una inhibición total, a un estupor con mutismo que lo inmoviliza totalmente. El paciente puede adoptar posturas extrañas como permanecer inmóvil por un tiempo prolongado.

Puede haber manierismos como marcha en pequeños pasos, muecas grotescas y gesticulaciones extrañas. A veces hay una negativa a todo o una obediencia automática.

La psicosis es una enfermedad grave, de evolución crónica, puede transcurrir asintomática por largos períodos, hacer un solo episodio psicótico de gravedad variable o manifestarse por medio de crisis recurrentes que lo lleven progresivamente a un deterioro mental y físico. ⁷

⁷ Olaf Sandner, Ib, Pp 163-164

1.3 PRONÓSTICO

Con el tratamiento, una psicosis activa generalmente se controla de 4 a 8 semanas, los efectos residuales de severidad variable pueden persistir durante semanas o meses antes de alcanzar una mayor mejoría. La recaída es frecuente, excepto que se mantenga un correcto seguimiento y la ingesta de medicación. ⁸

1.4 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Estos niños necesitan de un tratamiento mixto que lo lleva a cargo un psiquiatra especialista en niños que consiste en psicoterapia y fármacos psicotrópicos, los síntomas psicóticos agudos pueden controlarse con fenotiacinas (tiotixeno 0.10 a 0.40 mg/kg/d) Debe administrarse con extremada precaución, porque los niños son muy sensibles a los efectos extrapiramidales.

⁸ Berkow. Ib. Pp. 1697

También se les administran antidepresivos tricíclicos, como la amitriptilina y la nortriptilina.

En estados psicóticos agudos de la esquizofrenia, es mejor hospitalizar al paciente, por que algunos niños necesitan de asistencia psiquiátrica en régimen de internado.

En los niños muy inteligentes puede ser necesario recurrir a un sistema educativo especializado. Como los tratamientos hospitalarios son hoy día relativamente raros, el disponer de familiares, amigos o instituciones sociales que ayuden al cuidado de los pacientes resulta de gran valor para el desarrollo de los niños con esquizofrenia.⁹

⁹ Robert Berkow. "El manual de Merck": Ed. Interamericana 6ª Ed. 1992 Pp. 2427

2. MANIFESTACIONES BUCODENTALES.

Estos niños presentan una mirada triste, el aspecto desarreglado, siempre están a la expectativa de que no les hagan daño, mantienen una depresión constante, lo que les impide preocuparse por su higiene personal y mucho menos por su higiene oral. ¹⁰ (Fig. 1)



FIG. 1

10 Lahoud, G. "The dental care of the psychotic patient in infancy". Dental Journal New Zealand 1999 sep; 94(416): 72-82.

FIG. 1 <http://www.imagesgoogles.com/odontopediatria.htm>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1 PROBLEMAS PERIODONTALES

Los problemas periodontales son una de las manifestaciones más frecuentes que observamos en estos niños, empieza por una gingivitis crónica hasta presentar una gingivitis ulcerativa necrosante aguda. (Fig.2 y 3)

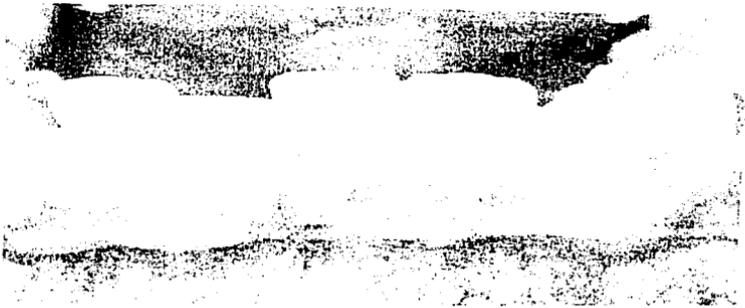


FIG. 2

FIG. 2 <http://www.odontocat.com/odontoped.thm>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



FIG. 3

En un estudio realizado en adolescentes con inicios de esquizofrenia avanzada fue evaluado por el índice de Higiene oral (OHI-S), este estudio demostró que los pacientes presentaban grandes cantidades de placa dentobacteriana que el resto de los pacientes con desordenes mentales. ¹¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹¹ Kenkre A. M. Spadigam A. E. "Oral Health and treatment needs in institutionalized psychiatric childrens patients in India". Journal of Dental Indian. 2000 Jan/Mar; 11(1): 5-11, Fig. 3 <http://www.odontocat.com/vodontoped.htm>

2.2 MANIFESTACIONES EN TEJIDOS BLANDOS.

En las investigaciones realizadas, se encontró que en el tejido mucoso, presenta lesiones facticias que son auto infligidas por el paciente, pueden ser concientes o inconscientes, habituales o accidentales. Las lesiones causadas por las uñas en el tejido oral son las que encontramos más frecuentes, los pacientes pueden indicar que su hábito se inició y perpetuó debido a la necesidad de morder algo.

En las encías se presentan lesiones de hendiduras verticales típicas producidas al tirar el borde libre de la encía, este hábito provoca la exposición de la raíz de una o más piezas.

En otras áreas accesibles a la mucosa el hábito puede producir una úlcera crónica que no cicatriza fácilmente.

El mordisqueo de labios y mejillas es causa frecuente de estas lesiones provocadas por estos niños. (Fig. 4)



FIG. 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig. 4 y 5 <http://images.google.com.mx/odontopediatria.htm>



Las lesiones presentan un típico aspecto desflacado y solo se presentan en zonas donde el tejido blando de la mucosa puede ser atrapado por los dientes del paciente, por lo regular siguen la línea de la oclusión en la mucosa bucal y la superficie interna de los labios. (Fig. 5)



FIG. 5

Algunos pacientes provocan discretamente lesiones orales para tener continuamente atención y compasión por parte de familiares y personal médico.¹²

¹² Velasco E. Machuca G. "Dental Health among institutionalized psychiatric psychoses patients in Spain". Medline. 1999 Nov-Dec. 17(6):203-6

2.3 MANIFESTACIONES EN TEJIDOS DUROS.

Las lesiones dentales que encontramos en estos tejidos fueron fracturas de dentina y esmalte en la dentición permanente y en la dentición primaria eran avulsiones y fracturas de corona, esto es debido a que cuando empieza su episodio psicótico, se muerden los labios, muerden objetos duros, como puede ser un lápiz o una silla, patean las cosas, agraden a los que están a su alrededor. (Fig. 6) ¹³



FIG. 6

¹³ Kargul, Betul. "Dental trauma in turkish children with schizophrenia." Journals. Ovid. Istanbul. April 2003 19(2): 72-75
10.6 www.idap.com.mx/diplomado_odontopediatria.htm

2.4 MANIFESTACIONES EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Durante el sueño los músculos de la mandíbula se encuentran contraídos debido al contacto forzado por las superficies oclusales, ocasionando dolor muscular y dolor de cabeza.

Los problemas mandibulares se presentan con ruidos o chasquidos en las articulaciones, dolor en los músculos de la masticación, limitación de la apertura, desviaciones de la mandíbula al abrir, sensibilidad dolorosa o tumefacción muscular.¹⁴

¹⁴ Keene JJ, Galasko GT. "Antidepressant use in psychiatry and medicine: importance for dental practice". Journal of the American Dental Association, 2003 Jan 134(1):71-9.
Fig. 7 y 8 "Odontología." Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

2.5 BRUXISMO

Debido a la hiperfunción muscular que tienen estos niños presentan un desgaste excesivo de los dientes, debido a que tienen Bruxismo y en ocasiones bruxismo de sueño, un habito oral caracterizado por la actividad rítmica de los músculos de la mandíbula. (FIG. 7 Y 8)



FIG. 7



FIG. 8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A consecuencia del Bruxismo se manifiesta una hiperactividad de todos los músculos elevadores de la masticación (masetero, temporal, pterigoideo interno, vientre anterior de digastrico) además de incoordinación e hiperactividad de los pterigoideos externos ¹⁵

¹⁵ Hernández Suástegui, Fernando "Bruxismo en pacientes con enfermedad mental en un hospital de atención psiquiátrica" revista ADM, mayo-junio 2002, vol.59 (3) : 87-93

2.6 XEROSTOMÍA

Los medicamentos antidepresivos administrados a los pacientes psicóticos provoca disminución del flujo salival (Xerostomía), ocasionando problemas periodontales y caries.¹⁶ (Fig. 9)

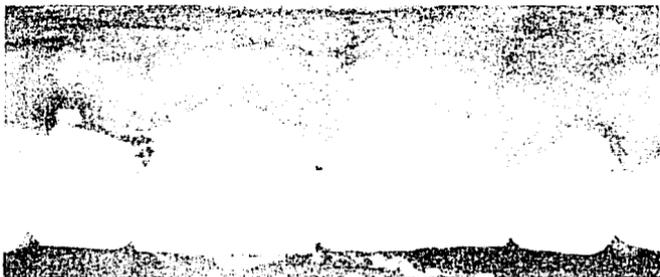


FIG. 9

2.7 CARIES

En estos pacientes psicóticos la caries tiene mayor incidencia en edades tempranas , es un proceso patológico multifactorial que afecta a los órganos dentales , es provocada

¹⁶ Keene JJ. Galasko GT. "Antidepressant use in psychiatry and medicine: importance for dental practice". Journal Ovid. Jan 2003. 134(1):719.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por una disminución del flujo salival hasta un 50% y esto provoca alitosis. (10) ¹⁷



FIG. 10

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁷ Hernández Suástegui Fernando, "Caries en pacientes con enfermedad mental en un hospital de atención psiquiátrica". *ADAI*. mayo-junio 2002. 59 (3) : 87-93
págs 9 y 10 www.ujat.mx/postgrados/odontopediatria.htm

3 MANEJO Y TRATAMIENTO DENTAL EN NIÑOS CON PSICOSIS.

En niños con psicosis, es difícil llevar a cabo un cuidado dental normal debido a la falta de contacto social, su tipo de lenguaje verbal, por sus movimientos espontáneos o por sus cambios de actitud.

El dentista debe entablar una relación con la persona que está a cargo del niño de tal manera que pueda auxiliar en el manejo del comportamiento del mismo.

Es muy importante que el cirujano dentista observe las conductas del niño para poder planear y llevar a cabo el tratamiento dental.

Una vez establecida la comunicación con el niño se debe intentar hacer un diagnóstico radiográfico y observar las estructuras extraorales e intraorales, con el fin de determinar las manifestaciones bucales que presentan estos niños.

Si el niño acepta el tratamiento dental es necesario aplicar reforzadores verbales dependiendo de la conducta y la cooperación que muestre. ¹⁸

Si en ocasiones el niño no llega a cooperar con el dentista se puede realizar el tratamiento por medio de sedación o por inhalación de óxido nítrico.

Es recomendable hospitalizar a los pacientes adolescentes por presentar un estadio más avanzado de la enfermedad, por tener una conducta difícil de controlar. ¹⁹

Ambiente en el consultorio

Cuando el niño llegue al consultorio por primera vez debe pensar que es un lugar exclusivamente para niños como él, y para eso el consultorio debe estar decorado y presentado de acuerdo a la capacidad de percepción de un niño.

¹⁸ <http://www.odontocat.com/odontopediatria.pag124.htm>

¹⁹ Lahoud, G. Y. "comparison of sevoflurane and nitrous oxide mixture with nitrous oxide alone for inhalation conscious sedation in children having dental treatment: a randomized controlled trial". Journal Ovid. May 2002. 57(5):446

Se procurara que la sala de recepción sea agradable y cuente con libros y revistas para niños y adolescentes, así como cuadros alegres, juguetes sencillos y resistentes y que no sean peligrosos.

Que haya música relajante y un tono audible, que produzca efectos reconfortables.

La mesa de trabajo debe estar cerca del sillón dental y solamente con el material e instrumental que se va a utilizar, sin tener que estarnos parando porque eso hace que se angustie demasiado el paciente. ²⁰

3.1 TRATAMIENTO DENTAL PREVENTIVO.

El dentista debe estar familiarizado con los trastornos psicóticos, para poder proporcionar un tratamiento seguro.

²⁰ Pierre Pichot. *"Manejo del paciente esquizofrénico en el consultorio dental"* DSM IV Ed. Masson, México 1996. Pp. 167-169.

Para el tratamiento de estos pacientes es necesario un programa de prevención dental riguroso, con técnicas de cepillado correctas, enjuagues antisépticos, enjuagues con fluoruro y colutorios con clorhexidina, dentífricos, hilo dental.

Los cepillos dentales que deben utilizar estos pacientes deben ser de cabeza pequeña y mango largo, deben ser flexibles con cerdas blandas ya que estimulan mejor la encía y previenen de problemas periodontales, es recomendable decirle a los padres que cambie el cepillo cada mes. (Fig. 12)



Fig.12

También es necesario llevar periódicamente un control de placa en estos niños. Para eliminar la placa bacteriana se utilizan pastillas reveladoras con el objeto de facilitar su localización y remoción. (Fig. 13) ²¹

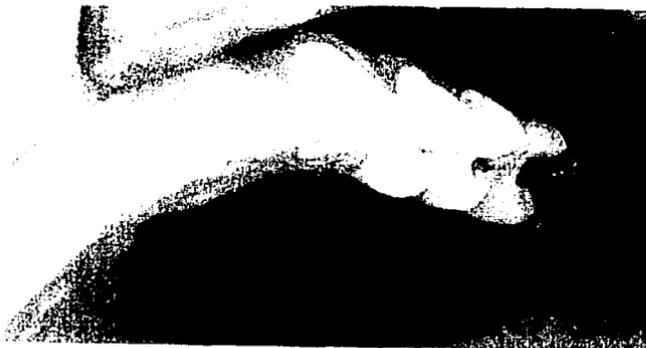


FIG. 13

En estudios realizados actualmente para este tipo de pacientes con psicosis una de los antisépticos bucales más eficaces es la clorhexidina, por su importante efecto inhibitor de la placa bacteriana y de *Streptococcus Mutans* y *Cándida Albicans* además de que es absorbida por la superficie dentaria y la mucosa oral, y se libera lentamente en el curso de varias

²¹ Margarita Varela. "Problemas bucodentales en pediaatria". Ed. Medico odontológicas. Madrid 1ª Ed. 1999 Pp. 2-7

horas, por lo que le brindara a estos pacientes una acción bacteriana más prolongada.

Se usa a concentraciones del 0.2% al 0.05% que tiene un tiempo de 7 – 12 horas. ²²



FIG. 14

La utilización de hilo dental sobre las superficies interdientarias posibilita la remoción de la placa bacteriana en zonas inaccesibles con el cepillo. Sin embargo para este tipo de niños con alta incidencia de caries y o inflamación gingival deberán ser instruidos por el dentista para el uso apropiada del hilo dental, en combinación con otros métodos preventivos.

Una dieta más equilibrada es esencial para una óptima salud general, la alimentación de estos niños debe componerse

²² Wilner, Keitch. "Dental care in patients psychiatric and treatment oral." Medline 2000 Jan 11(1):5-11

FIG. 14 www.imagesgoogles.com.mx

alimentos nutritivos, reducir los carbohidratos y sustituir los azúcares por el sorbitol y el xilitol.²³

3.2 GUARDAS OCLUSALES

Debido a que estos pacientes presentan problemas de la articulación temporomandibular, dolor en los músculos de la masticación que los más comunes son el masetero y temporal, se requiere utilizar guardas oclusales. En algunos casos la terapia con guarda oclusal durante un tiempo limitado puede ser todo lo que se necesite, para que estos niños se elimine la incomodidad de la ATM y muscular. (Fig. 15)



FIG. 15

²³ Varela, op. cit Pp. 9

Sin embargo en otros casos es necesario utilizar analgésicos y antiinflamatorios, generalmente AINEs por ejemplo, Ibuprofeno o bien antiinflamatorios no acídicos como la nebumetona.²⁴

El objetivo del uso de férulas es estabilizar la oclusión dentaria para favorecer la distribución de las fuerzas a nivel articular la relajación muscular y reducir los desgastes oclusales para prevenir fracturas a nivel de esmalte o dentina.

Las férulas o guardas son aparatos de resina transparentes diseñados por el dentista, que se confeccionan sobre modelos de yeso de la arcada dentaria del paciente, se coloca en el maxilar superior e inferior. (Fig. 16)

FIG. 15 www.mundo-dental.com.mx/imagenes.htm

²⁴ Varela, M. Ib. Pp. 161



FIG. 16

El paciente puede quitarse la guarda oclusal para realizar su higiene oral y de la misma. La debe utilizar la mayor parte del día en casos severos, sino solo para dormir.

Para motivar al niño que use las guardas oclusales se necesita contar con la ayuda terapéutica de un psicólogo clínico o un psiquiatra especializado en niños. ²³

²⁵ http://www.uag.mx/postgrado/prof_mledesma/odonto.htm
¹⁶ <http://www.imagesgoogles.com.mx>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3 RESTAURACIONES ESTÉTICAS

Las fracturas en dentina y esmalte son mas frecuentes en la zona anterior. (Fig. 17)

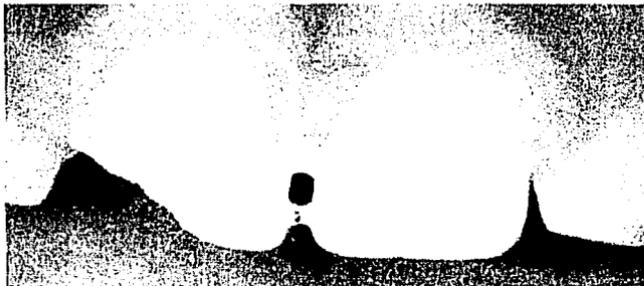


FIG. 17

El dentista debe brindarles un tratamiento adecuado, estético y duradero. (Fig. 18)



FIG. 18

FIG. 17 y 18 <http://www.imagesgoogles.com.mx>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuando las fracturas son muy amplias, las restauraciones que se pueden utilizar en estos pacientes, son las coronas de metal-porcelana por su aspecto estético y su armazón metálico, que hace a esta restauración más sólida lo que impide que se fracture la restauración y no cambia de color. (Fig. 19)



FIG. 19

Este tipo de restauraciones solo las podemos colocar en adolescentes jóvenes que es cuando ha terminado su formación radicular.

FIG. 19 <http://www.adn-federacion.org.mx/odont.htm>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La otra restauración que podemos utilizar son las resinas sobre el diente que se adhiere firmemente a los tejidos dentarios, estas restauraciones las utilizamos en caries incipientes para prevenir que avance el proceso carioso en estos pacientes.

Hoy día disponemos de una gran variedad de resinas con diferentes durezas, propiedades de resistencia y colores, que permiten realizar reconstrucciones de notable naturalidad. (Fig. 20) ²⁶



FIG. 20

²⁶www.odontologiaestetica.com
FIG. 20 www.mundo-dental.com.mx/imagenes..html

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuando existen avulsiones en la dentición primaria es necesario el uso de mantenedores de espacio. Para prevenir malocclusiones. ²⁷



FIG. 21



FIG. 22

²⁷ <http://www.odontologiaestetica.com/odontopediatria.htm>
FIG. 21 y 22 www.imagesgoogle.com.mx/odontopediatria.htm

CONCLUSIONES

1. Si el dentista conoce las manifestaciones bucodentales que presentan estos niños, podrá prevenirlas siempre y cuando se interese por los problemas psicóticos por los que pasan estos niños.
2. El cirujano dentista debe tener los conocimientos necesarios para determinar el tratamiento dental más adecuado de acuerdo a las características psicóticas de estos niños.
3. El dentista fomentará en estos niños un programa preventivo de higiene bucal, logrando motivar un interés en el niño para realizar un cepillado adecuado evitando problemas bucales severos.
4. Hay que tener en cuenta que la psicosis infantil dificulta el tratamiento dental y por ello es necesario conocer esta enfermedad de desorden mental para prevenir alguna complicación durante el tratamiento.
5. El éxito del odontólogo depende del manejo de sus pacientes en general y de la comunicación que logre entablar.

BIBLIOGRAFIA.

1. Andrew M. Antecedentes de la psicosis. Enciclopedia Encarta. 2001 Microsoft. Pp. 34-36
2. Hernández Suástegui, Fernando. Caries en pacientes con enfermedad mental en un hospital de atención psiquiátrica. ADM. Mayo-Junio 2002 59 (3)
3. Kargul, Betül. Dental trauma in Turkish children with schizophrenia. Journals. Ovid. Istanbul. April 2003 19(2): 72-75
4. Keene JJ. Galasko GT. Antidepressant use in psychiatry and medicine: importance for dental practice. Journal Ovid. Jan 2003. 134(1):71-9.

5. Keene JJ. Galasko GT. Antidepressant use in psychiatry and medicine: importance for dental practice. Journal of the American Dental Association, 2003 Jan 134(1):71-9.

6. Kenkre A. M. Spadigam A. E. Oral Health and treatment needs in institutionalized psychiatric childrens patients in India. Journal of Dental Indian. 2000 Jan-Mar; 11(1): 5-11.

7. Lahoud, G. The dental care of the psychotic patient in infancy. Dental Journal New Zealand 1999 sep; 94(416): 72-82.

8. Lahoud, G. Y. Comparison of sevoflurane and nitrous oxide mixture with nitrous oxide alone for inhalation conscioussedation in children having dental treatment: a randomized controlled trial. Journal Ovid. May 2002. 57(5):446

9. Olaf sandner, Maria Esther García. Trastornos del sistema nervioso que afectan al área bucal y maxilofacial. Ed. Harcourt Madrid. 1ª Ed. 1996

10. Pierre Pichot. Manejo del paciente esquizofrénico en el consultorio dental. DSM IV Ed. Masson, México 1996. Pp. 167-169.

11. Robert Berkow, El manual de Merck, diagnóstico y terapéutica. Ed. Doyma, Madrid España. 7ª Edición, 1996, Pág. 1696-1697.

12. Robert Berkow. El manual de Merck. Ed. Interamericana 6ª Ed. 1992 Pp. 2427

13. Varela Margarita. Problemas bucodentales en pediatría. Ed. Medico odontológicas. Madrid 1ª Ed. 1999 Pp. 2-7

14. Velasco E. Machuca G. Dental Health among institutionalized psychiatric psychoses patients in Spain. Medline. 1999 Nov-Dec. 17(6):203-6

15. Wilner, Keiteh. Dental care in patients psychiatric and treatment oral. Medline 2000 Jan 11(1):5-11