



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MANIFESTACIONES BUCALES ASOCIADAS A
ESTRÉS**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

ROCÍO GARCÍA PIOQUINTO.

**DIRECTORA: CD. REBECA ACITORES ROMERO.
ASESORA: CD. LUZ DEL CARMEN GONZÁLEZ GARCÍA.**

MÉXICO D. F.

MAYO 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

*A mis padres que gracias a ellos
He llegado hasta aquí con su apoyo
Y amor.*

*A ti padre, que con tu carácter
Me has enseñado a alcanzar mis
Metas.*

*A ti madre, que con tu fuerza me
Has mostrado lo valiosa que es la vida
Y a luchar por ella.*

*A ti hermano, que me has alentado y
Estado a mi lado cuantas veces te he
Necesitado.*

*A ti hija, que llegaste a darme un motivo
Para no caer y seguir adelante cuando más
Lo necesitaba.*

*A ti Moisés, que con tu cariño me has
Ayudado a creer en mí y a seguir adelante.*

*A ti Ricardo, Ceferino y Oscar que
Han estado cerca de mí apoyándome
Aun en la distancia.*

*A mis compañeros y doctores que conocí
En el transcurso de la carrera acompañándome
En todo este tiempo y de los cuales aprendí mucho.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
I.- ESTRÉS.....	6
❖ ANTECEDENTES.....	7
❖ GENERALIDADES.....	10
• EL ESTRÉS Y PROBLEMAS CARDIOVASCULARES.....	14
• EL ESTRÉS COMO FACTOR DESENCADENANTE DE LA ENFERMEDAD ULCEROSA GASTRODUODENAL.....	16
• ESTRÉS Y OTROS ÓRGANOS Y APARATOS...	17
• EL ESTRÉS Y EL SISTEMA INMUNITARIO.....	18
• ESTRÉS EN NIÑOS.....	22
• TRATAMIENTO.....	25
II.- HÁBITOS RELACIONADOS AL ESTRÉS.....	34
❖ HÁBITOS BUCALES Y ESTRÉS.....	35
❖ EL TABAQUISMO Y EL ESTRÉS.....	41
❖ EL ALCOHOLISMO Y ESTRÉS.....	47
❖ BRUXISMO.....	49
III.- TRASTORNOS TÉMPOROMANDIBULARES.....	55

IV.- MIALGIAS Y ESTRÉS.....	56
❖ SÍNDROME DE DOLOR MIOFACIAL.....	59
❖ FIBROMIALGIA.....	62
V.- REACCIONES INMUNOLÓGICAS Y ESTRÉS.....	69
❖ ESTOMATITIS AFTOSA RECIDIVANTE.....	69
❖ LENGUA GEOGRÁFICA (GLOSITIS BENIGNA MIGRATORIA).....	75
❖ LÍQUEN PLANO.....	78
❖ ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	81
VI.- MANIFESTACIONES BUCALES DEBIDO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ALGUNOS TRASTORNOS DEBIDO AL ESTRÉS.....	83
• MANIFESTACIONES DEBIDO A MEDICAMENTOS.....	84
• INTERACCIÓN DE LOS FÁRMACOS CON AGENTES ODONTOLÓGICOS.....	85
• EL TRATAMIENTO DENTAL	86
CONCLUSIONES.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo se ha realizado con el fin de entender al paciente con problemas psicológicos, ya que hoy en día las personas sufren de estrés en grandes proporciones y en distintos lugares, presentándose cada vez más problemas de articulación temporomandibular, cambios en mucosas bucales y órganos dentales sin alguna razón aparente.

La mayoría de estas manifestaciones llegan a ser detectadas por el mismo paciente debido a la presencia de dolor, chasquidos o rechinos, halitosis y resequedad bucal generalmente, sin pensar que todo esto puede ser originado por factores de estrés.

La mayoría de las personas al sentirse estresados llegan a consumir fármacos como los antidepresivos, ansiolíticos, o el alcohol y el tabaco acentuando aun mas el problema bucal. Sin tomar en cuenta que llegan a ser peligrosos para su salud, ya que el estrés es un factor desencadenante de muchas enfermedades de tipo sistémicas, que producen diversos cuadros clínicos, algunos de ellos inclusive a provocar la muerte.

De aquí el interés por conocer un poco más estos procesos así como la manera de manejarlos desde el punto de vista médico y odontológico.

ESTRÉS

Experiencia interna que crea un desbalance psicológico en el individuo. Para el organismo, es cualquier cosa que cause un cambio en la vida no importando si es bueno ó malo, real ó imaginario.⁴⁰

Desde 1935, Hans Selye, (considerado padre del estrés) introdujo el concepto de estrés como la respuesta no especifica del organismo a cualquier demanda del exterior.⁴¹

Según Jean Benjamin Stora: el estrés es causado por el instinto del cuerpo de protegerse a sí mismo. Pero éste puede causar síntomas físicos si continua por mucho tiempo, así como una respuesta a los retos de la vida diaria y los cambios.⁴⁰

Estrés es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio. (Lazarus y Folkman, 1984).⁴⁵

Estrés es el resultado de las discrepancias entre las demandas del medio externo o interno, y la manera en que el sujeto percibe que puede dar respuesta a esas demandas (Folkman, 1984).⁴⁵

El estrés es una respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de una situación (Labrador, 1992).⁴⁶

El estrés desencadena reacciones de ansiedad y angustia, tales como sudores, taquicardia, sofocos, escalofríos, hormigueos en las extremidades, mareos, dolores de cabeza, cuello y espalda, alteraciones del sueño, apetito y gastrointestinales, presión sanguínea alta, problemas articulares, trastornos

depresivos; irritabilidad, apatía y pérdida del interés sexual, el miedo a la muerte y diversas fobias entre otros. Este tipo de tensión, es en cierta manera necesaria para el desarrollo de la personalidad.^{37,45}

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El concepto de Estrés se remonta a 1930, durante el cual Hans Selye austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de medicina en la Universidad de Praga, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etcétera. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien le denominó el "Síndrome de estar Enfermo".⁴⁵

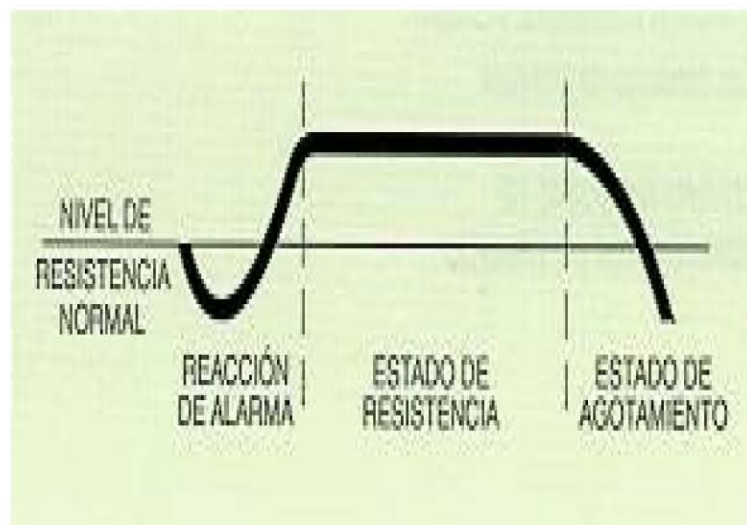
Hans Selye, realizó un doctorado en química orgánica; a través de una beca de la Fundación Rockefeller se trasladó a la Universidad John Hopkins en Baltimore E.E.U.U. para realizar un posdoctorado cuya segunda mitad efectuó en Montreal Canadá en la Escuela de Medicina de la Universidad McGill, donde desarrolló sus experimentos del ejercicio físico exhaustivo con ratas de laboratorio que comprobaron la elevación de las hormonas suprarrenales (adenocorticotrófina, adrenalina y noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de estas alteraciones orgánicas las denominó ESTRÉS BIOLÓGICO⁴² o SÍNDROME DE ADAPTACIÓN GENERAL⁴⁷; el cual se presenta en tres fases determinando así su fisiología^{41,57,58}

REACCIÓN DE ALARMA, se presenta cuando el organismo se ve expuesto a un estímulo novedoso; es decir, cuando se debe adaptar a una condición nueva.

La respuesta inmediata del organismo se representa con un efecto de rebote que moviliza las defensas. Durante este proceso, aumenta el tamaño de las glándulas suprarrenales, que empiezan a secretar hormonas corticoides.

ESTADO DE RESISTENCIA. Es el momento en el que el organismo se ha movilizó completamente, y se ha adaptado al estrés. Los síntomas de las enfermedades suelen desaparecer en este punto, pero el organismo pierde resistencia ante la mayoría de los demás estímulos.

AGOTAMIENTO, este se presenta si el estrés es suficientemente severo y prolongado. Puede sobrevenir la muerte si el estrés continúa indefinidamente.



Síndrome general de adaptación

<http://pcvc.sminter.com.ar>

Selye consideró que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino la resultante de cambios fisiológicos posteriores a un tiempo prolongado de estrés y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente.⁴⁰

Desde los hallazgos realizados por Selye sobre el estrés, la investigación médica y psicológica se ha dedicado a estudiar sus implicaciones.

Con esto se han determinado los factores causales, denominados ESTRESORES, los cuales se clasifican en:

- El ruido, la radiación, las toxinas y todas las sustancias que pueden ejercer algún impacto en nuestro organismo, los cuales con el tiempo tendemos a adaptarnos a la mayoría de ellos.⁴²
- Los estresores sociales provienen de nuestra interacción con las demás personas o con grupos de nuestro entorno. Algunos acontecimientos, los conflictos, etcétera. Estos estresores son externos y por lo regular, están bajo nuestro control.
- Los estresores psicológicos tienen lugar en nuestra psique y comprenden todas las emociones como frustración, ira, odio, celos, miedo, ansiedad, tristeza, autocompasión y sentimientos de inferioridad. Selye sostiene que la activación emocional es uno de los efectos más frecuentes del estrés y que, cuando el estado emocional negativo es crónico e intenso, puede ser más dañino para nuestra salud.⁴⁰

A partir de ahí, el estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías diversas y avanzadas.

GENERALIDADES.

Durante su vida el ser humano debe conocer lo que pasa en torno al medio ambiente en el que se presenta para actuar. Utilizando los órganos de los sentidos y las vías sensoriales, y así poder integrar dos fuentes de información: la externa y la interna. La más importante es la interna, sin dejar de considerar la externa como relevante para la formación de la personalidad.³

De forma tal que esas influencias llegan a intervenir en el establecimiento y estabilización de los contactos sinápticos neuronales. Es interesante conocer que el origen de los cambios físicos cerebrales (llanto, insomnio, depresión etc.), son causados por una disfunción química cerebral.^{3,40}

Esta alteración en el balance de los mediadores químicos es lo que propicia la aparición de los signos y síntomas relacionados con el estrés.

Dentro de estos mediadores se reconocen las siguientes sustancias:

- Serotonina: químico cerebral que conduce al sueño, es el regulador del reloj interno.
- Adrenalina: moviliza azúcares para dar mas energía al cuerpo, reduce también el flujo de sangre a la piel y órganos no esenciales en caso de heridas, asegurando que la energía no sea gastada en procesos que no son inmediatamente útiles.
- Noradrenalina: juega un papel principal en el establecimiento de los niveles de energía.
- Dopamina: interviene en el mecanismo del dolor y dirige el centro del Placer.^{4,37}

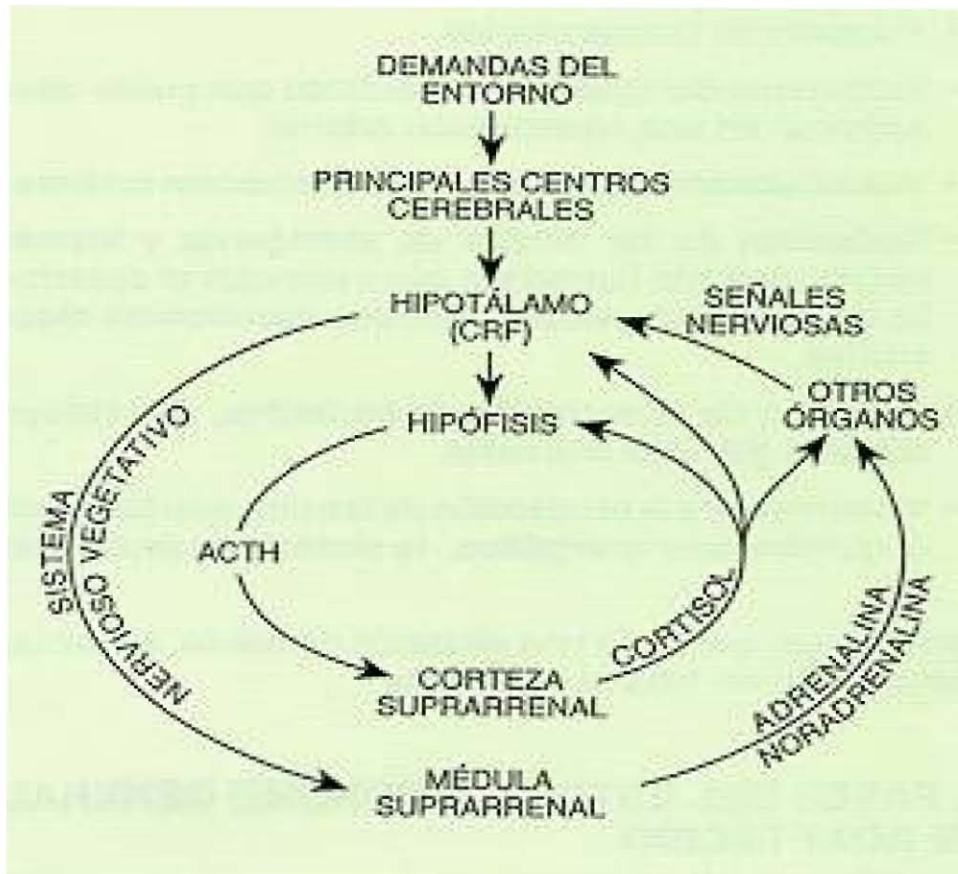
Psiconeuroinmunoendócrinamente se desarrolla la intervención del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal como comando del estrés. Así mismo se considera la participación de las áreas cerebrales comprometidas, el sistema de neurotransmisión, la incidencia sobre el sistema inmune y la influencia de los factores ambientales.⁴⁰

Este sistema nervioso es informado de lo que sucede mediante señales provenientes ya sea del medio interno o del medio ambiente externo. Interviene en el proceso de dichas señales con sus capacidades innatas y con las aprendidas.

En el hombre, el sistema nervioso central está conformado por:

- Según Malean, cerebro reptiliano o cerebro primitivo: El cual esta conformado por el hipotálamo y tronco cerebral. Su estructura conduce a comportamientos establecidos. Es decir lo instintivo.
- Según Brocca, sistema límbico. Es el impulso nervioso que va dejando huellas proteicas a nivel de la sinapsis. Esta memoria proteica está mediada neuroquímicamente. Siendo indispensable para el establecimiento de la memoria a largo plazo. Obteniéndose así la experiencia.
- El córtex asociativo, que vincula regiones corticales y subcorticales. Este cerebro se diferencia del de los animales porque presenta un sistema asociativo desarrollado en la región orbitofrontal. El cual está comprometido a la inteligencia.⁴⁰

Producción de hormonas por el sistema nervioso vegetativo y el eje hipofisiosuprarrenal



<http://pvc.sminter.com.ar>

También se deben considerar tres vías asociativas en el sistema nervioso central:

1) El *haz de la recompensa* (Haz medio del cerebro anterior). Es fundamentalmente catecolaminérgico: activa la síntesis y liberación de dopamina y noradrenalina. Al establecerse con el mundo externo un contacto gratificante (que mantiene el equilibrio interno), obteniendo placer.

2) El haz de la punición, (sistema paraventricular). En el cual su activación está mediada principalmente por la acetilcolina lleva al comportamiento de huida o, a la lucha ante el peligro; en el ser humano este sistema se complica porque aparece la valentía, como resultado de un aprendizaje cultural.

3) El sistema de inhibición de la acción. El individuo está bloqueado. No puede huir ni luchar ni ser valiente ni mucho menos sentirse gratificado. Padece un estado de espera en tensión. La mediación química está dada básicamente por la serotonina y la acetilcolina. En la acción de este sistema, la activación del eje HHA es permanente, comandado por la neurona CRH.⁴⁰

Ante una situación vivida como estresante, la neurona comando CRH activa el eje HHA. Si esta experiencia es afrontada, en un breve lapso de tiempo el eje vuelve a la regulación fisiológica. De no ser así, el eje sufre una desregularización. El incremento de CRH, ante el estresor, aumenta la liberación de adrenocorticotrofina, que va a estimular la conducta de lucha o huida, juntamente con la secreción de cortisol. En esta fase predomina la adrenalina.⁴⁰

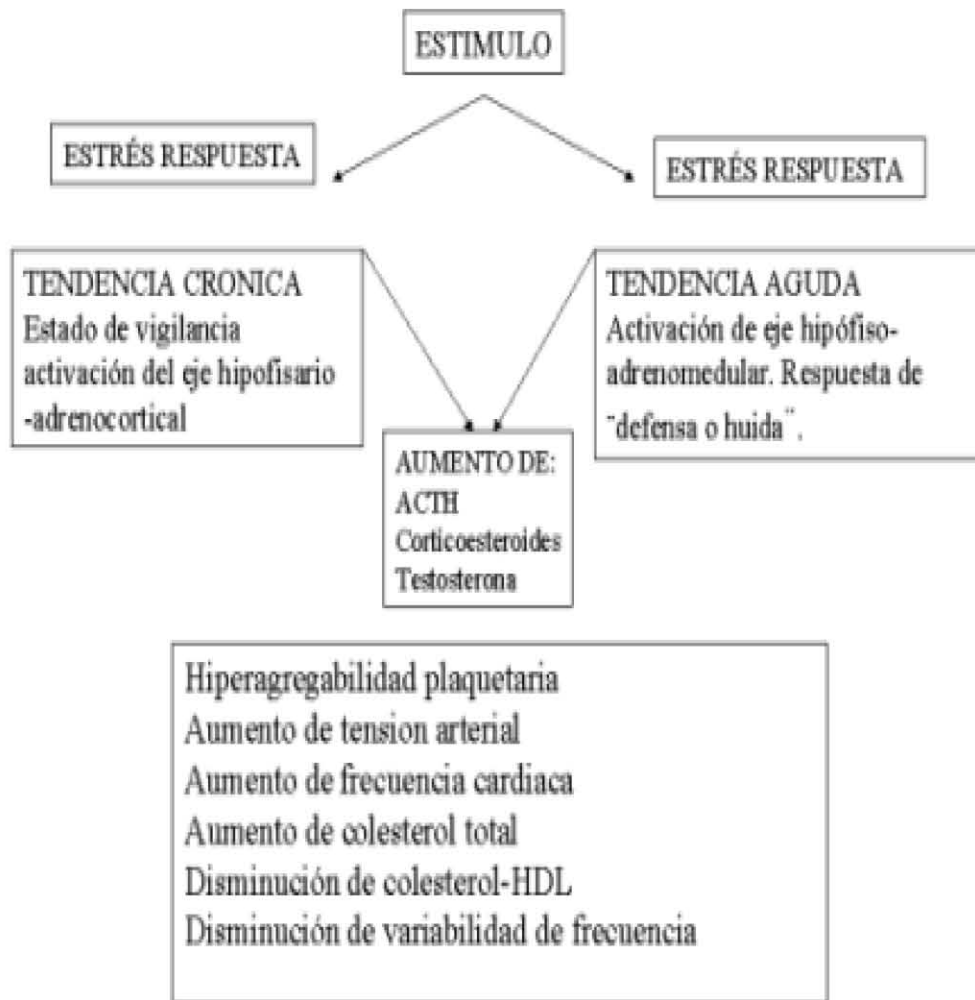
Si la estimulación continúa, se activa el sistema de inhibición de la acción, que a su vez vuelve a estimular la liberación de adrenocorticotrofina, estableciendo así un círculo vicioso. En esta fase predomina la noradrenalina llegando a presentar agresividad, ansiedad y angustia, por lo que se da un bloqueo del sistema nervioso; el feed-back habitual del eje HHA se quiebra, la regulación se torna patógena y se presenta estrés crónico.^{4,5}

En el estrés agudo, la activación del eje HHA es a fin de superar la instancia. serotonina y noradrenalina estimulan la liberación de CRH hipotalámico. Esta hormona, junto con ADH y angiotensina II, aumentan la liberación de POMC hipofisaria, aumentando la liberación de adrenocorticotrofina y beta-endorfinas. Esto a su vez estimula en la corteza suprarrenal la liberación de cortisol, y en la médula adrenal la liberación de catecolaminas.^{4, 40,41}

El estrés y problemas cardiovasculares

La enfermedad coronaria es la principal causa de muerte en la cual el estrés puede ser un gatillo decisivo. La relación entre estrés emocional y eventos coronarios mayores ha sido reconocida durante mucho tiempo. El impacto del estrés emocional no sólo puede provocar efectos en el plazo inmediato, sino que la relación puede mantenerse varios días después de la descompensación. Las situaciones relacionadas con entornos habituales como el ámbito familiar o de trabajo, representan la mitad del total de episodios de estrés emocional.⁴⁰

La significativa descarga de catecolaminas que se produce como consecuencia del estrés lleva a un aumento de la tensión arterial promedio o, en situaciones agudas, un incremento brusco. El sistema nervioso autónomo juega un papel en la regulación de la tensión arterial en los hipertensos reactivos. De manera análoga se incrementa la frecuencia cardíaca; ambos efectos incrementan la demanda de oxígeno miocárdico, haciendo insuficiente la oferta en los casos crónicos por enfermedad aterosclerótica con obstáculo fijo o secundaria a oclusión aguda por trombo. A la vez, hay un deterioro en una función del endotelio vascular, la capacidad de vasodilatación está disminuida en condiciones de estrés en pacientes con enfermedad coronaria en comparación con controles normales.⁴⁰



Viás fisiológicas del estrés cardiovascular

<http://www.pcvc.sminter.com>

Los efectos que el estrés puede producir, llevando a la aparición de un síndrome coronario agudo, son:

- Aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.
- Aumento del tono simpático y caída en la variabilidad de frecuencia cardíaca.
- Aumento del tono vascular
- Hiperagregabilidad plaquetaria. ⁴⁰

La acción simpática mediada por catecolaminas, observable en situaciones de estrés, altera el balance de tonos simpático y parasimpático a favor del primero, lo cual se traduce en un aumento de la frecuencia cardíaca y una disminución de la variabilidad de frecuencia. Este estado en pacientes con infarto previo representa un aumento en el riesgo de arritmias ventriculares. El estrés puede también afectar el perfil lipídico mediante un aumento del colesterol.

El estrés está relacionado y comparte mediadores con el sistema inmune y con la respuesta inflamatoria y la liberación de adrenocorticotrófica, glucocorticoides, citokinas y aminas vasoactivas no son procesos aislados sino concomitantes.³⁹

El estrés como factor desencadenante de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal.

La etiología de la enfermedad es multifactorial. Los casos más evidentes de relación entre el estrés y la enfermedad ulcerosa están constituidos por las úlceras de estrés que afectan a pacientes con cuadros críticos como infartos agudos de miocardio. En estos casos el estrés no es un causante directo sino un factor gatillo en pacientes predispuestos por actividad de células oxínticas, barrera mucosa, colonización por *Helicobacter pylori*, uso de analgésicos no esteroideos, tabaco, etc.⁴³

Estrés y otros órganos y aparatos

El estrés ha demostrado ser un agente nocivo en otros sistemas del organismo, en algunos casos por acción directa y en otros (como la diabetes) a través de su acción precipitante sobre factores de riesgo coronario, acelerando el proceso aterosclerótico.⁴⁰

Se ha podido determinar que, ante un déficit relativo de insulina o una insulino-resistencia, la sobrecarga de glucosa secundaria a la acción del estrés no puede ser adecuadamente metabolizada. Por lo que, la regulación de las hormonas del eje hipófiso-adrenocortical está alterada. El estrés de tipo crónico produce un incremento en las concentraciones medias diarias de corticoesteroides e insulina, manteniendo la proporción relativa de cada una. Esto produce una redistribución de las reservas del músculo esquelético hacia grasa corporal, sobre todo abdominal.⁴⁰

Los efectos de los corticoesteroides liberados como consecuencia del estrés son anabólicos a nivel central creando un aumento en la demanda de alimento, con el antagónico rol catabólico a nivel periférico. La insulina ejerce efectos exactamente opuestos en cada uno de esos niveles y es estimulada por los niveles de corticoesteroides. Este sistema bi-hormonal se encuentra en consecuencia alterado en los diabéticos, llevando a un manejo inadecuado de la liberación de corticoesteroides secundarios al estrés.³⁹

Sin embargo, en pacientes pediátricos, la respuesta hiperglucémica al estrés (> 150 mg/dL) no necesariamente predice el desarrollo posterior de diabetes mellitus, lo cual, una vez más, indica que la respuesta al estrés no es una causa suficiente de por sí para producir enfermedad, sino que se requiere una predisposición.

El Estrés y el Sistema inmunitario.

El estrés produce alteraciones en el balance entre inmunidad humoral y mediada por células. el estrés provoca linfocitosis, aumento de la actividad de linfocitos T killer y helper.⁴⁰

A medida que transcurre el tiempo luego de la fase aguda, los niveles de linfocitos T, CD 3 +, CD 16 + y CD 56 + descienden. A la vez, las personas con menores niveles de estrés presentan una mayor respuesta a los mitógenos linfocitarios. observandose una marcada variación en los niveles de citokinas, fundamentalmente interleukinas 1, 2 y 6, interferón gamma, factor de necrosis tumoral alfa. La respuesta humoral es rápida y también reversible en el corto plazo; si el estímulo cesa, los mediadores de la respuesta al estrés pueden actuar no sólo por medio del eje hipófiso-adrenocortical sino también a través de una expresión aumentada a nivel local. Se ha observado que la mucosa de pacientes que padecen de colitis ulcerosa muestra una expresión aumentada de CRH, lo cual podría jugar un rol patogénico a nivel local y sensible al estrés aumentado, en especial en caso de disminución de los niveles de antioxidantes.^{39,40}

Síntomas más comunes presentes por consecuencia del estrés.

AFECCIÓN	TENSIÓN (FASE INICIAL)	ESTRÉS
Cerebro	Ideación clara y rápida	Dolor de cabeza, tics nerviosos, temblor, insomnio, pesadillas
Humor	Concentración mental	Ansiedad, pérdida del sentido del humor
Saliva	Muy reducida	Boca seca, nudo en la garganta
Músculos	Mayor capacidad	Tensión y dolor muscular, tics
Pulmones	Mayor capacidad	Hiperventilación, tos, asma, taquipnea
Estómago	Secreción ácida aumentada	Ardores, indigestión, dispepsia, vómitos
Intestino	Aumenta la actividad motora	Diarrea, cólico, dolor, colitis ulcerosa
Vejiga	Flujo disminuido	Poliuria
Sexualidad	Irregularidades menstruales	Impotencia, amenorrea, frigidez, dismenorrea
Piel	Menor humedad	Sequedad, prurito, dermatitis, erupciones
Energía	Aumento del gasto energético, aumento del consumo de oxígeno	Fatiga fácil
Corazón	Aumento del trabajo cardíaco	Hipertensión, dolor precordial

<http://pcvc.sminter.com.ar>

Patología somática asociada:

Activación autonómica:	Asma bronquial, tos y estridor psicógenos (10% niños y adolescentes). Infarto de miocardio. Sincope vasovagal. Cefalea tensional. Disfunciones de la motilidad esofágica, dispepsia no ulcerosa, colon irritable, estreñimiento idiopático, trastornos anorrectales (proctalgia). Fibromialgia. Disfunciones sexuales.
Activación neuroendócrina:	Diabetes (hiperglucemia). alteraciones menstruales. HTA.
Inhibición inmunitaria:	Herpes. Alopecia. Infecciones respiratorias agudas. Rinitis y reacciones alérgicas. Neoplasias.
Inhibición conductual:	Diabetes. Falta de interés y control de otras enfermedades.

<http://www.monografias.com>

Diagnósticos diferenciales:

Sistema	Signos físicos	Posible etiología
Apariencia general:	Pérdida de peso. Aumento de peso. Ictericia. Palidez.	Cáncer. Hipertiroidismo. SIDA. Abuso de cocaína. Hipotiroidismo. Cushing. Hepatitis. Alcoholismo. Abuso de drogas. Cáncer de páncreas. Anemia.
Actividad motora:	Temblor. Hemiparesia. Agitación/inhibición.	Parkinson. Huntington. Hipertiroidismo. S. de abstinencia. ACV. Síndrome de abstinencia.
Piel:	Hiperpigmentación. Lesiones pigmentadas. Venopunción.	Cushing. Sarcoma de Kaposi. Abuso de drogas.
Cabeza:	Cara de luna llena. Facies hipomímica.	Cushing. Parkinson.
Cuello:	Bocio. Cicatriz.	Hipertiroidismo. Hipotiroidismo. Cirugía tiroidea.
Ojos:	Miosis. Midriasis. Nistagmo. Exoftalmo.	Abuso de opiáceos. Abuso de cocaína. Anticolinérgicos. Intox. por fármacos. Esclerosis múltiple. Hipertiroidismo.
Lengua:	Macroglosia. Cicatriz.	Hipotiroidismo. Epilepsia.
Corazón:	Taquicardia. Bradycardia.	Hipertiroidismo. Abuso de cocaína. S de abstinencia. Hipotiroidismo. Bloqueo AV.
Abdomen:	Estrías vinosas. Hepatomegalia.	Cushing. Alcoholismo. Insuficiencia cardiaca.
Extremidades:	Edema pretibial.	Tiroidopatías.
Sistema nervioso:	Asimetría facial. Hemiparesia. Reflejos asimétricos. Facies hipomímica. Temblor. Marcha festinante. Retrasos de reflejos.	ACV. Parkinson y uso de neurolépticos. Hipotiroidismo.

Existen diferentes tipos de estrés:

- Estrés emocional.
- Estrés de supervivencia (por enfermedad orgánica).
- Estrés por trabajo por fatiga, sobre-trabajo y/o diversión, poco trabajo, presiones de tiempo
- Estrés químico: La comida puede contribuir a experimentar estrés (cafeína, azúcar, chocolate, demasiada sal, deficiencias dietéticas etc.)
- Por factores medio ambientales: Invasión del espacio personal, insuficiente espacio para vivir o trabajar, ruido, etc.
- Por tabaco
- Por factores hormonales
- Pubertad
- Síndrome Premenstrual
- Post-parto
- Menopausia
- Cuando se toman responsabilidades por las acciones de otra persona
- Estrés alérgico.^{40,45}

Estos diferentes tipos de estrés a su vez repercuten en otra división de acuerdo a los factores determinando síntomas y duración del estímulo en el organismo.⁴¹

- Estrés agudo: Es el más reconocido y fácil de comprender; gatilla una sucesión de respuestas de adaptación para la lucha.
- Estrés crónico: ocasiona alteraciones metabólicas que pueden originar o acelerar la aterosclerosis coronaria.

Estrés en niños.

La sensación de miedo surge en el niño a través del aprendizaje. La enseñanza proviene de sus padres o de otras personas para él significativas. Pero si estos mensajes son insistentes, a veces indiscriminados y son registrados por él, se producirá una activación sistémica nociva.⁸

La relación anatómica comprende al cerebro primitivo, al sistema límbico y al córtex asociativo. La fisiológica implica la desregulación del eje HHA y su asociación con la activación del sistema de inhibición de la acción. Dicha activación dependerá de la carga hereditaria, de la congénita, de las experiencias infantiles y de distintos factores desencadenantes.

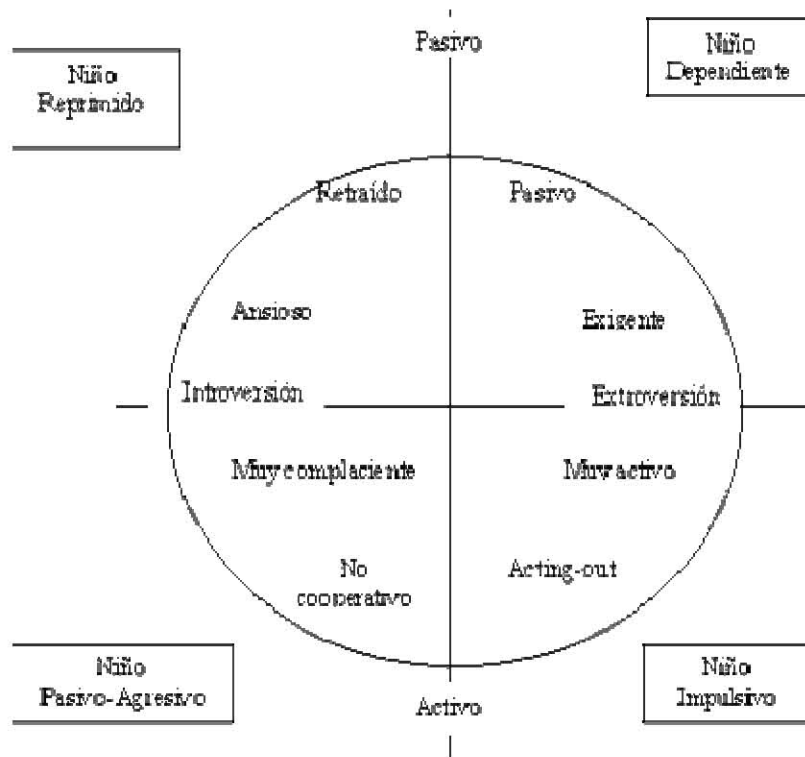
Los niños pueden mostrar ciertos patrones en sus reacciones frente a los estresores. Estas reacciones son intentos adaptativos para ajustarse a las demandas del ambiente estresante (Chandler y Maurer, 1996). Los cuatro patrones de respuesta al estrés pueden ser descritos de la siguiente manera (Chandler, 1985):⁴⁷

- Respuesta Dependiente: falta de autoconfianza, dificultad para aceptar las críticas, pobre asertividad, poca participación en actividades.
- Respuesta Reprimida: mucha sensibilidad, fácilmente se molestan o se les hieren sus sentimientos, temerosos ante nuevas situaciones, poca confianza en sí mismos, preocupados innecesariamente.
- Respuesta Pasivo-Agresiva: frecuentemente son niños de bajo rendimiento académico, tienden a postergar sus deberes; poco cooperativos, despistados; sus notas tienden a bajar.

- Respuesta Impulsiva: exigente, desafiante, de temperamento explosivo; iniciarán incomodidad o molestia en sus interacciones con otros niños; Por otro lado puede ser muy activos, descuidados en su trabajo escolar.

Desde este punto de vista, la conducta del niño bajo estrés puede ir desde el extremo pasivo al extremo activo; y por otro lado, del extremo introvertido al extremo extrovertido. Mientras más extremas sean las conductas, más desadaptativos será el ajuste del niño a su ambiente.

Patrones de respuesta al estrés en los niños.



De manera similar, Moos y Billings (1982) describieron unos patrones de respuestas para enfrentar las situaciones estresantes:

- Aceptación Resignada: aceptar la situación tal como ocurre. Hay un sentimiento de sometimiento al destino o que nada puede hacerse.
- Descarga Emocional: las respuestas de este tipo involucran una carencia de control en las emociones, dejando que se exterioricen de manera intensa.
- Desarrollo de Recompensas Alternativas: para compensar la frustración o la pérdida experimentada, la persona puede recurrir a buscar metas sustitutas, creando fuentes alternativas para buscar satisfacción. Implica una conducta autónoma.
- Evitación cognitiva: se escapa en las fantasías, en el "soñar despierto" y en negar la situación estresante.⁴⁷

El miedo, el temor y la angustia, serán determinadas como situaciones vividas y peligrosas. Siendo sobrellevadas por el niño a expensas de la acción de mecanismos defensivos. Por lo que no podrá dejar de ser ansioso y estar angustiado. Sin embargo, la persistencia del síntoma fóbico generará un círculo vicioso. Estos datos emocionales dejan señales para el resto de la vida integrados en el inconsciente. Según Le Doux, se almacenan como cianotipos toscos y mudos para la vida emocional. Por lo que el niño, ya conocedor de la ansiedad (activación del septum hipocámpico, que funciona como un comparador de datos) y la angustia (activación de la amígdala, que funciona como centro de las emociones), será excesivamente temeroso e inseguro.⁴⁸

Diversas comprobaciones clínicas muestran que estos niños son más proclives a enfermedades físicas, a traumatismos con afectación ósea, a accidentes en general, a afecciones del sistema inmune.¹⁰

TRATAMIENTO

Psicoeducación.: Se explicará al paciente cual es su problema, sus posibles determinantes y los recursos con que se encuentra actualmente para solucionarlo. Los beneficios que un régimen de medicación específico puede tener para corregir el desequilibrio neuroquímico existente, implícito en este tipo de patologías, se despejarán sus dudas y prejuicios referidos a la medicación o a una posible dependencia a la misma.

1. Cambio cognitivo: El terapeuta aportara la confianza y el apoyo necesarios para cambiar sus distorsiones cognitivas, que han ido estrechando cada vez más su entorno.
2. Alimentación: tabaco, café y alcohol, lo potencian; por lo que es necesario limitar su consumo. Se debe tener una dieta equilibrada, rica en verduras, fruta y fibra, baja en azúcares y grasas.⁴⁴
3. Ejercicio: Una actividad física de forma regular.
4. Aprender a contar lo que le pasa: No guardar los sentimientos.
5. Optimismo: Rechazar los pensamientos negativos, sustituyéndolos por pensamientos positivos.
6. Aprender a decir no: Es importante no crearse más obligaciones de las necesarias.
7. Relajación: Sentado o acostado, se deben cerrar los ojos, inspirar profundamente por la nariz y exhalar el aire por la boca.
8. Entender que no se pueden evitar las situaciones preocupantes pero sí se pueden manejar las respuestas y reacciones a ellas.
9. Entender que es imposible estar relajado físicamente y tenso emocionalmente al mismo tiempo.⁴⁵

Farmacoterapia: Actualmente se encuentran disponibles fármacos específicos muy efectivos para los diferentes trastornos de ansiedad y patologías relacionadas.⁴²

El tratamiento de elección son las benzodiacepinas. Sin embargo, si al cabo de 1 mes la respuesta no es satisfactoria, debe realizarse una prueba con antidepresivos. Dado que el trastorno es crónico, debe asumirse la responsabilidad de administrar psicofármacos durante mucho tiempo y, por tanto, considerar las ventajas y desventajas de la medicación escogida.

- 1) Benzodiazepinas: son seguras, con un elevado índice terapéutico y una baja letalidad en sobredosis, al ser administradas como monodrogas. Son más útiles en el manejo agudo de la ansiedad.. Difieren entre sí en su rapidez de acción, vida media, pasos metabólicos, indicaciones y en su posibilidad de abuso, aunque todas tienen en común cuatro efectos farmacológicos: ansiólisis, sedación, miorelajación mediata centralmente y elevación del umbral convulsivo. Los efectos adversos principales incluyen una interferencia con las funciones motoras y cognitivas, sobre todo en forma de fallas amnésicas en el mediano plazo.

- 2) Benzodiacepinas de alta potencia: tienen una potente actividad ansiolítica y antipánico o dosis no productoras de sedación o somnolencia diurnas. Se administran en los diferentes trastornos de ansiedad en forma de terapia combinada con un antidepresivo, potencia los efectos de ambos a menores dosis que si son empleados como monoterapia.

Los efectos terapéuticos se mantienen a lo largo de un tratamiento prolongado, y la posibilidad de dependencia física es mínima. No es conveniente su prescripción en pacientes con antecedentes personales o familiares de abuso de alcohol u otras sustancias. Dentro de la farmacocinética, la vía media de eliminación, tiene consecuencias importantes para establecer la frecuencia de dosificación. Una dosis adecuada parece ser un factor crítico para optimizar la respuesta. Si se disminuye de manera inadecuada la dosis a lo largo del tiempo, pueden reaparecer algunos síntomas y disminuir los efectos beneficiosos que se obtienen con ella.

En todos los casos la reducción de las benzodiazepinas de alta potencia debe ser gradual, a razón de un 20 % de la dosis administrada durante la última semana. Los derivados de vida media larga como el clonazepam, dejan el cerebro y la sangre lentamente luego de suspendidos, y van desapareciendo de los receptores de manera muy lenta (Herman y col. 1987).

- 3) El clonazepam y el alprazolam son claramente eficaces en el trastorno de pánico. El clonazepam además es efectivo para tratar la fobia social y para controlar los síntomas maníacos. ejercen sus efectos ligándose a receptores de un complejo molecular que también incluye a los receptores para el ácido gamma aminobutírico y para los barbitúricos, así como el canal iónico del cloro; también difieren en la tasa de absorción por el tracto gastrointestinal.

- 4) El diazepam, el lorazepam y el triazolam, son las que se absorben más rápidamente y este factor influye en su uso como ansiolítico e hipnótico de uso agudo. Sin embargo, la amnesia anterógrada es más frecuentemente experimentada con los fármacos que se absorben más rápidamente. Las ventajas principales de las benzodiazepinas son su seguridad y eficacia.

- 5) El ácido gamaaminobutírico es un neurotransmisor inhibitorio; la unión del mismo con los receptores del ácido gamma aminobutírico abre el canal del cloro, permitiendo la entrada del ion cloro a la neurona, con la consiguiente reducción de su excitabilidad y potencial de disparos. Las benzodiazepinas son agonistas completos de este receptor y se ligan a un complejo proteico en un sitio denominado receptor BZ, modulando la acción del ácido gamma aminobutírico y produciendo de este modo su efecto ansiolítico, anticonvulsivante y antipánico. Una teoría ha propuesto que los estados de ansiedad son causados por una deficiencia relativa de un compuesto endógeno de acción ansiolítica, por lo que han sido halladas benzodiazepinas naturales tanto en animales como en vegetales, como la papa y el maíz.

- 6) Antidepresivos: Todos los antidepresivos, tanto los tradicionales (IMAOs y tricíclicos), como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los más recientemente utilizados para el manejo de la ansiedad como la venlafaxina, y la mirtazapina, presentan la desventaja de tener una demora en el inicio de su efecto (latencia terapéutica) de 2 a 3 semanas, la cual se prolonga más tiempo en algunas patologías.

Por consiguiente, es recomendable administrar sistemáticamente benzodicepinas durante el periodo inicial del tratamiento, para cubrir este lapso terapéutico.

- 7) Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, han sido implementados desde hace más de una década en el tratamiento de la ansiedad y sus trastornos. Son considerados medicaciones de primera elección en la farmacoterapia del pánico con o sin agorafobia, del TOC y de la fobia social, sin embargo, no pueden ser considerados para tratar una emergencia, a menos que vengán siendo administrados desde hace más de 2 o 3 semanas. Entre los antidepresivos más recientes, la mirtazapina presenta una acción ansiolítica e inductora del sueño en el corto plazo, en dosis de 30 a 60 mg./diarios, por lo cual su uso puede ser considerado una alternativa posible en estos casos.

- 8) Otros fármacos: Desde hace tiempo se utilizan los beta-bloqueadores en psiquiatría para tratar la ansiedad de desempeño, aunque su uso principal es el tratamiento de la hipertensión y algunas disfunciones cardíacas. Sus ventajas incluyen a una escasa posibilidad de abuso y pocos o nulos efectos sobre la memoria y el desempeño psicomotor (Greenblatt y col, 1993).

Entre sus eventos adversos puede haber retraso en la conducción cardíaca, exacerbación o precipitación de una falla cardíaca o asma, impotencia, fatiga, depresión y elevación de la glucemia, por inhibición de la liberación de insulina. Su uso está contraindicado en personas con asma, bloqueos cardíacos e insuficiencia cardíaca.

Los receptores beta-adrenérgicos ubicados en el corazón son del subtipo BETA 1, mientras que los bronquiales son BETA 2. Hay más receptores beta 1 en el cerebro y algunas evidencias apoyan la idea que el bloqueo de este último subtipo es el más importante para la ansiólisis (Lader, 1990). El Atenolol y el Metoprolol son más selectivos para los receptores beta 1 que el Propanolol y el Nadolol. Ambos pueden ser una medicación complementaria en casos de ansiedad social de desempeño con predominio de síntomas somáticos como la taquicardia.

En los pacientes que presentan despersonalización y/o desrealización como síntoma dominante de las crisis de pánico, la adición de pequeñas dosis de antipsicóticos, tanto típico como atípico, la medicación les permite un alivio rápido de esta sintomatología. Son suficientes 0,25 a 0,50 mg diarios de haloperidol o risperidona o 2,5 mg diarios de olanzapina, los cuales pueden administrarse durante un corto plazo, no mayor a un mes

9) Las vitaminas del grupo B protegen de daños a los nervios y tienen efecto calmante y relajante nervioso, lo que ayuda ante ansiedad, irritabilidad, tensión e insomnio.

- B1 (tiamina): Papel muy importante en buen funcionamiento nervioso.
- B3 (niacina, niacinamida): Igual que el aminoácido triptófano puede calmar por su actividad cerebral. Precaución en la ingesta de B3 si hay afección hepática o ácido úrico elevado.

- B5 (ácido pantoténico): Esencial para que el cuerpo produzca hormonas suprarrenales y de gran valor para reducir el riesgo de agotamiento suprarrenal ante estrés crónico.
- B6 (piridoxina): Necesaria para la producción de hormonas en las glándulas suprarrenales, y vital para el adecuado funcionamiento del sistema nervioso, mitiga la inmunosupresión relacionada con el estrés.
- B9 (ácido fólico): Su deficiencia puede producir insomnio, apatía y depresión.
- B12 (cobalamina): Necesaria para proteger las terminaciones nerviosas. Suministrada con vitamina B6 se inducen secreciones de serotonina cerebral, que calma y disminuye el nerviosismo y la ansiedad.
- Vitamina C (ácido ascórbico): Presente en gran cantidad en las glándulas suprarrenales, su nivel se reduce de manera significativa cuando se está sometido al estrés, por lo que debe tomarse más vitamina C para mantener el nivel adecuado y aumentar la preparación del organismo; la vitamina C estimula el sistema inmunitario, acelera la producción de interferón y la actividad de los glóbulos blancos y de los anticuerpos.⁴⁶

Minerales

- Calcio: Toma parte en la transmisión del impulso nervioso, trabaja con el magnesio en la contracción y relajación del músculo, regula la excitabilidad de los nervios y músculos, previene y alivia la ansiedad, promueve el bienestar mental y favorece el sueño, regula el ritmo cardíaco y previene la excesiva acidez o alcalinidad de la sangre.

- Cromo: Contribuye a equilibrar el nivel de azúcar sanguíneo y favorece un metabolismo eficiente de la glucosa, puede prevenir la liberación anormal de hormonas como cortisol, adrenalina y glucagón, las cuales cuando están elevadas pueden llegar a producir inestabilidad emocional, mareos o falta de alerta.
- Magnesio: Interviene en la liberación de energía y está relacionado con la elaboración y actividad de las hormonas producidas por las glándulas suprarrenales, relaja los nervios y músculos, contribuye a reducir tanto el riesgo de agotamiento causado por el estrés crónico o agudo como la ansiedad diurna y mejora el sueño nocturno. Un equilibrio entre magnesio y calcio contribuye a mantener una buena actividad nerviosa en el estrés.
- Potasio: Importante nutriente relacionado con el estrés crónico y el funcionamiento de nervios, músculos y corazón, mantiene el equilibrio entre sodio y líquido. Su déficit puede producir insomnio, nerviosismo y depresión, y en períodos de estrés para lograr una relación potasio/sodio más beneficiosa debe aumentarse el aporte de potasio para compensar su pérdida debida a la excesiva cantidad de aldosterona.
- Zinc: Necesario para la producción de hormonas por las suprarrenales, se agota o consume más rápido durante el estrés.
- Ácido gamma aminobutírico: Actúa como neurotransmisor inhibitorio y tiene un efecto tranquilizante sobre el sistema nervioso central y el cerebro. Como precaución se aconseja no combinarlo con fármacos que contengan benzodiazepinas.⁴⁶

Si no dispone de glucosa el cerebro puede utilizar como fuente de energía el ácido glutámico, neurotransmisor estimulante derivado de L-Glutamina que el cerebro transforma en ácido glutámico después de atravesar la barrera hematoencefálica.⁴⁶

- Taurina: actúa como neurotransmisor inhibitor en el cerebro, con efecto tranquilizante: Disminuye el estrés, permite una mayor eficacia metabólica y funcional en el sistema nervioso central y hormonalmente, al disminuir las excitaciones adrenérgicas cardiovasculares, regula la hiperexcitabilidad cerebral y facilita el descanso". Por precaución, no debe tomarse con ácido acetilsalicílico, ni con el estómago vacío en caso de úlcera de estómago o duodeno.⁴⁶

- Tirosina: aminoácido precursor de las catecolaminas, neurotransmisores como norepinefrina y dopamina, a su vez precursora en la síntesis de noradrenalina y adrenalina, cuyas reservas cerebrales se agotan en el estrés. Puede reducir los efectos agudos del estrés físico y psicosocial y la fatiga: En el sistema nervioso alivia la bajada de noradrenalina inducida por el estrés y potencia el rendimiento en circunstancias como privación del sueño, entrenamiento de combate, exposición al frío o ruidos desagradables, y recomienda no combinarlo con fármacos inhibidores de la monoaminooxidasa, que destruye en el organismo importantes aminas como adrenalina, noradrenalina y serotonina, así como no utilizarlo en casos de melanoma maligno.⁴⁶

HÁBITOS RELACIONADOS AL ESTRÉS.

Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente,⁴⁹ presentándose como alteraciones que pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden, emocionales, psicológicos, problemas de alteración de otros sistemas del organismo (sistema respiratorio, digestivo) y de aprendizaje.

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

- La edad en que éste se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.
- El tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito.¹¹
- La frecuencia de éste, es decir el número de veces al día.¹¹

Los Hábitos pueden ser de dos tipos:

- Hábitos útiles:
Son aquellos que incluyen las funciones normales adquiridas o aprendidas como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, masticación, fonación, etc.
- Hábitos dañinos:
Son aquellos que pueden llegar a ser lesivos a la integridad del sistema estomatognático, dientes, estructuras de soporte, lengua, labios, articulación témporomandibular y otros.⁴⁹

HABITOS BUCALES Y ESTRÈS

Etiológicamente los hábitos pueden ser clasificados en:

- Instintivos: Como el hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse en perjudicial, por la persistencia en el tiempo.
- Placenteros: Como algunos casos de succión digital.
- Defensivos: En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc. La respiración bucal se torna un hábito defensivo.
- Hereditarios: Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario pueden acarrear un hábito concomitante a dicha malformación, por ejemplo: Inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida entre otros.
- Adquiridos: La fonación nasal en los fisurados, aún después de intervenidos quirúrgicamente, primordialmente las conocidas como golpe glótico para los fonemas K, G, J y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la Ch.
- Imitativos: La forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas etc. ⁴⁹

Para solucionar el problema de los malos hábitos bucales es necesario un trabajo en equipo que incluya a profesionales (dentista, pediatra, otorrinolaringólogo, psicólogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, enfermera, profesor) y padres.⁴⁹ Además es imprescindible contar con la participación activa del niño. Mientras más precoz se elimina el mal hábito, menores serán los daños que éste cause.

La variabilidad de tipos de hábitos de succión son:

- Succión del pulgar
- Succión de otros dedos
- Succión del labio
- Succión del frenillo
- Succión del Chupón
- Succión de la lengua



En el tratamiento de los hábitos de succión se han empleado múltiples medios durante muchos años, la mayoría de ellos sin resultado, como los remedios aplicando unciones malolientes o amargas para tratar de erradicar un hábito, sin embargo la mayoría de ellos fracasan por que no actúan sobre la causa sino sobre el efecto.⁴⁹

Se han descrito alteraciones alvéolodentales asociadas a este hábito, incluyendo maloclusiones, resorciones atípicas de las raíces, mordida abierta, mordida cruzada y deformaciones faciales.^{5,11,12,13} La presencia de este hábito después de los 4 años genera igualmente cambios en la tonicidad muscular de labios y bucinadores, retarda su maduración, dificulta la deglución normal y crea mecanismos nocivos que llevan a desarrollar una actividad muscular de compensación para lograr la deglución, todo lo cual también puede afectar otras funciones como la fonación y la respiración entre otras.⁵⁰

Según la teoría psicoanalítica, la persistencia del hábito de succión digital ha sido atribuida a un impulso psicosexual.^{49,50} no controlable que responde a una perturbación psicológica útil para afrontar el estrés; otros autores sostienen que el hábito nace como una respuesta de adaptación y no necesariamente lo acompaña un desequilibrio psíquico.^{12,50}

Mientras que la onicofagia se plantea alrededor de las diferentes educaciones sexistas, que se dan como norma y necesidad en donde a las mujeres se les somete a más indicadores de presión y supresión psicosocial, además de recordar que algunos factores etiológicos que se han señalado para la presencia de malos hábitos bucales se incluyen: conflictos familiares, celos, presión escolar, ansiedad, y éstos se presentan en las grandes ciudades.

Por lo que algunas enfermedades relacionadas con emociones y tensiones son más comunes, y presentes en el género femenino que en el masculino;¹¹ dando pauta estos problemas relacionados al hábito bucal a la multidisciplinaridad de interconsulta con profesionales de la psicología, orientación familiar, fonoaudiólogos, terapeutas de lenguaje, etc.⁴⁹

Para tratar un hábito de succión el primer paso ha de ser la detección del agente causal del mismo, muchos de estos hábitos son derivados de situaciones comunes que al ser detectadas y adecuadamente tratadas pueden conllevar a la desaparición espontánea del hábito.⁸ Por lo que en el momento de realizar la entrevista con los pacientes que son llevados a consulta por problemas de presencia de hábitos, se debe dividir la entrevista en dos fases:

Fase 1: Entrevista con el o los representantes: la mayoría de los pacientes son llevados a la primera consulta por sus madres, en segundo lugar por sus padres y en contadas ocasiones por ambos. En esta fase conversará con el o los representantes sobre la cotidianidad de la vida del niño, como está compuesto el cuadro familiar, quienes viven con él, cuantos hermanos tiene, que estudia, sus relaciones con el resto de la familia y las relaciones de los parientes en el núcleo familiar.

Fase 2: Entrevista con el niño: Se mantendrá una conversación privada con el niño se tratará de ganar su confianza y sus confidencias, es importante este primer encuentro ya que en mucho puede depender el éxito o fracaso de nuestro tratamiento si no es llevada adecuadamente la entrevista y no obtenemos la confianza.⁴⁹

La odontología es una de las actividades sanitarias que requiere de una mayor preparación psicológica⁸ de sus profesionales para ejercerla con éxito ya que un tratamiento basado en un aparato utilizado inapropiadamente puede modificar el patrón de un hábito y convertirlo en otro aun mas perjudicial o enmascarar la aparición de otro tipo de patologías como tics nerviosos, cuadros depresivos y hasta suicidios.⁴⁹

Tratamientos psicológicos en el consultorio dental:

Consistentes en explicar al niño mediando modelos de yeso y láminas ilustrativas en presencia de los padres, con objeto de que estos refuercen en casa las explicaciones, las consecuencias que puede acarrear el hábito de la succión digital. Se les explica los problemas estéticos que ocasiona (deformación de la cara y de la boca) sin contar los daños para su salud. Se recomendará que vayan a la cama abrazando algún juguete (muñeca, oso de peluche, etc.) para mantener las manos ocupadas y evitar que se las lleven a la boca.⁵⁰

Utilización de dispositivos ortodóncicos:

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital. Los más utilizados son la rejilla palatina y el dispositivo "Bluegrass". Son aparatos bien tolerados y herramientas eficaces en el tratamiento de este desorden. Antes de su implantación se deberá explicar al niño que se trata de un dispositivo que sirve de recordatorio de que no debe succionarse el dedo. El dispositivo Bluegrass tiene la ventaja de no ser visible, y además, tiene la ventaja de ser un estimulante neuromuscular para la lengua con lo que puede ayudar al paciente a mejorar su habla.⁵⁰

Tiene la desventaja de crear problemas para hablar y deglutir durante las 2 o 3 primeras semanas después de su implantación hasta que el niño se acostumbra.

Por lo general, los niños abandonan el hábito en el primer mes de tratamiento aunque se recomienda que el aparato continúe en la boca durante 3 a 6 meses con objeto de reducir las probabilidades de una regresión. Al retirarse el dispositivo se deben evaluar las condiciones oclusales y funcionales del paciente para instaurar la terapia correctiva de manera temprana.⁵⁷

Tratamientos farmacológicos:

Son muy pocos los datos sobre el tratamiento con fármacos de este hábito. Ocasionalmente, se hace referencia a una sedación del niño y un tratamiento genérico de los trastornos obsesivos-compulsivos. No es recomendable la administración de fármacos a niños de corta edad cuando no son imprescindibles, por ser imprevisibles sus efectos sobre el crecimiento y desarrollo.

En algunas ocasiones se deberá utilizar algún tipo de tratamiento farmacológico mediado por el odontólogo ya sea como terapia previa al tratamiento dental para restaurar los órganos dentales dañados ya sea por caries o fracturas con restauraciones de coronas acero cromo, por medio de fármacos ansiolíticos como el Midazolam y un analgésico como es el Acetaminofen, para no causar un estado de estrés agudo por cuestiones traumáticas como es el tratamiento dental.^{5,8,13,57}

EL TABAQUISMO Y EL ESTRÉS

A través de los años, el tabaco ha sido señalado como la cura para una amplia gama de dolencias con formas variadas de administración (por ejemplo, utilizando cataplasmas, cremas, fumado, masticado, aspirado o colocado en cualquier cavidad corporal).

El tabaquismo es realmente un productor de estrés al intoxicar todo el organismo con alquitranes, monóxido de carbono y nicotina, causando lesiones en arterias, corazón y pulmones.⁵² Es un factor externo que se introduce al organismo y aumenta el estrés por el mismo daño que produce.

En el plano psicológico, el hecho de fumar puede ejercer efecto tranquilizante momentáneo pero en plano físico, los efectos de la nicotina imitan la reacción de estrés.⁵² Provocan una liberación de ACTH, la hormona del estrés y un aumento de la actividad de los neurotransmisores centrales, tales como la serotonina, la noradrenalina y la adrenalina.²

Tanto el estrés como el tabaco tienen la característica de lesionar las arterias y producir enfermedad coronaria.² Se distinguen dos tipos de personalidades, la A y la B.⁴³ Las enfermedades guardan relación estadística con el síndrome del estrés en general y con el tipo de personalidad, siendo particularmente manifiesto en enfermedad cardiovascular.⁴³

La personalidad tipo A manifiesta un alto sentido de urgencia y muy impaciente. Hace que las cosas se hagan rápidamente; tiene obsesión por estar siempre a tiempo, y se impacienta o irrita cuando sufre algún retraso o si lo tienen esperando por alguna razón; se mueve, camina y come rápidamente; habla de prisa y explosivamente; está muy consciente del tiempo, le gusta fijarse plazos límites y cumplirlos. Este tipo de personalidad,

también se caracteriza por ser bien competitivo en el trabajo y actividades recreativas.⁵³

La personalidad del tipo B. Este tipo de personalidad rara vez tiene deseos de hacer muchas cosas en un reducido período de tiempo y sólo se siente a gusto con una idea o una actividad a la vez.⁴³ Posee paciencia, confianza y seguridad. Participa de actividades recreativas y deportivas, y/o de pasatiempos durante su tiempo libre. Es responsable, pero si se retrasa no se afecta y no se encuentra continuamente pendiente a la hora.⁵³

La forma de interacción o resistencia del individuo frente al estrés muestra la reactividad cardiovascular y a la incidencia de factores propios de personalidad autoestresora. Esencialmente las personas pueden resultar reactivos tensos cardiovasculares o reactivos calmos.⁵³

Una persona puede presentar una reacción tensa o por el contrario, resultar ser un reactor calmo y a su vez ser portador de una personalidad o tipo conductual A, o por el contrario una personalidad Tipo B, formando así características personales que se denotan en grupos, los cuales son:⁵³

GRUPO I: Tipo reactor tenso + Personalidad tipo A - Resultan ser individuos que activan la secuencia psicofísica del estrés con gran facilidad, tienden a considerar características amenazantes los estímulos mas pequeños, configurando así en un estresor a cualquier circunstancia de vida. Esta condición psicológica determinará un cuadro de distrés crónico. Se trata entonces de sujetos vulnerables psicológica y físicamente al estrés.

GRUPO II: Tipo reactor calmo + Personalidad tipo A- Se trata de personas que aunque son portadoras de una personalidad autoestresora cuentan con una resistencia física genética que determina cierto grado de protección

frente al estrés y sus consecuencias cardiovasculares. Son sujetos vulnerables desde el punto de vista psicológico, pero resistentes desde lo físico.

GRUPO III: Tipo reactor tenso + Personalidad tipo B - se trata de personas que no activan con facilidad la secuencia del estrés pero que cuando esto sucede, las respuestas físicas son intensas. Se trata de un grupo de clasificación de perfil psicobiológico del estrés que incluye a sujetos resistentes desde el punto de vista psicológico, y vulnerables desde lo físico.

GRUPO IV: Tipo reactor calmo + Personalidad tipo B - se trata de una personalidad tipo B y una respuesta física correspondiente a un reactor calmo. Esta es la condición de menor vulnerabilidad y mayor resistencia al estrés en virtud de sus características físicas y psicológicas.

A estos distintos tipos de personalidades; el tabaquismo los afecta igualmente en cuanto a las lesiones que produce la misma cantidad de cigarrillo.² Cuando el estrés se combina con tabaquismo los más afectados resultarán los del grupo I, luego los grupos III y II y, por último, el grupo IV que por sus características es más resistente al estrés y menos predispuesto al tabaquismo.⁵³

El fumar es una adicción a la nicotina que puede producir estrés y va cercando al fumador e introduciéndolo en un triángulo del cual es difícil salir porque la adicción es poderosa y se mantiene por el encierro con los otros lados del triángulo:

- Uno de los lados está compuesto por la dependencia de la nicotina
- Otro lado es el factor social, como el trabajo, ocio, comidas, etc.¹⁶

- El tercer lado del triángulo está formado por el ESTRÉS, es emocional.⁵³

El fumador reacciona ante las situaciones de estrés apoyándose en el cigarrillo, sobre todo porque al disminuir los niveles de nicotina comienza a sentirse nervioso debido a los síntomas de abstinencia, que en sí constituyen un estrés, por lo cual fumar para aliviar esos síntomas le hará sentirse menos estresado.⁵²

La nicotina tiene efectos estimulantes y depresivos sobre el cuerpo. Incrementa el tono y la motilidad intestinal junto con las secreciones salivales y bronquiales convulsiones.⁵³ A la estimulación sigue una fase que deprime los músculos respiratorios. Como agente productor de euforia, la nicotina provoca excitación y relajación en situaciones estresantes.² también puede incrementar la sudoración, las náuseas y la diarrea por sus efectos sobre el sistema nervioso central.⁵²

Los efectos de la nicotina sobre las actividades hormonales del cuerpo también son evidentes. Eleva el nivel de glucosa en la sangre e incrementa la producción de insulina. La nicotina tiende también a incrementar la acumulación plaquetaria, lo cual puede conducir a eventos trombóticos, incrementa la frecuencia cardíaca entre 10 y 20 latidos por minuto e incrementa la presión arterial entre 5 y 10 milímetros de mercurio (porque contrae los vasos sanguíneos).⁵²

Los efectos positivos de la nicotina sobre el cuerpo. Estimula la memoria y la lucidez, incrementando las destrezas que requieren velocidad, tiempo de reacción, el estado de alerta y desempeño en el trabajo. Como agente de cambio del estado de ánimo, tiende a aliviar el aburrimiento y a reducir el estrés, y reduce las respuestas agresivas a eventos estresantes. tiende a

suprimir el apetito, específicamente reduciendo el deseo por consumir dulces e inhibiendo la eficiencia con la que se metaboliza la comida. Se considera que altera el humor y el comportamiento, es psicoactivo y adictivo.⁵²

En general, la exposición crónica a la nicotina puede producir además de una aceleración de la enfermedad coronaria; úlcera péptica, alteraciones reproductivas, reflujo esofágico, hipertensión, enfermedades y muerte fetal y retraso en la curación de heridas.^{52,53}

Las alteraciones odontológicas que se presentan frecuentemente en fumadores son la xerostomia, úlceras aftosas, pigmentación de los órganos dentales debido a los químicos del alquitrán, destrucción moderada o severa de hueso alveolar tanto en zona mesial como distal, sangrado gingival y movilidad dental, así como acumulación moderada o severa de placa dentobacteriana; la cual puede acentuar más los problemas periodontales o causar cáncer bucal implicado con la frecuencia del consumo y tipo del tabaco que utiliza el fumador; incluido en estos padecimientos el tabaco masticable y el utilizado en pipas.¹⁶

El diagnóstico de estas alteraciones y para determinar el grado de daño provocado en la cavidad bucal es con la información que proporcionara el paciente desde su nivel educativo, sus hábitos en higiene dental y las profilaxis dentales realizadas en los últimos 2 años, así como la frecuencia con la que fuma.¹⁶

Generalmente el tratamiento que se realizará en estos pacientes es una profilaxis dental, técnica de cepillado, sondeo parodontal, seguido de un raspado y alisado en los órganos dentarios que lo necesiten, o de un curetaje abierto, si es necesario y posible se realizará un injerto óseo después de una desintoxicación del paciente ya que el pronóstico del

tratamiento no será positivo si no se cuenta con la higiene dental y la eliminación de agente nocivo ya que no se podrá contar con una buena irrigación sanguínea, oxigenación y cicatrización del tratamiento.¹⁶

Existe una gran variedad de métodos para dejar de fumar. Intentos previos por dejar el tabaco deben verse como experiencias de aprendizaje, no fracasos. Se pueden utilizar medicamentos que reemplazan la nicotina, tales como la nicotina transdérmica (parche Nicorette) y la goma de mascar con nicotina, temporalmente en conjunto con estos programas. El uso por un período corto del medicamento antidepresivo bupropion junto con un programa para dejar de fumar.⁽⁵²⁾



<http://www.tabaquismo.freehosting.net>

EL ALCOHOLISMO Y ESTRÉS

El alcoholismo es una psicopatología con complejo de interacción y predisposición genética, de influencia neuroquímica, y que puede tener influencias de variación anatómica y cultural; generalmente tres de cada cuatro miembros de una familia puede presentar problemas en la adicción del alcohol el cual se va a presentar en torno a su adaptación social. Al alcoholismo es una enfermedad generalmente de transmisión por factores genéticos el cual se puede dividir en forma monocigótica o dicigótica. Este desorden psicobiológico reduce la producción tanto del entorno social de la persona como de él mismo. Por lo que hace que la persona tienda a caer en estrés y a su vez en depresión que puede llegar hasta el suicidio.¹⁷

Causas del consumo de alcohol

- Para sentirse bien, divertirse, descansar y olvidar el estrés.
- Para escapar.
- Porque les gusta el sabor de las bebidas alcohólicas.
- Para estar más a gusto en reuniones y ser parte del grupo.
- Para emborracharse.

Consumido en moderación causa en la gente un estado de relajación euforia sin embargo cuando el consumo sale fuera de control puede tener resultados de indiferencia social dificultades legales y conflictos ocupacionales y desarrollar problemas médicos; como son incremento en niveles de triglicéridos y una baja densidad de lipoproteínas, enfermedades coronarias y cardiovasculares, gastritis, úlcera duodenal, cirrosis, pancreatitis, cáncer de faringe, hipofaringe, laringe, esófago y estómago, problemas en producción plaquetaria, y problemas nutricionales.¹⁷

El tratamiento del alcoholismo se basa en la desintoxicación aunado de la terapia psicosocial integral y la farmacoterapia con Naltrexone y Acamprosate, para inhibir la sensación de euforia controlando la producción de dopamina, y de Disulfiran para ayudar a la desintoxicación alcohólica.^{17,43}

Odontológicamente los problemas que presentan los pacientes alcohólicos son el desorden del metabolismo y la disminución en la secreción salival, caries por la cantidad de azúcares encontrados en la bebidas alcohólicas y la falta de higiene dental al igual que enfermedad periodontal avanzada.¹⁷

BRUXISMO.

Es la representación del estrés en odontología. El paciente bruxómano es la principal somatización de la tensión nerviosa en las manifestaciones bucales éste se presenta como una actividad parafuncional caracterizada por rechinar, apretar, trabar y masticar con los dientes, cuya etiología se considera debida a una combinación de problemas relacionados con la presencia de algún tipo de desarmonía oclusal¹² y factores psíquicos o de origen psicosomático.⁵⁴

Corresponde a hábitos masticatorios destructivos que generan abrasiones mayores al desgaste normal dentario, que corresponde a 30 micrones por año (0.3 mm en 10 años).¹ Hay una relación causal evidente entre bruxismo y disfunción craneomandibular de modo que los signos y síntomas, incluyendo dolor de cabeza y cuello, espalda, garganta y hombros, presentan una gran prevalencia en bruxómanos.⁵¹

Se ha definido el bruxismo como el rechinar excéntrico de dientes, diferenciándolo del apretamiento, que se realiza en céntrica, el cual desgasta más los dientes anteriores,¹ el apretamiento en céntrica se ha descrito en un 20% de la población .

Se consideran varios factores responsables de la presencia de bruxismo; al principio se hablaba de posibles disturbios del sistema nervioso central, como lesiones de la corteza cerebral, disturbios de médula en hemiplejías de la infancia o parálisis espástica infantil, etc. Hoy en día, se ha comprobado que estas actividades parafuncionales son posibles en sujetos normales siempre y cuando existan algunos factores psíquicos, factores externos y factores internos, que solos o en combinación puedan dar lugar a este tipo de conducta.^{5,7}

Tischler (1928) fue tal vez el primero en poner atención sobre este aspecto y usó el término de hábito oral neurótico. Existe evidencia de aumento de la tensión muscular por tensión emocional como ansiedad. Siendo que las tensiones nerviosas, que en el hombre se manifiestan precisamente en el bruxismo, se pueden originar parcialmente dentro del sistema límbico.



<http://www.icqmed.com>

El bruxismo que se efectúa durante el día o en momentos de conciencia plena del individuo ha sido relacionado neurofisiológicamente con estímulos periféricos anormales provenientes de las estructuras orales que crean alteraciones a nivel de la sustancia reticular. Se han propuesto como causas mayores, las discrepancias oclusales y el estrés emocional (enojo, miedo, agresividad, frustración), como parte de la etiología.²⁰

Estudios clínicos y polisomnografías lo ha asociado a los trastornos del sueño, debido a la presencia de sueño ligero (micro despertares, a veces acompañados de complejos K en el electroencefalograma rápido y transitorio con actividad electromiográfica, y frecuentes cambios de estado de sueño. También se ha asociado a alteraciones de la química cerebral (sensitividad dopaminérgica).²⁰

El bruxismo nocturno es una actividad motora orofacial durante el sueño caracterizada por contracciones fásicas y tónicas de los músculos elevadores mandibulares.²² La asociación de desórdenes del sueño y despertar lo considera una parasomnia primaria de estado de sueño no específico,

aunque puede predominar en estado NREM 2 o de los movimientos oculares rápidos (REM). Es la tercera parasomnia más frecuente.²⁰

Las parasomnias son eventos físicos indeseables que ocurren exclusiva o predominantemente durante el sueño, generalmente motores o autonómicos asociados a variables grados de despertar.²⁰ Existe una controversia respecto a las fases del sueño durante las cuales se da el bruxismo. Ya que se sugiere que principalmente tiene lugar durante la fase REM, mientras que otros sugieren que el bruxismo nunca aparece durante el sueño REM.⁴

Aún hay otros estudio que indican que tienen lugar episodios de bruxismo durante el sueño REM y durante el sueño no REM, aunque la mayoría, según parece, se asocian con las fases 1 y 2 del sueño NO REM poco profundo. Los episodios de bruxismo se asocian con un paso de un sueño más profundo a uno menos profundo.^{4,19}

Se ha demostrado que esta estimulación induce un rechinar de los dientes. Por lo que se indica que el bruxismo puede estar estrechamente asociado con las fases de despertar del sueño.

Algunos estudios indican que se dan más episodios de bruxismo al dormir tendidos de espalda y no de lado o que no se observan diferencias entre ambas posiciones. Los individuos con bruxismo tienen más movimientos corporales durante el sueño que quienes no lo hacen.¹⁹

El diagnóstico para esta parafunción se basa en una historia clínica determinando la presencia de sonidos dentales, ocurriendo solo en el bruxismo excéntrico, y en facetas de desgaste dentario no compatibles con desgaste funcional, ajuste oclusal previo, tratamiento dental, desgaste ocupacional o reflujo gastroesofágico.¹⁷

Sumado uno o más de los siguientes síntomas:

- Cefalea temporal.
- Fatiga o rigidez de músculos masticatorios al amanecer, noche o matinal.
- Desplazamiento discal con o sin reducción Témporomandibular al amanecer.
- Dientes hipersensibles.
- Hipertrofia maseterina.²³

Tratamiento: Muchos autores concuerdan en que el bruxismo NO se detiene, y no tiene una cura específica, por lo que solo se busca prevenir el daño orofacial y llevar a cabo técnicas de tratamientos sin confirmar una efectividad en ellos.¹⁷

Para llevar a cabo un buen tratamiento se debe tener una mayor comunicación entre odontólogos y psicólogos para solventar esta patología. Ya que ante la necesidad de dar solución al problema y por lo incierto de las teorías etiológicas, se debe escoger entre las terapias que no sólo parezcan ser efectivas, sino que además sean menos invasivas y más reversibles.¹⁶

Los tratamientos se pueden dividir en:

Tratamientos conductuales: Éstos modifican el modo de reacción psicosocial.

- Reducir toda actividad durante la 2ª mitad del atardecer.
- Descansar 60 a 90 minutos antes de dormir.
- No pensar o discutir intensamente.
- Aplicar una técnica de relajación durante el día y antes de dormir.

- Mantener buen estado físico.
- Evitar alcohol, café, té, 3 horas antes de dormir, así como comidas copiosas.
- No fumar después de las 19 hrs., pues la nicotina aumenta el tono muscular y los despertares.
- Establecer un ambiente de sueño favorable, agradable y tranquilo.¹⁷

Tratamiento ortopédico:

- Terapia restaurativa de la zona oclusal coronas de prótesis fijas de polímeros con fibras de refuerzo (Artglass, Empress 2, fibreKor, etc.), tomando en cuenta restablecer la armonía oclusal.
- Guardas oclusales blandas, duran poco tiempo y sufren gran deterioro
- Guardas oclusales rígidas.¹⁶
- Obturador nasal transicional es una propuesta alternativa o complementaria a las férulas de descarga como tratamiento de las parafunciones desde el punto de vista psicológico mediante la aplicación de terapias de modificación de conducta.⁵³

El tratamiento ortopédico se debe considerar como ayuda para prevenir o limitar el daño dental¹⁶

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- Benzodiazepinas, Clorbenzaprina, relajantes musculares (Clormezanona), disminuyen la actividad motora relacionada al bruxismo en relación al sueño, pero se contraindican a largo plazo por la somnolencia diurna.¹⁷

La acción hipnótica de las benzodiazepinas alarga el tiempo total de sueño, especialmente la etapa 2 del sueño NO REM, sin embargo acortan la etapa de sueño REM, así se altera el reposo psíquico, y el bruxismo puede continuar en las etapas de sueño NO REM como es en el caso del uso de la Venlafaxina.¹⁹

- Antidepresivos tricíclicos, disminuyen la duración del sueño REM, aumentan el sueño NO REM 1 y 2, donde ocurre el 80% de los eventos de bruxismo asociado al sueño sin depresión.¹⁷
- Fármacos relacionados con la dopamina. Está descrito el bruxismo iatrogénico, secundario al uso de antidopaminérgicos crónicos¹⁹, mientras la L dopa/ benserazida ha disminuido el bruxismo asociado al sueño en individuos sanos, se recomienda su uso muy cuidadosamente.¹⁷
- Toxina botulínica, con eficacia y seguridad desconocida. Se ha propuesto el uso de toxina botulínica (BTX A), fármaco efectivo en el tratamiento de varios desórdenes motores, y en bruxismo severo, ya que en el leve o moderado llega a causar problemas de disfagia en algunos casos o por una dosis mayor de 300 a 400 MU; o por mas de tres meses que llega a durar el tratamiento.¹⁷



Posición del Obturador Nasal.

TRASTORNOS TÉMPOROMANDIBULARES

Actualmente se considera que no hay factor etiológico primario, en la etiología de trastornos témporomandibulares se ha llegado a la conclusión de que existen factores contribuyentes. Entre los años 1960 y 1970 la maloclusión y la sobrecarga emocional (estrés) se aceptaron como los principales factores etiológicos de las disfunciones de las articulaciones témporomandibulares. Varios estudios muestran que estos trastornos se pueden originar muy temprano en las etapas de crecimiento y desarrollo craneofacial y que un alto porcentaje de niños presentan muchos de los signos y síntomas encontrados en adultos; por tanto, actualmente no se puede considerar que esta disfunción sea un trastorno degenerativo y geriátrico.²⁶

El bruxismo, tiende a desempeñar un rol en el desarrollo de disfunción témporomandibular, sonidos articulares y mialgias de los músculos masticatorios.

Los desórdenes témporomandibulares o síndrome de Costen es una entidad patológica relacionada con problemas funcionales de la articulación y/o de los músculos que mueven la mandíbula. En el diagnóstico del desarrollo y funcionamiento de la articulación témporomandibular en niños, el odontólogo llega a encontrar circunstancias complejas que podrían generar problemas en los adultos cuando no se estudian y corrigen en la niñez.²⁶

Existen factores contribuyentes: precipitantes y perpetuantes, los cuales deben ser identificados a través de una historia y un examen clínico. en el cual los signos y síntomas clínicos moderados son los más comunes entre los niños y adolescentes.

Los más frecuentes son chasquidos y ruidos articulares, sensibilidad a la palpación lateral y posterior de la articulación témporomandibular, sensibilidad de los músculos masticadores al palparlos, limitación de los movimientos mandibulares, el rechinar nocturno y el apretar exagerado e involuntario de los dientes, cefaleas, el desgaste dental (atrición no funcional) las interferencias en posición céntrica, el dolor periodontal y/o la dificultad durante la masticación;²² pero son menos comunes aunque más representativos el dolor facial difuso, la otalgia, el tinitus y la hipermovilidad mandibular.

La presencia de un signo y/o un síntoma en la población infantil y adolescente es la alerta para profundizar en el diagnóstico individual de cada caso y correlacionarlo con el estado oclusal, con sus hábitos posturales, con los hábitos orales nocivos (succión de los dedos o de objetos, presiones nocturnas por empleo de distractores antes de conciliar el sueño, etc).²⁶

Factores como bruxismo y otros hábitos parafuncionales, trauma, relaciones anatómicas desfavorables, condiciones psicosociales y patosicológicas pueden impactar en los desordenes témporomandibulares.

Recientes estudios han reportado que la combinación de tratamientos (estabilización con férulas, biofeedback/manejo del estrés), la relación Odontólogo-Paciente deberá explicar detalladamente los hallazgos clínicos, diagnóstico, opciones de tratamiento y recomendaciones dirigidas al paciente.

Las instrucciones de rutina deben incluir: reposo del sistema masticatorio a través de una limitación voluntaria de la función mandibular, modificación y conciencia de hábitos acompañados de estimulación visual que permita conducir la modificación del hábito.²²

Como terapia se indican dispositivos duros o blandos que permitan modificar tan sólo temporalmente el estado oclusal del paciente con la finalidad de lograr equilibrio de los músculos masticatorios, eliminar interferencias oclusales y alterar la relación de la mandíbula con el maxilar determinado por la intercuspidación dentaria.²²

La experiencia clínica y los estudios experimentales evidencian que la medicación puede promover alivio y rehabilitación de los pacientes cuando son usados como parte del tratamiento. Los agentes farmacológicos más efectivos para el manejo de los desordenes témporomandibulares incluyen: analgésicos, corticoesteroides y ansiolíticos indicados para dolores agudos; los antiinflamatorios no esteroideos y relajantes musculares pueden ser usados tanto para condiciones agudas y crónicas; y los antidepresivos en bajas dosis son indicados para el manejo de dolor orofacial crónico. Existen agentes físicos y modalidades para el manejo de los trastornos témporomandibulares que incluyen, electroterapia que produce cambios térmicos, histoquímicos y fisiológicos en los músculos y articulaciones.

El ultrasonido, es utilizado para problemas músculo esqueléticos produciendo calor profundo en las articulaciones, disminuye el dolor crónico, contracción muscular y tendinitis. La iontoforesis, utiliza un gradiente eléctrico para conducir medicación (corticoesteroides) en forma de iones.

Los agentes anestésicos, a través de la aplicación de spray con vapor frío seguido de estiramiento muscular, disminuyen el dolor y tensión muscular inactivando los puntos gatillo. La acupuntura, produce efectos terapéuticos a través de una vía neural y humoral, aunque su mecanismo no se comprende claramente.²²

La terapia con férulas blandas o resilientes, su objetivo terapéutico consiste en obtener un contacto uniforme y simultáneo con los dientes opuestos. A su vez, éstos dispositivos inducen a un estado de relajación de los músculos faciales y por consiguiente la disminución del dolor. La experiencia clínica sugiere que la superficie oclusal de estos dispositivos debe ser ajustada al inicio y periódicamente para compensar los cambios en la relación maxilomandibular como dolor, actividad muscular, inflamación, edema o cambios en la relación estructural de los tejidos blandos.^{22,2}

MIALGIAS Y ESTRÉS.

SÍNDROME DE DOLOR MIOFACIAL

El síndrome de dolor miofacial se presenta con molestias principales dolor de la cabeza y el cuello, la afección y los factores desencadenantes como los trastornos psicológicos y de conducta así como los trastornos posturales, determinan su intensidad. Los pacientes con síndrome de dolor miofacial presentan dolores faciales y mandibulares, generalmente asociados a los músculos y ligamentos relacionados con la articulación, la palpación por parte del odontólogo de los músculos pterigoideos suele ser una prueba bastante efectiva en estos pacientes.

Áreas de referencia específica de dolor maxilofacial y los puntos desencadenantes activos correspondientes²⁸

Áreas de dolor maxilofacial	Sitios con puntos desencadenantes
ATM	Masetero profundo
Maxilares	Masetero superficial
Oído	Masetero profundo
Mejilla	Esternocleidomastoideo
Encía	Pterigoideo interno
Mentón	Esternocleidomastoideo
Lengua y paladar duro	Pterigoideo interno
cigomático y paladar duro	Pterigoideo externo
Dientes:	

Síndrome doloroso miofacial cabeza y cuello.²⁸

Factores que intensifican el dolor	Tensión
	Fatiga
	Estrés emocional
	Masticación
Por autoinforme:	Depresión
	Ansiedad
Trastornos psicológicos y de la conducta psiquiátrica:	Ansiedad
	Depresión
	Cólera
Hábitos parafuncionales:	Masticación unilateral
	Apretamiento de los dientes
	Bruxismo
Factores que alivian el dolor	Aplicación de calor
	Relajación
	Area de frotación
	Reposo

El diagnóstico del dolor miofacial puede ser confundido por el odontólogo debido a sus síntomas por la neuralgia trigeminal; por lo que en la elaboración de la historia clínica se debe de cuestionar al paciente por el tiempo que presenta el problema, el tiempo conforme a duración en la que se presenta la molestia, con que factores incrementa el dolor, si se ha sufrido traumas faciales o de la articulación temporomandibular, problema con la masticación, molestia en cambios de temperatura, historia de caries o fractura dental; se debe tomar en cuenta si el paciente ha sido infectado anteriormente por el virus de herpes simples o de varicela zoster, así como si es un paciente con esclerosis múltiple, ya que muchas de estas causas promueven a la reacción inflamatoria del trigémino.^{23,24}

Muchos síntomas regulares asociados al síndrome de dolor miofacial, como son los de naturaleza neurológica, particularmente la sensación de hormigueo, el entumecimiento y la visión borrosa; los de tipo gastrointestinal, sobre todo las náuseas, la constipación y la indigestión; las manifestaciones musculoesqueleticas como fatiga y articulaciones tensas; y las de carácter otológico como el tinnitus y la atalgia. Nos pueden servir para realizar el diagnóstico diferencial de lo que podría ser una neuralgia trigeminal.^{23,24}

Luego de realizar el examen clínico de rutina, diagnóstico y plan de tratamiento, en la mayoría de los casos la terapia más práctica al alcance del Odontólogo General es el uso de una férula oclusal nocturna que permita modificar la relación oclusal y redistribuir las fuerzas oclusales, con la finalidad de prevenir el desgaste y movilidad de los dientes, reducir el bruxismo y actividades parafuncionales.²²

FIBROMIALGIA.

Es una enfermedad multisintomática caracterizada por dolor muscular y cansancio progresivo e invalidante. El dolor puede afectar diversas partes del cuerpo, tales como cadera, piernas, brazos e incluso los músculos de los hombros.⁵⁴ El dolor generalizado del cuerpo data de tres o más meses, con periodos de agudización, pueden referirse mialgias de localización imprecisa, sensación de tumefacción rigidez u hormigueo matinal en las manos, parestesia y disestesias en las manos, apretamiento dentario, sensación de cansancio en la mandíbula y los músculos asociados a la masticación, sobre todo al despertar en las mañanas.⁵⁵

Muchos expertos creen que la fibromialgia es una alteración disfuncional causada por un conjunto de respuestas biológicas ante situaciones de estrés en las personas que son más susceptibles a éste, debido a experiencias personales negativas o a factores genéticos.⁵⁴ El trauma físico o emocional, o las infecciones vírales, como el virus Epstein-Barr, pueden actuar como desencadenantes del inicio de la enfermedad, la asociación de esta enfermedad con el estrés es cada día más fuerte.⁵⁵

Aun cuando las investigaciones médicas están dirigidas al estudio de la sintomatología, alteraciones musculares, alteraciones del sistema inmunológico o problemas hormonales, numerosos investigadores se han avocado a las manifestaciones psicológicas y psiquiátricas.

La ansiedad y la depresión parecen influir de manera clara en el aumento de los síntomas de la enfermedad, asociado a las características de la vida actual el exceso de trabajo se manifiesta como un potencial desencadenador del proceso de instauración de la enfermedad.^{54,55}

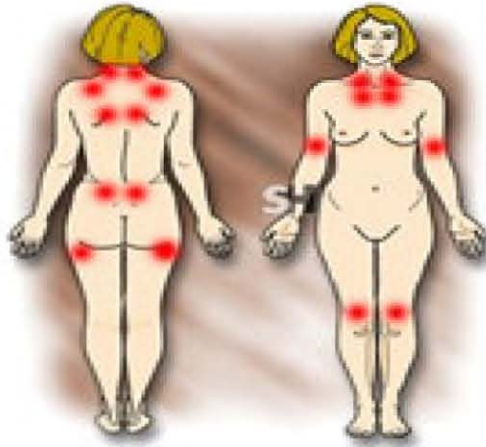
Como consecuencia de todos estos factores los pacientes con fibromialgia se ven psicológicamente afectados, presentando irritabilidad, inestabilidad emocional, desordenes cognitivos como: dificultades de atención, concentración y comprensión, pérdida de la memoria, confusión mental y síntomas disociativos; algunos pacientes presentan tendencia compulsiva hacia la limpieza y orden, ansiedad, neuroticismo, hipocondriasis y depresión, características que mejoran notablemente con el tratamiento adecuado de la enfermedad.

Existen algunas sustancias en el cuerpo que participan en la regulación del sueño profundo, y en la percepción del dolor, los niveles de estas sustancias en la sangre están alterados en las personas con fibromialgia, fenómeno que puede tener relación con el estrés.⁵⁴

El diagnóstico de la fibromialgia se basa principalmente en la historia de dolor o cansancio crónico y progresivo, puntos dolorosos localizados en zonas específicas en el cuerpo, (puntos gatillo) que permiten confirmar el diagnóstico.⁵⁵ En general, un diagnóstico de fibromialgia requiere la presencia de al menos 11 de los 18 puntos específicos en el cuerpo que son intensamente dolorosos cuando son presionados. Otros síntomas son: Sequedad de ojos y boca, bruxismo (apretar la mandíbula mientras se duerme), pérdida de cabello, úlceras bucales, y otros de incidencia menor.⁵⁴

Los síntomas son similares en niños, algunos expertos sugieren que ellos no tienen el mismo número de puntos dolorosos. En un estudio, los niños tenían 9,7 puntos dolorosos comparado al mínimo de 11 puntos en el adulto.

En general, los niños con fibromialgia experimentan más desordenes en el sueño y dolores difusos y en menor frecuencia dolores de cabeza, fatiga general y agotamiento matutino.



<http://www.bersantclinique.cl>

El diagnóstico diferencial en Fibromialgia incluye las enfermedades reumáticas al igual que cualquier otro trastorno que pueda provocar al paciente dolor y/o rigidez musculoesquelética y extra articular.⁵⁵

Tratamiento psicofarmacológico:

- Antidepresivos tricíclicos como la Amitriptilina (25 mgr en dosis nocturna) ha demostrado ser mejor que placebo a corto plazo. No influye en la fisiología del sueño. Usado por un alto porcentaje de los pacientes con fibromialgia.
- La Fluoxetina (20 mg por la mañana) asociada a Amitriptilina (10-25 mg), ha demostrado ser más beneficiosa que el uso de los fármacos por separado.

- Alprazolam es el único ansiolítico que produce efecto positivo en pacientes con fibromialgia. Se han demostrado los efectos positivos de asociación de Alprazolam (0.5-3mg/d) con Ibuprofeno (2.4 g/d).
- Relajantes musculares: El único relajante muscular que ha demostrado beneficio en fibromialgia es la Ciclobenzaprina (10 a 30 mg/d)) usada sola o en combinación con Ibuprofeno. Sin embargo sus efectos no son superiores a los del placebo con su uso prolongado.
- Anestésicos: En las zonas de hiperalgnesia focal incapacitante, la administración de un anestésico como lidocaína al 1% solo o en combinación con 40 mg. de una suspensión de acetato de hidrocortisona, puede mejorar los niveles de dolor durante 30 días tras su administración.
- Analgésicos: El Ácido Acetil Salicílico 650 mg. c/3 a 4 horas u otros antiinflamatorios no esteroideos en dosis terapéuticas pueden ser utilizados como auxiliares para el alivio del dolor en ciertos casos, salvo las contraindicaciones inherentes al propio medicamento. Debe ser evitado el uso de analgésicos narcóticos, excepto en pacientes con dolor moderado-severo, Su prescripción requiere un seguimiento cercano, dada la tolerancia y dependencia que se deriva de su uso prolongado.
- Antiinflamatorios: El Ibuprofeno es el único que ha sido estudiado, ha demostrado ser beneficioso sólo si es usado en combinación con Alprazolam. La utilidad de los antiinflamatorios en el tratamiento de la fibromialgia es limitado. Sin embargo pacientes que se presentan con un síndrome de dolor regional sobrepuesto a su dolor músculo-esquelético generalizado pueden beneficiarse del uso de Ibuprofeno o de otro antiinflamatorio no esteroideo. Se deben usar por un tiempo

limitado y conociendo sus efectos secundarios, sobre todo en adultos mayores.

- Medicina alternativa y naturista: 5-HTP y St. John's Wort pueden ser efectivos en el incremento de los niveles de serotonina en el cerebro. Estudios a doble ciego que involucraron a 50 pacientes con fibromialgia demostraron que 5-HTP en dosis de 100 mg. tres veces al día, arrojaron como resultados una disminución del dolor muscular, ansiedad y cansancio matutino, incrementando los niveles de serotonina. El St. John's Worth puede ser de gran utilidad en el tratamiento de la depresión, estimulando también el aumento de los niveles de serotonina. A dosis de 100 mg tres veces diarias puede ser efectivo en la reducción de los síntomas de la fibromialgia.
- El Magnesio es un poderoso nutriente con especial importancia en el tratamiento de la fibromialgia, sus niveles pueden aparecer bajos en la mayoría de los pacientes con dolor crónico. La dosis recomendada es de 100 mg. Diarios tres veces al día, algunos estudios han indicado que 300 a 600 mg de magnesio al día acompañados de Ácido Máfico reducen los síntomas. Junto a la coenzima Q10, y la L-Carnitina actúan en el ciclo de Krebs para la producción de energía reduciendo la fatiga.
- La valeriana como coadyuvante para el sueño puede utilizarse en dosis de una a tres cápsulas de 160 mg.⁵⁵

Tratamiento No Farmacológico.

- Ejercicio Físico: Las mejorías más importantes se han obtenido con el acondicionamiento aeróbico; sin embargo favorable los pacientes experimentan un empeoramiento de la clínica tras la sesión de ejercicios,
- Fisioterapia: En forma asociada contribuye a la relajación del paciente. Las técnicas de fisioterapia más usadas son: Calor superficial (infrarrojo, compresas húmedo-calientes), calor profundo (ultratermia), ultrasonido, biofeedback.
- Masoterapia (masaje terapéutico): Es más eficaz realizado consecutivamente a la aplicación de calor. Estos procedimientos incrementan el flujo sanguíneo al músculo proporcionando relajación y mejorando su dolor y flexibilidad.
- Entrenamiento de la Postura: Entrenamiento sobre la postura o el movimiento para corregir los hábitos dañinos posturales adquiridos a lo largo de la vida.
- Terapia Ocupacional: Un terapeuta ocupacional puede ayudar al sugerir o diseñar mejora., para los pacientes con fibromialgia que trabajan con el computador, los teclados ergonómicos, las sillas y otros productos pueden proporcionar un alivio importante.
- Terapia de Relajación: Los programas efectivos del manejo de estrés, como los ejercicios de respiración o la imaginación guiada.

- Terapia Cognitivo Conductual: La actitud del paciente es uno de los indicios para predecir el éxito que tendrá en el manejo de la fibromialgia.^{54,55}

Tratamiento Dental:

El tratamiento dental usado en estos pacientes es el de una placa miorelajante de calibre 0.60”, el cual el paciente usará durante el sueño y en aquellos pacientes que presentan apretamiento dentario diurno, se les recomendó el uso diurno en los periodos de mayor tensión emocional; el alivio de los síntomas referidos llegan a disminuir a los días. A los pacientes se les recomendara la interconsulta con un médico especialista en neurología para el estudio y tratamiento más profundo de su enfermedad.⁵⁵



<http://www.telefonica.net>

REACCIONES INMUNOLÒGICAS Y ESTRÈS

ESTOMATITIS AFTOSA RECIDIVANTE

La estomatitis aftosa recidivante, son lesiones ulcerosas de etiología desconocida, constituidas por erosiones de histología inespecífica y tratamiento sintomático. Se diferenciarán tres conceptos básicos:⁵⁷

- Aftas verdaderas o vulgares: pérdidas de sustancia de las mucosas, muy dolorosas, agudas y recidivantes, de etiología multifactorial y desconocida; es la lesión elemental.
- Aftoides: son úlceras producidas generalmente por virus. Se inician como vesículas y evolucionan a úlceras. Su etiología es conocida luego no son auténticas aftas.
- Aftosis: Es como se conoce a procesos sistémicos que cursan con aftas o aftoides. Suelen tener localización en la mucosa bucal y genital.

La lesión elemental es una úlcera primaria, dolorosa que viene precedida por un pequeño eritema. Se define como una pérdida de sustancia de la mucosa, aguda, inicialmente necrótica, dolorosa y recidivante.

La etiología es, aún, desconocida. Multifactorial y controvertida, se asocia la aparición de aftas en la mucosa bucal con diferentes estados de salud del individuo, con traumatismos sobre la mucosa bucal, la ingesta de determinados alimentos, alguna deficiencia nutricional u hormonal que al coincidir en individuos previamente predispuestos a padecerlas por su constitución genética ocasionarán la patología.⁵⁷

En personas susceptibles de padecerlas, las situaciones de gran tensión emocional pueden actuar como desencadenantes de un brote de estomatitis aftosa recidivante.⁵⁷

Por las manifestaciones clínicas, se establecen tres tipos de aftas, menores o leves, mayores o graves y ulceraciones herpetiformes recidivantes o estomatitis aftosa recidivante.⁵⁷

- Aftas menores: Son pequeñas úlceras de morfología oval o redondeada, de entre 2 y 5 mm. de diámetro, pérdida de sustancia superficial, fondo amarillento, necrótico, poco profundas. Los bordes son poco elevados, turgentes, ligeramente indurados, con un halo eritematoso rodeando a la lesión. Se inician como una mancha rosada que en pocas horas se ulcera.

Dolor intenso, espontáneo, irradiado, que aumenta con los ácidos y picantes y al masticar y hablar. Asientan en zonas no queratinizadas de la mucosa bucal. Se localizan, por orden de frecuencia en: mucosa labial, surco vestibular, mucosa yugal, borde lingual, suelo de boca, encía y paladar.

- Aftas mayores: Son erosiones de la mucosa de diámetro superior a 0,5 - 1 cm., profundas y destructivas pueden alcanzar el tejido conectivo y presentar un fondo hemorrágico por lesión de los vasos. Persisten estacionarias durante mucho tiempo y los brotes se suceden sin período libre de lesiones. La mayoría de las veces curan con cicatriz, dejando la mucosa hipocrómica y con fibrosis superficial; se localizan en la mucosa no queratinizada.

- Estomatitis aftosa herpetiforme: Caracterizada por la presencia de múltiples aftas menores de tamaño entre 1 y 3 mm. junto a alguna mayor, muy dolorosas, localizadas en cualquier parte de la mucosa, con tendencia a unirse formando lesiones irregulares de aspecto similar a las herpéticas.

TRATAMIENTO.

No hay tratamiento específico y todos los que se utilizan mejoran la sintomatología. El tratamiento de la estomatitis aftosa recidivante tiene como objetivo primordial disminuir la sintomatología, espaciar los brotes y evitar las recidivas.

Una vez establecido el diagnóstico de la estomatitis aftosa recidivante y conocida la relación con un agente desencadenante o una deficiencia, el primer paso será la corrección del mismo. Para evitar traumatismos se pulirán aristas cortantes de los dientes, obturaciones irritantes; se evitarán los alimentos muy sólidos y se instruirá al paciente en la técnica para un correcto cepillado con un cepillo suave. Se suprimirán de la dieta los alimentos que desencadenan el brote y se indicará al paciente la necesidad de tratar su estrés, sea con ansiolíticos sea con técnicas de relajación.

El tratamiento del brote y puede realizarse local o general. El tratamiento general está indicado cuando el local no es suficiente para controlar el brote o cuando las aftas forman parte de la sintomatología de un síndrome aftoso y siempre en colaboración con el especialista que trata el resto de las patologías.⁵⁷

Tratamiento local:

- 1.- Antisépticos: Digluconato de Clorhexidina, en concentración al 0'12-0'20 % como colutorio o en forma de gel al 1%. El colutorio se usará para realizar enjuagues tres veces al día tras las comidas y el gel se aplicará tres veces al día sobre las lesiones.

- 2.- Antibióticos: Tetraciclina, 250 mg de disueltos en 10 ml de agua. La solución se mantiene en la boca como enjuague. Es muy útil en la forma herpetiforme.

- 3.- Corticoides tópicos: en la actualidad son la mejor ayuda en el tratamiento de la estomatitis aftosa. Se usan en forma de colutorios, pomadas, geles, aerosoles, infiltraciones perilesionales o comprimidos que se disuelven en la boca.
 - Acetónido de Triamcinolona al 0'05-0'1% en orabase o en solución acuosa
 - Propionato de Clobetasol al 0'025% en orabase
 - Fluocinolona al 0'05-0'1% en orabase

Las infiltraciones perilesionales están indicadas en las aftas mayores, muy dolorosas y con lenta cicatrización. Se usa un preparado de Triamcinolona (0'5 mg por 2'5 cm² de lesión = 25 mg/ml).

4.- Otros:

Benzidamida en colutorio

Carbenoxolona en orabase

Pomadas de: alfa-2-interferón humano, Ciclosporina tópica, Deglicirricinato, Ácido 5-amino salicílico tópico.⁵⁷

Tratamiento general:

- Corticoides: cuando los medicamentos locales hayan fracasado.
- Prednisona en tabletas de 20 mg, 2 diarias durante 5 días y luego 1 diaria durante una semana más. Acetónido de Triamcinolona en comprimidos de 8 mg, 3 veces al día.
- Talidomida: posiblemente por su efecto inmunomodulador. La dosis es 100 mg/ día durante 2-3 meses. Es teratógena por lo que debe ser muy controlada su administración en mujeres en edad fértil. Se usa en aftas que no responden a otros tratamientos y en pacientes VIH-positivos.
- Colchicina: en dosis de 0'6 mg, tres veces al día. Aunque puede usarse una dosis mayor asociada a talidomida. Las dosis sería 100-200 mg de Talidomida y 1-3 mg de Colchicina.
- Lisozima: a dosis de 500 mg cada 12 horas.
- Gammaglobulinas y factor de transferencia: todavía están en fase de estudio.
- Levamisol: 150 mg repartidos en tres tomas al día, 2 días a la semana, durante dos meses, conseguía una mejoría significativa (Lehner et al) en el 64 % de los pacientes. Su uso está muy controvertido por los efectos secundarios que produce.
- Inmunosupresores: Azatioprina 50 mg dos veces al día.
- Sulfato de zinc: algunos autores han demostrado su utilidad con dosis de 660 mg al día, o bien combinando 300 mg orales con pomada de sulfato de zinc al 1%.
- Interferón: a dosis de 1.200 UI / día controlaron las aftas en dos semanas. Será la última alternativa de tratamiento ya que produce muchos efectos secundarios.
- Laserterapia: tanto con el láser HeNe como el de CO2 se ha observado efecto beneficioso sobre los signos y síntomas de las aftas.

- Otros: además de los anteriores se han intentado diversos tratamientos con:
ácido cromoglicico, cromoglicato disódico, aciclovir, etretinato, isoprinosina, longovital, anapsos, pentoxifilina, aloe vera en hidrogel, ciclosporina, hidroxurea(sobre todo en pacientes HIV-positivos).⁵⁷



Aftas menores.



Aftas mayores.



Aftas hepéticas.

<http://www.uv.es>

LENGUA GEOGRÁFICA (GLOSITIS BENIGNA MIGRATORIA).

Los problemas linguales asociados a la glositis benigna migratoria se presentan como irritación, agrandamiento o irregularidades coloración y suavidad poco usuales, úlceras bucales, revestimiento blanco, agrietamiento o ranuras (fisuras), aspecto granular o desviación lateral. Existe además el síntoma subjetivo de dolor quemante en la lengua y en la mucosa bucal, síntoma que recibe el nombre de glosodinia y que se descubre a menudo en individuos con personalidad histérica u obsesiva.

La inflamación temporal y los cambios en la coloración ocurren por la inflamación de la lengua (glositis), lo cual hace que las papilas desaparezcan dejando en la lengua un aspecto liso. La lengua geográfica (glositis benigna migratoria) es una forma de glositis con manchas en la cual la ubicación de la inflamación y los cambios en el aspecto lingual pueden variar cada día debido a:

- Las infecciones o irritaciones menores son la causa más común de la inflamación lingual.
- Una úlcera viral o "aftas" aparece comúnmente en la lengua (o en alguna otra parte de la boca) sin razón aparente y, aunque no está clínicamente comprobado, algunos médicos creen que estas úlceras virales están asociadas con el estrés emocional, la fatiga o con la disminución de la resistencia.
- Las lesiones (al morderse la lengua) pueden ocasionar úlceras dolorosas.
- Una resaca o una reacción alérgica a alimentos o medicamentos pueden ocasionar inflamación en la lengua.
- El consumo compulsivo de cigarrillo causa irritación y dolor en la lengua.

- El aspecto liso y pálido de la superficie lingual es un indicador de deficiencias nutricionales (vitamina B12).

En el examen físico, prestando particular atención a la lengua se harán las siguientes preguntas:

¿Cuándo se detectó el problema por primera vez? ¿Se han presentado antes síntomas similares?

¿Se presenta dolor o inflamación?

¿Se presenta dificultad para deglutir?

¿Se presenta temblor?

¿Qué factores empeoran el problema? ¿Comer? ¿Beber? ¿Deglutir? ¿Hablar?

¿Usa prótesis dentales?

¿Qué ayuda a aliviar el problema?

¿Hay problemas con los dientes, las encías, los labios o con la garganta?

¿Se presenta sangrado en la lengua?

¿Se presenta alguna erupción? ¿Se presenta fiebre?

¿Sufre de alergias?

¿Se presentan problemas respiratorios? ¿Hay problemas en el habla? ¿Hay dificultad para mover la lengua?

¿Se han presentado cambios en el sentido del gusto?

¿Qué medicamentos se están tomando en el momento?

¿Fuma cigarrillos, tabacos o pipa?

¿Consumen cantidades excesivas de alcohol?

Los exámenes de diagnóstico se determinan de acuerdo con otros síntomas, para confirmar condiciones específicas, particularmente las causas sistémicas de los problemas linguales, se puede utilizar exámenes de sangre. En algunos casos podría necesitarse de una biopsia de las lesiones.

TRATAMIENTO:

- Se debe tratar la causa de la irritación o de la inflamación.
- Algunos de los medicamentos prescritos son los corticosteroides para reducir la inflamación y los antibióticos o antimicóticos.
- Otros tratamientos pueden ser el tratamiento de la anemia y otras condiciones, así como la eliminación de la fuente de irritación.⁵⁸



<http://www.uv.es>

LÍQUEN PLANO.

El líquen plano es una lesión dermatológica de origen desconocido considerada infrecuente pero no rara sin predilección por alguno de los géneros. El líquen plano fue originalmente descrito por el médico británico Erasmus Wilson en 1896. Las lesiones suelen ser semejantes a un líquen que es una pequeña planta, producto de una relación simbiótica entre un alga y un hongo.⁵⁹

Los factores etiológicos son discutidos, encontrándose como posibles causas las infecciosas (bacterias, espiroquetas y virus); causas psicosomáticas como el estrés; causas congénitas, metabólicas, etc. pero estudios recientes plantean que pueda tratarse de una respuesta inmunológica mediada por células.⁵⁹

Esta es una enfermedad que frecuentemente se observa en sujetos nerviosos y tensos. El curso de la enfermedad es largo, varía desde meses hasta varios años, se sufren con frecuencia períodos de remisión seguidos por exacerbaciones que corresponden a lapsos de malestar emocional, exceso de trabajo, ansiedad o alguna forma de tensión psicológica.²⁷

El líquen plano oral no erosivo se presenta en pacientes con altos niveles de ansiedad, así como bajos índices de depresión en todos los enfermos. La apariencia clínica de la lesión empeora con el estrés. En un enfoque biopsicosocial, el líquen plano erosivo-buloso (precipitado por eventos estresantes) resulta ser de etiología psicógena, otros autores en estudios que han realizado donde se utilizaron diferentes instrumentos de medición del estado psicológico de los pacientes, han concluido que los factores psicológicos no son importantes en la etiopatogenia y en la severidad del líquen plano oral.²⁷

Clínicamente se comporta en la cavidad bucal como una mancha de color blanco azulado, cortado en ángulos abiertos con ligeros relieves de la mucosa formando mallas más o menos tupidas, lo cual la hace parecida a las queratosis, leucoplasias y otras. Puede presentarse a su vez con aspecto anular, puntiforme, en placas dendríticas o erosivas. En la piel se caracteriza por una placa poligonal de cumbre plana, y con las superficies marcadas por manchas o líneas blancas denominadas estrías de Wickham.^{27,59}

El pronóstico del liquen plano es satisfactorio, cura en un tiempo promedio de 2 a 6 meses, pero existen casos cuya evolución se hace crónica y permanece durante años.²⁷

En cuanto a la aparición de la enfermedad y su relación con hábitos tóxicos se aprecia en sentido general una gran interrelación, predominando las comidas calientes y con picantes sin descartar las influencias también del alcohol y el tabaco, aspectos que se deben de tener en cuenta ya que estos hábitos podemos hacerlos variar con acciones de salud.⁵⁹ Las regiones bucales más afectadas son, el carrillo siendo dos veces más frecuente que la lengua y el paladar duro.^{27,59}

El diagnóstico diferencial del líquen plano es importante ya que en las manifestaciones bucales la forma reticular se observa con facilidad, a diferencia de otras lesiones blancas de la boca. Debe diferenciarse la forma de placa de la leucoplasia o estados premalignos, nevo blanco, mucositis, candidiasis pseudomembranosas, gingivitis descamativa.²⁷

- El líquen plano hipertrófico debe diferenciarse del eczema crónico hiperqueratósico. A veces es difícil establecer diferencias de un liquen plano con la amiloidosis liquenoide primitiva de las piernas, pero en

esta el prurito es muy intenso, las pápulas agrupadas en forma lineal y de color amarillento establecen el diagnóstico.²⁷

- El líquen plano atrófico debe diferenciarse de la morfea, por la falta de anillo de color lila en la periferia y la ausencia de dilataciones vasculares. En el líquen plano eritematoso o erosivo se descartarán las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal.²⁷

Tratamiento.

El líquen plano es resistente al tratamiento y tiene tendencia a las recidivas. La medicina tópica es eficaz y debe emplearse antes de administrar medicamentos de acción general: son beneficiosos los baños calmantes con avena, la aplicación de cremas, lociones o ungüentos de Triancinolona o beta-metasona, especialmente en combinación con corticoides. Se emplean bismuto, pomadas de mentol y fenol, y tranquilizantes. La Prednisolona, la hormona corticotrópica o adenocorticotrópica y la Cortisona brindan un pronto alivio y deben ser continuados en dosis moderadas hasta obtener la cura del paciente.

La acción del campo magnético sobre el organismo ha demostrado clínicamente su acción sedante, calmante, antiprurítica y antiinflamatoria durante el tratamiento. Como resultado de esta terapéutica se normaliza el sueño, mejora la circulación sanguínea, la nutrición de los tejidos y los procesos exudativos.²⁷



<http://www.ilustrados.com/publicaciones>

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Las enfermedades periodontales son reacciones inflamatorias de los tejidos periodontales inducida por acumulación de bacterias. Esta inflamación puede agudizarse por el acumuló de la placa dental, enfermedades sistémicas (diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida), susceptibilidad a los periodontopatogenos, tabaquismo, mal posición dentaria y una técnica deficiente de higiene dental;⁶⁰ los factores ambientales parecen ser la etiología determinante en la periodontitis del adulto.³⁰

- La gingivitis ulcero necrosante: Está asociada con la acumulación de bacterias específicas en individuos con resistencia disminuida del hospedero y su bienestar psicobiológica¹ La gingivitis ulcero necrosante usualmente responde rápidamente a reducción de las bacterias bucales por medio de una combinación de control personal de placa y la profilaxis por parte del profesional. Si los síntomas están acompañados por fiebre y linfadenopatías, está indicado la administración de antibióticos sistémicos.³⁰

El uso de enjuagues quimioterápicos por parte del paciente pueden ser beneficiosos durante la fase inicial del tratamiento. Cuando la inflamación aguda de la gingivitis ulcero necrosante ha sido resuelta puede ser necesario el tratamiento adicional de manera de prevenir una recurrencia o para corregir las deformidades de los tejidos blandos.³⁰

- La periodontitis ulcero necrosante: se manifiesta como una necrosis rápida y destructiva de la encía y del aparato de inserción del periodonto.³⁰

Puede iniciarse con sangrado gingival y dolor profundo. Usualmente representa una extensión de la gingivitis ulcero necrosante en individuos con una resistencia inmunológica disminuida. Se ha reportado en individuos síndrome de inmunodeficiencia adquirida positivos, pero su verdadera prevalencia es desconocida.³⁰

El manejo de la periodontitis ulcero necrosante consiste en un debridamiento que puede ser combinado con irrigación de antisépticos, enjuagatorios antimicrobianos y uso de antibióticos por vía sistémica.



<http://www.uv.es>

MANIFESTACIONES BUCALES DEBIDO AL TRATAMIENTO FARMACOLÒGICO DE ALGUNOS TRASTORNOS DEBIDO AL ESTRÉS.

A pesar de que el estrés puede ser un acto benéfico para las personal, el no saberlo controlar y caer en estrés crónico puede provocar distintos tipos de desordenes psicológicos como:

- De Pánico: que se presenta en personas genéticamente vulnerables a sucesos estresantes por lo que al estar en una situación algo incomoda para ellos y que sea estresante o ansiedad, comenzara la persona a presentar aprensión y terror ante la situación, presentándose a la vez signos físicos como dificultad para respirar, palpitaciones, palidez, etc. por aproximadamente 10 minutos, sintiendo peligro y la necesidad de escapar.³²
- Depresivo: Se va a presentar en personas con estrés emocional, el cual afecta al sistema endocrino a causa de la interacción del hipotálamo con la glándula pituitaria rica en conexiones neuronales con otras estructura, por lo que el paciente experimenta sensación de inferioridad, tristeza, ayuda, desesperanza irritabilidad o enojo, ansiedad, problema para realizar actividades en relaciones sociales o sexuales.³³
- Bipolar: Se presenta en personas con experiencia de episodios recurrentes de regocijo y depresión de forma separada. por buen intervalo de tiempo puede presentar estabilidad y de forma inusual presentar euforia o depresión cambiando de uno a otro en un tiempo corto; estos cambios de humor se pueden presentar por el consumo y abuso de sustancias, estrés y la relación con el cigarro.³⁴

MANIFESTACIONES DEBIDO A MEDICAMENTOS

Problemas potenciales relacionados con el tratamiento de desordenes psicológicos. ^{32,33,34,35,38,61}

- Xerostomía (Inhibidores de la MAO, antidepresivos, litio, neurlépticos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- Sialorrea (antisicóticos, benzodiazepinas)
- Sialadenitis (litio, antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- Disfagia (antisicóticos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- Disgeusia (antisicóticos, benzodiazepinas, litio, antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- Estomatitis (antisicóticos, litio, carbamazepina, antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- Gingivitis (antisicóticos, benzodiazepinas, antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- Glositis (antisicóticos, carbamazepina, antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- Edema de los tejidos (antisicóticos, antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- Isquemia de los tejidos (antisicóticos, antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- Bruxismo (antisicóticos, antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)
- Sedación, alteración cognitiva, comportamiento agresivo e impulsivo (benzodiazepinas).

- Hipotensión (Inhibidores de la MAO, Heterocíclicos, y neurolépticos)
- Taquicardia, arritmias (Heterocíclicos y neurolépticos)
- Sangrado, trombocitopenia (neurolépticos)
- Infección, leucopenia (neurolépticos y litio)

INTERACCIÓN DE LOS FÁRMACOS CON AGENTES ODONTOLÓGICOS.

Las alteraciones de los fármacos con agentes empleados en odontología son:

- Adrenalina: posibilidad de crisis hipertensiva, infarto del miocardio, etc. (Neurolépticos y Heterocíclicos)
- Atropina: aumento de la presión intraocular (Inhibidores de la MAO, Heterocíclicos)
- Sedantes, hipnóticos, barbitúricos y narcóticos: pueden causar depresión respiratoria (neurolépticos, Inhibidores de la MAO, Heterocíclicos y benzodiacepinas).
- El uso de la epinefrina será utilizado de forma restringida y su dosificación de deberá exceder 0.05 mgr. (equivalente a tres cartuchos de 1:100,000 epinefrina) realizando una cuidadosa aspiración previa a la administración intravascular.⁶¹

EL TRATAMIENTO DENTAL

El tratamiento dental también se ve afectado ya que los pacientes con desordenes psicológicos pueden presentar

- Dificultad para cooperar en la visita dental.³⁶
- Dificultad para que el paciente siga las medidas preventivas: limpieza con seda dental, cepillado, etcétera.³⁶
- Dificultad para obtener un buen pronostico en algunos tratamientos debido a alas alteraciones que se presentan por el consumo de los fármacos(prótesis totales, periodontopatias, halitosis, caries, xerostomia).^{35,36,37,38}

Los antecedentes familiares serán de suma importancia en los casos de pacientes histéricos, hipocondríacos, o con los estados afectivos/conflictivos. A veces los sujetos usan voluntariamente, o involuntariamente, mecanismos psicológicos que pueden desarrollar variados síndromes de muy posible confusión con una alteración psiconeurológica.

En los últimos años se ha comprobado que las drogas, alcohol, ambientes muy contaminados durante la fecundación y la gestación, así como también las enfermedades infectocontagiosas, pueden dar origen a diferentes alteraciones al sistema central.⁶¹

Los antecedentes personales sobre todo en los casos de niños, púberes o adolescentes donde el embarazo de la madre, condiciones biopsicosociales del mismo, el parto, el desarrollo biopsicosocial del neonato y la primera infancia, así como también las enfermedades, traumatismos del neonato y

primera infancia guardan estrecha relación con muchos de los síntomas y alteraciones, el desarrollo de su psicomotricidad, su control de esfínteres, su incorporación a grupos (preescolar, escolar), sus juegos, la relación interpersonal con sus padres, adultos y niños próximos, su alimentación (tolerancia a los alimentos), fiebres, convulsiones, sueños, pesadillas, fantasías, miedos, etc, todos estos aspectos deben ser explorados.⁶¹

El tratamiento dental de los pacientes que consumen medicamentos para trastornos psicológicos se deberá modificar ya que nos pueden presentar reacciones adversas.⁶¹

1. Anestesia local sin vasoconstrictor siempre que sea posible: sin embargo, en los procedimientos quirúrgicos o en los largos procedimientos restauradores se pueden emplear anestésicos con pequeñas cantidades de adrenalina:1:100.000 no se utilizará más de 2 cartuchos.³⁴
2. No se deberá emplear adrenalina tópica para controlar el sangrado o cuando exista retracción de las cuerdas.³⁴
3. Se evitará el empleo de atropina.⁶¹
4. Se deberá reducir la dosis de sedantes hipnóticos o narcóticos.⁶¹
5. Se evitará el consumo de drogas, alcohol o cigarrillos durante el tratamiento psicofarmacológico.^{36,37}
6. Se emplearan suplementos de saliva.^{36,}

Psicoterapia como herramienta útil para el odontólogo para la rehabilitación del paciente psiquiátrico.³⁷ En muchos casos los enfermos presentan severos casos depresivos y necesitan psicoterapia individual. Al terapeuta le corresponde decidir que tipo de terapia individual deberá recibir.⁶¹

Psicoterapia con un grupo familiar le permitirá a la familia integrarse activamente al proceso de rehabilitación y aceptar las limitaciones del enfermo. En caso de que la rehabilitación no sea posible lograrla en forma total, la familia es elemento principal en la terapia.⁶¹

La música es un buen relajante, mejora la ansiedad, la tensión, tiene un gran efecto, sirve para romper barreras emocionales. Debe utilizarse sólo música, no canciones.⁶¹

CONCLUSIONES:

El estrés es una de las enfermedades mas comunes hoy en día, como respuesta, de la carga biopsicosocial en la que vive envuelto el ser humano. el estrés es un elemento esencial de la vida para la adaptación de su medio ya que fomenta el auto control, la mejora del rendimiento y eficacia, mantenerse alerta y fuera de peligro sin traer consecuencias, pero, el exceso de estrés aumenta el riesgo de contraer enfermedades o de sufrir lesiones.

Nuestro organismo presenta una respuesta fisiológica al estrés, experimentando secreciones hormonales que nuestro cuerpo suele activar en situaciones de peligro o amenaza.

En una situación de estrés se produce una reacción psicósomática que se caracteriza por la presencia de un estado de tensión excesiva, en el que se mezclan un cansancio físico y psíquico que puede conducir incluso al agotamiento

Las investigaciones realizadas en el conjunto de distintas áreas medicas, biológicas y psicológicas, han ido demostrado que las personas sometidas a cantidades crecientes de estrés resultan cada vez mas susceptibles de padecer enfermedades físicas y de sufrir trastornos; presentándose como un reactor a diversos padecimientos.

Gracias a estas investigaciones se han empleado cada vez mas mejores terapias, determinadas por el conjunto multidisciplinario de distintos profesionales, llegando así a un mejor tratamiento que pueda tratar los trastornos desde su origen y no solo guiados por sus signos y síntomas.

La gran variedad de tratamientos abarca desde la farmacoterapia, la psicoterapia, y en conjunto con el dentista en problemas bucales con la ortopedia y en algunos casos la ortodoncia; pero teniendo ya al alcance la medicina naturista, frutoterapia, musicoterapia, y la gran variedad de ejercicios y disciplinas de relajación para sobrellevar el estrés.

El dentista es quien con mayor frecuencia observa las afecciones asintomáticas de un trastorno emocional ya que se llegan a presentar alteraciones en la boca. A veces dichas manifestaciones toman la forma de movimientos compulsivos o bien pautas de conductas en las que el paciente evita ejecutar dichas acciones, contribuye secundariamente a que aparezcan padecimientos como la mala oclusión, bruxismo, daño de estructuras bucales o periodontitis.

La xerostomía, o sea, la sequedad excesiva de la boca, a menudo es la fuente de quejas neuróticas; hay que distinguirla de la sequedad bucal secundaria a la administración de drogas antidepresivas.

Por lo que se deberá hacer un examen exhaustivo, y ganar la confianza del paciente para llegar al problema y no complicar el padecimiento psicológico con el uso de medicamentos o agentes odontológicos ya que podríamos desencadenar reacciones adversas.

El tratamiento odontológico podrá presentar un pronóstico favorable si el paciente lleva a su vez una terapia psicológica, aunada a la dental. El tratamiento dado por el cirujano dentista será generalmente el uso de guardas oclusales, suplementos de saliva o alimentos que ayuden a la estimulación de las glándulas, así como el restablecer la armonía de los órganos dentales y las mucosas bucales, por medio de la operatoria dental y la parodoncia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÀFICAS.

Libros:

1. Caspi A, Moffitt T, Newman N, Silva P, ***Las Observaciones De La Conducta A Los Tres Años De Edad, Predicen Los Trastornos Psiquiátricos Del Adulto***, Arch. Gen. Psychiatry, mayo 1997.
2. Valdés, M., Flores, T. ***Psicobiología Del Estrés*** Ed. Martínez Roca S.A., 1990
3. Bleger, José - ***Psicología de la Conducta*** –Ed. Paidos- 1998.(para tabaquismo).
4. Baldessarini, Ross J. ***Las Bases Biomédicas de la Depresión***, Ed. La prensa medica mexicana, S. A., 1986.
5. Sadner Olaf, García María E. ***Trastornos del Sistema Nervioso que Afectan el Área Bucal y Maxilofacial***. Ed. Actualidades médico odontológicas Latinoamérica, C. A. 1996.
6. Ilana Eli. ***Oral Psychophysiology***. Ed. CRC Press 1992.
7. G. G. Kent; A. S. Blin Khorn. ***The Psychology of Dental Care***. Ed. Part of Reed International Books, 1992.
8. Ripa, Louis W; Barenic, James T. ***Manejo de la Conducta Odontológica del Niño***. Ed. MUNDI SAI y F, 1984.
9. Varela Morales, Margarita. ***Problemas Bucodentales en Pediatría***. Ed. Ergon S.A. 1992.
10. Boraks, Silvio. ***Diagnóstico Bucal***. Ed. artes medicas Latinoamérica. Caracas Vanezuela; 2004.

Revistas:

11. Fernàndez T, Celis M; Acosta C. Amèrica. **Hàbitos Deformantes en Escolares de Primaria**. Rev. Cubana Ortd 1997; 12(2): 79-83.
12. Montiel Jaiume, Maria E. **Frecuencia de Maloclusiones y su Asociación con Hàbitos Perniciosos en una Población de Niños Mexicanos de 6 a 12 años de edad**. Asoc Dent Mex 2004; LXI(6): 209-14
13. D. Camps; A. Forés; J. Duran. **Conceptos básicos de ortodoncia**. DOYMA, diciembre, 2000; 7(10): 653-61
14. Duque de Estrada R, Johany; Rodríguez C, Amado. **Factores de Riesgo en la Predicción de las Principales Enfermedades Bucales en los niños**. Rev. Cubana Estomatol 2001;39(2): 111-9.
15. Cortès Vargas, Angèlica, Juárez L. Lilia A. **Evaluación Clínica de óxido Nitroso-Midazolam-Acetaminifèn para Modificar la Conducta en Pacientes Odontopediàtricos**. Asoc Dent Mex Marzo-Abril 2002, LIX (2): 45-9.
16. Krall, Elizabeth A., Garvey, Arthur J. et-al; **Alveolar Bone Loss And Tooth Loss in Male Cigar And Pipe Smokers**. J. Amer Dent Assoc January 1999; 130(1): 57-64.
17. Friedlander, Arthur H.; R. Marder, Stephen; et-al. **Alcohol Abuse and Dependence**. J. Amer Dent Assoc. 2003 June; 134(6): 731-9.
18. Christensen G. **Treating Bruxism And Clenching**. J. Amer Dent Assoc 2000 Feb; 131(2): 233-5.
19. Lavigne GJ. Goulet JP. Zuconni M. Merisson F. Lobbezzoo F. **Sleep disorders and the dental patient**. O Surg O Med O Pathol O Radiol Endod 1999; 88(3): 257 - 72.

20. Ohayon M, Lee K, Guilleminault C. **Risk Factors For Sleep Bruxism In The General Population.** J Am Dent Assoc 2001 Jan;119(1):53-61
21. Brown E, Sherwood. **Antidepressant-induced Bruxism.** J. Amer Dent Assoc 1999 Oct; 130 (10): 1467-69.
22. Tan Eng_Kign, Jankovic Joseph. **Treating Severe Bruxism With Botulinum Toxin.** J. Amer Dent Assoc 2000 feb; 131(2): 211-16.
23. Wright, Anna R, et-al. **Biopsychosocial Differences Between High-Risk and Low-Risk Patients With Acute TMD-Related Pain.** J. Amer Dent Assoc. 2004 April, 135(4): 474-83.
24. Soto, Libia; Hernández, Jesús A.; Villavicencio, Judy E. **Trastornos de la articulación temporomandibular en escolares de 5 a 14 años de un centro educativo de Cali.** Coloma Med, 2001; 32:100-3.
25. Cuevas, Editar; Di Muccio, Katy; Hernández, Patricia. **Efectividad De Las Férulas Blandas En Pacientes Con Trastornos Temporomandibulares.** Acta Odontológica Venezolana, 2005;(1):43-50
26. Bagheri, Shahrokh C; Farhidvash, Fariba. **Diagnosis and Treatment of Patients With Trigeminal Neuralgia.** J. Amer Dent Assoc. Diciembre 2004; 135(12): 1713-17.
27. Horowitz, Michael; Horowitz, Martin; et-al. **Trigeminal Neuralgia and Glossopharyngeal Neuralgia.** J. Amer Dent Assoc. 2004 October; 135(10): 1427-32.
28. Fernández, José M.; C. Gouguet Pi, Iliana; et-al. **Síndrome de dolor miofascial de cabeza y cuello.** Rev Cubana Estomatol, 1996;33(1)
29. Rodríguez Calzadilla; Orlando L. **Manifestaciones mucocutáneas del liquen plano.** Rev Cubana Estomatol 2002;39(2)
30. Muller, Ernesto; **Tratamiento de la Gingivitis y de la Periodontitis.** Journal of Periodontology, 1997 Diciembre; 68(12)
31. Locker D, Poulton; Thomson WM. **Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population.** Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29: 456-63.

32. Freyre G, Juana; Vivanco C, Bertha, et-al. **Lesiones de Tejidos Blandos Bucodentales en pacientes psiquiátricos hospitalizados**, México 1999. mayo-junio 2001, LVIII (3): 90-7.
33. Hernández, Fernando; Vivanco C, Bertha. **Afecciones Bucodentales en Pacientes Psiquiátricos**. Asoc Dent Mex, noviembre – diciembre 2004, LXI (6): 225-9.
34. Hernández S, Fernando; Vivanco C, Bertha. **Caries en Pacientes con Enfermedad Mental en un Hospital de Atención Psiquiátrica**. Mayo-junio 2002, LIX (3): 87-93.
35. Sheldon Winkler; Arun K. Garg. **Depressed Taste and Smell in Geriatric Patients**. J. Amer Dent Assoc. 1999 December, 130(12): 1759-65.
36. Friedlander, Arthur H; Marder, Stephen R. **Panic Disorder**. J. Amer Dent Assoc. June 2004, 135(6): 771-7.
37. Friedlander, Arthur H; Friedlander, Ida K. **Bipolar I Disorder**. J. Amer Dent Assoc. September 2002, 133(9): 1209-17.
38. Friedlander, Arthur H; Mahler, Michel E. **Major Depressive Disorder**. J. Amer Dent Assoc. May 2001, 132(5): 629-37.
39. Carballo Junco, José A. **Clasificación de Trastornos de Ansiedad en el Paciente Odontológico**. Asoc. Dent. Mex. Julio- Agosto 1997, LIV(4): 207-14.

Electrónicos:

40. www.alcmeon.com.ar/7/25/alc25_02.htm
41. <http://pcvc.sminter.com.ar/virtual/cvirtesp/cientesp/cboskis.htm#estress#estress>
42. <http://www.monografias.com/trabajos14/estres/estres/shtml>
<http://www.monografias.com/trabajos11/mcrisis/mcrisis/shtml>

43. http://www.monografias.comhttp://blogyciencia.blogspot.com/2005_10_01_blogyciencia_archive.html
44. <http://www.mintools.com>
45. <http://www.herbogeminis.comhttp://www.psicopedagogia.com/articulos/?articulo=177>
46. <http://www.ericdigests.org/2003-4/pequenos.html>
47. <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones>
48. <http://iqb.es>
49. <http://scielotest.conicyt.clhttp://www.shands.org/health/spanish/ency/article/001035.htm>
50. <http://www.tabaquismo.freehosting.net/estresy2003/tabacoyestres.htm>
51. http://www.icqmed.com/articulos/bruxismo/formulario_obt.htm
52. <http://www.bersantclinique.cl/index.html>
53. <http://www.bersantclinique.cl/Patologias/fibromialgia.htm&mainFrame>
54. <http://www.telefonica.net/web2/acofi/medicos/ortodoncia.htm>
55. http://bvssld.cu/revistas/est/vol38_2_01/est04201.html
56. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003047.htm#top>
57. <http://www.hgm.salud.gob.mx/serumed/u.estoma.html>
58. <http://www.odontologica.8k.com/textos/psi.htm>