



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CONSIDERACIONES PARA EL MANEJO ODONTOLÓGICO
DEL PACIENTE PEDIÁTRICO
CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ANA LAURA DOMÍNGUEZ LÓPEZ

TUTORA: C.D. ROSA EUGENIA VERA SERNA



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

Por todo el apoyo incondicional que me han dado, pero sobre todo a tí mamá por estar siempre a mi lado y ser un ejemplo para mí, por no dejarme sola y por ayudarme a seguir adelante, quiero que sepas que te amo!

A mi hermana

Por todo el cariño y comprensión que me has brindado, te adoro.

A mi familia

A mis abuelitos por cuidarme y quererme tanto, a mis tíos y tías que han estado conmigo motivándome y preocupándose muchas gracias; pero en especial agradezco a mis tíos Julio y Roberto por todo el cariño y apoyo que he recibido a lo largo de mi vida los quiero mucho y son como mi segundo papá.

A la Dra. Rosy

Gracias por aceptar dirigir éste trabajo y por el tiempo dedicado al mismo, le agradezco mucho y quiero que sepa que la respeto pero sobre todo la admiro.

A Tania, Claudia, Enrique y José Antonio

Gracias por tantos años de amistad y por no dejarme caer en los momentos más difíciles y levantarme cuando lo necesite.

A Carlos

Gracias por tu apoyo en toda la carrera y por tu amor, hemos aprendido mucho el uno del otro y siempre que nos necesitemos sé que ahí estaremos apoyándonos, sabes que eres muy importante para mí te quiero.

A mis amigos

A Fernanda, Arianna, Iridiana, Brenda, Roberto, Fernando, José Antonio, Griss, Juan, Rodolfo y a todos los que estuvieron conmigo tanto en mi formación emocional como profesional se los agradezco y saben que tienen mi amistad los quiero mucho a todos!



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. GENERALIDADES DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

1.1 Factores de riesgo de la depresión.....	3
1.2 Tipos de depresión.....	5
1.3 Trastorno Depresivo Mayor.....	7
1.4 Criterios para el diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor...	12
1.5 Diagnóstico diferencial.....	13
1.6 Tratamiento.....	15

2. MANEJO ODONTOLÓGICO

2.1 Actitud del paciente ante el odontólogo.....	19
2.2 Conducta ante la enfermedad.....	21
2.3 Manejo de la conducta.....	22
2.4 Consideraciones ante el plan de tratamiento.....	32

3. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS Y SUS EFECTOS EN LA CAVIDAD

BUCAL

3.1 Antidepresivos tricíclicos.....	34
3.2 Inhibidores de la monoaminoxidasa.....	35
3.3 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.....	36
3.4 Xerostomía.....	37

CONCLUSIONES.....	46
-------------------	----

BIBLIOGRAFÍA.....	47
-------------------	----

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el Trastorno Depresivo Mayor es más frecuente en los niños y adolescentes de lo que se pensaba hace algunos años, debido a la inestabilidad familiar y social que es cada vez más común en nuestra sociedad.

El odontólogo como profesional de la salud, debe estar alerta para reconocer los signos y síntomas que se pudieran presentar durante la consulta, ya que el paciente presenta patrones de conducta que pueden dificultar el tratamiento odontológico.

El propósito de éste trabajo será el de conocer las afectaciones de los pacientes pediátricos con Trastorno Depresivo Mayor a nivel emocional, social y bucal.

Se hablará de las técnicas de manejo de conducta utilizadas en éste tipo de paciente que representa un reto debido a la falta de cooperación.

Los pacientes que presentan éste tipo de trastorno pueden estar recibiendo una medicación que tenga algún efecto en la cavidad oral o que pudieran tener alguna interacción farmacológica de interés para el odontólogo, por lo que debe estar familiarizado con las diferentes afectaciones bucales y modificar el tratamiento para mejorar la condición del paciente.

La mayoría de los fármacos antidepresivos disminuyen el flujo salival produciendo alteraciones en los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. El odontólogo deberá reconocer y tratar estas alteraciones.



1. GENERALIDADES DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan fundamentalmente por las variaciones del humor, que pueden pasar de la tristeza o depresión a la euforia o la manía; la mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes.

La depresión es un sentimiento de tristeza, de pérdida, de autoestima baja; mientras que la manía se manifiesta por el sentimiento contrario, euforia, alegría, agitación o exaltación.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) los clasifica en trastornos depresivos y trastornos bipolares. Los criterios diagnósticos son los mismos para niños y adolescentes que para los adultos, con algunas pequeñas modificaciones que señalaremos más adelante.¹

Los síntomas observados frecuentemente en niños pequeños deprimidos son alucinaciones auditivas congruentes con el estado de ánimo, quejas somáticas, aislamiento, aspecto triste, baja autoestima.

Los síntomas que son más habituales en adolescentes mayores deprimidos que en niños, son anhedonia generalizada, retraso psicomotor grave, delirios y sensación de desesperanza. Síntomas que aparecen independientemente de la edad o el estado del desarrollo son la ideación suicida, el estado de ánimo deprimido o irritable, el insomnio y la disminución de la capacidad de concentración.²

¹ Martínez y Martínez, Roberto. La salud del niño y adolescente, 5ªed., Manual Moderno, México, 2005, pág.493.

² Kaplan, Sadock. Sinopsis de Psiquiatría, 8ªed., Medica Panamericana, España, 2001, pág.1417.



El estado de ánimo de los niños es especialmente vulnerable a las influencias de factores estresantes sociales intensos, como desacuerdo familiar crónico, abuso y negligencia y fracaso escolar.³

Los niños y adolescentes que sufren depresión tienen un aumento del riesgo de ausentismo escolar, abuso de sustancias y suicidio.⁴

Los episodios maníacos en niños prepuberales son raros pero bastante comunes en adolescentes. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta pueden darse en niños que posteriormente experimentan depresión.⁵

1.1 Factores de riesgo de la depresión

Factores Biológicos

La depresión está relacionada con un descenso de neurotransmisores (dopamina, noradrenalina o serotonina), cuadro clínico que tiende a corregirse con los antidepresivos, que mejoran la disponibilidad de éstos neurotransmisores.

Se ha señalado también que el modelo de educación y el modo de interacción padres-hijos pueden generar depresión cuando aparecen las siguientes características:

- ❖ Sobreprotección materna y falta de participación paterna. Padre o madre que padecen depresión.
- ❖ Comienzo precoz de los trastornos afectivos de los padres.

³ Ib.

⁴ Evans L., Dwight. Guía para el Médico Depresión y Trastornos bipolares, Mc Graw Hill Ineramericana, España, 2006, pág.107.

⁵ Kaplan. Op. cit., pág.1417.



- ❖ Separación de los padres (divorcio, hospitalización prolongada, pérdida de la libertad o muerte).
- ❖ Cronicidad de la depresión de los padres.
- ❖ Pérdida de los padres antes de los 13 años.

Las condiciones de vida del niño, así como sus rasgos hereditarios, van determinando la formación de la imagen de sí mismo; sus habilidades emocionales, las actitudes autodestructivas, la inmadurez en sus juicios y la falta de tolerancia a la frustración, son factores individuales que se relacionan con la aparición de la depresión y el riesgo de suicidio.

Factores Genéticos

La herencia afecta fundamentalmente a la depresión mayor y a los trastornos de manía.⁶

Normalmente se encuentra una mayor incidencia entre niños de padres con trastornos del ánimo y entre los familiares de los niños que sufren este trastorno. Sin embargo, en un estudio se observó que la depresión era igualmente alta entre padres de niños deprimidos y no deprimidos y también entre pacientes adolescentes hospitalizados y no hospitalizados, pero tener uno de los padres depresivo probablemente dobla el riesgo para la descendencia.

Tener ambos padres depresivos probablemente cuadruplica el riesgo de que el niño tenga un trastorno depresivo antes de los 18 años en comparación con el riesgo de los niños sin padres afectados.⁷

⁶ Martínez. Op. cit., pág.493.

⁷ Kaplan. Op. cit., pp.1418.



El número de recurrencias de depresión en los padres incrementa la probabilidad de que los niños resulten afectados, pero este incremento puede estar relacionado, al menos en parte, con la carga afectiva del árbol familiar de los padres.

Factores Sociales

Hasta ahora, poca evidencia indica que el estado marital de los padres, el número de hermanos, el nivel socioeconómico de la familia, la separación de los padres, el divorcio, el funcionamiento marital o la estructura familiar desempeñen un papel en la etiología del trastorno depresivo en los niños.

Sin embargo, hay datos para pensar que los niños cuyos padres mueren antes de que ellos hayan cumplido los 13 años son más propensos que otros a padecer depresión.⁸

El tipo de personalidad y temperamento contribuyen a la depresión, así que los pacientes con antecedentes de introversión y tendencias neurótico-ansiosos son más susceptibles de padecerla, de igual manera los que muestran rasgos de inseguridad, autculpa y ansiedad, tal vez por incapacidad de adaptación antes las exigencias y presiones cotidianas de vida, así como a los cambios de rutina.⁹

1.2 Tipos de depresión

Trastorno Distímico

Consiste en un estado de ánimo depresivo o irritable, que se presenta la mayor parte del día, la mayoría de los días, a lo largo de un año como mínimo.¹⁰

⁸ Ib., pp.1418-1419.

⁹ Castellanos Suárez, José. Medicina en Odontología, 2ª ed., El Manual Moderno, México, 2002, pág.248.

¹⁰ Kaplan. Op. cit., pág.1420.



Se le llama *distimia secundaria* cuando se encuentra asociada con anorexia nerviosa, artritis reumatoide, adicción a drogas, somatización o trastornos de ansiedad.¹¹

Trastorno ciclotímico

La única diferencia es que en el caso de los niños y adolescentes las fluctuaciones del estado de ánimo se den durante el período de un año mientras que en los adultos deben aparecer durante dos años. Es probable que algunos adolescentes ciclotímicos presenten trastorno bipolar I.

Duelo

Es un estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido que puede presentarse con síntomas característicos del episodio depresivo mayor como tristeza, insomnio, disminución del apetito y, en algunos casos, pérdida de peso.

Trastorno Depresivo Mayor

Es un estado en el cual los síntomas que se mencionarán más adelante, deben darse en un período de 2 semanas.¹²

Trastorno Bipolar

Su característica es el de un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistente elevado, expansivo o irritable, y más tarde aparece un estado de euforia, grandiosidad o delirios que dura al menos 1 semana.¹³

¹¹ Martínez. Op. cit., pág.495.

¹² Kaplan. Op. cit., pág.1421.

¹³ Martínez. Op. cit., pág.496.



1.3 Trastorno depresivo mayor

Es considerado un trastorno del estado de ánimo con sentimientos severos y prolongados de tristeza sin causa aparente o síntomas relacionados que dificultan la eficiencia.

Se estima que la prevalencia de depresión mayor es aproximadamente del 0.5% para la edad preescolar, sube al 2% en la edad escolar y se incrementa sustancialmente en la edad adolescente, pudiendo llegar incluso hasta un 5%.

El diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) requiere que el paciente experimente un Episodio Depresivo Mayor (EDM) definido por la presencia de tres rasgos claves:

- ❖ Estado de ánimo deprimido/irritable o una pérdida de interés por el placer (anhedonia).
- ❖ Síntomas neurovegetativos (es decir, trastornos del sueño, el apetito, la concentración, el interés).
- ❖ Una afectación funcional la mayor parte del día, todos los días, durante 2 semanas o más.¹⁴

Para cumplir los criterios diagnósticos de TDM, los síntomas no deben ser efecto directo de una sustancia (por ejemplo el alcohol) o de una enfermedad médica general.¹⁵

¹⁴ Evans. Op. cit., pág.103.

¹⁵ Kaplan. Op. cit., pág.1419.



El diagnóstico de TDM no debe hacerse en los dos meses siguientes a la muerte de un ser querido, excepto cuando haya un importante deterioro en el funcionamiento, preocupaciones mórbidas con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o lentificación psicomotora.¹⁶

Un estudio retrospectivo de adultos con desórdenes bipolares confirmó el inicio en la infancia con depresión mayor, en un 0.4-0.5% de los casos. Es relativamente menor en comparación a los cuadros bipolares que se inician en la adolescencia, en donde la depresión mayor como manifestación inicial es de 70% de los casos.

Recientemente se han reportado cuadros de trastorno bipolar que se inician en la infancia y que tienden a presentarse primero como depresión mayor de inicio agudo y acompañada de alucinaciones, con una carga genética importante, antecedentes de familiares con trastorno bipolar y algunos trastornos del estado de ánimo en por lo menos tres generaciones consecutivas.

La depresión se manifiesta a través de las diferentes etapas del desarrollo de la siguiente manera:

Preescolar

La depresión en el preescolar fue descrita por Spitz y Bowlby.

Son niños que se tornan llorones; este lloriqueo se convierte en gemidos, se observa detención del índice del desarrollo, se niegan al contacto físico, manifiestan una rigidez facial (Fig.1).¹⁷

¹⁶ Ib.

¹⁷ Martínez. Op. cit., pp.494-495.



Figura1. El llanto puede ser un signo característico de depresión.¹⁸

Escolar

A esta edad, el niño ya puede describir sus sentimientos: aparece tristeza, falta de capacidad para experimentar placer en aquellas actividades en las que usualmente lo experimentaba (TV, videos, juegos, etc.), llanto, lentitud motora, dificultad para concentrarse, rendimiento escolar bajo, pensamiento lento, pérdida de interés y de motivación, fatiga, somnolencia; pueden presentarse también delirios, alucinaciones y, en mayores de 8 a 9 años, ideación suicida (Fig.2).¹⁹



Figura 2. Pérdida de interés del paciente deprimido para realizar sus actividades diarias.²⁰

¹⁸ Imagen tomada de www.reusisnottarragona.blogspot.com/

¹⁹ Martínez. Op. cit., pp.494-495.

²⁰ Imagen tomada de www.gabinetedepsicologia.com

Los delirios depresivos se centran en temas de culpa, enfermedad física, muerte, castigo merecido, incapacidad personal y, a veces, persecución. Las alucinaciones depresivas normalmente consisten en una sola voz que habla a la persona desde fuera de su cabeza con contenido suicida o despectivo (Fig.3).²¹

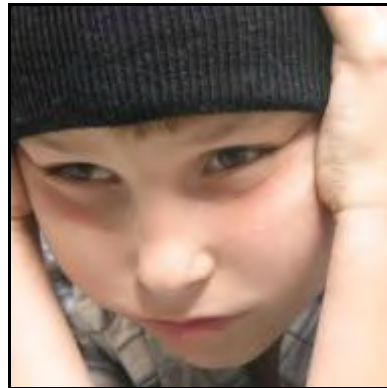


Figura 3. La autoculpa puede desarrollar conducta suicida.²²

Adolescente

En esta edad el cuadro clínico es más parecido al del adulto. Se expresa por irritabilidad, mal humor, pérdida de interés, dificultad para concentrarse, desasosiego, lentitud o agitación psicomotora, agresión, anorexia o bulimia, pérdida de peso, trastornos del sueño, dificultad en la escuela, pesimismo, abandono de actividades sociales, abuso de alcohol o sustancias, e ideación suicida (Fig.4).²³

²¹ Kaplan. Op. cit., pág.1420.

²² Imagen tomada de www.parasaber.com

²³ Martínez. Op. cit., pág.495.



Figura 4. El tabaquismo se asocia a los adolescentes deprimidos.²⁴

Los adolescentes pueden mostrarse despreocupados de su apariencia personal y presentan alta emocionalidad con una particular sensibilidad al rechazo en las relaciones afectivas (Fig.5).²⁵



Figura 5. El adolescente deprimido presenta rechazo a las relaciones sociales.²⁶

De acuerdo al sexo, la frecuencia es similar en los niños, y cambia en los adolescentes en una relación de 2:1 con mayor prevalencia en las mujeres.²⁷

²⁴ Imagen tomada de www.flickr.com

²⁵ Kaplan. Op. cit., pág.1419.

²⁶ Imagen fuente directa.

²⁷ De la Peña, Francisco. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial, Salud Mental, 1999, Instituto Mexicano de Psiquiatría, pág.1.



1.4 Criterios para el diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor

A continuación se mostrarán los criterios diagnósticos de la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) para el trastorno depresivo mayor que son los mismos para los niños y adolescentes que para los adultos, con algunas modificaciones.

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1. Estado de ánimo deprimido ó 2. Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada de interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día (según refiera el propio sujeto u observen los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hiperinsomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.²⁸

²⁸ López Ibor Aliño, Juan José. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). 4ª ed., Masson, España, 1995, pág.333.



7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad sistémica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupación mórbida de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.²⁹

1.5 Diagnóstico diferencial

De particular importancia resulta distinguir los episodios depresivos agitados o maníacos y el *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, en los que la actividad persistente y excesiva y la inquietud que presentan los niños pueden prestarse a confusión.³⁰

²⁹ Ib.

³⁰ Kaplan. Op. cit., pág.1422.



Los síntomas más habituales de la depresión agitada son la incapacidad de permanecer sentados y las rabietas frecuentes. A veces, la respuesta correcta sólo se halla después de la remisión del episodio depresivo. Si el niño no presenta problemas de concentración ni es hiperactivo mientras se recupera de un episodio depresivo sin medicación, probablemente no existe trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

La duración de un episodio depresivo mayor en niños y adolescentes es de unos nueve meses; la probabilidad acumulada de recurrencia es de un 40% en dos años y de un 70% en cinco años. Los estudios de seguimiento han mostrado que entre el 20 al 40% de los adolescentes que tienen una depresión mayor desarrollará, en un período de cinco años después del inicio de la depresión, un *trastorno bipolar I*.³¹

Las características asociadas con una evolución bipolar en la depresión mayor infantil son las siguientes:

- ❖ Inicio temprano.
- ❖ Inicio agudo.
- ❖ Síntomas psicóticos, especialmente alucinaciones.
- ❖ Enlentecimiento psicomotor significativo.
- ❖ Antecedentes familiares de trastorno bipolar.
- ❖ Algún trastorno del estado de ánimo en tres generaciones consecutivas.
- ❖ Hipomanía inducida por antidepresivos.³²

³¹ Ib.

³² Hales E., Robert. Fundamentos de Psiquiatría Clínica, 2^a ed., Masson, España, 2006, pág.282.



1.6 Tratamiento

Hospitalización

Lo primero que hay que considerar es si está indicada la hospitalización para mantener al niño a salvo o si el hospital es el único ambiente posible para iniciar el tratamiento. Cuando el paciente es suicida, la hospitalización está indicada para proporcionar la máxima protección contra los impulsos y conductas autolíticas. La hospitalización también puede estar indicada cuando coexisten abuso o dependencia de sustancias.³³

Psicoterapia

La terapia cognitiva conductual ayuda al paciente a reconocer y cambiar los pensamientos negativos recurrentes así como las actitudes disfuncionales que llevan o mantienen al episodio depresivo.³⁴

La intervención familiar es casi siempre un componente en el tratamiento de la depresión infantil, para educar a las familias frente a los trastornos del ánimo así como para animarles a una resolución de conflictos más efectiva; la intervención familiar es especialmente importante para afrontar el conflicto, ya que el conflicto persistente puede empeorar o incrementar las recaídas depresivas.

En algunos programas de tratamiento, el modelado y el juego de roles pueden ayudar a establecer una buena resolución de problemas.³⁵

³³ Kaplan. Op. cit., pág.1422.

³⁴ Friedlander H., Mahler E. Major depressive disorder: Psychopathology, medical management and dental implications, J Am Dent Assoc, Vol.132, No.5, May, 2001, pp.632-633.

³⁵ Kaplan. Op. cit., pág.1422.



Farmacoterapia

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son cada vez más utilizados como tratamiento farmacológico de primera línea para los trastornos depresivos en niños y adolescentes. Estudios abiertos con fluoxetina han presentado entre un 70 a un 90% de respuesta en niños y adolescentes.³⁶

Los ISRS afectan la concentración en el cerebro del neurotransmisor serotonina, que desempeña una función en la depresión. Los ISRS con frecuencia son una clase preferida de antidepresivos debido a que se cree que son más fáciles de usar, tienden a producir menos efectos secundarios, son igual de efectivos, y es menos probable que sean mortales en una sobredosis en comparación con otros medicamentos disponibles. Los ISRS no son adictivos. Además de la fluoxetina está el citalopram, fluvoxamine, paroxetine y sertraline.

Los antidepresivos tricíclicos (TCA) regulan la serotonina y norepinefrina en el cerebro. Éstos se han usado efectivamente para el tratamiento de la depresión. Por lo general, se observa mejoría de tres a seis semanas después de comenzar el tratamiento. Estos medicamentos son altamente tóxicos si se toman en grandes dosis; por lo tanto, con frecuencia no se prescriben para pacientes suicidas.³⁷

³⁶ Ib.

³⁷ Friedlander. Art. cit., pp.631-632.



La utilización de los TCA requiere estudios iniciales, la dosificación gradual del fármaco y la monitorización de cambios en el electrocardiograma (ECG), presión arterial, efectos secundarios y cuando es posible niveles sanguíneos debido a la toxicidad antes mencionada pues puede producir arritmias cardíacas serias, ataques, coma y muerte.³⁸

Los nombres comunes incluyen doxepin, clomipramina, nortriptilina, amitriptilina, imipramina, maprotilina, desipramina, trimipramina, protriptilina.³⁹

Los inhibidores de monoamina oxidasa (IMAO) son un tipo de antidepresivos que previenen la metabolización de serotonina y norepinefrina. Éste medicamento es especialmente efectivo para personas cuyos síntomas no han respondido a otros tratamientos. Por lo general, se observa mejoría de dos a seis semanas después de comenzar el tratamiento. Los IMAO no se usan ampliamente hoy en día debido a restricciones alimenticias y efectos secundarios no deseados. Se incluyen isocarboxid, fenelzina, tranilcipromina, parche de selegilina.

Los antidepresivos atípicos actúan mediante varios mecanismos que incluyen inhibición selectiva de la recaptación de la norepinefrina e inhibición de la recaptación de dopamina; y una moderada inhibición selectiva de la recaptación de serotonina.⁴⁰

³⁸ Kaplan. Op. cit., pág.1423.

³⁹ Ib.

⁴⁰ Keene J., Galasko T., Land F. Antidepressant use in psychiatry and medicine Importance for dental practice, J Am Dent Assoc, Vol.134, No.1, January, 2003, pág.72.



En febrero del 2004 la *Food and Drug Administration* (FDA) exigió un cambio del etiquetado de la medicación antidepresiva basado en su investigación respecto a la seguridad de éstos medicamentos en niños y adolescentes. La denominada advertencia de recuadro negro consistió en el siguiente aviso: « en estudios a corto plazo realizados en niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor (TDM) y otros trastornos psiquiátricos, los antidepresivos aumentaron el riesgo de ideación y conductas suicidas. Cualquiera que considere el empleo de un antidepresivo en un niño o adolescente debe sopesar éste riesgo con la necesidad clínica. En los pacientes que empiezan el tratamiento farmacológico se debe vigilar estrechamente la aparición de empeoramiento clínico, tendencia suicida o alteraciones inusuales de la conducta. Se debe advertir a las familias y cuidadores sobre la necesidad de una vigilancia estrecha y de comunicación con quien realiza la prescripción» (fuente: www.fda.gov).⁴¹

Terapia electroconvulsiva

Puede ser relativamente seguro y útil en el tratamiento de adolescentes con resistencia al tratamiento farmacológico o cuando existe un riesgo suicida persistente. Se realiza bajo anestesia general y el efecto secundario es amnesia en el paciente.⁴²

⁴¹ Evans. Op. cit., pág.118.

⁴² Scully C., Cawson R. Medical Problems in Dentistry, 5^a ed., Elsevier, Gran Bretaña, 2005, pág.238.



2. MANEJO ODONTOLÓGICO

Durante la consulta debemos entender que el comportamiento, la comunicación, y los resultados del tratamiento dental pueden no ser los “usuales” en el paciente pediátrico con TDM, por lo que hay que estar preparado para ello y presentar correctamente el plan de tratamiento y su pronóstico de manera detallada, siempre en presencia de familiares para evitar conflictos futuros por insatisfacciones que son frecuentes en éste grupo de pacientes dadas sus condiciones de cambios repentinos de conducta y estado de ánimo, que modulan su percepción del entorno.⁴³

2.1 Actitud del paciente ante el odontólogo

Las experiencias infantiles y el comportamiento social del paciente son factores importantes en el desarrollo de los sentimientos y actitudes del paciente ante el odontólogo. Las expectativas infantiles provienen de médicos, odontólogos, padres y amigos.

El paciente puede transferir emociones, actitudes y acciones asociadas con la relación paternofamiliar. Esta conducta nada tiene que ver con quién sea el odontólogo en realidad, sino que se trata de un comportamiento desplazado hacia una figura de autoridad simbólica que representa al padre en la mente del paciente.

La transferencia de conductas socialmente aceptables, como el respeto y la cortesía, no suele ser destructiva para la relación paciente-odontólogo.⁴⁴

⁴³ Castellanos. Op. cit., pág.251.

⁴⁴ Little W., James. Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico, 5ª ed., Mosby, España, 2008, pp.564-565.



Sin embargo, la transferencia de una necesidad de amor interminable, de una demanda de atención incesante, de la necesidad de protección, del miedo a la tiranía y de sentimientos de resentimiento y odio que éste tipo de pacientes pueden presentar, resultan destructivos para la relación si no se comprenden y encauzan adecuadamente.

El paciente puede adjudicar al odontólogo un papel que es imposible de cumplir, es decir, un papel de hacedor de milagros, poderoso, protector y paternal. Sin embargo, cuando el paciente se da cuenta cómo es realmente el odontólogo, puede mostrar desilusión e ira.

Cuanto más de sí mismo revele el odontólogo al paciente en el primer contacto, menos probable es que se manifiesten estas actitudes y sentimientos. Para poder desarrollar y mantener una relación sólida, el odontólogo y el paciente deben comentar abiertamente sobre expectativas poco realistas y conductas inadecuadas.⁴⁵

Es importante tener en cuenta el significado psicológico de la cavidad oral ya que es la zona corporal que, al comienzo de la vida, se ve implicada en sentimientos de placer y satisfacción durante la alimentación, o bien con la frustración y la ira si la alimentación es tardía o difícil.

Los dientes también tienen un importante significado psicológico. La imagen corporal del paciente puede reflejarse en su actitud ante los dientes.⁴⁶

⁴⁵ Ib.

⁴⁶ Rojas Alcayaga, Misrachi Launert. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. Avances en Odontoestomatología, Vol.20, No.4, Abril, 2004, pág.186.



En algunos casos, la pérdida de los dientes significa una destrucción corporal y para los pacientes con tendencias autodestructivas, ésta pérdida puede satisfacer parcialmente esos sentimientos.

2.2 Conducta ante la enfermedad

La relación odontólogo-paciente puede verse influida por la forma que tiene el odontólogo de afrontar la reacción del paciente ante la enfermedad.

El paciente puede creer que es malo estar enfermo, lo que genera sentimientos de culpa y autorrechazo. También puede considerar la enfermedad como un castigo o una pérdida de poder o control personal; estas ideas pueden generar sentimientos de inutilidad, desesperanza y culpa.

El miedo y la ansiedad es una respuesta frecuente ante la enfermedad y es la respuesta del paciente al significado que tiene la enfermedad para su estilo de vida y su autoestima, a nivel subconsciente.

Los pacientes pueden sentirse frustrados por la enfermedad, lo que genera en ocasiones sentimientos de agresividad expresados a menudo como irritabilidad, mal carácter, ira y exigencias. Pueden desarrollar hostilidad hacia el odontólogo o el médico, pero existe resistencia a expresarla, dado que el paciente requiere cortesía. Así la ira se puede expresar a través de otras conductas, como incumplir las indicaciones, no acudir a las citas o llegar tarde a las mismas.⁴⁷

⁴⁷ Little. Op.cit., pág.565.



Una persona enferma se suele retraer y mostrarse apática. Fisiológicamente, parte de ésta reacción puede ser consecuencia directa de la enfermedad; sin embargo, el paciente frustrado y enfadado incapaz de expresar sus sentimientos por miedo a la desaprobación puede desquitarse a través de la reserva y la apatía. Por otra parte, la exagerada conformidad con el deseo de ser un buen paciente se puede confundir con reserva y apatía.

Los pacientes pueden exagerar los síntomas para ser atendidos, no ir al colegio o no realizar alguna actividad, pero no suelen ser conscientes de sus acciones.⁴⁸

2.3 Manejo de conducta

Antes de iniciar el tratamiento odontológico debemos consultar al psiquiatra de nuestro paciente después de haberlo comentado con los padres del mismo. La información que tenemos que solicitar incluye:

- ❖ El estado psicológico actual del paciente así como el régimen de medicamentos psiquiátricos que se le están administrando.
- ❖ La historia médica sobre cardiopatías, así como posibles arritmias especialmente en los niños que toman antidepresivos tricíclicos.
- ❖ La historia del paciente en caso de usar alcohol o drogas.

Los pacientes que reciben antidepresivos tricíclicos con antecedentes de cardiopatías deben ser evaluados por un cardiólogo antes de iniciar el tratamiento odontológico.⁴⁹

⁴⁸ Ib. pág.566.

⁴⁹ Friedlander H. Arthur. Dental management of the child and adolescent with major depression. Journal of Dentistry for Children, Vol.60, No.2, Mar-Apr, 1993, pág.129.



Los adolescentes con historia de abuso de alcohol deben realizarse exámenes de laboratorio, tales como:

- Perfil hepático.
- Biometría hemática.
- Pruebas de coagulación (tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina).⁵⁰

Para el manejo de conducta de paciente pediátrico con TDM se recomienda implementar un adecuado protocolo de estrés que incluya:

- ❖ Trato cordial, dedicar el tiempo adecuado a cada sesión para comunicación “extra-operatoria” antes y después de la cita de tratamiento, esto brinda confianza e infunde tranquilidad al paciente.
- ❖ Citas cortas en el tratamiento y por la mañana.
- ❖ Anestesia eficaz y profunda.
- ❖ Premedicación ansiolítica “opcional”.⁵¹

Los pacientes con TDM deben ser exhortados a no sentirse culpables por estarlo, deben saber que no es por su culpa; no están deprimidos porque quieran estarlo, sino porque parece ser la mejor manera de no desmoronarse. Debemos pedirle a los pacientes que no consideren la depresión como algo de lo que se van a recuperar inmediatamente, ya que la recuperación requerirá de tiempo. Se les recomendará mantenerse activos, con actividades físicas como correr, jugar, nadar.⁵²

⁵⁰Ib.

⁵¹Castellanos. Op. cit., pág.251.

⁵²Little. Op. cit., pág.567.



Si es demasiado difícil para el paciente conversar con la gente, puede utilizar notas para comunicarse, advirtiéndolo a los familiares y amigos que no deben criticarlo ni reprimirlo. Hay que recordar al paciente que la depresión terminará y animarlo a comer lo suficiente y a encontrar una persona de su confianza para que pueda expresar sus sentimientos.⁵³

Los comentarios y actitudes del paciente pueden estar relacionados con recuerdos de alguna persona a la que le pudiera tener pensamientos negativos. El odontólogo debe tener cuidado de qué es lo que dice o hace que pueda contribuir a que éstos recuerdos del paciente aparezcan y la conducta de éste se vea afectada.

El odontólogo también debe tener cuidado en su propia conducta especialmente cuando se enfrenta ante un paciente manipulador ya que puede levantar el ego del dentista con elogios injustificados para provocar que hagamos comentarios que critiquen el trabajo de dentistas anteriores.

Así que debemos ser respetuosos en qué y cómo se le dice las cosas al paciente para que no se salga de nuestro control el manejo de la conducta.

El paciente pediátrico con TDM generalmente es un paciente no cooperador debido a sus problemas emocionales, por lo cual debemos tener cuidado en aplicar las adecuadas técnicas en el manejo de conducta de los mismos.⁵⁴

⁵³ Ib.

⁵⁴ Centore L., Reisner L., Craig A. Better understanding your patient from a psychological perspective: early identification of problem behaviors affecting the dental office. Journal of the Canada Dental Association, Vol.30, No.7, July, 2002, pág.519.



Dentro de las diferentes técnicas para el manejo de conducta en odontología se encuentran:

1. Técnicas de comunicación.
2. Técnicas de modificación de la conducta.
3. Técnicas de enfoque físico.

Técnicas de comunicación

La comunicación con el niño es la verdadera clave para dirigir la conducta. El odontólogo debe tener la habilidad para establecer una buena comunicación, tanto verbal como no verbal (ej. contacto visual).

Al paciente se le debe saludar de forma afectuosa y agradable, y se le debe preguntar abiertamente sobre sus gustos e intereses.

Es importante que el niño establezca una conversación con el odontólogo. Una vez que esté lo suficientemente relajado para establecer una conversación, podemos proceder a una ordenada explicación de los procedimientos que se llevarán a cabo.

Lenguaje pediátrico

Al hablar con un niño debemos escoger el lenguaje apropiado y nunca debemos mentirle. Es importante no extenderse ni preparar excesivamente al niño, ya que ello podría incrementar su ansiedad.

Al seleccionar el lenguaje, hay que elegir objetos y situaciones familiares para él. Se debe tener precaución en el lenguaje a utilizar ya que se deben realizar adaptaciones del vocabulario empleado en las distintas edades de nuestros pacientes ya que se pueden sentir ofendidos al subestimar su inteligencia.⁵⁵

⁵⁵ Barbería L., Elena. Odontopediatría, 2ª ed., Masson, España, 2002, pp.128-129.

La distracción es un elemento activo para desviar la atención del paciente sobre un determinado procedimiento no agradable. Su objetivo es disminuir la probabilidad de percibir una acción como desagradable, aumentando así la tolerancia del niño.⁵⁶

Decir, Mostrar y Hacer

Ésta técnica consiste en que antes de comenzar cualquier maniobra (excepto la inyección de anestésico local y otros procedimientos que no admiten explicación, como la extirpación pulpar) es necesario explicarle al niño lo que se hará, y después simular para él lo que ocurrirá exactamente antes de iniciarse el procedimiento; por último se efectuará el procedimiento tal como se le explicó y demostró al niño (Fig.6).⁵⁷



Figura 6. Técnica “decir, mostrar y hacer” en un paciente de 3 años.⁵⁸

Control de Voz

Ésta técnica está destinada a restablecer una comunicación perdida con el paciente debido a una conducta no colaboradora. Consiste en un cambio súbito y abrupto del tono de voz, elevándolo para tratar de conseguir la atención del paciente.⁵⁹

⁵⁶ Ib. pág.129.

⁵⁷ Pinkham, J.R. Odontología pediátrica, 3ª ed., McGraw Hill Interamericana, México, 2001, pág.389.

⁵⁸ Imagen fuente directa: Facultad de Odontología UNAM.

⁵⁹ Barbería. Op. cit., pág.130.



Una vez obtenida la atención del paciente, se le dan las instrucciones y las explicaciones pertinentes ya de una manera suave y agradable, a ésta parte de la técnica se le denomina “cambio de ritmo”.⁶⁰

El tono de voz es muy importante y debe proyectar la idea de autoridad. Es importante que la expresión facial del odontólogo refleje esa actitud de seguridad, y pueden usarse expresiones faciales en ésta técnica.⁶¹

Técnicas de modificación de la conducta

Consisten en alterar un comportamiento individual hacia un ideal deseado de forma gradual.⁶²

Modelado

Los niños también aprenden por imitación de un modelo; existe copia del modelo o modelado, cuando el imitador está preocupado, ansioso, inseguro o frustrado o cuando el modelo parece tener resueltas estas situaciones, o si es percibido como teniendo control sobre el imitador.

El odontólogo debe tener dominio y seguridad de sí mismo, para que pueda ser modelo del paciente, ya que el paciente reacciona a claves o señas corporales y faciales.⁶³

Refuerzo

Este principio de aprendizaje mediante condicionamiento operante está basado en el hecho de que las conductas son influidas por sus consecuencias. Si el resultado de una actividad es positivo (recompensa)

⁶⁰ Ib.

⁶¹ Pinkham. Op. cit., pág.389.

⁶² Barbería. Op. cit., pág.132.

⁶³ Escobar Muñoz, Fernando. Odontología pediátrica, 2^a ed., Amolca, México, 2004, pp.48-50.



la conducta será repetida (reforzada). Si el resultado es negativo, la conducta pierde fuerza o se extingue (Fig.7).⁶⁴



Figura 7. El dar algún regalo al paciente lo motiva a seguir con una conducta positiva.⁶⁵

Desensibilización

Consiste en enseñar técnicas de relajación al paciente, lograr una relajación muscular y describirle entonces escenas que guardan relación con sus miedos.

Las escenas han de ser presentadas de forma gradual, de manera que al principio solo se usen escenas que provoquen mínimos miedos (Fig.8).⁶⁶



Figura 8. La exploración con el espejo en el paciente pediátrico representa un mínimo miedo.⁶⁷

⁶⁴ Ib.

⁶⁵ Imagen fuente directa: Facultad de Odontología UNAM.

⁶⁶ Barbería. Op. cit., pág.131.

Técnicas de enfoque físico

Son aquellas técnicas que controlan o limitan los movimientos de los niños para su protección al realizar los tratamientos dentales.

Los objetivos básicos son ganarse la atención del niño, enseñarle la conducta apropiada que se espera de él, darle más seguridad mediante el contacto corporal y controlar sus movimientos y protegerlo de lesiones.

Bloques de mordida, abre bocas

Se emplean para el control de la abertura de la boca. Existen distintos tamaños en función de la edad del niño (Fig.9).⁶⁸



Figura 9. Paciente de 4 años con abre bocas.⁶⁹

Mano sobre boca

Consiste en la colocación de la mano del odontólogo sobre la boca del paciente, en voz baja y suave se le dice al oído que está actuando de una forma inadecuada y que retiraremos la mano en el momento en que esté dispuesto a cooperar. Generalmente el niño indica que está dispuesto a cooperar entonces el odontólogo retira la mano y elogia inmediatamente

⁶⁷ Imagen fuente directa: Facultad de Odontología UNAM.

⁶⁸ Barbería. Op. cit., pp.134-135.

⁶⁹ Imagen fuente directa: Facultad de Odontología UNAM.



su conducta. Si el paciente se descontrola de nuevo, se volverá a aplicar la técnica.⁷⁰

El uso en el paciente pediátrico con TDM de ésta técnica queda restringida dada las condiciones emocionales del paciente ya que se puede sentir agredido o que el odontólogo pretende hacerle daño.⁷¹

Control físico por parte del profesional

Consiste en mantener el control de la cabeza e interceptar los movimientos inapropiados de los brazos y las piernas del niño durante un tratamiento dental por parte del profesional y de sus ayudantes.⁷²

Al igual que la técnica de mano sobre boca su uso queda restringido debido a la condición emocional del paciente antes mencionada y porque generalmente éstos pacientes no toleran el contacto físico directo.⁷³

Control físico mediante dispositivos específicos

Consiste en mantener el control de todo el cuerpo mediante dispositivos de limitación física específicos (Fig.10). Se incluyen toallas, sábanas, cinturones y dispositivos comerciales como el Pedi-Wrap (dispositivo de nylon con cierres de velcro) o el Pappoose Board (tabla rígida con envoltorio de tela).⁷⁴

⁷⁰ Barbería. Op. cit., pp.134-135.

⁷¹ Entrevista M.C. Hidelberto Rendón Cruz, Psiquiatra del Instituto Nacional de Pediatría (INP), 2009-03-06.

⁷² Barbería. Op. cit., pág.135.

⁷³ Entrevista M.C. Hidelberto Rendón Cruz, Psiquiatra del INP, 2009-03-06.

⁷⁴ Barbería. Op. cit., pág.136.



Figura 10. Inmovilización física del paciente por medio de dispositivos.⁷⁵

A diferencia de las dos técnicas anteriores, el uso de ésta técnica no está restringida, por el contrario se recomienda para controlar los movimientos que pudiera generar el paciente debido a la relajación muscular que algunos antidepressivos generan. El uso del control físico mediante dispositivos se realizará siempre y cuando los episodios depresivos estén controlados.⁷⁶

Antes de emplear cualquiera de las técnicas se debe tener el consentimiento de los padres que conlleva la autorización para realizar todas aquellas técnicas necesarias para el bien del paciente y para realizar los tratamientos.⁷⁷

Se debe emplear todo el tiempo que sea necesario para explicar a los padres el por qué de la necesidad de utilizar éstas técnicas y el modo de empleo de las mismas. Hay que poner énfasis en describir que las técnicas se utilizan para seguridad del niño y como necesidad del tratamiento, y no para herir su imagen ni su autoestima especialmente en estos pacientes con TDM.⁷⁸

⁷⁵ Imagen fuente directa: Facultad de Odontología UNAM.

⁷⁶ Entrevista M.C. Hidelberto Rendón Cruz, Psiquiatra del INP, 2009-03-06.

⁷⁷ Barbería. Op. cit., pág.136.

⁷⁸ Ib.



Sedación

Queda restringido su uso ya que presentan interacciones con los antidepresivos que se mencionarán en el siguiente capítulo, que pueden poner en riesgo la salud del paciente.⁷⁹

2.4 Consideraciones ante el plan de tratamiento

Los objetivos del plan de tratamiento del paciente pediátrico con TDM son el mantenimiento de la salud, el bienestar y la función de la boca, así como prevenir y controlar las patologías orales.

Deben identificarse las medidas diarias de higiene oral, se implementará un programa preventivo el cual incluye la instrucción con una adecuada técnica de cepillado, uso de hilo dental, controles personales de placa, aplicaciones tópicas de flúor y agentes que estimulen la salivación. Las revisiones deben realizarse cada tres meses (Fig.11).⁸⁰

⁷⁹ Entrevista M.C. Hidelberto Rendón Cruz, Psiquiatra del INP, 2009-03-06.

⁸⁰ Friedlander H. Dental management of the child and adolescent with major depression, Art. cit., pp.129-130.



Figura 11. El cepillo dental, pasta, enjuague bucal e hilo dental son indispensables para una buena higiene oral.⁸¹

El plan de tratamiento debe ser dinámico y flexible, durante los episodios depresivos, es necesario hacer hincapié en el mantenimiento y la prevención. Las intervenciones dentales complejas sólo se llevarán a cabo si el paciente está en situación estable; se debe reducir al mínimo el estrés de la visita al odontólogo.

El equipo odontológico debe transmitir al paciente y a los miembros de la familia una actitud positiva y esperanzada con respecto al mantenimiento de la salud oral del paciente.

El último aspecto del plan terapéutico hace referencia a la selección de los fármacos a utilizar en el tratamiento dental. Algunos deben evitarse, mientras que otros precisarán de una reducción de la dosis habitual como se analizará en el siguiente capítulo.⁸²

⁸¹ Imagen tomada de www.nlm.nih.gov/spanish/dentalhealth.html

⁸² Little. Op. cit., pág.573.



3. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS Y SUS EFECTOS EN LA CAVIDAD BUCAL

Los antidepresivos tienen efectos adversos que pueden generar complicaciones cuando se combinan con otros fármacos por lo que debemos tener precaución al administrarlos.⁸³ Para la mayoría de los antidepresivos, las interacciones con otros medicamentos aparecen a los 3-5 días.⁸⁴

1.1 Antidepresivos tricíclicos (TCA)

Muchos de los TCA pueden causar hipotensión ortostática, taquicardia y arritmias.

La hipotensión ortostática es la más común, se define como una caída brusca y excesiva de la presión arterial que puede ocurrir cuando el paciente asume la posición vertical, lo que puede llevarle al síncope (desmayo). Las precauciones que debemos de tener en la consulta dental son programar citas cortas, una vez finalizada la sesión levantar al paciente poco a poco hasta una posición sentada.⁸⁵

El odontólogo debe tener cuidado cuando administra anestésicos locales que contienen vasoconstrictores, como la epinefrina y levonordefrina por la interacción que tienen con los antidepresivos tricíclicos ya que pueden aumentar la presión arterial provocando arritmias o una respuesta hipertensiva exagerada.⁸⁶

⁸³ Keene. Art. cit., pág.71.

⁸⁴ Lorenzo, P. Velázquez Farmacología Básica y Clínica, 17^a ed., Médica Panamericana, España, 2005, pág.322.

⁸⁵ Días de Andrade, Eduardo. Emergencias médicas en Odontología, 1^a ed., Artes Médica, México, 2004, pp.52-55.

⁸⁶ Friedlander. Major depressive disorder, Art. cit., pág.636.



Se recomienda no usar vasoconstrictor o utilizar la epinefrina en dosis que no excedan los 0.05 mg (equivalente a tres cartuchos de lidocaína al 2% con 1:100,000 epinefrina) teniendo cuidado de aspirar para evitar la administración intravascular.⁸⁷

Si se utilizan sedantes, hipnóticos, barbitúricos y narcóticos conjuntamente con éste grupo de antidepressivos pueden potencializar los efectos provocando una severa depresión respiratoria.⁸⁸

1.2 Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Pueden producirse tres tipos de alteraciones: crisis hipertensivas, síndrome serotoninérgico y exacerbación o prolongación de las acciones que normalmente llevan a cabo algunos fármacos o compuestos (ej. alcohol). El tiempo durante el cual pueden producirse interacciones se prolonga hasta más de 2 semanas, debido a su efecto inhibidor.⁸⁹

Los IMAO tienen interacciones con algunos alimentos que contienen tiramina como los quesos, algunas cervezas y hongos; dopamina contenida en vinos, licores, frutos maduros como plátanos, uvas, salsa de soya, habas.⁹⁰ Cuando las aminas se ingieren o se absorben, no pueden ser metabolizadas debido a la acción de los IMAO y se libera noradrenalina lo que puede generar elevaciones graves de la presión arterial.⁹¹

⁸⁷ Ib.

⁸⁸ Little. Op. cit., pág.572.

⁸⁹ Lorenzo. Op. cit., pág.322.

⁹⁰ Castellanos. Op. cit., pág.252.

⁹¹ Lorenzo. Op. cit., pág.322.



Entre los múltiples fármacos o drogas con los que pueden interaccionar los IMAO destacan las anfetaminas, cocaína, opiáceos como la meperidina, antihistamínicos, noradrenalina y otros simpaticomiméticos. Por lo que al igual que los TCA se debe tener cuidado con el uso de sedación en combinación con los IMAO.

El uso de anestésicos locales con vasoconstrictor al igual que en los TCA deben evitarse o reducir la dosis como ya se mencionó anteriormente.⁹²

Síndrome serotoninérgico

Es el síndrome clínico que resulta de la excesiva estimulación de los receptores serotoninérgicos centrales y periféricos, cuando existe una interacción con fármacos serotoninérgicos (ej. ISRS, TCA). Se caracteriza por cambios en el estado mental, en las funciones motoras y funciones autónomas.

1.3 Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)

Los ISRS pueden producir una inhibición de las enzimas del citocromo P-450, que son necesarias para el adecuado metabolismo de algunos fármacos como la codeína, las benzodiacepinas, eritromicina y la carbamazepina. Se debe tener cuidado al administrarlos y las dosis se deben reducir en caso de utilizarlos.⁹³

⁹² Ib.

⁹³ Friedlander. Major depressive disorder. Art. cit., pág.636.



Como ya se mencionó pueden producir síndrome serotoninérgico cuando interactúan con los IMAO.⁹⁴

En cuanto al uso de las benzodicepinas, la dosis suele reducirse para evitar una excesiva depresión del sistema nervioso central. El odontólogo debe consultar al médico del paciente antes de aplicar éstas combinaciones de fármacos.⁹⁵

1.4 Xerostomía

La xerostomía es el efecto secundario más frecuente en los pacientes con TDM que reciben antidepresivos, ya que actúan directamente sobre el sistema nervioso central. La xerostomía por sí misma no es una enfermedad sino un síntoma que se presenta en diversas condiciones patológicas, ya sea como efecto secundario a la radiación de cabeza y cuello, a la ingesta de algunos medicamentos o a la disminución de la función de las glándulas salivales.⁹⁶

Consiste en una disminución del flujo salival debido a la acción directa de los medicamentos en los procesos necesarios para la estimulación salival, provocando efectos indeseables en varios aspectos de la función oral como la disgeusia, dificultad en la masticación, ardor y dolor en mucosas y sensación de boca seca.⁹⁷

⁹⁴ Ib.

⁹⁵ Little. Op. cit., pág.572.

⁹⁶ Gallardo M., Juan. Xerostomía. Etiología, diagnóstico y tratamiento, Rev Med Inst Mex Seguro Soc, Vol.46, No.1, Octubre, 2008, pp.109-116.

⁹⁷ Valicena, M. y Escalona, LA. Manejo Terapéutico del paciente con Xerostomía, Acta odontológica venezolana, Vol.39, No.1, Enero, 2001, pág.70.



La saliva posee funciones protectoras, físicas y químicas, que se dividen en:

- ❖ Lubricación.
- ❖ Lavado y enjuagado.
- ❖ Química.
- ❖ Antimicrobiana.
- ❖ Manteniendo los niveles de calcio promoviendo la remineralización de la estructura dental.⁹⁸

Los pacientes que son tratados con antidepresivos, pueden desarrollar con bastante frecuencia alguno o varios de los efectos adversos que atacan la cavidad bucal.

Efectos sobre los tejidos blandos

La xerostomía puede favorecer la aparición del “síndrome de boca ardiente”, en el cual los pacientes experimentan sensación de quemadura dolorosa en sus mucosas, mientras que clínicamente éstas aparecen sin alteraciones, salvo en algunos casos se puede presentar atrofia papilar.

También se puede favorecer la aparición de candidiasis oral, debido al aumento de *Candida albicans* en la cavidad oral. En algunos pacientes puede cursar asintomática, mientras que en otros cursa con ardor y mal sabor de boca (Fig.12).⁹⁹

⁹⁸ Harris O. Norman, García Godoy Franklin. Odontología preventiva primaria, 2^aed., Manual Moderno, México, 2005, pág.231.

⁹⁹ Rojas G., Latorre R., Ortega A. Depresión mayor y salud oral: Rol de los fármacos antidepresivos, Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, Vol. 38, No.2, Abril, 2000, pp.128-129.

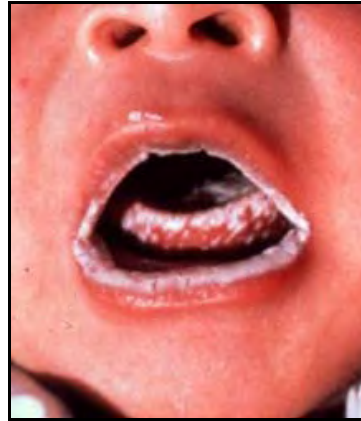


Figura 12. Candidiasis oral.¹⁰⁰

Los labios también se pueden ver afectados debido a la xerostomía. Algunos pacientes pueden quejarse de sensación de labios secos o partidos. Se puede producir *queilitis angular*, donde las comisuras pueden verse afectadas, fisurándose e inflamándose; cursa con descamación de tejido y se infecta frecuentemente con *Candida albicans*.

Enfermedad periodontal

Los pacientes con TDM son más susceptibles a presentar problemas periodontales debido a la mala higiene que presentan; la más común es la gingivitis por el aumento en la acumulación de placa bacteriana. Se caracteriza por enrojecimiento y sangrado espontáneo de la encía.¹⁰¹

El paciente adolescente deprimido que tiene el hábito de fumar, incrementa el riesgo de presentar enfermedad periodontal necrotizante y periododontitis por lo que debemos tener en cuenta las medidas preventivas para disminuir éste riesgo (Fig.13).¹⁰²

¹⁰⁰ Imagen tomada de www.med.uio.no/.../the-newborn-period.xml

¹⁰¹ Rojas G. Art. cit., pág.128-129.

¹⁰² Friedlander H. Dental management of the child and adolescent with major depression, Art. cit., pág.129.



Figura 13. Enfermedad periodontal necrotizante.¹⁰³

Caries dental

Los hábitos de higiene bucal, la ingesta y preferencia de carbohidratos y la xerostomía provocada por antidepresivos en los pacientes con TDM, aumentan el riesgo de caries. Éstas se manifiestan en sitios no usuales como las superficies radiculares y las caras vestibulares, linguales y superficies incisales de los dientes. Un hallazgo común es la formación de caries de edad temprana, las cuales se pueden desarrollar en semanas o meses dando poco tiempo a la formación de dentina reparativa, por lo que se compromete la integridad de la pulpa dental (Fig.14).



Figura 14. Caries de edad temprana.¹⁰⁴

Sin la protección salival, los dientes se vuelven extremadamente sensibles al frío y al calor, particularmente si hay áreas de dentina expuesta.¹⁰⁵

¹⁰³ Imagen tomada de www.scielo.org.ve/.../aov/v45n3/art29fig1.jpg

¹⁰⁴ Imagen tomada de www.martinezleon.es/img/caries.jpg

Tratamiento

El tratamiento del paciente con xerostomía se realiza a través de diferentes vías:

Medidas preventivas

Los pacientes con xerostomía deberán reforzar las técnicas de higiene bucal que incluyen el uso del cepillo dental de cerdas suaves del mercado, pastas dentales con fluoruros, uso del hilo dental y enjuagues bucales.

Los geles con fluoruro de sodio al 1% y el uso de pastas dentales que contengan fluoruros pueden ser aplicados en el cepillo dental y dejar el gel sobre los dientes de 2 a 3 minutos antes de escupirlos. El gel de fluoruro también puede ser aplicado en cubetas individuales bien ajustadas que se colocan sobre los dientes dejándose por 4 minutos antes de remover la cubeta (Fig.15). Se le indica al paciente que no debe de comer ni enjuagarse durante los 30 minutos siguientes al tratamiento. Se recomienda este tipo de aplicación durante dos semanas.¹⁰⁶



Figura 15. Cucharillas individuales para aplicación de fluoruro.¹⁰⁷

¹⁰⁵ Valicena. Art. cit., pp.76-78.

¹⁰⁶ Little. Op. cit., pp.630-631.

¹⁰⁷ Imagen tomada de www.flickr.com



Los enjuagues bucales (sin alcohol) ayudan a reducir la placa bacteriana y mantener la mucosa lubricada, pero pueden producir ardor al paciente cuando la mucosa está alterada, en esos casos, se recomienda el uso de soluciones salinas o enjuagues con bicarbonato de sodio. Estos enjuagues se recomiendan cada 2 a 4 horas dependiendo de la necesidad del paciente. También se recomienda el uso de enjuagues bucales con clorhexidina al 0.12% dos veces al día o la aplicación de clorhexidina en gel al 1% todas las noches por 14 días.

Los pacientes que tienen xerostomía toman una variedad de líquidos como autotratamiento. El líquido de primera elección es el agua, ingerida principalmente durante las comidas. Algunos pacientes encuentran que la bebidas carbonatadas y los jugos de frutas alivian mejor la sensación de sequedad de la boca, lo que se contraindica es el consumo de caramelos, gotas ácidas y mentas ya que predisponen la aparición de caries dental.¹⁰⁸

Manejo de los tejidos blandos

Una queja común de los pacientes con xerostomía es la sequedad de los labios, por lo que se recomienda el uso de labiales a base de petrolatum y cremas con lanolina, que aplicadas regularmente ayudan a hidratar los tejidos.

Para el tratamiento de la candidiasis se incluye el uso de Clotrimazol, disolver en la boca 1 tableta de 10mg. 5 veces al día; además 200.000 unidades de Nistatina, 1 o 2 tabletas disueltas lentamente en la boca 5 veces al día; o Nistatina de 100.000 unidades/ml suspensión oral tomar 2-5ml 3 veces al día.

¹⁰⁸ Valicena. Art. cit., pág.76.



Ambas, el Clotrimazol y la Nistatina contienen agentes azucarados, por lo que se debe reforzar la buena higiene bucal. Estos medicamentos necesitan disolverse en la boca, por lo cual se recomienda al paciente tomar un poco de agua para su uso. Otro medicamento indicado para la candidiasis es el Fluconazol comprimidos 100mg, tomar uno diario; pero debe ser empleado con cautela en pacientes con problemas hepáticos. Los efectos secundarios ocasionales son: náuseas, diarrea, eritema y molestias abdominales.¹⁰⁹

Para la queilitis angular se recomienda el uso de Nistatina en crema, aplicar en la zona 3 a 4 veces al día; Clotrimazol en crema, aplicar en la zona 2 a 3 veces al día y una vez desaparecida la lesión, aplicarla por varios días más para evitar la recidiva; o Ketoconazol en crema, aplicar una vez al día.¹¹⁰

Estimulación de la salivación

La masticación es un estímulo efectivo para aumentar el flujo salival, en este caso se le indica al paciente el consumo de alimentos duros (zanahoria), el mantener semillas de frutas en la boca (huesos de aceituna o cereza) o el uso de materiales que requieran ser masticados constantemente (goma de mascar sin azúcar). Las gomas de mascar que contengan sorbitol o xylitol pueden proporcionar beneficios inmediatos aumentando el flujo salival, este incremento en la producción de saliva aumenta la capacidad amortiguadora de la saliva, ayuda en la eliminación de restos alimenticios y favorece la función remineralizadora de la saliva (Fig.16).¹¹¹

¹⁰⁹ Little. Op. cit., pág.628-629.

¹¹⁰ Ib.

¹¹¹ Harris. Op. cit., pág.99.



Figura 16. El uso de goma de mascar ayuda a la estimulación del flujo salival.¹¹²

Otra forma de estimular la saliva es mediante medicamentos como la pilocarpina oral a dosis de 5 a 10mg tres veces al día, pueden manifestarse efectos secundarios como sofocación, sudoración y poliuria los cuales desaparecen al disminuir la dosis. También se puede emplear la siguiente formulación: se disuelven 15 gotas (0.5ml) de clorhidrato de pilocarpina a 1 % de las soluciones oftálmicas (isoptocarpina a 1 %) en un vaso con 20ml de agua para obtener una dosis equivalente a 5mg. O bien, una o dos gotas de pilocarpina al 5 % sobre la lengua tres veces al día.¹¹³

¹¹² Imagen tomada de www.vitonica.com/tag/sorbitol

¹¹³ Gallardo. Art. cit., pág.113.



Sustitutos de saliva

Para los pacientes que no responden a la estimulación de las glándulas salivales y no tienen flujo salival, los sustitutos salivales son un instrumento terapéutico de mucha utilidad, que buscan restaurar la función salival.

La carboximetil celulosa sódica al 0.5% en solución acuosa (Salivart, Xero-Lube) se utiliza como colutorio el tiempo que sea necesario (Fig.17).¹¹⁴



Figura 17. Sustituto salival.¹¹⁵

¹¹⁴ Little. Op. cit., pág.630.

¹¹⁵ Imagen tomada de www.gebauerco.com/Images/picSalivartLeft.gif



CONCLUSIONES

Con éste trabajo se reconocieron los signos y síntomas del Trastorno Depresivo Mayor en las diferentes etapas del paciente pediátrico y las consecuencias que pueden tener a nivel emocional y conductual.

Debido a los diferentes patrones de conducta de éstos pacientes el manejo en el consultorio es más difícil, por lo cual debemos utilizar ciertas técnicas de manejo de conducta específicas que nos ayudarán en el tratamiento dental.

Dentro de las interacciones farmacológicas de mayor importancia encontramos las que se presentan con el uso de antidepresivos y vasoconstrictores utilizados en la anestesia local, por lo que el odontólogo debe tomar las precauciones necesarias cuando se le presente éste tipo de pacientes.

En cuanto al efecto secundario de los antidepresivos, la xerostomía es el más frecuente y más importante, ya que puede alterar las condiciones normales de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.

El odontólogo debe reconocer los signos y síntomas bucales que identifican a un paciente con xerostomía, para realizar un adecuado diagnóstico y determinar la capacidad secretora de las glándulas salivales, con el objeto de aplicar el tratamiento más adecuado.

Por último, se debe establecer un equipo multidisciplinario de trabajo entre el odontólogo, psicólogo, psiquiatra, pediatra, familiares y todas aquellas personas que directa o indirectamente influyan o actúen sobre el bienestar y mejora en la calidad de vida del paciente.



BIBLIOGRAFÍA

Barbería Leache Elena, Boj Quesada Juan Ramon, et.al.,
Odontopediatría, 2ª edición, Masson, España, 2002, pp.432.

Castellanos Suarez J., Díaz Guzmán L., Gay Zarate O., Medicina en
Odontología, 2ª edición, El Manual Moderno, México, 2002,
pp.481.

Centore L., Reisner L., Craig A., Better understanding your patient from a
psychological perspectives: early identification of problem
behaviors affecting the dental office, Journal of the Canada
Dental Association, Vol.30, No.7, July, 2002, pp.512-519.

De la Peña Francisco, Ulloa E. Rosa, Paez Francisco, Comorbilidad del
trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia,
severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial, Salud
Mental, No.Especial, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1999, pp.
1-5.

Dias de Andrade Eduardo, Ranali José, Emergencias médicas en
Odontología, 1ª edición, Artes Médica, México, 2004, pp.164.

Escobar Muñoz Fernando, Odontología Pediátrica, 2ª edición, Amolca,
Colombia, 2004, pp.534

Evans L. Dwight, Charney S. Dennis, Lewis Lidia, Guía para el Médico
Depresión y trastornos bipolares, Mc Graw Hill Interamericana,
España, 2006, pp.577.



- Friedlander H. Arthur, Friedlander K. Ida, et.al., Dental management of the child and adolescent with major depression, Journal of Dentistry for Children, Vol.60, No.2, March-April, 1993, pp.125-131.
- Friedlander H. Arthur, Mahler E. Michael, Major depressive disorder: Psychopathology, medical management and dental implications, Journal of the American Dental association, Vol.132, No.5, May, 2001, pp.629-638.
- Gallardo M. Juan, Xerostomía: etiología, diagnóstico y tratamiento, Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol.46, No.1, Octubre, 2008, pp.109-116.
- Hales E. Robert, Yudofsky C. Stuart, Valdés Miyar Manuel, Fundamentos de Psiquiatría Clínica, 2ª edición, Masson, España, 2006, pp.1068.
- Harris O. Norman, García Godoy Franklin, Odontología Preventiva Primaria, 2ª edición, El Manual moderno, México, 2005, pp.529.
- Kaplan I. Harold, Sadock J. Benjamin, Sinopsis de Psiquiatría, 8ª edición, Medica Panamericana, España, 2001, pp.1288.
- Keene J. Joseph, Galasko T. Gail, Land F. Martin, Antidepressant use in psychiatry and medicine. Importance for dental practice, Journal of the American Dental Association, Vol.134, No.1, January, 2003, pp.71-79.
- Little W. James, Falace A. Donald, et.al., Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico, 5ª edición, Mosby, España, 2003, pp.668.



López Ibor Aliño Juan José, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), 4^a edición, Masson, España, 1995, pp.608.

Lorenzo P., Moreno A., et.al., Velázquez Farmacología Básica y Clínica, 17^a edición, Médica Panamericana, España, 2005, pp.1250.

Martínez y Martínez Roberto, La salud del niño y adolescente, 5^a edición, El Manual Moderno, México, 2005, pp.1896.

Pinkham J.R., Odontología Pediátrica, 3^a edición, Mc Graw Hill interamericana, México, 2001, pp.566.

Rendón Cruz Hidelberto M.C., Psiquiatra del Instituto Nacional de Pediatría, entrevista, 2009-03-06, 12:00pm.

Rojas Alcayaga G., Misrachi Launert C., La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca, Avances en odontoestomatología, Vol.20, No.4, Abril, 2004, pp.185-191.

Rojas Gonzalo, Latorre René, Ortega Ana, Depresión Mayor y Salud Oral: Rol de los fármacos antidepresivos, Revista Chilena de neuro-Psiquiatría, Vol.38, No.2, 2000, pp.126-130.

Scully Crispian, Cawson Roderick A., Medical Problems in Dentistry, 5^a edición, Elsevier, Gran Bretaña, 2005, pp.683.



Valicena M., Escalona LA., Manejo Terapéutico del paciente con Xerostomía, Acta odontológica venezolana, Vol.39, No.1, Enero, 2001, p.70-79.

www.nlm.nih.gov/spanish/dentalhealth.html

www.revssnottarragona.blogspot.com/

www.gabinetedepsicología.com

www.parasaber.com

www.flick.com

www.med.uio.no/.../the-newborn-period.xml

www.scielo.org.ve/.../aov/v45n3/art29fig1.jpg

www.martinezleon.es/img/caries.jpg