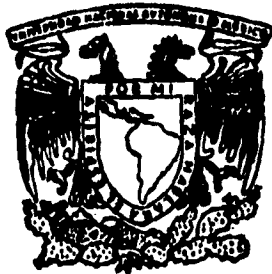


152



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ZET

**TRATAMIENTO ENDODONTICO EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES MENTALES**

**T E S I N A
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:**

DAVID RAUL GONZALEZ MONTAÑO

ASESOR DE TESIS:

C.D. ANA ROSA CAMARILLO PALAFOX

V. O. B. [Signature]



**FACULTAD DE
ODONTOLOGIA**

MEXICO, D. F.

1995

[Signature]

FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 la Universidad Nacional Autónoma
de México, en especial a la
Facultad de Odontología por
haberme formado profesionalmente.*

A mis Maestros:

Dra. Ana Rosa Camarillo Palafox.

*Mi más sincero agradecimiento
por la ayuda y dirección de
éste trabajo.*

Dr. Rafael Ruiz Rodriguez.

*Como una constancia de agrade
cimiento, por su constante
preocupación por mi bien.*

Dr. Jaime Selva Martinez.

*Por sus estimulantes consejos,
que siempre han significado pa
ra mí apoyo y confianza.*

Dra. Judith González Martinez

*Por su valiosa cooperación y
sabios consejos para lograr
este propósito.*

A mis Padres:

Dr. Raúl González Bravo

Rosa Elena Montaña de González

*Con respeto y agradecimiento,
por haberme legado la mejor
herencia.*

A mis Hermanos:

Rosy,

Laura,

Horacio y

Antonio

*Por los momentos inolvidables
que hemos pasado juntos.*

A Dolores Beltrán Araujo

Por su gran apoyo y comprensión.

Al Dr. Carlos J. Castañeda González

Por todas sus amables atenciones.

**TRATAMIENTO ENDODONTICO EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES MENTALES**

I N D I C E

<i>I N T R O D U C C I O N</i>	<i>1</i>
<i>C A P I T U L O I</i>	
<i>ALGUNAS CONDUCTAS PSICOLOGICAS Y CARACTERISTICAS ESPECIALES QUE SE INVOLUCRAN LESIONES PULPARES</i>	<i>3</i>
<i>C A P I T U L O I I</i>	
<i>IATROGENIAS INVOLUCRADAS EN ALGUNAS ALTERACIONES EXTRAPYRAMIDALES</i>	<i>9</i>
<i>C A P I T U L O I I I</i>	
<i>ANSIEDAD</i>	<i>14</i>
<i>C A P I T U L O I V</i>	
<i>TRATAMIENTO FARMACOLOGICO</i>	<i>17</i>
<i>C A P I T U L O V</i>	
<i>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS</i>	<i>20</i>
<i>C A P I T U L O V I</i>	
<i>METODOS DE PROTECCION</i>	<i>34</i>
<i>C A S O C L I N I C O</i>	<i>36</i>
<i>C A S O C L I N I C O</i>	<i>44</i>
<i>B I B L I O G R A F I A</i>	

INTRODUCCION

Siendo que " hombre soy y nada es ajeno a mi ".

En los últimos tiempos el interés general en los discapacitados mentales ha ido en aumento formándose equipos interdisciplinarios para la atención rehabilitadora y la salud integral del individuo con calidad y calidez. La identificación de éstos, requiere de la habilidad del dentista para adentrarse en el problema de adicción y algunas patologías psíquicas juntos con los especialistas psiquiátricos.

Cada vez es más frecuente la demanda de la atención bucal con respecto a problemas que involucren la vitalidad pulpar de personas incapacitadas mentales, en promedio, una de cada diez personas que acuden a la atención bucodentomaxilar y nos encontramos con un sin número de causas que arrojan lesiones pulpares irreversibles. (1).

La Endodoncia en particular, ha sido durante mucho tiempo victima de una " mala información ". Debido a antecedentes que con frecuencia son errores de otras personas o tratamientos traumáticos previos. Algunos pacientes entran a la consulta en un estado de nerviosismo y agitación

tales, que resulta casi imposible realizar ni siquiera una radiografía, otros sufren tanto en el punto de vista psíquico como emocional, incluso durante las sesiones más cortas, siendo incapaces de permanecer "normales" durante el resto del día.

Estos pacientes padecen pánico profundo ante el dolor y ante cualquier manipulación o tratamiento dental hasta el extremo que llegan a la consulta completamente agotados (1).

Los pacientes con trastornos psicológicos no resueltos, que no reciben ayuda profesional, son más difíciles de controlar. (3).

C A P Í T U L O 3

ALGUNAS CONDUCTAS PSICOLÓGICAS Y CARACTERÍSTICAS ESPECIALES QUE SE INVOLUCRAN LESIONES PULPARES

Suele haber dos tipos de pacientes endodónticos con trastornos emocionales. El primero es el paciente que convierte su trastorno psicológico en un problema físico que ubica dentro o alrededor de la cavidad bucal. El segundo tipo es el enfermo cuyo temor y ansiedad son tan intensos que obstaculizan extraordinariamente el tratamiento. (7).

1.- Enfermedades Periodontales.

Es muy frecuente en pacientes con trastornos mentales. Aquí, las abrasiones cervicales imperan debido a la ansiedad, la que canalizan en una mala técnica de cepillado, cuando descargan una agresión severa con el cepillo, principalmente en zona de molares, lo que se conoce como " violinazos ". (1) (2).

Se da el empacamiento de alimentos en zona de molares, por vestibular, pueden acumular la comida en fondo de saco sin masticarla asemejando un hamster, todo esto se da por encontrarse fuera de la realidad o inicio de fase aguda del problema mental. Es muy importante la valorización ya que se puede presentar el Síndrome

endodóncico - periodóncico. Este puede ser definido como un síndrome que involucra la inflamación o la degeneración de la pulpa con una bolsa paradontal clínica sobre el mismo diente.

Dicho síndrome puede ser iniciado tanto por enfermedad periodontal como por enfermedad pulpar. Los dientes más factibles de padecer tal afección son los molares, y con menor frecuencia son los dientes uniradiculares, ya que la distribución de los conductos laterales y accesorios ocurre con más frecuencia en los molares.

Diagnóstico Diferencial.

- a) Dolor
- b) Inflamación
- c) Fistulas

Dolor:

La enfermedad periodontal no se encuentra por lo general, acompañada de dolor. Las excepciones, como el absceso periodontal, gingivitis o gingivitis ulcero necrosante aguda, sólo produce dolor en un grado muy moderado. El síntoma de dolor muy intenso es más probable que sea de origen pulpar.

Inflamación:

En los dientes con afección pulpar, la inflamación se observa en el plano apical a la unión mucogingival en la mucosa alveolar. En la formación de los abscesos periodontales, la inflamación tiende a encontrarse dentro de la zona de la encía insertada o cercano al margen gingival sobre la mucosa palatina. La inflamación facial puede ocurrir en dientes con padecimiento endodóncico, pero muy rara vez se observa en dientes con enfermedad periodontal.

Fistulas:

Donde una fistula se abre dentro de la encía, el origen de la lesión puede ser determinado mediante la inserción de una punta de gutapercha o de un alambre de diagnóstico.

La punta de gutapercha tiene la ventaja de que es más maleable y puede seguir una bolsa tortuosa alrededor de la raíz del diente. Las fistulas de origen endodóncico son a menudo estrechas, y aceptan un sólo alambre o punta de gutapercha, las lesiones periodontales son a menudo, de base más ancha. El tratamiento endodóncico y periodontal deben ser simultáneos. (7).

2.- Bruxismo.

El paciente difícilmente está consciente del rechinar y golpeteo tan excesivo. La tensión emocional puede alterar el umbral individual de tolerancia de las molestias que causa la desarmonía oclusal. El hábito del bruxismo sería la consecuencia. Desarmonías oclusales comparables pueden desencadenar hábitos oclusales en algunos pacientes, la respuesta de un individuo determinado puede variar según el estado emocional. En su defecto, la ansiedad y las agresiones profundamente arraigadas agravan el bruxismo. (6) (9).

3.- Fracturas Coronarias.

Se dan en estos pacientes por autoagresión, sea consciente o inconsciente; como el paciente que destapa refrescos con los molares, meterse objetos a la boca como agujas tejedoras, clavos, pasadores, ganchos. Ocasionando fracturas coronarias y en algunas ocasiones hasta comunicaciones pulpares; la fuerza que aplican a éstos objetos es un medio de canalizar la psicopatología. Realizan el mordisqueo por varias horas creando manías. Las fracturas se dan en el enfermo mental también por agresiones de otras personas dentro y fuera del hogar (niñas).

También se ha dado que algunos pacientes que son sometidos a electrochoques, sufren fracturas debido a la descarga eléctrica proyectando el cierre inmediato de la mandíbula. (1).

Estos trastornos van a provocar hiperemias, pulpitis irreversibles, necrosis pulpaes y consecuentemente granuloma periapical. (1) (9).

4.- Caries dentales extensas.

Debido al deterioro físico mental, el paciente y los familiares se olvidan del tratamiento dental; en los pacientes farmacodependientes tienden a consumir gran cantidad de carbohidratos, con una prevalencia incrementada a desarrollar caries, por lo tanto, nos encontraremos nuevamente con degeneraciones de la pulpa, llevandonos a realizar el tratamiento endodóntico. (1) (3).

5.- Suicidio.

Existe una variedad considerable de formas y causas para lograr el suicidio; por lo general, estos pacientes tienen ideas de autodestrucción.

Actúan según su psicopatología; algunos con armas de fuego, otros con cuerdas o cables; con diferentes tipos de drogas inyectadas, inhaladas o preparados; el fármaco es uno de los más comunes, ya que están al alcance

de sus manos; sustancias cáusticas como son aerosoles, solventes (inhalados o ingeridos), cementos potencialmente tóxicos, alcoholes, ácidos y amoniaco. (3).

Estas sustancias cáusticas son de suma importancia para el Endodoncista ya que son irritantes químicos.

El paciente cuando llega al consultorio, presenta quemaduras catastróficas y lesiones periodontales en cavidad oral. (1).

El uso continuo de fármacos, puede tener múltiples repercusiones en la práctica odontológica.

Los pacientes que están bajo el efecto de sustancias cáusticas exagera el trastorno mental y somático; un caso muy común es el paciente con neunosis depresiva donde hay pérdida del objeto animado y distorsión de las facetas de la realidad.

Por lo tanto, será difícil que el paciente llegue primero a tratamiento bucal; posteriormente lo podremos atender ya que el va a referir alteraciones bucales agudas debido al efecto de las sustancias cáusticas ingeridas.

6.- Comunicaciones pulpares no deseadas.

Estas se van a dar por movimientos involuntarios del paciente, con instrumentos endodónticos y fresas dentro del tratamiento.

CAPÍTULO 33

IATROGENIAS INVOLUCRADAS EN ALGUNAS ALTERACIONES
EXTRAPIRAMIDALES

Por tratamientos de conductos no terminados, por negativismo del paciente, por tratamientos de conductos extensos en los que representa a las sesiones terapéuticas, por sobreobtención radicular, por un alto umbral al dolor, por un diagnóstico y tratamiento erróneo, como puede ser la impactación de un instrumento endodóncico ocasionando la angina de Ludwig, reacciones debidas a alteraciones extrapiramidales como sería la distonia muscular aguda, el parkinsonismo, la acatisia; el riesgo de aparición de estas alteraciones y su severidad dependen de diversos factores, como el tipo y la dosis del neuroleptico (fármaco que ejerce un notable y rápido efecto antipsicótico) utilizado o el grado de susceptibilidad individual.

Así, los neurolepticos con mayor potencia antipsicótica como el haloperidol, tienden a producir más trastornos extrapiramidales. (1) (4) (8).

Distónia aguda:

Se caracteriza por el espasmo de los músculos faciales, lengua y cuello. El paciente de un momento a otro puede cerrar la boca y tardar en abrirla, aún con los instrumentos endodónticos dentro de la cavidad oral.

Es conveniente en el trabajo biomecánico utilizar un abrebocas como auxiliar, se debe trabajar a cuatro manos y lo más breve posible. (1)

Acatisia:

Inquietud psicomotriz que aparece durante un tratamiento con neurolépticos; puede definirse como una sensación de tensión interna que impide al paciente permanecer quieto. Puede asociarse a sensaciones de miedo, terror cólera o con molestias somáticas.

En relación al tratamiento endodóntico, es un paciente bastante difícil, ya que su movimiento va asociado al terror puede levantarse repentinamente del sillón para brincar de un pie a otro, se queja de sentirse incomodo en todos los lugares, puede presentar una ansiedad de tipo genuina; en casos severos puede alcanzar un grado significativo de agitación psicomotriz. Este paciente tiende a detener las manos del operador. (1).

Parkinsonismo:

Es una de las manifestaciones más frecuentes que aparece durante la administración de los neurolépticos; se caracteriza por temblor, acinesia (enlentecimiento y reducción de la actividad motora, en ocasiones afecta a la musculatura perioral) rigidez, se acompaña de disartria, sialorrea, sensación de debilidad muscular y parestesias.

El manejo bucal no es complicado, pero si tendremos consideraciones especiales como: aislar absolutamente el campo operatorio, así como la colocación del eyector. Se ha reportado que debido a la hipersalivación del paciente, al momento de hacer el trabajo biomecánico sin aislamiento absoluto, se han resbalado las limas de los dedos, proyectándose a la laringe y más allá, esto es más frecuente cuando se realiza el tratamiento de molares superiores.

En el caso de las fenotiacinas (PTZs) el parkinsonismo se manifiesta con rigidez en rueda dentada. (1).

Discinesia tardía:

Consiste en movimientos involuntarios, sin objeto, de la lengua, de la cara, boca o mandíbula que a menudo se experimenta, como agradable. La conducta psíquica es estable, ocasionalmente pierden la sensibilidad dolorosa,

punto que debemos valorar, ya que la iatrogenia se origina por el uso indiscriminado de los instrumentos, como puede ser un tallado excesivo con la pieza de mano, provocando un calor traumático, como también el dejar dentina expuesta, esta sufrirá una deshidratación, o también un seacdo constante con aire; todos estos estímulos innecesarios contribuyen a una inflamación pulpar y posibles necrosis.

OTROS EFECTOS NEUROLOGICOS

Los neurolépticos pueden inducir sedación o estados de obnubilación de conciencia, que puede provocar accidentes. Se han descrito de forma excepcional síntomas cerebelosos durante su administración. También pueden provocar convulsiones, principalmente en pacientes con antecedentes epilépticos o que presentan algún daño cerebral.

Algunos autores sugieren que los neurolépticos pueden inducir estados catatónicos, caracterizados por una intensa inhibición psicomotriz, negativismo, mutismo, pudiendo encontrarse rigidez con "flexibilidad cérea".

Merece consideración aparte por su interés, el cuadro de la disquinesia tardía, debido a la clonpromazina este estudio se manejó en cuatro pacientes, de los cuales tres de estos enfermos desarrollaron disquinesias orobu-

cales que persistieron varios meses después de suspender el tratamiento antipsicótico.

El término *disquinesia tardía* se utilizó para describir el síndrome de movimiento anormal en cara, boca y lengua " Síndrome buco-linguo-masticatorio ". (11).

La fenomenología de los movimientos buco-linguo-faciales consiste en la protrusión repetida de la lengua (*fly-catcher's tongue*), masticación, chupeteo, chasquido, guiños y muecas. En las extremidades superiores lo más frecuente son los movimientos de los brazos y los dedos.

Los antiparkinsonianos son fármacos también conocidos como correctores o estabilizadores van actuar previniendo los efectos colaterales de los neurolépticos, que son las reacciones extrapiramidales. (10)

Sus nombres comerciales son:

Altan, Biperiden, Akineton estos producen sequedad de la boca.

En el tratamiento odontológico el corrector nos beneficiará potencialmente, ya que sin él tendríamos efectos indeseables.

CAPITULO 333

ANSIEDAD

Muchos pacientes afirman que sus experiencias previas con dentistas fueron sumamente desagradables y que sufrieron inyecciones muy dolorosas, síncope tras la inyección, respuesta inadecuada al anestésico o imposibilidad para la anestesia, tratamiento rudo, inhumano o sádico y alveolitis u otro tipo de dolor grave postoperatorio. Es indudable que todos estos síntomas pueden aparecer en cualquier paciente sometido a tratamiento dental exhaustivo, pero los pacientes con ansiedad profunda refieren de forma reiterada estos problemas y los dramatisan considerablemente.

Estas personas sienten terror ante una nueva sesión que interpretan como otra experiencia traumática.

Este es el motivo de que no acudan regularmente a la consulta y que cuando lo hacen, forzados a buscar tratamiento para aliviar el dolor o por presión familiar, la enfermedad periodontal o la de caries son muy avanzadas, lo que obliga a un tratamiento endodóntico, periodontal y restaurador muy complejo.

El dentista debe tratar a estas personas de forma amistosa, pero firme. La presentación del caso ha de ser breve

y contundente. Los instrumentos deben mantenerse alejados de la vista del paciente durante el periodo de explicación.

El folleto preparado por la American Dental Association (ADA) sobre el tipo de información que deben recibir los pacientes es excelente y se le puede facilitar al paciente ansioso al final de la sesión para que lo lea en su domicilio. Es frecuente que un enfermo temeroso no escuche, ni comprenda el caso cuando se le presente y que comience a especular incorrectamente después de la sesión.

La forma de aplicar esta información al paciente ansioso que requiere tratamiento endodóntico es muy sencilla. Hay que resaltar nuevamente que la Endodoncia es preferible a la extracción, por lo que este paciente debe saber que este tratamiento permitirá salvar su diente. (7).

Si se trata con dientes de pulpa necrótica, el dentista debe aclarar al paciente que no se requiere de ninguna inyección.

Conviene realizar parte del tratamiento, aunque no se termine en la primera sesión, está debe ser indolora para el paciente, esto nos evitaría problemas considerables durante el resto del tratamiento.

Uno de los estados emocionales más dramáticos que se observan durante la Endodoncia es el de los pacientes con cancerofobia. Hay que evitar cualquier sugerencia de proliferación durante la presentación del caso, ya que a veces el problema periapical se describe de forma poco cuidadosa.

Algunos pacientes consideran que los trayectos fistulosos crónicos, el absceso alveolar crónico o la bolsa endodóntica - periodontal indican una alteración maligna.

A los pacientes con cancerofobia que presentan un problema periapical, que están enormemente preocupados por su enfermedad, es probable que se les deba someter a cirugía con biopsia de la lesión para tranquilizarlos.

Si no se actúa de esta forma, el tiempo necesario para la cicatrización no quirúrgica de un área de radiolucidez supondría una enorme ansiedad para el paciente.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Además de las enfermedades mencionadas, la historia clínica debe incluir información sobre el tratamiento farmacológico previo y actual del paciente. Estos datos contribuyen a descifrar algunas enfermedades y a conocer los posibles efectos de la medicación eventualmente necesaria para tratar el problema dental. En este apartado de la historia clínica se incluyen también las reacciones farmacológicas adversas, sobre todo las relacionadas con el tratamiento dental.

Algunos dentistas prefieren realizar la historia clínica de forma directa, en lugar de que el paciente rellene un cuestionario. Sin embargo como la lista de fármacos actuales es muy extensa, es posible obtener la historia de las medicaciones del paciente por medio de una lista preparada. Debemos tener en cuenta los siguientes fármacos:

Penicilina

Sulfamidas

Aspirina

Antihistamínicos

Sedantes e hipnóticos

Tranquilizantes

Cortisona y otros esteroides

Anticoagulantes

Digital, nitroglicerina y otros fármacos utilizados en cardiología.

Medicamentos hipotensores

Medicamentos para eliminar el exceso de líquidos (diuréticos).

Insulina y otros medicamentos para la diabetes

Antes de prescribir algún fármaco, el dentista debe asegurarse de que la administración previa no produjo reacción alérgica o idiosincrásica, sobre todo en el caso de los antibióticos y analgésicos potencialmente alérgicos que se suelen prescribir durante el tratamiento endodóntico. (14)

La sulfamida puede introducirse dentro del conducto, pero sólo cuando no existen antecedentes alérgicos.

Los pacientes con alergia múltiple a diferencia de aquellos que lo son a un sólo medicamento, plantean algunos problemas durante el tratamiento endodóntico. Se debe tener en cuenta este hecho, de que los pacientes alérgicos sufren exacerbaciones con más frecuencia, esto es son propensos a problemas durante el tratamiento.

El intervalo entre sesiones de los pacientes con lesiones periapicales se deben reducir al máximo.

Durante el tratamiento hay que vigilar a estos pacientes cuidadosamente para descartar cualquier signo incipiente de exacerbación. El problema no se resuelve administrando simplemente cobertura antibiótica, ya que el antibiótico puede ser ineficaz o, lo que es peor, producir una respuesta alérgica. (13).

No existe ninguna enfermedad que contraindique el tratamiento endodóntico ni tampoco existe tratamiento farmacológico alguno que sugiera la necesidad de evitar la Endodoncia. (15).

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Presentaremos el modo de acción de algunas drogas usadas, discutiendo sus interacciones farmacológicas más frecuentes que pudieran ocurrir con los medicamentos administrados en el Consultorio Dental.

Barbitúricos (secobarbital, pentobarbital y benzodiazepínicos).

Estos producen en una intoxicación aguda, inhibición de impulsos agresivos, maladaptación social, falla en la aceptación de responsabilidades, pudiendo causar cianosis de labios, lechos ungueales y prurito cutáneo. Después de un uso prolongado el paciente puede desarrollar un desorden amnésico, un aumento de la presión arterial, cambios humorales, temblores de párpados y lengua, presentan una temperatura corporal baja.

Para habituarse se necesita una dosis continua de aproximadamente 500 mg. La acción parece tener relación con el estado emocional del individuo, los estados depresivos o problemas psiquiátricos, podrían acelerarla. (2).

En una intoxicación aguda hay un lenguaje muy rápido, somnolencia, confusión y sueño profundo. Los pacientes que han tomado grandes dosis de depresores con frecuencia

tienen dificultades para pensar, lentitud en el habla y la comprensión, periodos cortos de atención y labilidad emocional.

Los efectos de la supresión se ven aumentados en pacientes con dependencia psicológica la cual puede desarrollarse rápidamente; los intentos por interrumpir el consumo quizá exacerben cualquier insomnio inicial y causen inquietud, sueños perturbados y despertar frecuente; un síndrome por supresión repentina de grandes dosis de barbitúricos.

Opiáceos (heroína, morfina, meperidina).

Estos causan durante periodos de intoxicación aguda, constricción o dilatación pupilar, euforia, apatía, somnolencia, deterioro de la memoria y conductas de maladaptación social.

La tolerancia y la dependencia para los opiáceos y narcóticos sintéticos se desarrolla con rapidez; el sujeto puede presentar: somnolencia, euforia, desinhibición de los impulsos agresivos y evasión en la aceptación de responsabilidades bajo una intoxicación.

En cambio, si el individuo llega al consultorio con supresión del fármaco mostrará principalmente cambios asociadas a hiperactividad del sistema después de haber

suprimido la droga, hay ansiedad y violencia iniciales, un aumento en la frecuencia respiratoria en reposo, acompañada de bostezos y sudación. Otros síntomas incluyen midriasis, piloerección, temblores, accesos de calor y frío, fosfenos y falta de apetito; la gravedad del síndrome aumenta con la dosis del opiáceo y la duración de la dependencia.

Cocaína:

En la intoxicación aguda se observan los siguientes efectos: sentimientos de euforia, grandiosidad, habla rápida, dilatación pupilar y respiración e impulsos dolorosos inhibidos.

El sujeto por lo general sufre de delirios de persecución (paranoia), además de una gran depresión y sentimientos de soledad.

A menudo el cocainómano se siente amenazado y teme que sus pensamientos puedan ser captados por los demás, con frecuencia padece de alucinaciones auditivas, táctiles y visuales.

La cocaína no desarrolla dependencia física ni tolerancia, pero puede causar dependencia psíquica y conducir a la toxicomanía; como no produce dependencia física, no causa síndrome de abstinencia.

Una sobredosis de cocaína produce temblores, convulsiones y delirio, no suele ser necesario tratar la intoxicación aguda por cocaína debido a la acción extremadamente breve de la droga.

Anfetaminas (dextroanfetamina, metanfetaminas y supresores del apetito).

Se ha observado que las anfetaminas pueden producir una imagen muy similar a la intoxicación por cocaína, pueden causar xerostomía, delirio, pérdida de la capacidad de poner atención, alucinaciones, incoherencia al hablar, trastornos del ciclo sueño - vigilia con episodios de insomnio y somnolencia durante el día; puede haber temblores de manos e hipertensión arterial.

El sujeto pudiera sentirse también muy deprimido, con ideas suicidas y mucha fatiga.

Quienes abusan de las anfetaminas son propensos a accidentes por la excitación y los sentimientos de grandeza que producen y la fatiga excesiva por la falta de sueño. Los individuos también presentan acciones agresivas o violentas cuando se sienten amenazados y sufren de ansiedad: es habitual una conducta agresiva contra el dentista, en especial contra procedimientos que pudieran causar dolor. (2).

Cannabis (marihuana).

Durante los periodos de intoxicación aguda se puede observar relajamiento e intensificación de las percepciones el paciente sufre de hiposalivación y se observa un aumento en la ingesta para la comida " chatarra ", que es altamente cariogénica.

El paciente puede magnificar respuestas al dolor o disminuirlas durante los procedimientos dentales.

Dependencia a los solventes químicos.

El uso de solventes industriales y aerosoles para conseguir un estado de intoxicación es un problema endémico de la juventud, estos solventes volátiles (hidrocarburos clorados, cetonas y acetatos), producen una estimulación antes de deprimir el sistema nervioso central; su uso diario causa tolerancia parcial a los vapores y dependencia psicológica, pero no hay un síndrome de abstinencia debido a la duración breve de la droga. (2).

En la fase inicial se observan vértigos, marcha vacilante y somnolencia, puede haber impulsividad, confusión, torpeza psicomotriz, labilidad emocional y deterioro del pensamiento; el estado de intoxicación puede durar desde minutos hasta una hora o más.

**INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE MEDICAMENTOS USADOS POR LOS ADICTOS Y FARMACOS
DE USO Y PRESCRIPCIÓN COMUN**

TIPO DE ADICCIÓN	FARMACOS DE PRESCRIPCIÓN COMUN	TIPO DE INTERACCIÓN	CONSIDERACIONES DENTALES
Anfetaminas	a) Fármacos depresores o estimulantes del SNC	Puede haber depresión o estimulación del SNC.	Evitar tal combinación.
Barbitúricos	a) Bloqueadores adrenérgicos	Se aumenta el metabolismo de los barbitúricos	Evitar prescripción.
	b) Hidroxicina	Se potencializan sus efectos mutuamente	Evitar prescripción
	c) Hipoglucemiantes	Aumentan sus efectos	Disminuir dosis hipoglucemiante
	d) Benzodiacepínicos	Efectos depresores al SNC	Evitar prescripción.

	e) <i>Corticosteroides</i>	Se disminuye el efecto corticosteroide y aumenta el efecto de sedación.	Modificar corticosteroides
	f) <i>Anticoagulantes orales</i>	Se disminuye el efecto anticoagulante	Aumentar dosis de anticoagulantes
	g) <i>Tetraciclinas</i>	Se aumenta el efecto de las tetraciclinas	Se puede optar por disminuir la dosis de tetraciclinas
	h) <i>Acido valproico (antiepiléptico)</i>	Se aumentan los niveles sericos de fenobarbital	Evitar prescripción
	i) <i>Opiáceos (meperidina)</i>	Se aumentan los efectos sedativos	Reducir el opiáceo a 1/4 del medicamento
	j) <i>Antidepresores (amitriptilina)</i>	Aumenta la depresión al SNC	Evitar antidepresivo

Cocaína	a) <i>Drogas depresoras o estimulantes del sistema nervioso central</i>	<i>Depresión profunda del SNC</i>	<i>Evitar completamente prescribir depresores o estimulantes del SNC</i>
Marihuana	a) <i>Antidepresivos tricíclicos</i>	<i>Puede haber depresión, respiratoria y sedación</i>	<i>Evitar prescripción</i>
	b) <i>Cimetidina (anticolinérgico para el tratamiento de gastritis)</i>	<i>Depresión respiratoria aumentada</i>	<i>Evitar prescripción</i>
	c) <i>Hidroxicina</i>	<i>Sedación aumentada y depresión respiratoria</i>	<i>Evitar prescripción</i>
	d) <i>Inhibidores de la MAO</i>	<i>Hipotensión y coma profundo</i>	<i>Evitar prescripción</i>
	e) <i>Fenotiacínicos</i>	<i>Depresión del SNC</i>	<i>Evitar prescripción</i>

	<i>f) Cualquier depresor del SNC</i>	<i>Depresión profunda del SNC</i>	<i>Evitar prescripción</i>
<i>Narcóticos sintéticos</i>	<i>a) Tranquilizantes menores (diacepam)</i>	<i>Aumenta la depresión al SNC</i>	<i>Evitar prescripción o reducir su dosis</i>
	<i>b) Agentes uricosúricos</i>	<i>Se inhibe el efecto uricosúrico</i>	<i>Evitar prescripción</i>
	<i>c) Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (ANES)</i>	<i>Pueden producir cáncer de riñón en dosis muy prolongadas</i>	<i>Disminuir su tiempo de administración.</i>
	<i>d) Drogas antiparkinsonianas</i>	<i>Estimulación al SNC ansiedad, confusión temblores etc.</i>	<i>Evitar prescripción</i>
<i>Opiáceos y analgésicos narcóticos (meperidina, demerol, codeína)</i>	<i>a) Barbitúricos</i>	<i>Aumenta la depresión al SNC</i>	<i>Evitar barbitúricos</i>

	<i>b) Benzodiazepínicos (diaepam)</i>	<i>Intensificación de la depresión del SNC</i>	<i>Evitar el tran- quilizante</i>
	<i>c) Fenotiacínicos</i>	<i>Depresión adicional al SNC</i>	<i>Reducir la dosis al mínimo del fe notidámico en ca so de utilizarlo</i>
	<i>d) Corticosteroides</i>	<i>Aumento de presión intraocular</i>	<i>Evitar el uso de corticosteroides</i>
	<i>e) Anticonceptivos orales</i>	<i>Se aumenta el efec- to de los opiáceos</i>	<i>Alertar al pa- ciente</i>
	<i>f) Hidroxicina</i>	<i>Potencialización de los efectos depreso- del SNC</i>	<i>Evitar prescrip- ción</i>
	<i>g) Inhibidores de la MAO</i>	<i>Depresión del SNC</i>	<i>Disminuir la do- sis de inhibido- res de la MAO</i>
<i>Solventes químicos (thinner)</i>	<i>a) Drogas depresoras o es- timulantes del SNC</i>	<i>Depresión o excita- ción del SNC</i>	<i>Evitar tal combi- nación</i>

<i>Tranquilizantes menores y ansiolíticos</i>	<i>a) Antihistamínicos</i>	<i>Aumenta la depresión al SNC</i>	<i>Evitar la combinación</i>
	<i>b) Propoxifeno</i>	<i>Aumento de la depresión al SNC</i>	<i>Evitar esta combinación</i>
	<i>c) Clonidina (antihipertensivo)</i>	<i>Potencializa el efecto sedante</i>	<i>Evitar la combinación</i>
	<i>d) Fenitoína (antiepiléptico)</i>	<i>Se pueden aumentar los niveles de fenitoína</i>	<i>Evitar prescripción o ajustar dosis de fenitoína</i>
	<i>e) Anticonceptivos orales</i>	<i>Se interfiere con el mecanismo oxidativo de los benzodiazepínicos, aumentando el efecto sedante</i>	<i>Disminuir la dosis de tranquilizantes</i>
	<i>f) Narcóticos</i>	<i>Depresión del SNC</i>	<i>Evitar prescripción.</i>

	<i>g) Anfetaminas</i>	<i>Puede haber depresión</i>	<i>Evitar tal combinación</i>
	<i>h) Fenotiacínicos</i>	<i>Potencialización y depresión del SNC</i>	<i>Evitar prescripción</i>
	<i>i) Inhibidores de la MAO</i>	<i>Potencialización y depresión del SNC</i>	<i>Evitar prescripción. (2)</i>

**INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LOS DIVERSOS ANESTÉSICOS LOCALES USADOS EN ENDODONCIA
CON ALGUNOS FARMACOS ADYUTIVOS
(NARCÓTICOS, ANFETAMINAS, COCAINA, MARIJUANA Y SOLVENTES)**

TIPO DE ANESTÉSICO LOCAL	TIPO DE INTERACCIÓN	CONSIDERACIONES DENTALES
- Xylocaina (lidocaina)	Puede causar hipo o hipertensión y depresión respiratoria	Reducir al máximo la dosis o no utilizar anestésico
- Citanest (prilocaina)	Posibles efectos depresores al miocardio como bradicardia e hipotensión.	Disminuir al máximo la dosis anestésica
- Marcaína (bupivacaína)	Puede haber depresión del miocardio, hipotensión	Disminuir al máximo la dosis en caso de utilizarlos
- Carbocaina (mepivacaína)	Efecto aditivo depresor al SNC	Disminuir al máximo la dosis en caso de utilizarlos
- Procaína (novocaína)	Efecto aditivo de supresión al miocardio por la semejanza farmacológica con la co-	Evitar tal combinación de medicamentos

	caína, con los demas puede causar depresión o excitación del sistema nervioso central.	
- Adrenalina	Se potencializa con la cocaína.	Esperar de seis a siete horas, antes de iniciar cualquier tratamiento (2).

CAPITULO V

METODOS DE PROTECCION EN EL DISCAPACITADO MENTAL

En la actualidad, el dentista no sólo debe considerar el efecto de las modalidades terapéuticas sobre el estado del paciente, sino también el posible impacto de su estado de salud y sobre la desinfección del equipo odontológico.

Algunas enfermedades, como la hepatitis B y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y otras enfermedades, así como las infecciones orales activas, pueden transmitirse del paciente al dentista o al personal auxiliar.

De hecho los Endodoncistas muestran un porcentaje bajo de contagio por hepatitis B y SIDA, debido a punciones con instrumentos, limas, ensanchadores y atacadores infectados.

La protección frente a estos posibles contagios se logra con el uso de guantes dobles, lentes y en ocasiones careta, el colocar el dique de hule, la utilización de desinfectantes de superficie, el empleo abundante de hipoclorito de sodio, no sólo dentro del diente tratado, sino en la inmediata vecindad. Es importante tener un recipiente con un desinfectante potente, para poder inmediatamente los instrumentos que posiblemente puedan estar contaminados.

Es extraordinariamente importante que el Endodoncista este consciente de la necesidad de autoprotégese durante el tratamiento con estos pacientes.

En cuanto a los pacientes que llegan al hospital, no se les realiza inmediatamente pruebas de laboratorio que nos puedan decir, si tienen alguna enfermedad contagiosa, por lo general, se presentan al consultorio dental con un problema agudo más no preventivo.

El paciente que ingresa por "largos periodos", es más fácil detectar cualquier enfermedad contagiosa, ya que se le practican estudios de laboratorio para determinar la causa de su enfermedad mental.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 18 años, que ingresa al Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez ", debido a problema familiares y capacidad de poder establecer relaciones humanas con los demás.

Las características vivenciales fueron expresadas por el familiar que lo acompañó (Abuela).

Refiriendo: Que el paciente fue un embarazo no deseado, que el padre de procedencia extranjera, presentaba síntomas alcohólicos y la madre permanecía poco tiempo en su hogar, siempre existió un ambiente hostil y de discordia.

En la infancia tuvo problemas de conducta y aprendizaje, en la etapa juvenil presentó autoagresiones como cortarse un brazo y la cara con un cuchillo, y posteriormente fue intervenido quirúrgicamente.

La higiene personal es muy pobre, vestía con una playera deslavada, pantalón de mezclilla y tenis.

Por lo general, permanecía al frente de una ventana por largo tiempo, sin definir la mirada con desánimo y melancolía, siempre se quejaba de algo, inventaba cosas acerca de que su amigo levantaba el coche con las dos manos y luego decía que no era cierto.

Padecía mal humor y confusión mental.

Los datos clínicos de la psicopatología fueron los siguientes:

Trastorno mental (esquizofrenia indiferenciada) y comportamiento secundario a esta disfunción orgánica cerebral.

En el instrumento no verbal de inteligencia Beta 99/R obtiene un resultado: puntuación 18*

CA muy inferior a 60 (40)

Rendimiento: retraso mental moderado, déficit en las funciones cognitivas de lenguaje visomotrices, un poco más conservada la capacidad de socialización para entablar y continuar una conversación, pudiendo participar en actividades sociales y tareas prácticas muy simples. Expresión facial acartonada, ectomórfico, actitud de alucinado, se muestra suspicaz, comprensión muy disminuida, dificultad para deglutir saliva, no presenta signos de rueda dentada, niega sensaciones sensoriales, existen tendencias homosexuales.

El paciente tiene 10 días de estancia hospitalaria, bajo terapia farmacológica de haloperidol presenta alteraciones extrapiramidales, aún a dosis bajas de neurolepticos. Tuvo una reacción anafiláctica leve por el uso de clonfenidamida compuesta, es alérgico al ASA.

* Valor a la capacidad adaptativa.

El paciente es conducido por la enfermera de su piso a la clínica de atención odontológica.

Ambos llegan a la sala de espera, él comportándose muy inquieto, tratando de asomarse al consultorio, su enfermera lo sienta junto a un anciano que también iba a tratamiento; el paciente se acerca al senecto y lo comienza a acariciar. La enfermera nos entrega el expediente y nos refiere lo siguiente: que el paciente estuvo toda la mañana picándose una muela y quejándose de que la muela tiene la culpa de el dolor que él siente.

El expediente se reviso para ver el historial odontológico (no existe).

Cuando pasa el paciente al sillón dental, afirma que le duele su muela " que si se la van a sacar ". Se procede a valorarlo observando que tiene sialorrea, y varias piezas dentarias con caries de 3° y 4° grado.

Como primera instancia se inició con la prueba de percusión en toda la arcada superior, tratando de identificar la procedencia del dolor, orientandonos según la zona referida por el paciente.

Se llego a la conclusión que el diente afectado era el primer molar superior derecho, existia comunicación pulpar y presentaba más molestias a la percusión vertical

que a la percusión horizontal. En cuanto a las pruebas térmicas no respondió ni al frío ni a lo caliente.

Procedimos a realizar el diagnóstico radiográfico y tuvimos un inconveniente, que el paciente presentaba hipersalivación, nos iba a ser algo difícil que pudiera sostener en la posición deseada la radiografía, así como también por su extrema inquietud fuera a mover la radiografía.

Considerando esto, nos tuvimos que valer de un aditamento extraoral para poder tomar la radiografía, llamado RJNN X-C-P este se coloca en la punta del cono largo del aparato de Rayos X y sostiene la radiografía.

Colocamos el aparato con el aditamento extraoral en su boca y se tomó la radiografía.

En el diagnóstico radiográfico observamos una rarefacción difusa a nivel del tercio apical en la raíz distovestibular así como ensanchamiento del ligamento, la caries era profunda pero no llegaba a furca, teniendo como diagnóstico la necrosis pulpar.

Se llegó a la conclusión que la pieza dental debido a la necrosis pulpar y la presencia de una periodontitis apical aguda, tenía que ser sometida a la pulpectomía.

La cual se realizó a cuatro manos de la siguiente manera:

Los instrumentos para realizar el tratamiento endodóntico estaban contenidos en un envoltorio que consta de: pinzas de curación, espejo, exploradores de conductos, limas, ensanchadores, espaciadores, atacadores, y la jeringa irrigadora.

Todo esto se colocó en una charola estéril por detrás del paciente para evitar que si en un momento dado brincara o se llegó a levantar no tirara los instrumentos. Ya preparadas las limas en la gradilla, se procedió a realizar el tratamiento de conductos por una odontóloga, una endodoncista y una enfermera.

No se pudo lograr un aislado absoluto porque el paciente sentía asfixia y quería pararse a costa de lo que fuera, porque sentía miedo, por lo tanto, se llevo a cabo sin el aislamiento.

El paciente comenzó a toser ficticiamente para tratar de evitar el tratamiento, se utilizó la pieza de mano y una de fresa de bola para eliminar la caries y hacer el acceso.

El paciente no dejaba de moverse por lo que se decidió hacer el tratamiento endodóntico en dos sesiones.

Una vez realizado el acceso, se retira el paquete vasculo-nervioso tanto coronal como radicular con una lima tipo

K, se irrigaron los conductos con hipoclorito de sodio al 0.5% para retirar los residuos orgánicos que hallan quedado, no es conveniente irrigar con concentraciones más elevadas debido a que no hay un aislamiento absoluto, esto nos pudiera ocasionar lesiones en la mucosa oral, fue conveniente que el paciente no vea la jeringa de irrigación.

Para la toma de la conductometría se colocó un abre bocas temporalmente para evitar que el paciente cerrara la boca repentinamente y se proyectaran las limas, se toma la radiografía por el mismo método que la de diagnóstico.

El paciente pregunta que a que hora se le va a sacar la muela, no se le da respuesta, ya que lo puede mal interpretar y en la visita familiar podría inventar que se le lastimo.

El trabajo biomecánico se realiza con 2 juegos de limas con las medidas ya preparadas, en el transcurso del trabajo biomecánico el paciente ya se quiere parar, Terminamos el trabajo biomecánico, ensanchando hasta la lima tipo K 40, medicamos los conductos con hidroxido de calcio y se sella con gutapercha para que en la proxima cita, sea más rápido el acceso a los conductos ya tratados Debemos de tratar de no dejar aspera la gutapercha, ya que si fuese así, el se la podría quitar con algún objeto.

Se le dice al paciente que ya terminamos la sesión, se para del sillón dental e indica que no se quiere ir, entonces nosotros le indicamos que regrese en una semana, se le llama a la enfermera para que se lo lleve a su piso, se reporta en el expediente lo que se le realizó y se le da cita a los 8 días.

2a. Sesión.

Notifica la enfermera que no puede asistir porque está en terapia y que en el momento indicado por el psiquiatra, se le da una cita posterior dentro de los ocho días siguientes.

El paciente se presenta tranquilo al consultorio en la forma habitual, la enfermera nos entrega el expediente y nos refiere que el paciente tiene la presión baja.

El paciente nos pregunta " que me van a hacer ", le indicamos que abra su boca para proseguir el tratamiento.

Procedemos a quitarle la gutapercha e introducimos una lima del No. 15 para sacar el excedente de hidroxido de calcio y sentir que la lima del Num. 35 penetre libremente, irrigamos con solución fisiológica.

El paciente no nos indica nada, sólo nos observa la cara, se realiza el secado de los conductos para tomar la conometría y tomar una radiografía.

Introducimos la punta maestra a la medida y tomamos la radiografía; después de que observamos que hay un

buen sellado se prepara el óxido de zinc y eugenol. Se lleva a los conductos primero con lima, y después con la punta maestra o cono único.

Se recortó la gutapercha y se colocó una bolita de algodón y después cavit, para hacer la restauración en una cita posterior.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 22 años, que ingresa al Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez ". por problemas de drogadicción e intento de suicidio.

Fue acompañado por su tía.

Las características vivenciales:

Este paciente convivía con drogadictos, se inyectaba todo lo relacionado con la heroína a corta edad fumaba marihuana, varias ocasiones perdió el conocimiento, no tiene padres, su madre falleció hace 4 meses, tiene sensaciones de voces que le molestan, dice que Dios habla con él.

Los datos clínicos psicopatológicos diagnosticaron lo siguiente:

Ideas delirantes

Delirio de grandeza

Ideas delirantes de persecución

Ideas delirantes de celos

La sintomatología lo acompaña de ansiedad no focalizada, ira, errores de juicio y conducta, esto es, catalogado como esquizofrenico paranoide.

Está bajo tratamiento con neurolepticos al comienzo fue Haldol 25, Akineton, Carbamacepina y Sinosan posteriormente fue la Risperidona, se encuentra en alerta surate.

El paciente llega a consulta por un dolor agudo refiriendo dolor en la zona de premolares inferiores y en la zona de molares superiores, dice que cuando come hay dolor, posteriormente permanece callado, su aspecto es como si estuviera dormido.

Se procede a realizar la percusión en las zonas que refiere el paciente que hay dolor, se localiza la molestia en el segundo premolar inferior derecho.

Se toma la radiografía de premolares inferiores, aquí el paciente detiene la radiografía, el tiene una actitud pacífica.

También observamos la sequedad de su boca.

Encontramos en la radiografía que el segundo premolar, la caries abarca hasta la cámara pulpar, el ligamento se encuentra ensanchado y hay una ligera rarefacción en la zona apical.

El paciente afirma que el cielo está rojo, parece que de momento no presenta ninguna reacción extrapiramidal pero si una alucinación.

Se diagnóstica una pulpitis irreversible que nos lleva a realizarle la pulpectomía, se aplican los métodos de protección ya mencionados, el paciente es anestesiado regionalmente con Prilocaína a una dosis de $\frac{1}{2}$ cartucho.

Se procede a realizar el acceso y localizar el conducto, posteriormente se toma la conductometría, el paciente tiene la mirada fija hacia la lámpara de la unidad y no cierra la boca si no se lo ordenamos.

Se aplicaron los medios de aislamiento absoluto, comenzamos a realizar el trabajo biomecánico con el instrumental previamente preparado, el anestésico actuó rápidamente.

Se realizó la conometría observando que existe un buen sellado, posteriormente para el sellado final se utilizó la técnica de condensación lateral usando óxido de zinc y eugenol.

Las reacciones a futuro quedaran determinadas por una radiografía de control que tomarán las Doctoras posteriormente.

CONCLUSIONES

Por razones médicas, tecnológicas y psicosociales, se observa un indeseable incremento del uso terapéutico y no terapéutico de fármacos, lo que aumenta las posibilidades de que el dentista pueda verse obligado más frecuentemente a atender y manejar pacientes con adicción a éstos. El tratamiento de estos pacientes demanda al Cirujano Dentista conocer las razones y manifestaciones psicológicas de pacientes adictos, así como las interacciones farmacológicas de medicamentos de uso común en Odontología con el tipo de fármaco usado.

La identificación de éstos, requiere de la habilidad del dentista para adentrarse en el problema de adicción junto con los especialistas psiquiátricos y médicos. El paciente además requiere de manejo especial en todas las etapas de la esquizofrenia, como son los pacientes con historia de esquizofrenia, pacientes en proceso de rehabilitación y consumidores activos.

Muchos de los fármacos se utilizan por vía IV o IM, aunque para gran parte de las intervenciones endodónticas basta con la vía oral, las demás vías sólo deben utilizarse cuando el clínico posea estudios de posgrado o suficiente experiencia hospitalaria, a causa de su posible peligro.

Cabe señalar que es muy importante valorar la morfología de los conductos, ya que de esto dependerá el éxito de la obturación.

Se presento en un caso clínico, la técnica de cono único, ya que fue la más conveniente debido a que los conductos presentaban una conicidad uniforme, aparte de que esta técnica es muy simple y rápida.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".
- 2.- Torres, Marco A., Castellanos José L., Manejo dental de pacientes Farmacodependientes. *Práctica Odontológica* vol. 11 Num. 1. 1990.
- 3.- Pichot, Pierre. *DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 1a Edición. Edit. Masson México, 1984.
- 4.- Guze, Barry. *Guía Farmacológica en Psiquiatría*. 1a. Edición. Edit. Wolfe. España 1993.
- 5.- F.J. Harty. *Endodoncia en la práctica clínica*, 1a. Edición. Edit. Manual Moderno. México 1993.
- 6.- Ingle, Beveridge. *Endodoncia*. 2a. Edición. Edit. Interamericana. México, 1980.
- 7.- Franklin S. Weine. *Terapéutica en Endodoncia*. 2a. Edición. Edit. Salvat. México, 1988.
- 8.- Fuentenebro, Filiberto. *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. 1a. Edición. Edit. Interamericana - McGraw-Hill. México, 1990.
- 9.- Louis. J. Grossman. *Manual Práctico de Endodoncia* Edit. Interamericana. México, 1991.

- 10.- *Freedman, M. Alfred. Compendio de Psiquiatría. 1a. Edición. Edit. Salvat. México, 1983.*
- 11.- *Avellanal, Ciro. Diccionario Odontológico. 1a. Edición. Edit. Mundi S.A.J.C. y F. Buenos Aires Argentina, 1982.*
- 12.- *Hellstrom, Ingrid. Anorexia / Bulimia Nervosa: Dental problems. Acta Psychiar Scand vol. 82 Num. 361 1990.*
- 13.- *Richard E. Walton ., M. Torabinejad. Endodoncia principios y práctica clínica. 1a. Edición. Edit. Interamericana. México, 1991.*
- 14.- *Cohen - Burns. Endodoncia los caminos de la pulpa. 5a. Edición. Edit. Panamericana. México 1993.*
- 15.- *Lasala, Angel. Endodoncia. 3a. Edición. Edit. Salvat Editores. México 1980.*