

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ESTOMATOLOGIA DE PACIENTES ESPECIALES**

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

AUTOR:

C.D. Juan Cesáreo Ayala Ocrospoma

ASESOR:

C.D. Lilia Molleapaza Palomino.

LIMA-PERÚ

2018

AGRADECIMIENTO

A mi familia y amigos, por enseñarme que la vida es hermosa y vivir el presente día a día.

A mi hermana Virginia por siempre escucharme y tenerme paciencia hoy mañana y siempre.

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE CON ALTERACIONES NEURO-PSIQUIÁTRICAS

INDICE

1. DESORDENES PSIOCOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS	4
1.1. Trastorno de ansiedad	4
1.1.1. Manejo Médico	4
1.1.2. Manifestaciones orales.....	5
1.1.3. Consideraciones estomatológicas	5
1.2. Trastorno depresivo.....	5
1.2.1. Manejo Médico	6
1.2.2. Manifestaciones orales.....	6
1.2.3. Consideraciones estomatológicas	6
1.3. Trastorno bipolar	6
1.3.1. Manejo Médico	7
1.3.2. Manifestaciones orales.....	7
1.3.3. Consideraciones estomatológicas	7
1.4. Trastornos de la conducta alimentaria	8
1.4.1. Manejo Médico	8
1.4.2. Manifestaciones orales.....	9
1.4.3. Consideraciones estomatológicas	9
1.5. Trastornos somatomorfos:.....	9
1.5.1. Manejo Médico	9
1.5.2. Manifestaciones orales.....	9
1.5.3. Consideraciones estomatológicas	10
1.6. Trastornos psicóticos	10
1.6.1. Manejo Médico	10
1.6.2. Manifestaciones orales.....	11
1.6.3. Consideraciones estomatológicas	11
1.7. Trastorno de abuso de sustancias	11
1.7.1. Manejo Médico	11
1.7.2. Manifestaciones orales.....	12
1.7.3. Consideraciones estomatológicas	12
2. TRASTORNOS NEUROMOTORES	13
2.1. Accidente cerebrovascular	13
2.1.1. Manejo Médico	13
2.1.2. Manifestaciones orales.....	14
2.1.3. Consideraciones estomatológicas	14
2.2. Enfermedad de Parkinson	15
2.2.1. Manejo Médico	15

2.2.2.	Manifestaciones orales.....	15
2.2.3.	Consideraciones estomatológicas	15
2.3.	Epilepsia.....	16
2.3.1.	Manejo Médico	16
2.3.2.	Manifestaciones orales.....	16
2.3.3.	Consideraciones estomatológicas	16
2.4.	Alzheimer	17
2.4.1.	Manejo Médico	17
2.4.2.	Manifestaciones orales.....	18
2.4.3.	Consideraciones estomatológicas	18
2.5.	Parálisis cerebral	18
2.5.1.	Manejo Médico	19
2.5.2.	Manifestaciones orales.....	19
2.5.3.	Consideraciones estomatológicas	19
3.	DESORDENES DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO.....	20
3.1.	Discapacidad intelectual	20
3.1.1.	Manejo Médico	20
3.1.2.	Manifestaciones orales.....	20
3.1.3.	Consideraciones estomatológicas	20
3.2.	Síndrome de Down	21
3.2.1.	Manejo Médico	21
3.2.2.	Manifestaciones orales.....	21
3.2.3.	Consideraciones estomatológicas	21
3.3.	Trastorno del espectro autista.....	22
3.3.1.	Manejo Médico	22
3.3.2.	Manifestaciones orales.....	22
3.3.3.	Consideraciones estomatológicas	23
3.4.	Desorden de déficit de atención e hiperactividad.....	23
3.4.1.	Manejo Médico	24
3.4.2.	Manifestaciones orales.....	24
3.4.3.	Consideraciones estomatológicas	24
ANEXOS	25
CUADRO N°1.....		26
CUADRO N°2.....		27
CUADRO N°3.....		28
CUADRO N°4.....		29
CUADRO N°5.....		30

CUADRO N°6.....	31
CUADRO N°7.....	32
CUADRO N°8.....	33
CUADRO N°9.....	34
CUADRO N°10	35
CUADRO N°11	36
CUADRO N°12	37
CUADRO N°13	38
CUADRO N°14	39
CUADRO N°15	40
CONCLUSIONES:.....	41
BIBLIOGRAFÍA:.....	42

RESUMEN

Las enfermedades neuropsiquiátricas, no solo comprenden aquellas alteraciones a nivel neurológico o cognitivo, sino también aquellas enfermedades que mezclan ambos campos, lo cual comienza a ser más común debido a la mayor supervivencia de pacientes que son afectados por estas patologías en diferentes etapas de vida, por lo cual muchas veces el cirujano dentista se verá en la necesidad de atender estos pacientes, el objetivo de este trabajo será documentar el concepto, manejo médico, repercusión y manejo estomatológico personalizado de las enfermedades neuropsiquiátricas más frecuentes.

Palabras clave: Enfermedades neuropsiquiátricas, manejo estomatológico, manifestaciones orales, consideraciones farmacológicas, consideraciones quirúrgicas.

ABSTRACT

Neuropsychiatric diseases not only include those alterations at neurological or cognitive level, but also those diseases that mix both fields, which begins to be more common due to the greater survival of patients who are affected by these pathologies in different stages of life, so many times the dental surgeon will be in need of attending these patients, the objective of this work will be to document the concept, medical management, repercussion and personalized stomatological management of the most frequent neuropsychiatric diseases.

Key words: Neuropsychiatric diseases, stomatological management, oral manifestations, pharmacological considerations, surgical considerations.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neuropsiquiátricas, abarcan enfermedades que afectan la estructura y desenvolviendo normal del sistema nervioso central y periférico, hasta enfermedades que afecten la psique del paciente, o una mezcla de ambas, la etiología tiende a ser múltiple, por lo tanto, también lo es el tratamiento médico y las repercusiones estomatológicas.

Actualmente estas enfermedades son responsables de una gran disminución en la calidad de vida de los afectados, ya sea en el primer o tercer mundo.

Afortunadamente la ciencia médica cuenta con múltiples tratamientos para poder controlar la patología neuropsiquiátrica o al menos controlar y limitar su daño.

Por lo cual muchas veces pacientes con estas enfermedades tienden a llevar una sobrevida y convivencia con su enfermedad hasta que esta se vuelva crónica, a la par con los efectos secundarios del tratamiento médico-farmacológico prolongado que se emplea para mantener a raya su enfermedad.

Muchos de estos fármacos tienden a repercutir de alguna manera en la cavidad oral, generalmente empeorando o complicación la salud bucodental.

Así mismo también los fármacos empleados en estos tratamientos tienen grandes interacciones con los fármacos empleados frecuentemente por el cirujano dentista (anestésicos locales, analgésicos, antibióticos).

Por lo cual se considera necesario recopilar los conceptos básicos sobre las enfermedades neuropsiquiátricas más comunes, tratamiento médico, repercusiones orales y manejo odontoestomatológico personalizado teniendo en cuenta cada enfermedad mencionada.

1. DESORDENES PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

Son enfermedades mentales que afectan el comportamiento humano, por lo cual requieren de un manejo multidisciplinario debido a su múltiple etiología (ya que puede tener un origen biológico, ambiental o mixto), además de presentar una morbilidad, en hospitales generales ya sea por la propia enfermedad, por sus enfermedades asociadas, manejo médico, y también por la dificultad que se tiene para tratarlos en el servicio de estomatología de manera integral.¹⁻³

1.1. Trastorno de ansiedad

La ansiedad es un mecanismo de defensa que se desencadena ante un estímulo, el cual permite tener al individuo en alerta para evitar que sea dañado ante un peligro inminente, en pequeñas dosis ayuda al crecimiento, adaptación a nuevas situaciones y autocontrol; cuando esta sensación se vuelve patológica (preocupación y temor por asuntos triviales) causa en el individuo una limitación funcional en su vida que se manifiesta de múltiples maneras (puede ser dolores en el pecho, sensación de ahogo, cefalea, abuso de sustancias, comportamientos anormales, etc.).¹⁻³

El origen de esta respuesta anormal está fundamentado bajo dos orígenes (biológicos y psicológicos).¹⁻³

Biológicos: Alteraciones en la producción de catecolaminas, aumento de descargas neuronales eléctricas, alteraciones metabólicas, e hipersensibilidad de los receptores de dióxido de carbono.¹⁻³

Psicológicos: Un conflicto con el ego, eventos de separación traumáticos, aprendizaje de comportamiento, malinterpretación cognitiva.¹⁻³

Actualmente en el Manual de trastorno estadístico de enfermedades mentales V (DSM-5) se encuentran 5 enfermedades agrupadas en este diagnóstico:¹⁻³

- Trastorno de ansiedad por separación.
- Mutismo selectivo.
- Fobia específica.
- Trastorno de ansiedad Social.
- Trastornos de angustia.
- Agorafobia.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de ansiedad inducida por fármacos.
- Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica.
- Trastorno de ansiedad especificado.
- Trastorno de ansiedad No especificado.

La diferencia entre trastornos de ansiedad especificado y no especificado, radica en que el primero se usa cuando no entra en ninguna de las otras clasificaciones, pero se especifica el porqué, mientras que en la segunda no se especifica porque este diagnóstico solo se emplea en casos de emergencia/urgencia.¹⁻³

Los trastornos de angustia y ansiedad generalizada son los que se presentan frecuentemente en la consulta odontoestomatológica.¹

1.1.1. Manejo Médico

Debido a su origen multifactorial, se debe bloquear las manifestaciones psicológicas de la angustia y ansiedad, con tratamiento farmacológico además de apoyo terapéutico.¹⁻³

Muchas veces esta enfermedad pasa por un periodo subclínico debido sobre todo a la subestimación que el paciente tiene sobre su patología, lo cual eventualmente comienza a acumular diferentes manifestaciones somáticas (dolor de cabeza, taquicardia, disnea, contracciones musculares involuntarias).¹⁻³

Se especifica los medicamentos empleados en los trastornos de ansiedad en el CUADRO N°1.

1.1.2. Manifestaciones orales

Generalmente por el empleo de benzodiazepinas el paciente cursa con cuadros crónicos de hiposalivación y sus consecuencias (enfermedades periodontales y caries dental de preferencia cervical), los cuales pueden estar agravados por el cuadro ansiedad ya que el paciente puede manifestar parafunciones (bruxismos) y descuido personal durante las crisis prolongadas de ansiedad (recordando que la ansiedad suele tener un curso crónico).¹⁻⁵

Los pacientes que sufren de ansiedad suelen abusar de sustancias entre ellas tabaco y alcohol, lo cual esta reportado que se manifiestan por medio de cuadros de erosión dental, y en casos más severos atrofia de mucosas y estomatitis nicotínica.⁴

No se ha documentado que la ansiedad produzca enfermedad periodontal, sin embargo, si esta se presentara de manera secundaria por tratamiento farmacológico, habrá un peor pronóstico en comparación con un paciente sano.⁴

La pérdida de dientes ocasionada por enfermedad bucal suele afectar aún más al paciente con trastorno de ansiedad, debido a la sensación de enfermedad que podría sentir el paciente cuando se alteran las algunas funciones del sistema estomatognático (habla, estética, masticación), debido a enfermedades orales.⁴

1.1.3. Consideraciones estomatológicas

Dependiendo del grado de ansiedad, el paciente podría tener una visión “catastrófica” del tratamiento dental, de ser así se recomienda interconsulta con el especialista para modificar la farmacoterapia lo cual mejora la adherencia al tratamiento, se debe informar al paciente sobre las expectativas reales del tratamiento, y siempre debe hacerse acompañado de un familiar, ya que muchas veces el paciente pudiera no tener satisfechas sus expectativas por lo cual el acompañante permitirá facilitar la comprensión del tratamiento odontológico a realizar. Nunca olvidar que se debe emplear en todo momento el consentimiento informado.¹⁻³

Muchas veces será necesario emplear diferentes técnicas de manejo de conducta (decir-mostrar-hacer, refuerzo positivo, etc.), se ha demostrado que la respiración diafragmática profunda también suele ser un método efectivo para controlar la ansiedad durante el tratamiento odontológico.⁶

No existe evidencia de que el empleo de anestésicos locales desencadene un cuadro de ansiedad en estos pacientes, aun bajo tratamiento ansiolítico, sin embargo, si emplean betabloqueadores no cardiosselectivos como propanolol debería tenerse en cuenta la regulación de la dosis del anestésico local de adrenalina con epinefrina (1:80.000) a dos cartuchos máximo en un paciente de 70 kilos, realizar el procedimiento anestésico lo más lento y atraumático posible.¹⁻³

En caso de consumidores crónicos de fármacos se recomienda al menos solicitar una biométrica hemática por el riesgo de poseer discrasias sanguíneas que pudieran complicar procedimientos quirúrgicos orales.¹

1.2. Trastorno depresivo

La depresión se caracteriza por una pérdida del estado de ánimo, el cual va acompañado con la incapacidad de experimentar placer o autoestima que altera la conducta del individuo; a diferencia de un individuo con ánimo estable el individuo deprimido no podrá controlar su estado de ánimo y este permanecerá en declive (generalmente más de 2 semanas).^{1,2}

Existe un origen multifactorial del trastorno depresivo que puede ser tanto genético (alteraciones en la secreción producción o asimilación de la noradrenalina y serotonina) como psicosocial (como el stress crónico que se cree que puede cambiar la biología cerebral).³

Existen muchos tipos de depresión:³

- Trastorno depresivo mayor único.
- Trastorno depresivo mayor recidivante
- Trastorno distímico.
- Trastorno depresivo no especificado.

El más importante y frecuente para el cirujano dentista es el trastorno depresivo mayor (en cualquiera de sus tipos).³

Muchas veces el cuadro tiende a ser crónico, con altas recidivas, y con mal pronóstico si está asociada a otra enfermedad neuropsiquiátrica (ejemplo ansiedad).³

1.2.1. Manejo Médico

El paciente con depresión suele tener un manejo farmacológico y psicológico, por el cual es fundamental tener en cuenta un plan a largo plazo debido a las altas tasas de recaídas, CUADRO N°2.^{1,3,7}

Como se puede verificar en el CUADRO N°3, existen diferentes fármacos que se pueden emplear en el tratamiento de la depresión, sin embargo, cabe recalcar que el tratamiento a ser largo no se inicia con la dosis convencional, sino que se inicia de manera escalonada hasta encontrara el efecto deseado con una dosis terapéutica tolerables, ya que muchos de estos fármacos tienen efectos secundarios (arritmia, trastornos hematológicos, alteraciones en la presión arterial, etc.).^{1,7}

1.2.2. Manifestaciones orales

El cuadro de depresión exagera los cuadros orales previamente instalados debido a la falta de autocuidado que tiene el paciente sobre su salud (existen estudios donde se demuestra que el cuadro de depresión aumenta la posibilidad de pérdida de pieza dentales en la edad adulta, mas no en adulto mayor); en su mayoría los antidepresivos tricíclicos suelen causar cuadros de hiposalivación y xerostomía asociada a queilitis angular.^{1,2,8}

1.2.3. Consideraciones estomatológicas

Se debe vigilar el estado en que se encuentra el paciente al momento de atención, ya que si este se encuentra en un estado muy descompensado no tendrá la voluntad de seguir el tratamiento dental electivo y por ende aumentara el riesgo de complicaciones, si se llegara a emplear antidepresivos tricíclicos algunos autores sugieren restringir el empleo de anestésicos locales con vasoconstrictor debido al riesgo de generar un cuadro de HTA, sin embargo otro autores sugieren que podría emplearse vasoconstrictor en dosis de 1:80.000 con un máximo de 2 cartuchos de 1.8ml con inyección lenta.^{1-3,7}

Debido al empleo crónico de antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la recaptación de serotonina, es aconsejable solicitar al menos el tiempo de sangría ya que la hemostasia primaria esta alterada (inhibición de la agregación plaquetaria).⁷

1.3. Trastorno bipolar

Es una alteración de los estados de ánimo, se caracteriza por episodios de depresión y manía o hipomanía, puede ser incluso con intermitencia de horas, días, meses, suele asociarse a otros trastornos psiquiátricos.¹⁻³

Su origen es multifactorial, que se centra principalmente en 3 ejes (Molecular, celular, conductual) el cual podría explicar los diferentes grados de severidad y presentación de este trastorno.^{1,3}

Durante los cuadros de depresión se pueden presentar los siguientes síntomas:¹

- Desinterés.
- Irritabilidad.
- Alteraciones del apetito.
- Ataxia.
- Dificultad para concentrarse.

- Culpa.
- Tristeza.
- Conductas autodestructivas.

Durante los cuadros de Manía se pueden presentar los siguientes síntomas:¹

- Hiperactividad.
- Irritabilidad.
- Insomnio.
- Verborrea.
- Conductas de riesgo.
- Sobrecarga cognitiva.

Generalmente hay un aumento de crisis de manía o hipomanía en la juventud, ya entrando a la adultez se ve una mayor frecuencia a las crisis depresivas.²

1.3.1. Manejo Médico

Multidisciplinario, en el cual se da prioridad al farmacológico y terapia cognitiva conductual, sin embargo, suele cambiar según el cuadro en el que se encuentre el paciente (manía/hipomanía-depresión), el cual muchas veces indica que el paciente reciba un monitoreo constante hasta encontrar a frecuencia y desencadenante de estos cambios.^{1,2}

De los múltiples fármacos menciones en el CUADRO N°4 el que más frecuentemente se usa es el litio, el cual debe ser monitorizado por los efectos neurológicos negativos (temblores, vértigo, confusión. Nausea, dolor de cabeza) cuando sus concentraciones séricas son mayores a 2.5 mEQ/L.^{1,2}

1.3.2. Manifestaciones orales

Similares a los pacientes que cursan con depresión (en sus estados depresivos) e hiperactividad (en sus estados de manía), sin embargo, el tratamiento con risperidona y litio suele provocar hiposalivación con estomatitis generalizada, el empleo crónico de valproato aumenta la posibilidad de hiperplasia gingival secundaria factores locales (mala higiene que estará presente en los cuadros de depresión).^{1,7,9}

Existe evidencia circunstancial que el abandono de la terapia farmacológica para el trastorno de bipolaridad podría causar dolor odontogénico temporal como parte de un síndrome de abstinencia (si es que no existieran otras causas para el dolor odontogénico).¹⁰

1.3.3. Consideraciones estomatológicas

En cuadros de depresión se pueden exacerbar las patologías bucales por la indiferencia que tiene el paciente respecto a su higiene, así como por su falta de colaboración y adherencia a cualquier tratamiento electivo.^{1,7}

Si el paciente se encuentra tomando ziprazidona evitar emplear quinolonas (ciprofloxacino), ya que aumenta el efecto terapéutico de la ziprazidona hasta llevarlo a niveles tóxicos.^{1,7}

Se contraindica el uso de tetraciclina y metronidazol pues disminuyen el efecto terapéutico del litio.⁹

Evitarse el empleo de aines a largo en plazo en este tipo de paciente (<3 días), ya que es posible que se presente algún grado leve de discrasia sanguínea secundaria a fármacos empleados para el tratamiento del trastorno bipolar (el cual pudiera complicarse al emplearse aines), además los aines disminuyen el nivel de plasma del litio a <50%.⁹

Debido a que son consumidores crónicos de fármacos, solicitar biométrica hemática antes de procedimientos quirúrgicos orales debido sobre todo al riesgo de trombocitopenia en paciente que consumen valproato.^{1,7,9}

1.4. Trastornos de la conducta alimentaria

Desde el inicio de la humanidad existen trastornos de conducta alimentaria de diferente índole, en el DMS 5 se encuentran los siguientes diagnósticos:^{2,3,11}

- Anorexia nerviosa: el paciente voluntariamente restringe de manera severa la ingesta de alimentos, con las subsecuentes consecuencias médicas.^{2,3,11}
- Bulimia nerviosa: es donde el paciente tiene episodios de ingesta compulsiva de alimentos (atración) seguido de periodos de (compensación) en donde se realizará actividades para evitar que este comportamiento repercuta en el peso del cuerpo, ya sea con vómitos, ejercicio excesivo, laxantes, o diuréticos.^{2,3,11}
- Trastornos de conducta alimentario no Especificados: generalmente son cuadros de anorexia o bulimia nerviosa en sus primeras etapas, o por el contrario cuando la patología se encuentra en remisión clínica.^{2,3,11}
- Pica: es cuando el paciente tiene deseo de ingerir sustancias que no son nutritivas (tierra, bicarbonato, tiza, pegamento, etc.).^{2,3,11}
- Rumiación: es cuando el paciente regurgita el alimento para volverlo a ingerir.
- Trastorno por atración: Es cuando el paciente consume grandes cantidades de comida y siente que ha perdido el autocontrol durante el atración, que luego se acompaña de ansiedad y depresión.^{2,3,11}
- Trastorno evitativo restringido por ingesta: Se caracteriza por la baja ingesta de alimento o evitar cierto tipo de alimentos.^{2,3,11}

La causa de estos desordenes aun es desconocida, aunque se sospecha que la herencia es un factor fundamental, así como disfunciones en la estructura cerebral, además de factores psicológicos (ambiente, educación, cultura), la baja autoestima también ha demostrado ser un factor predisponente en estas enfermedades.^{2,3}

Los pacientes con trastornos de conducta alimentaria suelen tener una percepción errónea de su propio cuerpo, así como miedo y preocupación sobre sus cambios corporales, muchas veces el cuadro de descompensación que cursan sus cuerpos por la enfermedad puede llevar a serias complicaciones (anemia crónica, desnutrición crónica, trastornos electrolíticos, edema, gastritis o úlcera péptica, fatiga crónica, amenorrea, etc.).^{2,3}

1.4.1. Manejo Médico

El manejo es interdisciplinario, si bien se puede emplear fármacos antidepresivos para mejorar el cuadro, la terapia cognitiva conductual y psicoterapia suelen ser la piedra angular para mejorar el cuadro clínico en estos pacientes.^{2,3}

1.4.2. Manifestaciones orales

Es frecuente encontrar queilitis angular, erosión de la mucosa y tejidos duros orales por los cuadros de bulimia asociada a vomito; la lengua lisa o depapilada también es frecuente debido a los cuadros de anemia crónica; estos signos bucales asociados a otros signos clínicos (pérdida de peso, cabello, fatiga, etc.), son criterios de interconsulta especializada para descartar algún trastorno de conducta alimentaria alimentación (si es que el paciente no cuenta con el diagnóstico al momento de la evaluación).^{2,3,11,12}

1.4.3. Consideraciones estomatológicas

En primer lugar tener en cuenta medidas preventivas en pacientes con estos trastornos debido a los desequilibrios del pH oral por sus conductas alimentarias, las restauraciones deben ser de ionómero de vidrio por su capacidad de liberar flúor, en caso de que el paciente manifieste complicaciones sistémicas por su cuadro (taquicardia, anemia crónica, enfermedad renal, cefalea intensa) se pospone tratamiento electivo; se solicita biométrica hemática en caso de anemia para evaluar la severidad de la anemia que pudiera contraindicar el tratamiento electivo <10.¹⁻⁷

1.5. Trastornos somatomorfos:

Las personas con trastornos somatomorfos, tienen manifestaciones clínicas de alguna enfermedad (síntomas), pero sin causa medica cuantificable; estas molestias están exacerbadas por factores psicológicos inconscientes que presenta el paciente. En el CUADRO N°5 se detallan los diferentes tipos de trastornos somatomorfos y semejantes, así como sus características principales.^{2,3}

A pesar de ser diferentes como se evidencia en el CUADRO N°5 todos los trastornos somatomorfos comparten las siguientes características:^{2,3}

- No se encuentra la lesión o patología que pudiera ser la causa del síntoma.
- El síntoma está asociado a una causa emocional.
- El síntoma no es peligroso para el paciente.
- El desorden es un mecanismo de defensa para disminuir los niveles de ansiedad del paciente.

La etiología de estas enfermedades no es orgánica sino psicológica, por ello generalmente el paciente con trastorno somatomorfo presenta otras enfermedades psiquiátricas (ansiedad, depresión, bipolaridad) las cuales son la causa y severidad de las molestias clínicas, el ejemplo más frecuente es en pacientes que han tenido experiencias traumáticas en algún momento de su vida, pero el paciente se niega a aceptarlo o reprimen el evento, lo cual genera stress y a su vez este stress puede manifestarse con síntomas orgánicos (dolor de pecho, cefalea, diarrea, náuseas, etc.).^{2,3}

1.5.1. Manejo Médico

El tratamiento de pacientes con trastornos somatomorfos a menudo requiere múltiples modalidades terapéuticas, incluyendo psicoterapia y terapia farmacológica en relación a la severidad de la enfermedad que presenta (ansiedad, depresión y estrés).^{2,3}

1.5.2. Manifestaciones orales

Son similares a las que presentaría un paciente con ansiedad o depresión que recibe tratamiento farmacológico (si es que la enfermedad de fondo lo requiriera) la cuales se mencionaron con anterioridad en los temas de trastorno de ansiedad y depresión, sin embargo, el paciente con trastorno somatomorfo también puede presentar síntomas propios de la enfermedad, las cuales son:^{2,3}

- Lengua ardiente.
- Lengua dolorosa.
- Sensación de palpitaciones en tejidos orales.
- Dolor orofacial

1.5.3. Consideraciones estomatológicas

Serán similares a las que presentaría un paciente con ansiedad o depresión que recibe tratamiento farmacológico (si es que la enfermedad de fondo lo requiriera) la cuales se mencionaron con anterioridad en los temas de trastorno de ansiedad y depresión, sin embargo, como se mencionó anteriormente un paciente con trastorno somatomorfo también presentara síntomas orales propios de su enfermedad, los cuales deben ser evaluados bajo los siguientes criterios:^{2,3}

- Se debe buscar una causa patología oral a los síntomas orales.
- Se debe tener en cuenta el tiempo que se presenta el síntoma y su evolución, ya que en condiciones patológicas normales los síntomas orales suelen evolucionar hacia la enfermedad oral propiamente dicha.
- Se debe buscar que el síntoma mencionado tenga concordancia con la anatomía bucal.
- Se debe descartar cualquier patología sistémica o causa farmacológica que pudiera causar el síntoma.

Una vez hecho la evaluación y descartado que existe un verdadero origen orgánico de los síntomas orales, se deberá referir al paciente con su médico tratante para que modifique o inicie la terapia necesaria para lidiar con la enfermedad de fondo que presenta el paciente (ansiedad, depresión, etc.), siempre explicando al paciente y a su acompañante (el paciente siempre debe acudir con un acompañante) que no existe un origen orgánico de la enfermedad y por ende se deberá sospechar que es una manifestación del trastorno somatomorfo.^{2,3}

No se debe por ningún método dar tratamiento (como endodoncia, extracción dental, operatoria dental, etc.) a estas manifestaciones orales si no se encuentra causa orgánica (lesiones pulpares, lesiones cariosas, procesos infecciosos orales, etc.); ya que el paciente no tendrá mejora clínica de sus síntomas y a su vez el cirujano dentista asistencial podría entrometerse en problemas legales.^{2,3}

Aun cuando se sospeche que los síntomas orales son de origen somatomorfo, se debe evaluar de manera periódica al paciente para observar si estos síntomas realmente evolucionan a una patología oral identificable o, por el contrario, el síntoma se mantiene con el tiempo o hasta remite por un éxito del tratamiento médico.^{2,3}

1.6. Trastornos psicóticos

Es cuando una persona presenta un grave deterioro de la evaluación de la realidad; La esquizofrenia en todas sus presentaciones y la psicosis breve secundaria por fármacos, son las más frecuentes.^{2,3}

En el CUADRO N°6 se puede ver la etiología de los diferentes síndromes psicóticos.

Las alucinaciones se presentan en diversas modalidades sensoriales (táctiles, auditivas, olfatorias, visuales), siendo las auditivas y visuales las más peligrosas porque el individuo puede escuchar ordenes de atentar contra su integridad y a los demás (lo cual indica un trastorno grave).^{2,3}

1.6.1. Manejo Médico

Generalmente el paciente que presenta los síntomas de trastornos psicóticos se interna de emergencia para el control de su cuadro, debido sobre todo al peligro a que se exponen ellos y su entorno.^{1,7}

El tratamiento farmacológico mejora la calidad de vida del paciente, coadyuvado del tratamiento psicológico, en el cual se emplean antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la Monoamina oxidasa como primera elección; los inhibidores de recaptación de serotonina, los antidepresivos no tricíclicos, y los estabilizadores del ánimo son una segunda alternativa de tratamiento, la lista total de fármacos a emplear frecuentemente se muestra en el CUADRO N°7.^{2,3}

1.6.2. Manifestaciones orales

Se debe tener en cuenta de que suelen ser secundaria a los fármacos (hiposalivación, xerostomía) aunque también pueden ser primarias debido a la autolesión presente en los trastornos psicóticos (trauma de mucosas).^{2,3}

Todo paciente con esquizofrenia tendrá una mayor morbilidad de la patología oral preexistente a su enfermedad, sin embargo, existe evidencia de que la monoterapia con antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia tiene menor repercusión oral negativa (pérdida de piezas dentales, caries dental, enfermedad periodontal, etc.) que cualquier otro esquema terapéutico.^{13,14}

1.6.3. Consideraciones estomatológicas

No todos los fármacos contraindican el empleo de vasoconstrictores, por ejemplo, los antidepresivos tricíclicos no lo contraindican solo limitan la cantidad de anestésico local, como se puede evidenciar en el CUADRO N°7.^{1,7}

La clozapina como antipsicótico de segunda elección requiere que se solicite biométrica hemática para evaluar los cuadros de neutropenia que podría presentar, el cual contraindica tratamiento electivo.^{1,7}

Otros antipsicóticos produce efectos extrapiramidales (problemas de coordinación muscular), así que limitan mucho la higiene bucal del paciente, por lo cual se recomienda el empleo de cepillos dentales rotatorios eléctricos; a su vez no se contraindica el empleo de anestésicos locales con vasoconstrictor solo se limita su uso, CUADRO N°6.^{1-3,7}

Causar estrés mínimo al paciente, ya que existe evidencia de que el paciente pueda sufrir un cuadro psicótico durante el tratamiento por estrés, el riesgo es mínimo en pacientes que consumen aripiprazol y valproato.¹⁵

1.7. Trastorno de abuso de sustancias

Actualmente el consumo de sustancias lícitas e ilícitas de manera recreacional, experimental, o para aliviar síntomas o situaciones ha dado lugar a nuevas adicciones de las ya conocidas debido a la dependencia que muchas de estas sustancias producen.¹⁻³

Estas sustancias tienden a afectar el sistema nervioso central, creando la triada de la adicción de sustancias en relación a tiempo de exposición (tolerancia, dependencia, abstinencia).¹⁻³

La adicción tiene un aspecto complejo porque en ella influyen múltiples factores (tipo de sustancia, genética de la persona, ambiente y motivo de consumo de la sustancia).¹⁻³

El abuso de sustancias no se considera una adicción, aunque se consume la sustancia de manera excesiva más allá de algún fin terapéutico, no genera otros factores de la triada (tolerancia, dependencia y abstinencia).¹⁻³

En el CUADRO N°8 se podrá visualizar las diferencias más importantes entre abuso de sustancias y adicción/dependencia.^{2,3}

Las sustancias que se consideran frecuentemente en la lista de abuso/adicción:¹⁻³

- Cocaína
- Marihuana.
- Alcohol.
- Opioides.
- Metanfetaminas.
- Tabaco.

1.7.1. Manejo Médico

Puede ser ambulatorio o hospitalario dependiendo de la sustancia, en medida general los pacientes que solo cursan con cuadros de abuso no requieren hospitalización, sin embargo

aquellos que ya generaron adicción (dependencia) si requiere periodos de internamiento Médico por el riesgo que conlleva la supresión de la ingestión de la sustancia que creó la dependencia, así como el alto riesgo de recaída, en donde se podrá brindar terapia farmacológica para poder mitigar los síntomas de dependencia (benzodiazepinas, naltrexona) hasta que el individuo complete el proceso de desintoxicación, tras lo cual se puede considerar e iniciar la reinserción del individuo en la sociedad.¹⁻³

1.7.2. Manifestaciones orales

Se mencionan las manifestaciones más frecuentes:¹⁻³

- Cocaína: Enfermedad periodontal, atrofia de mucosas, ulceraciones palatinas (en casos severos), presencia de caries rampante.
- Marihuana: xerostomía, pigmentaciones cannábicas, enfermedad periodontal.
- Alcohol: enfermedad periodontal, sangrado gingival, inflamación de mucosa y lengua.
- Opioides: Xerostomía, Gingivitis ulcero necrotizante, enfermedad periodontal, pérdida prematura de piezas dentales.
- Metanfetaminas: caries rampante (boca de metanfetamina), periodontitis, xerostomía, pérdida prematura de piezas dentales.
- Tabaco: Halitosis, pérdida de dientes, manchas de tabaco en tejidos dentales duros, lengua pilosa, glositis romboidal media, ulceraciones nicotínicas y estomatitis nicotínica.

Todo paciente que abuse de sustancias tendrá alta morbilidad oral (enfermedad periodontal y caries dental, etc.^{16,17}

1.7.3. Consideraciones estomatológicas

No se debe iniciar tratamiento electivo si el paciente estos bajos efectos de alguna sustancia ilícita o en sobreuso; indicar que, de continuar con el consumo de la sustancia, el tratamiento tiene un alto índice de fracaso, y se pueden manifestar serias complicaciones (sobre todo en el área quirúrgica).^{1,2,3}

En pacientes que consumen marihuana está contraindicado el tratamiento electivo debido a los efectos taquicárdicos e hipotensivos del cannabinoide, hasta la suspensión de la ingesta por lo menos en 24 horas.¹⁻³

Para pacientes que consumen cocaína y metanfetamina evitar emplear anestésicos locales al menos 24 horas después de su última exposición, debido al riesgo de crisis hipertensivas.^{1,2,3}

Los pacientes con alcoholismo podrían tener algún grado de discrasia sanguínea por lo cual se recomienda solicitar biométrica hemática y perfil de coagulación en estos pacientes.¹⁻³

Evitar fármacos opioides en personas que tengan antecedentes o presenten abusos de estas sustancias; emplear AINES (antiinflamatorios no esteroideos) de preferencia.^{1,2,3}

En caso de pacientes fumadores recalcar la importancia que tiene dejar el hábito sobre todo en heridas post quirúrgicas.^{1,2,3}

2. TRASTORNOS NEUROMOTORES

Son enfermedades que afectan el sistema nervioso central y periférico, las cuales pueden comprometer diferentes partes de este (cerebro, medula espinal, sistema nervioso autónomo, placa neuromotoras, etc.).^{1-3,7}

Estas enfermedades suelen atacar el desenvolvimiento motor del individuo y en muchos casos también su capacidad cognitiva o ambas según la evolución natural de la enfermedad.^{1,2}

2.1. Accidente cerebrovascular

Son enfermedades en las cuales se compromete el sistema vascular del cerebro. El cual, dependiendo del tiempo, etiología y causa puede ser imperceptible o dejar secuelas marcadas de manera permanente.^{1,2}

Pueden ser de 2 tipos:^{1,2}

- Isquémico: en el cual por diversos motivos un vaso sanguíneo que irriga un sector del cerebro, es obstruido y por ende este sector tiende a sufrir en cuestión de minutos un evento de necrosis con la subsecuente secuela o letalidad según el área afectada.
- Hemorrágico: en el cual por diversos motivos un vaso sanguíneo sufre una ruptura, por ende, el tejido que era irrigado sufre un proceso de necrosis, pero a su vez el acumulo de sangre en el cráneo tiende a aumentar la presión intracraneal por ende compromete toda la integridad de la masa encefálica lo que eventualmente podría llevar a secuelas y mortalidad con más facilidad que un accidente isquémico.

Existen 2 tipos de factores que predisponen al accidente cerebrovascular (ACV):^{1,2}

- No modificables:
 - Edad.
 - Género.
 - Antecedente familiar de accidente cerebrovascular.
- Modificables:
 - Hipertensión arterial (HTA)
 - Diabetes mellitus (DM)
 - Tabaquismo
 - Alcoholismo
 - Cardiopatías
 - Hipercolesterolemia
 - Sedentarismo
 - Obesidad.

Dependiendo del área afectada por el accidente pueden existir leves secuelas (alteraciones en la marcha, coordinación mano-ojo, alteraciones del habla, alteraciones gustativas, alteraciones sensoriales etc.) secuelas más severas (hemiplejía, parálisis facial, trastornos cognitivos, etc.).^{1,2}

En el CUADRO N°9 se evidencia las diferencias clínicas, según el hemisferio cerebral afectado durante el accidente cerebrovascular.

Actualmente existe evidencia que asocia la enfermedad periodontal, en especial la presencia de placa dura, a una mayor probabilidad de accidente cerebrovascular isquémico, esto se debe a la formación de trombos que predispone el cuadro inflamatorio crónico periodontal.¹⁸

2.1.1. Manejo Médico

Una vez diagnosticado el evento, los objetivos serán, limitar y revertir el daño encefálico; en muchos casos se buscan la desoclusión de la arteria afectada, lo cual puede tratarse mediante la oxigenación de la zona afectada, así como drenaje del contenido hemorrágico de la cavidad craneana.^{1,2}

Una vez estabilizado el paciente, deberá iniciar fisioterapia para lidiar con las secuelas del accidente cerebrovascular, así como terapia preventiva para evitar nuevos episodios, para lo cual generalmente se emplean anticoagulantes y antiplaquetarios, los más comúnmente utilizados son la warfarina y aspirina; además de eliminar o controlar los factores que influye en la aparición de nuevos episodios.^{1,2}

2.1.2. Manifestaciones orales

El ACV no produce manifestaciones orales propiamente dichas, sin embargo, las secuelas que podría sufrir el paciente exacerban la patología oral presente, el tratamiento farmacológico al ser empleado de manera crónica, si impacta en la cavidad bucal.^{1,2}

El nifedipino empleado en el control de la hipertensión arterial (HTA) asociado a factores locales produce hiperplasia gingival; el empleo de propanolol e hidralazina pueden producir parestesias faciales de diversa índole; un paciente sobreanticoagulado (INR ≥ 4) puede manifestar petequias orales y sangrado espontáneo no asociado a plaga a nivel gingival.^{1,2}

Si el paciente tiene un compromiso motor severo, todas las patologías orales tendrán una mayor morbilidad (presencia de placa dura, enfermedad periodontal agresiva, caries dental de ubicación cervical, etc.).¹⁹

2.1.3. Consideraciones estomatológicas

Es complejo debido a que generalmente no presenta una sola patología, esto es porque el ACV es consecuencia de una serie de factores que causaron la enfermedad (HTA, DM, etc.), por lo cual se solicita de preferencia evaluación por su médico tratante para corroborar el control adecuado de las comorbilidades; si estas no se encuentran controlada solo se podrá llevar tratamiento de urgencia en medios hospitalarios.¹⁻³

Tener en cuenta de que muchas veces los pacientes con ACV controlados y sin secuelas o con leves secuelas podrán recibir un tratamiento dental electivo sin grandes modificaciones, sin embargo, un paciente con ACV controlado con secuelas moderadas o severas tendrá que sufrir modificaciones en plan de tratamiento en donde se le dará más prioridad a la funcionalidad que la estética.¹⁻³

En pacientes con HTA no se debe sobrepasar durante la consulta presiones arteriales de 160/100 mmHg, y si hubiera signos de alarma con estos rangos o menores (dolor de pecho, taquicardia, dolor de cabeza, mareos, etc.) suspender el tratamiento y brindar asistencia médica de inmediato por riesgo de crisis hipertensiva.¹⁻³

En pacientes que presenten DM, se exigen un control de hemoglobina glicosilada menor a 8% o controles preprandiales de <130 mg/dl y postprandiales <180 mg/dl; de caso contrario se referirán para tratamiento de urgencia en medio hospitalario por alto riesgo hemorrágico e infeccioso para procedimientos quirúrgicos.¹⁻³

En pacientes con secuelas neurológicas severas en cuales su higiene bucal no pueda ser correctamente realizada, indicar el empleo de cepillos rotarios eléctricos por el paciente o en casos muy severos por el cuidador responsable, así como control estomatológico mensual para medidas preventivas.¹⁻³

Si el paciente recibe antiagregación por aspirina no se indica suspenderlo, pero sí en cambio recibe anticoagulación por warfarina se debe vigilar los niveles de INR (Internacional Normalized Ratio) los cuales no deben ser mayores de 2.5 para poder realizar cirugía bucal electiva, si el paciente presenta anticoagulación y antiagregación mutuas, se realizará una interconsulta al médico tratante para la suspensión de alguno de los 2 métodos antes del procedimiento quirúrgico.¹⁻³

Se considera que el cirujano dentista puede emplear 2 cartuchos de anestésico local con vasoconstrictor de 1.8ml en dosis de 1:80.000 en pacientes con ACV controlado, sin embargo,

algunos fármacos podrían limitar o contraindicar su empleo (betabloqueadores no cardioselectivos, antidepresivos tricíclicos, etc.); en este caso se consideraría mepivacaina al 3% o prilocaina al 3% con felipresina.^{1-3,7}

2.2. Enfermedad de Parkinson

Desorden degenerativo que afecta a las neuronas que producen dopamina, con la cual estas disminuyen la cantidad de dopamina sintetizada, esto a su vez afecta paulatinamente la capacidad motora del paciente (bradicinesia, temblor muscular, rigidez, inestabilidad postural y de marcha), estas neuronas que se ubican dentro de la sustancia negra del cerebro, presentan una disminución en la producción de dopamina ante la presencia de cualquiera de estos síntomas, y la pérdida suele ser mayor conforme pasa el tiempo por ser una enfermedad crónica degenerativa.¹⁻³

Su etiología suele ser multifactorial, sin embargo, el parkinsonismo primario suele ser a causa de la degeneración propia de la edad con cierto componente genético determinante; en cambio el parkinsonismo secundario puede deberse a otras causas (traumatismo encéfalo craneano, neurosífilis).¹⁻³

Existe evidencia controversial entre el parkinson y la enfermedad periodontal, se hipotetiza que la inflamación crónica de la enfermedad periodontal podría incidir en el aumento de incidencia y evolución del Parkinson.^{20,21}

En su evolución natural la enfermedad degenera las capacidades neuromotoras del paciente hasta finalmente limitar totalmente al paciente en su autonomía, a su vez en estados avanzados la cognición también se ve afectada por el proceso degenerativo.¹⁻³

2.2.1. Manejo Médico

Se encamina a mantener la calidad de vida del paciente, limitar la progresión de la enfermedad, y evitar la mayoría de complicaciones por el consumo crónico de fármacos, el fármaco más empleados son los agonistas dopaminérgicos (simulan el efecto de la dopamina), inhibidores de la Monoamino oxidasa-B (evita la degradación de la dopamina), levodopa (precursor de la dopamina y el fármaco más eficaz para el tratamiento actual) e inhibidores de COMT (inhibidores de la catecol-O-metiltransferasa) como la entacapona y la tolcapona son una opción más para intensificar los efectos de la levodopa.¹⁻³

En caso de tratar los cuadros de depresión se emplean antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), así como anticolinérgicos para controlar el temblor involuntario.¹⁻³

Existe la alternativa de estimular por descargas eléctricas del núcleo subtalámico colocando un sistema electrónico mediante una cirugía realizada por un cirujano experimentado.¹⁻³

2.2.2. Manifestaciones orales

Muchos fármacos empleados producen hiposalivación (antidepresivos tricíclicos, anticolinérgicos) se puede presentar síndrome de boca ardorosa, así como dolor temporomandibular por los temblores y rigidez presentes en estos pacientes, el bruxismo también es presente ya sea como efecto de los temblores voluntarios por la enfermedad o por consumo crónico de levodopa.^{1,7,22}

2.2.3. Consideraciones estomatológicas

Debe tenerse en cuenta la dificultad para la adherencia en estos pacientes debido sobre todo a la ansiedad y limitación funcional que suelen presentar, ya que se puede causar iatrogenia durante el acto operatorio por movimientos involuntarios, déficit de capacidad en higiene oral, disfagias, aumento de reflejo nauseoso, por lo cual se recomienda tratar al paciente 90 minutos después de la ingesta de sus fármacos antiparkinsonianos para poder atenderlo con el pico máximo de efecto terapéutico, así como emplear una posición de atención para el paciente en el sillón dental en 45° aproximadamente por el riesgo de hipotensión ortostática y riesgo de aspiración.^{1,2,7}

Debido a la incapacidad que pueden presentar en la higiene oral, esta debe ser personalizada y asistida por cepillo eléctrico rotatorio, así como aumentar la frecuencia controles y medidas

preventivas, es frecuente que, por su propio estado de ánimo, muchas veces el tratamiento electivo debe tener prioridad en la funcionalidad dejando atrás el aspecto estético, esto se relaciona con el nivel de enfermedad en el paciente.¹⁻³

La rehabilitación en un paciente con parkinson suele ser problemática, pues se contraindica todo tipo de prótesis removible, sin embargo, existe evidencia de que las prótesis removibles implanto soportadas (totales o parciales) con ataches o barra única, son alternativas potencialmente seguras en estos pacientes por el grado de retención que permite este tipo de conector.²³

Se recomiendan las mismas indicaciones mencionadas en patologías anteriores en el caso de emplear anestésicos locales con medicamentos contra la HTA, así como tener en cuenta que muchos de los fármacos para el tratamiento del Parkinson (selegilina y fenelzina), contraindica los anestésicos con epinefrina y levonordefrina, pero si se puede emplear prilocaina al 3% con felipresina o mepivacaina al 3%.¹⁻³

Es importante solicitar al menos una biométrica hemática (BH) antes de procedimientos quirúrgicos para analizar algunas alteraciones hematológicas secundarias a la ingesta crónica de fármacos.¹

2.3. Epilepsia

Incluye variados desordenes o síndromes más que una enfermedad propiamente dicha, con variadas etiopatogenias, manifestaciones clínicas, tratamientos y complicaciones.^{1,2}

Todas tienen en común una actividad eléctrica anormal en el cerebro (descargas excesivas), lo cual muchas veces produce convulsiones.^{1,2}

La epilepsia tiene un origen entre factores endógenos (alteraciones congénitas y genéticas), epileptógenos (trauma físico, trastornos endocrinos, infecciones parasitarias, etc.) y desencadenantes (enfermedades mentales).^{1,2}

En el CUADRO N°10 se especifica la clasificación de convulsiones asociadas a epilepsia.^{1,2}

Mientras más factores predisponentes de epilepsia existan el pronóstico será peor, estos pacientes tienen una expectativa de vida más corta que la gente no afectada, esto se debe al aumento de riesgo de padecer asfixia, arritmias, edema pulmonar o infarto del miocardio.^{1,2}

2.3.1. Manejo Médico

El tratamiento está enfocado en controlar las crisis convulsivas, limitación del daño producido por las crisis e inserción social del paciente (generalmente los pacientes epilépticos son jóvenes).^{1,2}

De acuerdo con la etiología que ocasiono el ataque las crisis pueden remitir total o parcialmente con terapia farmacológica, en algunos casos se puede emplear la terapia mixta.^{1,2}

La primera elección farmacológica suele ser (fenilhidantoína, ácido valproico, la carbamazepina, etosuximida, lamotrigina, topiramato).

En el CUADRO N°11 se observan los fármacos anticonvulsivos más utilizados.^{1,2}

2.3.2. Manifestaciones orales

Las manifestaciones orales se presentan secundario al uso crónico de medicamentos y factores sistémicos, la hiperplasia gingival se relaciona a la toma de fenitoína en un 50%, muchas veces el paciente va a manifestar desgaste y fractura de piezas dentales por las crisis convulsivas frecuentes, además de lesiones traumáticas en tejidos blandos por las crisis convulsivas.^{1-3,24}

2.3.3. Consideraciones estomatológicas

El tratamiento electivo solo se da a pacientes medicamente controlados, y bajo supervisión de un tercero responsable del paciente, asegurarse de mantener al mínimo el stress en todo procedimiento odontológico (desde una simple operatoria hasta la cirugía oral), no escatimar en el uso de anestésico local de lidocaína con epinefrina (2 cartuchos de 1:80.000 de 1.8ml como

máximo), ya que este no interfiere con los anticonvulsivantes y asegura una disminución del stress al bloquear el dolor en procedimientos odontológicos.^{1-3,7,24}

Los efectos de hiposalivación por el consumo de anticonvulsivantes y antiepilépticos, indican emplear medidas preventivas exhaustivas y control de higiene estricto.^{1,2,24}

Solicitar biométrica hemática y perfil de coagulación antes de procedimientos quirúrgicos orales debido a que estos fármacos se emplean de manera crónica y por ende producen ciertas discrasias sanguíneas (anemia, leucopenia) así como también alteraciones en la hemostasia (antiagregación plaquetaria o función hepática disminuida).^{1,2,24}

Emplear protocolos de emergencia para evitar ahogo durante crisis convulsivas (asegurar que instrumentales no produzcan asfixia), colocar al paciente en posición de seguridad, evitar autolesión de tejidos orales durante crisis y monitorizar su evolución hasta la remisión, en algunos casos cuando la crisis tenga un tiempo mayor a 5 minutos se puede emplear diazepam a 0.2mg/kg a ritmo de 5mg/min y monitorizar su evolución mientras se le traslada al centro médico más cercano.^{1,2,24}

2.4. Alzheimer

Lo que anteriormente se conocía como demencia y actualmente se conoce como trastorno neurocognitivo en el DMS 5, consta de un grupo de características que presenta una persona en el cual se deteriora la función cognitiva en todos los aspectos (intrapersonal, interpersonal, pensamiento abstracto y juicios), la más representativa de estas enfermedades es el Alzheimer sobre todo en su estadio final.^{1,2}

Aunque actualmente no hay un consenso sobre la etiología de la enfermedad, algunas hipótesis señalan una o múltiples causas, entre las cuales tenemos:¹⁻³

- Pérdida de neuronas colinérgicas (donde se limita la síntesis de acetilcolina)
- Depósitos de placa beta-amiloides y depósitos de proteínas tau (los que inician lesión inflamatoria y degradación neurológica en el encéfalo).
- Predisposición genética (ciertos síndromes acaban irremediablemente en Alzheimer, como por ejemplo el síndrome de Down).
- Enfermedades metabólicas e inflamatorias (se ha descubierto que ciertas enfermedades inflamatorias y metabólicas como el lupus y la diabetes predisponen a la aparición de Alzheimer).
- Contaminación o trauma físico (la presencia de mercurio, plomo o aluminio está asociada a la aparición de la enfermedad de Alzheimer, así como el trauma físico aumenta su aparición).

Indiferentemente de la causa ocurre una muerte paulatina e irreversible de las neuronas que progresa con el tiempo y que solo se puede paliar con tratamiento farmacológico.^{1,2}

Inicialmente la enfermedad afecta de manera paulatina la actividad diaria en todos sus aspectos (actividad, recuerdos, etc.) llegando a ser totalmente dependiente de un tercero para realizar las actividades esenciales para subsistir (alimentación, higiene, etc.), en etapas finales, la causa de deceso es desnutrición, infecciones secundarias, embolias pulmonares o cardiopatías.^{1,2}

En el CUADRO N°12 se especifica los diferentes grados del trastorno neurocognitivo.²

Existe evidencia que sugiere que la enfermedad periodontal podría ser un factor de riesgo en la incidencia y evolución del Alzheimer, debido sobre todo al cuadro de inflamación crónica que se presenta en la enfermedad periodontal, sobre todo en el adulto mayor.²⁵

2.4.1. Manejo Médico

No existe un tratamiento farmacológico exitoso, y solo se trata de atenuar las alteraciones conductuales, se utilizan donepezil, rivastigmina y galantamina por su acción de inhibición de la

colinesterasa, aun así, al pasar por cuadros de depresión también se emplean antidepresivos tricíclicos, y ansiolíticos para los cuadros de ansiedad ya que muchas veces sientes que se encuentran secuestrados por su cuidador (Síndrome de capgras).^{1,2}

2.4.2. Manifestaciones orales

Pacientes con cuadros moderados o severos de Alzheimer no tendrán importancia sobre su salud bucal, muchos de estos pacientes tendrán enfermedad periodontal, aumento de placa e hiposalivación (antidepresivos tricíclicos) o sialorrea (inhibidores de la colinesterasa), lo cual podría elevar el aumento de posibilidades de neumonía aspirativa, los pacientes podrán presentar trauma en tejidos duros debido a la dificultad de su autocuidado, el cual se presenta en pacientes con cuadros avanzados de la enfermedad que se autolesionan durante su alimentación.^{1-3,26,27}

2.4.3. Consideraciones estomatológicas

Lamentablemente debido a la condición del paciente se contraindica el empleo de aparatología bucal removible, tanto por el riesgo de aspiración como el de pérdida.^{1-3,27}

El tratamiento dental solo se enfocará en ser paliativo debido a que el paciente muchas veces no será colaborador, por lo cual siempre será indispensable contar con el cuidador o responsable.^{1-3,27}

El reflejo nauseoso aumentado, la poca colaboración y los cuadros de hipotensión ortostática que puede causar los fármacos empleados en la enfermedad de Alzheimer, indica emplear citas cortas, rápidas y que el paciente se encuentre en posición de 45°. ^{1-3,27}

En casos muy severos donde la colaboración sea imposible será necesario emplear tratamiento odontológico bajo anestesia general.^{1-3,27}

En el aspecto farmacológicos no se contraindica el empleo de anestésicos locales con vasoconstrictor, se limita a 2 cartuchos de lidocaína con epinefrina de 1:80.000 de 1.8ml, sin embargo, el empleo de macrólidos y azoles se contraindica en pacientes que usen inhibidores de la colinesterasa y a su vez estos fármacos no pueden combinarse con aines, por lo cual se puede emplear paracetamol.^{1-3,7,27}

2.5. Parálisis cerebral

Son el conjunto de síndromes clínicos que evidencian lesiones en la sustancia blanca, ganglios basales y cerebelo, el cual genera alteraciones de movimiento y postura, que puede o no asociarse a discapacidad intelectual de diferente grado (incluido el estado de fronterizo).^{1-3,28}

Puede acompañarse de otros trastornos neurocognitivos (alteraciones de lenguaje, conducta, epilepsia, habla, visión, etc.) esto es debido a que la lesión neurológica suele afectar diferentes funciones del cerebro.^{1,2,28}

Las causas pueden ser múltiples y dependiendo del momento en que se manifiesten:^{2,3,28}

- Etapa intrauterina (genético y congénito)
- Parto (asfixia perinatal)
- Primeros meses de desarrollo cerebral (alguna infección o trauma durante el crecimiento)

Existen múltiples variables de la parálisis cerebral (atetoide, atáxica, mixta y espástica), la forma espástica es la más común (donde los músculos se contraen y relajan de manera descoordinada), esta a su vez tiene diferentes presentaciones.^{1-3,28}

- Cuadriplejía Espástica: se involucran las 4 extremidades.
- Paraplejía Espástica: solo se afectan los miembros inferiores.
- Hemiplejía Espástica: afecta el cuerpo de manera vertical, el paciente suele cojear de la parte afectada.
- Otras formas de parálisis: no se clasifican en ninguna de las anteriores por tener causas asociadas.

2.5.1. Manejo Médico

El tratamiento médico es multidisciplinario según el grado de afección neurológica que tenga el paciente (fisioterapeuta, neurología, fonoaudiología, odontología, psicología, traumatología, etc.) dependiendo del grado de afección puede o no recibir medicación para lidiar con las complicaciones neurológicas o solo terapia física y/o quirúrgica correctiva.¹⁻³

En general muchos de estos pacientes reciben anticonvulsivantes para controlar los cuadros de espasticidad y epilepsia, así como antidepresivos o ansiolíticos cuando existe compromiso psicológico-psiquiátrico.¹⁻³

2.5.2. Manifestaciones orales

Debido a las alteraciones neurológicas musculoesqueléticas se puede presentar cuadros de bruxismo y facetas de desgaste marcado así como autolesiones recurrentes, ser respirador oral crónico produce alteraciones oclusales con predisposición a la clase II molares, así como aumento del espacio interdental en el sector anterior, reflejo ansioso aumentado y las complicaciones con el reflujo causan erosiones dentales, así como el aumento de enfermedad periodontal y caries dental (más frecuente en parálisis atetoide) debido a un alto grado de dependencia de un cuidado para su propia higiene general y oral.^{1-3,29}

Existe más probabilidades de presentar I síndrome incisivo-molar en pacientes con parálisis cerebral infantil.^{1-3,29}

También se evidencia sialorrea (babeo) en estos pacientes, asociado a los cuadros espásticos (parálisis espástica) presentes en los músculos maxilomandibulares.^{1-3,29}

2.5.3. Consideraciones estomatológicas

La postura del paciente se ve afectada en estos cuadros por lo cual es recomendable acoplar el sillón dental a la postural basal del paciente, el grado de afección neurológica-cognitiva-medica influye en la decisión de tratamiento electivo ambulatorio o bajo anestesia general para asegurar el éxito.¹⁻³

Debido a la alta dependencia de un cuidador a este se le debe instruir sobre higiene dental, de preferencia con cepillo eléctrico rotatorio por la limitación de apertura que pudiera haber por los cuadros de espasticidad, considerar el empleo de pastas con clorhexidina, y medidas preventivas para pacientes con alto riesgo cariogénico.^{1-3,28}

Se indica tener las mismas consideraciones farmacológicas que se podría tener en un paciente con epilepsia si el paciente con parálisis cerebral padece de esta comorbilidad.^{7,28}

Las parafunciones presentes limitan el éxito a largo plazo del tratamiento restaurador con resina de fotocurado, por lo cual algunos autores sugieren emplear restauraciones de amalgama o ionómero de vidrio ya que toleran mejor estos estados.^{1-3,28}

3. DESORDENES DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO

Afecta el desarrollo normal de las capacidades cognitivas y/o adaptativas desde el nacimiento, ya sea por factores genéticos o ambientales.

3.1. Discapacidad intelectual

Anteriormente conocida como retardo mental, es una discapacidad que se diagnostica antes de los 18 años, se caracteriza por diferentes grados de limitación en el área funcional, intelectual y adaptativa; Lo cual limita las habilidades sociales y prácticas cotidianas del individuo.^{2,3}

Se asocia muy frecuentemente a trastornos genéticos (está asociado a más de 800 síndromes); exposición intrauterina a elementos desencadenantes (toxinas, infecciones, enfermedades metabólicas, hipoxia, trauma, etc.), solo se suele identificar la causa aparente en el 25% de los pacientes.^{2,3}

Existen grado de discapacidad, esto está asociado según el grado de coeficiente intelectual (CI):^{2,3}

- Leve: CI entre 50-70, aproximadamente el 85% de los pacientes están en este grado, su adaptación al medio social suele ser satisfactoria.
- Moderada: CI entre 35-50, su adaptación al medio social requiere de supervisión.
- Grave: CI entre 35-20, generalmente asociado a daño neurológico, lenguaje limitado, requieren de supervisión en las actividades diarias y en adaptación al medio social.
- Profundo: CI <20, asociado a daño neurológico severo, presentan severas dificultades en la comunicación, es altamente dependiente de un cuidador, su expectativa de vida es baja.

La discapacidad intelectual por sí misma no acorta el estilo de vida del paciente, sin embargo, la severidad de la enfermedad repercute secundariamente (paciente que requieren de un cuidador) además de los factores asociados o que causaron la discapacidad (epilepsia, hipoxia cerebral, parálisis cerebral infantil, etc.).^{2,3}

3.1.1. Manejo Médico

El manejo de estos pacientes requiere de educación especial adaptada a sus capacidades cognitivas presentes, con el objetivo de lograr una inserción social e independencia del afectado.^{2,3}

También se considera que el paciente afectado por discapacidad intelectual, puede tener otras comorbilidades asociadas o causantes de la enfermedad (epilepsia, parálisis cerebral, etc.) los cuales serán tratadas desde el punto de vista médico para mejorar la calidad de vida del paciente.^{2,3}

3.1.2. Manifestaciones orales

La discapacidad intelectual no tiene manifestaciones orales propias de la enfermedad, sin embargo, la falta de cooperación en la higiene oral en casos moderados, severos, exacerba los cuadros patológicos orales ya presentes; así como en casos severos de discapacidad intelectual el paciente presentaría cuadros de bruxismo y autolesiones en tejidos blandos orales.^{2,3,30}

Sin embargo, si el paciente presenta otra patología asociada, si podría manifestar alguna manifestación de esta patología (epilepsia, síndrome de Down, etc.).^{2,3}

Cabe remarcar que la dieta en los pacientes con discapacidad intelectual tiende a ser obesogénica (por su alto contenido calórico y bajo valor nutricional), el cual negativamente repercute en la morbilidad bucal.³¹

3.1.3. Consideraciones estomatológicas

El tratamiento será modificado en relación a la capacidad de cooperar y comunicarse del paciente, Teniendo como objetivo, realizar el tratamiento dental óptimo empleando la menor cantidad de medidas restrictivas y compensándolos con manejo de conductas.^{2,3}

En casos de discapacidad intelectual de moderada a profunda, en relación al tratamiento a brinda y según las comorbilidades el paciente podrá requerir desde sedación consciente, hasta anestesia general.^{2,3}

3.2. Síndrome de Down

Conocida también como trisomía del par 21, sin bien esta enfermedad tiene un grado de presentación múltiple (desde casos asociados a discapacidad intelectual leve o grave, hasta comorbilidades asociadas como cardiopatías o enfermedad renal), muchos autores se centran en que este paciente se considera dentro de los pacientes con trastorno del desarrollo neurológico.^{2,3}

Una de las características patognomónicas de la enfermedad es la facie mongoloide, genéticamente la trisomía puede presentarse de tres maneras (pura, en mosaico y por translocación).^{2,3}

Las patologías sistémicas frecuentes asociadas al síndrome de down son las siguientes:^{2,3}

- Anomalías cardíacas.
- Deficiencias inmunológicas.
- Marcada hipotonicidad.
- Discapacidad intelectual.
- Alto riesgo de leucemia.
- Alto riesgo de diabetes.
- Alto riesgo de Alzheimer.
- Alteraciones neurológicas.

3.2.1. Manejo Médico

En relación a la patología presentada el paciente puede requerir medicación o simplemente educación especial para su inserción social e independencia, sin embargo, el manejo tiende a ser multidisciplinario (terapia física, medicina general, pediatría, medicina interna, psicología, psiquiatría, etc.).^{2,3}

Actualmente gracias a los avances médicos muchas de sus comorbilidades pueden ser tratadas quirúrgicamente o de manera farmacológicas, por lo cual muchas veces su expectativa de vida se ve aumentada en tiempos modernos.^{2,3}

3.2.2. Manifestaciones orales

Las principales manifestaciones son:^{2,3,32}

- Paladar profundo.
- Macroglosia.
- Lengua fisurada.
- Labios gruesos e hipotónicos.
- Hallazgos dentales: Microdoncia, hipodoncia, dientes supernumerarios, variantes morfológicas en piezas dentales, erupción retrasada.
- Bruxismo (parafunción).

3.2.3. Consideraciones estomatológicas

Dependiendo del grado de discapacidad intelectual y comorbilidades asociadas el tratamiento puede llevarse de manera ambulatorio o por medio de sedación consciente o anestesia general (como se detalló en el tema de discapacidad intelectual).^{2,3,33}

Los pacientes con síndrome de down tienden a tener un alto porcentaje de enfermedad periodontal 90-95 % en los adultos, por lo cual se les considera un paciente de alto riesgo que requiere de controles periódicos en higiene oral.^{2,3,34}

Generalmente muchos pacientes con síndrome de down reciben una dieta terapéutica, el cual sería un factor protector contra la caries, pero debido a que paulatinamente se inserta socialmente

a estos pacientes, muchas veces sus hábitos alimentarios se modificación en relación a la alimentación del público en general, por lo cual su riesgo cariogénico suele ser también alto, por ello el clínico tomara medidas preventivas en relación a su riesgo cariogénico.^{2,3,33}

No existe una contraindicación del empleo de anestésicos con vasoconstrictor o terapia farmacológica convencional en pacientes con síndrome de down, sin embargo, otros tratamientos secundarios a su enfermedad podrían modificar estos aspectos, tenemos como ejemplo la profilaxis antibiótica en cardiopatías no corregidas quirúrgicamente (CUADRO N°13), o consideraciones farmacológicas si estos pacientes llevaran tratamiento psiquiátrico, o antihipertensivo, lo cual se ha tocado en temas anteriores.^{2,3,33}

3.3. Trastorno del espectro autista.

Abarca un grupo de trastornos que anteriormente se consideraban entidades separadas (Trastorno autista, síndrome de asperger, y trastorno generalizado del desarrollo no especificado) pero que luego de diversos estudios y consensos se descubrió que estos trastornos son parte de un mismo grupo de enfermedades solo que cada uno de estos trastornos se relacionaba con la severidad de la enfermedad.^{2,3}

Estos pacientes se caracterizan por tener déficits en comunicación social e interacción, acompañado de comportamientos repetitivos que muchas veces son de manera defensiva.^{2,3}

Sin embargo, dependiendo del grado de afección de la enfermedad el paciente puede insertarse socialmente en la población, o requerir un alto grado de supervisión.^{2,3}

En el CUADRO N°14, se puede visualizar las diferencias entre los diferentes grados del trastorno del espectro autista.³⁵

No existe una causa única del trastorno del espectro autista (TEA), sin embargo, existen múltiples factores:^{2,3}

- Antecedente genético.
- Alteraciones del metabolismo de vitamina D de manera intrauterina.
- Infecciones, exposición teratogénica y exposición de metales en vida intrauterina.
- Edad de concepción del padre del paciente.
- Enfermedades neurológicas.
- Síndromes (Down, padres Willis, X frágil, esclerosis tuberosa, etc.).

3.3.1. Manejo Médico

La FDA (Food and Drug Administration) no ha aprobado medicamentos para el tratamiento del trastorno del espectro autista, sin embargo, si se dan fármacos para paliar otros síntomas del TEA, la risperidona y aripiprazol (antipsicóticos) se emplean para controlar a los pacientes que se autoagreden, en otros casos también pueden recibir tratamiento médico para tratar otras comorbilidades (epilepsia, ansiedad, depresión). Por lo cual el manejo siempre debe ser multidisciplinario.^{2,3}

En casos leves de TEA, el paciente generalmente puede gozar de una gran capacidad cognitiva, pero dificultad de inserción e integración social, sin embargo, en estos pacientes la psicoterapia resulta exitosa, sobre todo la terapia cognitiva conductual, pues que la parte cognitiva del comportamiento no ha sido afectada por la enfermedad.^{2,3}

Sin embargo, en casos moderados o severos el paciente no podrá ser insertado exitosamente en la sociedad y por ende requerirá de un supervisor de manera permanente.^{2,3}

3.3.2. Manifestaciones orales

Generalmente en casos leves los pacientes con TEA no suelen tener manifestaciones orales propias de la enfermedad, sin embargo, en casos moderados o severos se pueden presentar síntomas bruxomanos, autolesiones en tejidos blandos, y pobre higiene oral que empeora

cualquier patología oral, esto debido a la alteración en el comportamiento que tiene el paciente.^{2,3,36}

Sin embargo, los fármacos empleados (antipsicóticos) si pudieran manifestar algunos problemas bucales, como hiposalivación.^{2,3,7,36}

3.3.3. Consideraciones estomatológicas

Estos pacientes suelen presentar diferentes características en relación al grado de TEA, como al tratamiento médico que hayan recibido para desarrollar sus habilidades sociales-cognitivas, muchos de ellos presentan conductas repetitivas (rutinas-rituales), hiperactividad, baja tolerancia a la frustración, hipersensibilidad a los sonidos de diferente tipo.^{2,3,35,37}

Según el grado de afección el paciente puede ser tratado de manera ambulatoria (con refuerzo positivo, decir-mostrar-hacer), con algún grado de contención (activa o pasiva), o en casos más severos sedación consciente o anestesia general.^{2,3,35,37}

Es importante recalcar que en toda atención debe realizarse de la manera más rutinaria posible (repetitivo) así el paciente puede tener de manera más favorable una respuesta positiva, tener en cuenta que se debe sensibilizar lentamente al paciente en la consulta odontoestomatológico, por ejemplo este paciente debe adaptarse y acostumbrarse a los estímulos sonoros (pieza de mano), olfatorios (materiales dentales), visuales (colores empleados en el ambiente y luz), táctiles (el contacto con el cirujano dentista, vibración de la turbina dental), paulatinamente y de la misma manera repetitiva en cada sesión por lo cual el manejo ambulatorio requerirá de una mayor cantidad de tiempo para lograr el acondicionamiento, esto es mucho más fácil de lograr en pacientes que no tienen ningún grado de discapacidad intelectual.^{2,3,35,37}

Teniendo en cuenta las consideraciones farmacológicas mencionadas en temas anteriores los antipsicóticos y antidepresivos no contraindica el empleo de vasoconstrictores, solo limitan la cantidad y técnica a emplear, lo cual se detalla en los apartados anteriores.^{2,3,35,37}

Se debe tener en cuenta que este paciente es un paciente de alto riesgo cariogénico por lo cual se le debe realizar controles odontológicos de manera mensual para evitar complicaciones orales a largo plazo.^{2,3,35,37}

3.4. Desorden de déficit de atención e hiperactividad.

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es uno de los problemas de conducta más frecuentes en la infancia, se caracteriza por un inicio temprano de hiperactividad e impulsividad, inapropiadas para la edad del desarrollo del niño, e incapacidad de mantener la atención.^{2,3}

Su etiología no está clara, sin embargo, el antecedente genético tiene relevancia en estos pacientes, aunque otros pacientes que sin contar con el antecedente han desarrollado también la enfermedad lo cual se asocia a factores ambientales.^{2,3}

El diagnóstico es netamente clínico en estos pacientes, sin embargo, se ha visto muchas veces que el TDAH viene acompañado de otro trastorno de origen neuropsiquiátrico (ansiedad, depresión, etc.), lo cual empeora el pronóstico.^{2,3}

Si bien estos pacientes presentan en su comportamiento la triada (hiperactividad-impulsividad-incapacidad de mantener la atención), solo una característica de la triada se presenta con mayor intensidad; los hiperactivos suelen asociarse a cuadros de ansiedad, la impulsividad suele asociarse a la ira, y la incapacidad de mantener la atención suele estar asociada al desinterés de la persona sobre diferentes temas.^{2,3}

Muchos pacientes con TDAH suelen disminuir la intensidad de su enfermedad entrando a la vida adulta, sin embargo, ante la ausencia de tratamiento oportuno, esta enfermedad interfiere en la

vida y calidad de vida del paciente adulto, así como también un mayor riesgo de abuso de sustancias.^{2,3}

3.4.1. Manejo Médico

El tratamiento es multidisciplinario, desde el diagnóstico hasta la vida adulta para lograr que el paciente se inserte adecuadamente en la sociedad sin ningún tipo de problemas.^{2,3}

La psicoterapia ha demostrado ser exitosa, sin embargo, muchas veces requiere de terapia farmacológica en relación al predominio del síntoma principal del paciente con TDAH, que puede ser uni o multifarmacológica, que podría ser modificada o suspendida en relación del autocontrol y progresos que logre el paciente durante su vida.^{2,3}

El Metilfenidato es el fármaco que se brinda como estándar para paciente con TDAH aprobado por la FDA, como se puede observar en el CUADRO N°15 existen otros fármacos que también se emplean para el TDAH en relación al síntoma a tratar.^{2,3}

3.4.2. Manifestaciones orales

El paciente con TDAH, suele presentar lesiones secundarias a su comportamiento, autolesión de tejidos blandos orales, bruxismo, facetas de desgaste; además de manera secundaria a la toma de fármacos se considera que la boca seca tiende a ser un efecto secundario de los psicoestimulantes.^{2,3,38,39}

3.4.3. Consideraciones estomatológicas

Tener en cuenta el historial médico del paciente, edad, tratamiento recibido, patología oral presente, y condición actual antes de evaluar si el paciente será tratado de manera ambulatoria o en sala de operaciones bajo anestesia general.^{2,3,38,39}

Lamentablemente muchas veces los padres premian el comportamiento positivo de estos pacientes con alimentos cariogénicos que secundariamente pudieran desencadenar otros cuadros de hiperactividad por su contenido alto en glucosa de rápida absorción, por lo cual se debe asesorar dietéticamente al paciente y padres o responsables sobre la importancia que tiene la alimentación en la higiene oral y en la evolución positiva del tratamiento para su enfermedad.^{2,3,38,39}

Se recomienda realizar técnicas de manejo de conducta como (Decir-mostrar-hacer) y refuerzo positivo, y tratar de no dar importancia al comportamiento negativo del paciente, de ser posible evitar las crisis de pánico con técnicas de respiración antes durante y después de la atención, sin embargo, minimizar la cantidad de restricción física que podría tener un efecto contraproducente, sobre todo en pacientes que tienen más inclinación por la ansiedad.^{2,3,38,39}

Como se mencionó anteriormente, la medicación ansiolítica para sedación se contraindica en pacientes que reciben medicamentos psicoestimulantes, por lo cual se deberá realizar este procedimiento u otros de mayor complejidad en ambiente hospitalario si es que el paciente recibe medicación para el TDAH; La anestesia local no se contraindica en estos pacientes, sin embargo el tratamiento médico exige restringir la cantidad a 2 cartuchos de anestésico local de lidocaína con epinefrina de 1:80.000 en 1.8 ml.^{2,3,7,38,39}

ANEXOS

CUADRO N°1

TIPO DE FÁRMACO	FÁRMACO	COMENTARIO
Sedativo hipnótico	Hidrato de cloral	Raramente usado
	Meprobamato	Raramente usado
Antistamínicos	Hidroxicina	Usado antes de dormir
	Difenhidramina	Usado antes de dormir
Benzodiazepinas	Lorazepam	Efecto en ansiedad generalizada
	Diazepam	
	Triazolam	Crea fuerte dependencia
	Clordiazepóxido	
	Temazepam	
	Alprazolam	
	Clonazepam	Se puede disminuir dosis en consumos prolongados.
	Flurazepam	Crea fuerte dependencia
	Oxazepam	
	Clorazepato	
	Buspirona	No crea dependencia
	Zolpidem	No suele ser primera elección.
Beta-bloqueadores	Propanolol	No evita el miedo o ansiedad

James WL, Craig M, Nelson LR. Dental Management of the Medically Compromised Patient. Novena edición. Missouri. Editorial ELSEVIER. 2018 [citado el 12 de noviembre del 2018]. P. 549

CUADRO N°2

FASES DEL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION		
	Duración	Metas
Fase aguda	6 a 12 semanas	Mejora inicial y posteriormente remisión de los síntomas.
Fase de continuación	4 a 12 meses	Consolidar la remisión y prevenir nuevo episodio.
Fase de mantenimiento	1 año a mas	Prevenir nuevos episodios depresivos.

Castellanos JL, Díaz LM, Lee EA. MEDICINA EN ODONTOLOGIA. Tercera edicion. Mexico. Editorial Manual moderno. 2015. [citado el 12 de noviembre del 2018] p. 348

CUADRO N°3

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DEPRESION		
Familia	Principio activo	Dosis
Inhibidores selectivos de serotonina	Citalopram	20 a 60 mg
	Escitalopram	10 a 20 mg
	Fluotexina	20 a 80 mg
	Flavoxamina	100 a 200 mg
	Paroxetina	20 a 60 mg
	Sertralina	50 a 250 mg
Inhibidores selectivos de norepinefrina y serotonina	Venlafaxina	75 a 225 mg
	Duloxetina	60 a 120 mg
Antidepresivos atípicos	Mianserina	15 a 60 mg
	Mirtazapina	15 a 45 mg
	Trazodone	300 a 450 mg
Inhibidos de la recaptura de dopamina y noradrelanina	Anfebutamona/bupropion	150 a 300 mg
Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos	Amiptriptilina	50 a 200 mg
	Clarimipramina	75 a 200 mg
	Imipramina	75 a 200 mg
	Maprotilina	75 a 200 mg
Inhibidor selectivo de la MAO	Moclobemida	300 a 600 mg

Castellanos JL, Díaz LM, Lee EA. MEDICINA EN ODONTOLOGIA. Tercera edicion. Mexico. Editorial Manual moderno. 2015. [citado el 12 de noviembre del 2018] Pp 348

CUADRO N°4

FÁRMACOS APROBADOS PARA EL TRATAMIENTO BIPOLAR	
Fármaco	Dosis
Litio	1500 a 1800 mg/día
Valproato	1000 a 1500 mg/día
Olanzapina	10 a 20 mg/día
Risperidona	2 a 4 mg/día
Quetiapina	350 a 800 mg/día
Ziprazidona	80 a 120 mg/día
Aririprazol	10 a 30 mg/día

Castellanos JL, Díaz LM, Lee EA. MEDICINA EN ODONTOLOGIA. Tercera edicion. Mexico. Editorial Manual moderno. 2015. [citado el 12 de noviembre del 2018] p. 350

CUADRO N°5

TRASTORNOS SOMATOMORFOS	
Desorden de somatización.	Trastorno crónico multisistémico caracterizado por quejas de dolor y disfunción gastrointestinal y sexual. Inicia en etapas tempranas de la vida, lo cual limita el crecimiento personal y psicosocial.
Desorden de conversión.	Simula enfermedades neurológicas o médicas en las que se presentan factores psicológicos. Los pacientes reportan síntomas aislados que no tienen causa física (ceguera, sordera, entumecimiento) y que no se ajusten a las vías anatómicas conocidas o mecanismos fisiológicos.
Desorden de dolor.	Síndrome clínico caracterizado por dolor en el que se considera que los factores psicológicos son de importancia etiológica.
Hipocondriasis.	Preocupación crónica con la idea de tener una enfermedad grave. Esta preocupación no tiene una base racional y es difícilmente modificable.
Desorden de cuerpo dismórfico.	Preocupación por un defecto imaginado o exagerado en la apariencia física.
OTROS DESORDENES SEMEJANTES A TRASTORNOS SOMATOMORFOS	
Desorden facticio.	Producción intencional o simulación de signos físicos o psicológicos que pudieran ser exacerbados por el paciente. (por ejemplo, evitación de responsabilidad, ganancia financiera).
Predisponer enfermedad	Producción intencional o simulación de signos físicos o psicológicos que están exacerbados por el paciente. (por ejemplo, evitación de responsabilidad, ganancia financiera).
Desorden disociativo.	Disrupción de la conciencia, memoria, identidad y percepción debido a factores psicológicos.

James WL, Craig M, Nelson LR. Dental Management of the Medically Compromised Patient. Novena edición. Missouri. Editorial ELSEVIER. 2018 [citado el 12 de noviembre del 2018]. p. 549

CUADRO N°6

ETIOLOGIAS DE SINDROME PSICÓTICOS AGUDOS	
Trastornos psiquiátricos	Esquizofrenia Paranoia Trastorno psicótico breve
Psicosis inducidas por tóxicos	Intoxicación por estimulantes (anfetaminas y cocaína) Abstinencia de alcohol Ingesta de alucinógenos.
Fármacos	Intoxicación digitálica. Anticolinérgicos Isoniazida. Corticoides y ACTH
Enfermedades neurológicas	Tumor cerebral Encefalopatía hipóxica Encefalitis virales Neurosífilis Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Wilson Enfermedad de Huntington
Etiologías endócrinos-metabólicas	Encefalopatía hepática Porfiria aguda intermitente Hipo o hipercapnia Hipoglucemia Hipo e hipertiroidismo Síndrome de cushing

Castellanos JL, Díaz LM, Lee EA. MEDICINA EN ODONTOLOGIA. Tercera edicion. Mexico. Editorial Manual moderno. 2015. [citado el 12 de noviembre del 2018] p. 354

CUADRO N°7

Manejo odontológico de los pacientes que utilizan fármacos con actividad neurológica y psiquiátrica		
Clasificación	Fármaco	Cuidados dentales
Antipsicóticos (para esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos que inducen trastorno bipolar)	Antipsicóticos atípicos: Clozapina	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere una consulta médica en caso de cirugía dental (p. ej., extracciones, cirugía periodontal o de implante) La clozapina tiene una advertencia de caja negra debido a un riesgo importante de agranulocitosis, que es un trastorno acompañado de leucopenia peligrosa o disminución del recuento leucocítico; puede haber infección y retraso de la cicatrización. Es muy recomendable solicitar una consulta con el médico en relación con el recuento leucocitario Los pacientes suelen someterse a biometrías hemáticas semanales para determinar el recuento leucocitario y el recuento absoluto de neutrófilos. Después de un año con clonazepina, las biometrías pueden ser mensuales Trombocitopenia: recuento plaquetario bajo; aumento de los trastornos hemorrágicos. Sólo hay unos cuantos informes de caso Posponer los cuidados dentales hasta que los leucocitos vuelvan a la normalidad Xerostomía: vigilar en busca de caries, enfermedades periodontales y candidiasis oral Puede ocurrir hipotensión ortostática. Elevar el sillón dental con lentitud desde la posición supina y pedir al paciente que permanezca en posición erguida unos cuantos minutos antes de levantarse el sillón Los efectos secundarios extrapiramidales pueden afectar la capacidad del paciente para hacerse cargo de sus cuidados orales en casa Usar los vasoconstrictores con precaución; usar dosis bajas de epinefrina (dos cartuchos 1:100 000)
	Otros antipsicóticos atípicos: Risperidona Quetiapina Olanzapina Ziprasidona	<ul style="list-style-type: none"> No tienen los mismos riesgos de disminuir el recuento leucocitario o plaquetario que clozapina Administrar epinefrina en dosis bajas (dos cartuchos 1:100 000) Xerostomía: vigilar en busca de caries, enfermedades periodontales y candidiasis oral Puede ocurrir hipotensión ortostática. Elevar la silla dental con lentitud desde la posición supina y pedir al paciente que permanezca en posición erguida unos cuantos minutos antes de levantarse del sillón dental Los efectos secundarios extrapiramidales pueden afectar la capacidad del paciente para hacerse cargo de sus cuidados orales en casa
Antidepresivos	Antidepresivos tricíclicos (ATC): Amitriptilina Imipramina Nortriptilina Doxepina	<ul style="list-style-type: none"> Los ATC inhiben la recaptura de noradrenalina, por lo que la dosis de epinefrina debe limitarse a dos cartuchos 1:100 000, para evitar una crisis hipertensiva; deben vigilarse la frecuencia cardíaca y la presión arterial; la epinefrina utiliza la misma bomba de recaptura noradrenérgica que la noradrenalina
	Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS): Paroxetina Fluoxetina Sertralina Citalopram Fenelzina Isocarboxazida Tranilcipromina	<ul style="list-style-type: none"> Los ISRS no se relacionan con noradrenalina o adrenalina; inhiben de forma selectiva la recaptura de serotonina; puede administrarse adrenalina que degrada los neurotransmisores monoamínicos (adrenalina, noradrenalina, serotonina, melatonina) Aunque el riesgo de interacción con epinefrina es bajo, es mejor limitar su uso a dos cartuchos de epinefrina 1:100 000 para evitar una crisis hipertensiva; vigilar la frecuencia cardíaca y la presión arterial

Weinberg M, Froum SJ. Fármacos en Odontología Guía de prescripción. Segunda edición. Sonora. Editorial Manual Moderno. 2014. [12 de noviembre del 2018] p. 186

CUADRO N°8

DIAGNOSTICOS Y CRITERIOS DE DEPENDENCIA Y ABUSO DE DROGAS	
Dependencia	Abuso de drogas
<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia. • Abstinencia. • La sustancia a menudo se toma en grandes cantidades durante un período más largo de lo previsto. • Intentos no exitosos de limitar o eliminar el uso de la sustancia. • Se invierte grandes cantidades de tiempo en obtener la sustancia o en recuperarse de sus efectos. • Limitación de actividades ocupacionales, recreacionales y sociales por el uso de la sustancia. • Continuar con el consumo de la sustancia a pesar de estar consciente del daño que genera en el individuo. 	<ul style="list-style-type: none"> • El uso recurrente de la sustancia resulta en el incumplimiento de importantes obligaciones de rol en el trabajo, la escuela y el hogar. • Uso recurrente de la sustancia en situaciones donde es físicamente peligroso. • Problemas legales recurrentes relacionados con sustancia. • Uso continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. • Nunca se cumplirán los criterios de dependencia.

James WL, Craig M, Nelson LR. Dental Management of the Medically Compromised Patient. Novena edición. Missouri. Editorial ELSEVIER. 2018 [citado el 12 de noviembre del 2018]. p. 585

CUADRO N°9

MANIFESTACIONES CLÍNICAS SEGÚN HEMISFERIO CEREBRAL AFECTADO	
HEMISFERIO DERECHO	HEMISFERIO IZQUIERDO
<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis del lado izquierdo. • Déficit en percepción de espacio. • Limitación en fuerza motora. • Comportamiento rápido e impulsivo. • Inhabilidad de usar espejo. • Dificultad para realizar tareas motoras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis del lado derecho. • Problemas del lenguaje y el habla. • Memoria auditiva disminuida. • Comportamiento lento y desorganizado. • Déficit de memoria basado en lenguaje. • Ansiedad.

James WL, Craig M, Nelson LR. Dental Management of the Medically Compromised Patient. Novena edición. Missouri. Editorial ELSEVIER. 2018 [citado el 12 de noviembre del 2018]. p. 518

CUADRO N°10

CLASIFICACION DE LAS CONVULSIONES		
TIPO DE CRISIS	SUBDIVISION	CARACTERISTICAS
CRISIS PARCIALES	SIMPLES	Localizada sin pérdida de conciencia
	COMPLEJAS	Localizada con pérdida de conciencia
	CON GENERALIZACION SECUNDARIA	Es una simple o compleja que se vuelve generalizada con el tiempo
CRISIS GENERALIZADAS	DE AUSENCIA	Pérdida de conciencia sin pérdida de postura por unos segundos
	TONICO-CLONICAS	Pérdida de la conciencia con alteración de signos vitales, relajo de esfínteres y recuperación lenta
	TONICAS	Convulsión puramente tónica
	ATONICAS	Pérdida completa de tono postural (caída)
	MIOCLONICAS	Contracción muscular breve parcial o total
CONVULSIONES SIN CLASIFICAR	CONVULSIONES NEONATALES	No se clasifican en otros tipos, se deben a un SNC inmaduro.
	ESPASMOS INFANTILES	

Castellanos JL, Díaz LM, Lee EA. MEDICINA EN ODONTOLOGIA. Tercera edicion. Mexico. Editorial Manual moderno. 2015. [citado el 12 de noviembre del 2018] p. 367

CUADRO N°11

Anticonvulsivos	Amantadina	
	Fenitoína	• Puede administrarse epinefrina
	Carbamazepina	• Fenitoína: vigilar si hay aumento de volumen de las encías; higiene oral óptima y en caso necesario referir con el periodoncista. En tanto el paciente esté tomando fenitoína, incluso si se extirpa la encía con cirugía, el aumento de volumen gingival seguirá ocurriendo
	Fenobarbital	
	Clonazepam	
	Oxcarbazepina	
	Lorazepam	
	Etosuximida	
	Ácido valproico	
	Divalproex	
	Levetiracetam	
	Tiagabina	
	Lamotrigina	
	Gabapentina	
	Pregabalina	
	Felbamato	
	Topiramato	
	Zonisamida	

Weinberg M, Froum SJ. Fármacos en Odontología Guía de prescripción. Segunda edición. Sonora. Editorial Manual Moderno. 2014. [12 de noviembre del 2018] p. 186

CUADRO N°12

ESTADIOS DEL TRASTORNO NEUROCOGNITIVO.
Fase temprana
<ul style="list-style-type: none"> • Olvido. • Pérdida de noción del tiempo. • Se desorienta en lugares familiares.
Fase media
<ul style="list-style-type: none"> • Olvida eventos recientes y nombres de las personas. • Se pierde en su casa. • Tiene dificultad en la comunicación. • Necesita ayuda para su autocuidado. • Experimenta cambios de comportamiento (deambula sin sentido y cuestiona todo).
Fase tardía o trastorno neurocognitivo mayor (Alzheimer en fase terminal).
<ul style="list-style-type: none"> • Desconoce el tiempo y lugar. • No puede reconocer amigos y familiares. • Requiere una gran ayuda para su autocuidado. • Presenta dificultad para caminar. • Experimenta cambios de humor que pueden llegar a ser agresivos.

James WL, Craig M, Nelson LR. Dental Management of the Medically Compromised Patient. Novena edición. Missouri. Editorial ELSEVIER. 2018 [citado el 12 de noviembre del 2018]. p. 528

CUADRO N°13

REGÍMENES DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PARA LA PREVENCIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA. PREVENCIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA: GUÍA DE LA AMERICAN HEART ASSOCIACION 2007		
Tipo de profilaxis	Fármacos	Dosis de 30 a 60 minutos antes del procedimiento.
Régimen estándar	Amoxicilina	2g Vo, niños 50mg/kg
Alergia a la penicilina o ampicilina oral	Clindamicina	600 mg Vo, niños 20mg/kg
	Cefalexina*	2g VO, niños, 50 mg/kg
Incapacidad en el uso oral	Azitromicina o claritromicina	500 mg VO, niños 15 mg/kg
	Ampicilina	2g IM o IV, niños 50mg/kg
	Cefazolina o ceftriaxona+	1g IM o IV, niños 50mg/kg
VO: indica intra oral, IM: intramuscular, IV: Intravenosos, *u otra cefalosporina oral d primera o segunda generación en dosis equivalente para adultos o pediátrica. * Las cefalosporinas no Eben ser utilizadas en un individuo con historia de anafilaxis o angioedema o urticaria con penicilinas o ampicilina.		

Castellanos JL, Díaz LM, Lee EA. MEDICINA EN ODONTOLOGIA. Tercera edicion. Mexico. Editorial Manual moderno. 2015. [citado el 12 de noviembre del 2018] p. 107

CUADRO N°14

SEVERIDAD DEL ESPECTRO AUTISTA		
NIVEL DE SEVERIDAD	COMUNICACIÓN SOCIAL	CONDUCTAS RESTRICTIVAS Y REPETITIVAS
Nivel 1 – Requiere apoyo.	En ausencia de apoyo el déficit de comunicación se vuelve mayor. Existe una dificultad para iniciar interacciones sociales con otra persona. Sin embargo, existe un pequeño interés en interacciones sociales breves con otros individuos.	Inflexibilidad de comportamiento lo cual dificulta el aprendizaje, orden y cambio de actividades, lo cual obstaculiza la independencia.
Nivel 2- Requiere apoyo considerable.	Deficiencias severas en las habilidades de comunicación verbal y no verbal. Pérdida de habilidades sociales incluso con apoyo de un tercero. Respuestas anormales a estímulos sociales.	Inflexibilidad de comportamiento, lo cual dificulta el cambio hacia conductas positivas, aparecen conductas repetitivas que limitan la calidad de vida del paciente.
Nivel 3 – Requiere apoyo todo el tiempo	Serías deficiencias en las habilidades de comunicación verbal y no verbal. Gran limitación para desarrollar algún tipo de habilidad social. Respuesta mínima a cualquier intento de interacción social.	Inflexibilidad de comportamiento, en este punto el paciente tiene una dificultad extrema al cambio, lo cual limita la vida del paciente y genera estrés constante que se manifiesta con diferentes conductas repetitivas que afectan significativamente la calidad de vida.

Santos V, Cruz A, Araújo TA, et al. Conditioning strategies in the dental care of patients with autism spectrum disorders. Revista Brasileira Odontológica. 2017 abril [citado el 12 de noviembre del 2018]; 74(4): 294-299. Disponible en: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/1036>.

CUADRO N°15

FÁRMACOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE TDAH	
Fármacos psico-estimulantes	Metilfenidato D-Anfetamina Remolina
Fármacos no estimulantes	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos: <ul style="list-style-type: none"> -Triciclicos: Imipramina y desimipramina -Bupropion -Otros: Moclobemida, venlafaxina y reboxetina • Antihipertensivos: clonidina y guanfacina • Atomoxetina • Otros: <ul style="list-style-type: none"> -Donezepilo

Castellanos JL, Díaz LM, Lee EA. MEDICINA EN ODONTOLOGIA. Tercera edicion. Mexico. Editorial Manual moderno. 2015. [citado el 12 de noviembre del 2018] p. 352

CONCLUSIONES:

1. En la actualidad las enfermedades mentales están en aumento, esto es debido en su mayoría al cambio social que tiene el ser humano actualmente.
2. El manejo de las enfermedades neuropsiquiátricas es multidisciplinario, por lo cual el cirujano dentista deberá conocer a todo el equipo médico que trata a estos pacientes, debido a que en su mayoría este paciente tendrá un padecimiento crónico y por ende deberá requerir manejo médico de manera permanente.
3. Es importante conocer la fisiopatología de estas enfermedades, así como su tratamiento farmacológico para poder realizar una correcta prescripción en la práctica odontológica, lo cual evitara interacciones negativas, efectos tóxicos, o fracaso terapéutico, ya sea medico u estomatológico.
4. Es importante conocer las principales manifestaciones orales de las enfermedades neuropsiquiátricas, ya que nos permite realizar un esquema de tratamiento más personalizado a corto-mediano-largo plazo.
5. No siempre habrá manifestaciones orales en las enfermedades neuropsiquiátricas, sin embargo, cualquier paciente con enfermedad neuropsiquiátrica, se considerará de alto riesgo estomatológico, esto es debido a que la propia enfermedad afecta la capacidad de autocuidado del propio individuo en mayor o menor rango.
6. En los pacientes con desordenes psicológicos y psiquiátricos el manejo de conducta tiende a ser fundamental ya que estos pacientes suelen ser mi aprehensivos en la práctica diaria.
7. Los pacientes con trastornos motores requerirán un enfoque más médico que conductual, debido a que muchas veces son polipatológicos y ello causa múltiples interacciones medicamentosas y manifestaciones orales.
8. Aquellos pacientes que presenten un desorden neurológico en su mayoría requerirán ambos enfoques, ya sea el de manejo de conducta y desde el punto de vista médico, debido a su alta complejidad en el manejo odontoestomatológico.
9. En fases terminales de diferentes enfermedades neuropsiquiátricas (alzheimer, parkinson, PCI) solo se deberá tener un enfoque de calidad de vida, ya que la capacidad neurocognitiva y motora se encontrará tan deteriorada que cualquier tratamiento restaurador o rehabilitador tendrá un pésimo pronóstico a corto plazo.
10. No se indica tratamiento electivo a ningún paciente neuropsiquiátrico que no se encuentre debidamente controlado y estable, debido al riesgo que pudiera causar el paciente a sí mismo o a su entorno.
11. Es fundamental que todo cirujano dentista que atienda pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas, pueda interpretar correctamente una biométrica hemática, y perfil de coagulación, esto es debido a que estas patologías al ser crónicas, requieren tratamiento farmacológico prolongado que en su mayoría tiende a causar algún trastorno hematológico.
12. Finalmente cabe recalcar que en cualquier procedimiento odontoestomatológico, no realizarlo sin la presencia de un cuidador o tercero, ya que los pacientes con enfermedades neuropsiquiátricas pueden tener problemas para comprender realmente el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, lo cual podría llevar a futuros conflictos con el operador.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Castellanos JL, Díaz LM, Lee EA. MEDICINA EN ODONTOLOGIA. Tercera edición. Mexico. Editorial Manual moderno. 2015. [citado el 12 de noviembre del 2018].
2. James WL, Craig M, Nelson LR. Dental Management of the Medically Compromised Patient. Novena edición. Missouri. Editorial ELSEVIER. 2018 [citado el 12 de noviembre del 2018].
3. American Dental Association. The Ada Practical Guide to Patients with Medical Conditions. Segunda edición. New jersey. Editorial Wiley Blackwell. 2016 [citado el 12 de noviembre del 2018].
4. Kisely S, Sawyer E, Siskind D, Lalloo R. The oral health of people with anxiety and depressive disorders – a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders [internet]. 2016 agosto [citado el 12 de noviembre del 2018];200(8):119-132. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.040>
5. Benavides JA, Ojeda JC, Lucero DF, et al. ORAL HEALTH STATUS IN ADULT PATIENTS IN RELATION TO THEIR LEVEL OF DEPRESSION. Revista Colombiana de Investigación en odontología [Internet]. 2016 agosto [citado el 12 de noviembre del 2018];7(20):62-75. Disponible en: <https://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/260>
6. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry [internet]. 2016 agosto [citado el 12 de noviembre del 2018];2016(8):35-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4790493/>
7. Weinberg M, Froum SJ. Fármacos en Odontología Guía de prescripción. Segunda edición. Sonora. Editorial Manual Moderno. 2014. [12 de noviembre del 2018].
8. Delgado EK, Sabbah W, Suominen AL, et al. The association of depression and anxiety with dental caries and periodontal disease among Finnish adults. Community Dent Oral Epidemiol [internet]. 2015 diciembre [citado el 12 de noviembre del 2018];43(6):540-549. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26130047>
9. Tehranchi A, Behmia H, Younessian F. Bipolar Disorder: Review of Orthodontic and Orthognathic Surgical Considerations. The Journal of Craniofacial Surgery [internet]. 2015 junio [citado el 12 de noviembre del 2018];26(4):1321-1325. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26080185>
10. Kaufman KR, Babalola R, Campeas M, Coluccio M. Bipolar disorder, comorbid anxiety disorders, gynecomastia and dental pain: case analysis with literature review. BJPsych Open [Internet]. 2018 mayo [citado el 12 de noviembre del 2018];4(3):137-141. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.1>
11. Martínez PG. Estado de salud bucodental en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Madrid. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. 2017 [citado el 12 de noviembre del 2018]. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/44200/1/T39066.pdf>
12. Johansson AK, Johansson A, Nohelrt, et al. Eating disorders - knowledge, attitudes, management and clinical experience of Norwegian dentists. BMC Oral Health [internet]. 2015 diciembre [citado el 12 de noviembre del 2018];15(124):1-8. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-015-0114-7>

13. Grinshpoon A, Zusman SP, Weizman A, et al. Dental Health and the Type of Antipsychotic Treatment in Inpatients with Schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci* [internet]. 2015 mayo [citado el 12 de noviembre del 2018];52(2):1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26431415>
14. Gupta S, Pratibba Pk, Gupta R. Necessity of oral health intervention in schizophrenic patients – A review. *Nepal Journal of Epidemiology* [internet]. 2016 noviembre [citado el 12 de noviembre del 2018];6(4):605-612. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28804672>
15. Yamanaka Y, Terao T, Otsuka A, et al. Aripiprazole and valproate combination for chronic schizophrenia with dental treatment: a case report. *Clinical Neuropsychopharmacology and Therapeutics* [internet]. 2018 junio [citado el 12 de noviembre del 2018];9(6):15-16. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/cnpt/9/0/9_15/_article/-char/en
16. Baghaie H, Kisely S, Forbes M, et al. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Society for the Study of Addiction* [internet]. 2016 noviembre [citado el 12 de noviembre del 2018]; 112(5):1-15. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/add.13754>
17. Rotemberg E, Salveraglio I, Kreiner M, et al. Estado dental y periodontal de población en tratamiento por consumo de drogas. *Odontoestomatología* [internet]. 2015 mayo [citado el 12 de noviembre del 2018];17(25):34-39. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392015000100005
18. Sen S, Giamberardino LD, Moss K, et al. Periodontal Disease, Regular Dental Care Use, and Incident Ischemic Stroke. *Stroke Journal of American Heart Association* [internet]. 2018 enero [citado el 12 de noviembre del 2018];49(2):1-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29335336>
19. KWOK C, MCINTYRE A, JANZEN S, et al. Oral care post stroke: a scoping review. *Journal of Oral Rehabilitation* [internet]. 2015 August [citado el 12 de noviembre del 2018];42(1):65-74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25244419>
20. Kaur T, Uppoor A, Naik D. Parkinson's disease and periodontitis – the missing link? A Review. *Gerontodoly* [internet]. 2015 diciembre [citado el 12 de noviembre del 2018];33(4):1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25664991>
21. Schmid S, Goldberg E, Schawrz, et al. Alpha synuclein is present in dental calculus but not altered in Parkinson's disease patients in comparison to controls. *Journal of Neurology* [internet]. 2018 febrero [citado el 12 de noviembre del 2018];265(6):1334-1337. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00415-018-8847-2>
22. Zlotnik Y, Balash Y, Korczyn, et al. Disorders of the Oral Cavity in Parkinson's Disease and Parkinsonian Syndromes. *Hindawi Publishing Corporation* [internet]. 2015 agosto [citado el 12 de noviembre del 2018];2015(1):1-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/379482>
23. Bollero P, Franco R, Cecchetti F, et al. Oral health and Implant Therapy in parkinson patients: Review. *Oral and Implantology* [internet]. 2017 octubre [citado el 12 de noviembre del 2018];10(2):105-111. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5965075/>
24. Morales A, Hallai Y, Quintero F, et al. EPILEPSIA Y SUS IMPLICACIONES EN EL CAMPO ODONTOLÓGICO: ARTÍCULO DE REVISIÓN. *ACTA BIOCLINICA* [internet]. 2014 mayo [citado el 12 de noviembre del 2018];2014(4):34-59. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/4963>
25. Teixeira BA, Saito MT, Matheus FC, et al. Periodontitis and Alzheimer's Disease: A Possible Comorbidity between Oral Chronic Inflammatory Condition and Neuroinflammation. *Frontiers in*

- Aging Neuroscience [internet]. 2017 octubre [citado el 12 de noviembre del 2018];9(327):1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5649154/>
26. Delwel S, Binnekade TT, Perez RSGM, et al. Oral health and orofacial pain in older people with dementia: a systematic review with focus on dental hard tissues. Clin Oral Invest [internet]. 2016 agosto [citado el 12 de noviembre del 2018];21(1):17-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27631597>
27. Fernández H, Garrido B, Pastor C. La atención odontológica del paciente geriátrico con deterioro cognitivo. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA [internet]. 2015 mayo [citado el 12 de noviembre del 2018];31(3):117-127. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v31n3/original2.pdf>
28. Sehrawat N, Marwaha M, Bansal K, Chopra Radhika. Cerebral Palsy: A Dental Update. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry [internet]. 2014 mayo [citado el 12 de noviembre del 2018];7(2):109-118. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4212167/>
29. Loyola JP, Ayala JL, Muñoz N, et al. Dental Decay and Oral Findings in Children and Adolescents Affected by Different Types of Cerebral Palsy: A Comparative Study. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry [internet]. 2018 enero [citado el 12 de noviembre del 2018];42(1):62-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29360427>
30. Costa AA, Della Bona A, Trentin MS. Influence of Different Intellectual Disability Levels on Caries and Periodontal Disease. Brazilian Dental Journal [internet]. 2016 enero [citado el 12 de noviembre del 2018];27(1):52-55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27007346>
31. Ziegler J, Spivack E. Nutritional and dental issues in patients with intellectual and developmental disabilities. JADA [internet]. 2018 abril [citado el 12 de noviembre del 2018];149(4):317-321. Disponible en: [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(17\)31065-6/fulltext](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(17)31065-6/fulltext)
32. Areias C, Pereira ML, Perez MD, et al. Enfoque clínico de niños con síndrome de Down en el consultorio dental. Avances en Odontoestomatología [internet]. 2014 abril [citado el 12 de noviembre del 2018];30(6):307-313. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000600003
33. Mubayrik AB. The Dental Needs and Treatment of Patients with Down Syndrome. Dent Clin N Am [internet]. 2016 julio [citado el 12 de noviembre del 2018]; 60(3):613–626. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27264854>
34. Ferreira R, Coelho R, Aguilar SL, et al. Prevention and Periodontal Treatment in Down Syndrome Patients: A Systematic Review. PLOS ONE [internet]. 2016 junio [citado el 12 de noviembre del 2018]; 11(6):1-16. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0158339>
35. Santos V, Cruz A, Araújo TA, et al. Conditioning strategies in the dental care of patients with autism spectrum disorders. Revista Brasileira Odontológica [internet]. 2017 abril [citado el 12 de noviembre del 2018]; 74(4): 294-299. Disponible en: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/1036>.
36. Nunes S, Guimenez T, Celestino R, et al. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. Journal of Pediatric Dentistry [internet]. 2016 febrero [citado el 12 de noviembre del 2018]; 27(5):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27796062>

37. Chandrashekhar S, Bommangoudar JS. Management of Autistic Patients in Dental Office: A Clinical Update. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry [internet]. 2018 mayo [citado el 12 de noviembre del 2018];11(3):219-227. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6102426/>
38. Salazar MI, Collantes J. Tratamiento Odontológico en Paciente con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad. Odontoinvestigacion [internet]. 2017 marzo [citado el 12 de noviembre del 2018]; 3(2):44-52. Disponible en: <http://revistas.usfq.edu.ec/index.php/odontoinvestigacion/article/view/853>
39. Adyanthaya DA, Ismail S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder – A Review, Dental Implications and Treatment Recommendations for Dental Professionals. Journal of Dental and Medical Sciences [internet]. 2016 abril [citado el 12 de noviembre del 2018]; 15(4):115-122. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/cbbb/6ee044417d9f643c07ab218156265c264cd4.pdf>