

MFN = 690

TC 337 L  
1996

785000

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
CATEDRA DE PATOLOGIA Y DIAGNOSTICO ORAL

---

52.148



# LESIONES ORALES EN PACIENTES SIQUIATRICOS

**Alumnos:**

Carla Cerutti Rojas.  
Laura Hidalgo Monsalvez.

**Profesor guía:**

Dr. Nelson Pardo Carrasco. C. D.

Trabajo de Investigación  
Requisito para optar al Título de  
Cirujano-Dentista

Valparaíso - Chile  
1996

*A nuestros Padres, por la oportunidad  
de alcanzar este momento.*

## AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestra gratitud a todos aquellos que contribuyeron con la realización de este Seminario, especialmente a:

- Dr. Nelson Pardo Carrasco C. D., por su guía, preocupación y buenos consejos.
- Dr. Oscar Acevedo, Director del Hospital Psiquiátrico del Salvador, Playa Ancha, Valparaíso, por permitir la realización de esta investigación.
- Dr. Sergio González, Odontólogo del Hospital Psiquiátrico del Salvador, por su orientación y colaboración.
- Personal del Hospital Psiquiátrico del Salvador, por su apoyo en la realización de los exámenes.
- Sr. Patricio Carmona, por su desinteresada cooperación.
- Nuestros familiares y amigos, por la solidaridad brindada, especialmente a la Familia Limone-Reina.

# INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II	ASPECTOS TEORICOS.....	2
	A. Generalidades.....	2
	1.Trastornos siquiátricos.....	2
	2.Tratamiento siquiátrico.....	4
	B. Alteraciones orales en pacientes siquiátricos.....	8
	1.Extraorales.....	8
	2.Intraorales.....	11
III	OBJETIVOS.....	23
IV.	MATERIALES Y METODOS.....	24
	A. Planificación.....	24
	B. Recolección de datos.....	28
V.	RESULTADOS.....	30
VI	DISCUSION.....	40
VII	CONCLUSIONES.....	43
VIII	SUGERENCIAS.....	44
IX	RESUMEN.....	45
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	46
XI	ANEXOS.....	49
	Glosario.....	49
	Ficha clínica.....	52
	Cuestionario.....	55
	Fotografías.....	56

## I. INTRODUCCION

La patología oral frecuentemente puede reconocer entre los factores etiológicos o predisponentes, situaciones particulares de estrés emocional por parte de un paciente comprometido psicológica o psiquiátricamente.

La cavidad oral es extremadamente vulnerable en estas situaciones, a causa de su enorme importancia como una primera zona de relación con el medio, siendo probablemente afectada a través de un sistema inconsciente o subconsciente de somatización de los desórdenes síquicos, los cuales resultan cada vez más frecuentes, en relación al grado de evolución tecnológica de la sociedad. (Preda y cols., 1990)

Los pacientes psiquiátricos institucionalizados constituyen, por lo tanto, un grupo de "alto riesgo" con respecto a su salud oral, por lo que requerirían de atención odontológica especial. A pesar de esto, existen muy pocos estudios que describan el estado de salud oral de estos pacientes.

Considerando lo anteriormente expuesto, este estudio puede ser de interés, como una manera de describir la salud oral de un grupo de pacientes psiquiátricos y captar la atención de la odontología hacia éste. Se estima conveniente ofrecer un cuidado dental sistemático a los pacientes psiquiátricos y para lograrlo el primer paso es determinar su nivel de salud oral y estimar la necesidad de tratamiento odontológico.

## II. ASPECTOS TEORICOS

### A. GENERALIDADES

#### 1. TRASTORNOS SIQUIATRICOS

Para introducirnos en el estudio de las enfermedades de origen síquico y su repercusión, es conveniente en primer término, definir el ámbito de la psiquiatría y consolidar una clasificación de las anormalidades psicopatológicas. Sin embargo, esto ha generado notables controversias, iniciadas a finales del siglo XIX y que continúan en la actualidad. Al margen de estas discusiones, parece aceptarse que la psiquiatría es una rama de la medicina, una aplicación técnica centrada en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales que se fundamenta en una ciencia, la psicopatología. (Ayuso y Salvador, 1992)

Por otra parte, el concepto de normalidad es otra causa constante de litigios científicos y académicos. En general, se acepta que los patrones culturales no determinan la aparición de los síntomas de los trastornos psiquiátricos o psicopatológicos, pero pueden influir claramente en su evolución o, según algunos autores, en su persistencia y gravedad. El criterio de normalidad aparece entonces, como un término difuso, cultural-dependiente y que relativiza numerosos aspectos de las clasificaciones diagnósticas. (Ayuso y Salvador, 1992)

El propósito fundamental de toda clasificación es proveer las bases para describir semejanzas y diferencias entre las categorías que describe, esto se ve dificultado ya que para distinguir un cuadro clínico de otro se debe considerar la existencia de síntomas particulares o patognomónicos y patrones de síntomas o síndromes. Además, a esto se suma un aspecto esencial, la capacidad de predicción; pero ni siquiera las clasificaciones más modernas han logrado avances en este terreno. (Ayuso y Salvador, 1992)

La primera clasificación psiquiátrica data de 1893, evolucionando progresivamente hasta nuestros días. Actualmente existen numerosas clasificaciones para las enfermedades psiquiátricas, como por ejemplo la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (décima revisión de la CIE) de 1980 y la del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III-R), publicada en 1987. (Ayuso y Salvador, 1992)

## **Categorías principales de trastorno mental incluidas en el DSM-III-R:**

- 1.- Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia.
- 2.- Trastornos mentales orgánicos.
- 3.- Trastornos por uso de sustancias psicoactivas.
- 4.- Esquizofrenia.
- 5.- Trastornos delirantes crónicos (paranoides).
- 6.- Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados.
- 7.- Trastornos afectivos.
- 8.- Trastornos ansiosos.
- 9.- Trastornos somatoformes.
- 10.- Trastornos disociativos (o neurosis histérica de tipo disociativo).
- 11.- Trastornos sicosexuales.
- 12.- Trastornos del sueño.
- 13.- Trastornos facticios.
- 14.- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.
- 15.- Trastornos adaptativos.
- 16.- Factores psicológicos que afectan el estado físico.
- 17.- Trastornos de la personalidad.
- 18.- Codificación V de factores no atribuibles a trastornos mentales y que merecen atención o tratamiento.

Existe una relación entre enfermedad física y trastorno mental, lo que dificulta la distinción entre síntomas psiquiátricos primarios y síntomas secundarios a enfermedad física o a su tratamiento. (Ayuso y Salvador, 1992)

Actualmente se plantean cuatro posibles formas de interrelación entre morbilidad mental y morbilidad física:

- El trastorno psiquiátrico se presenta como consecuencia de una enfermedad física, síntoma o reacción a ésta (por ejemplo: depresión posterior al diagnóstico de cáncer).
- El trastorno psiquiátrico se manifiesta por síntomas somáticos que se confunden con la enfermedad.
- El trastorno psiquiátrico y el trastorno físico coexisten, actuando el estrés físico como amplificador de la sintomatología.
- El trastorno psiquiátrico es el factor causal de la enfermedad física. (Ayuso y Salvador, 1992)

La información sobre morbilidad psiquiátrica en poblaciones médicas indica que un 25% de las personas examinadas en centros de atención primaria y un 50% de los pacientes con enfermedades crónicas, presenta trastornos psiquiátricos. (Ayuso y Salvador, 1992)

Por último, se ha observado que para la mayoría de las enfermedades psiquiátricas, la incidencia es levemente mayor en el sexo femenino y frecuentemente de aparición precoz. (Ayuso y Salvador, 1992)

## **2. TRATAMIENTO PSIQUIATRICO**

El tratamiento se basa, en términos generales, en la terapia clínica y farmacológica.

### **2.1 Tratamiento clínico**

El tratamiento clínico de las enfermedades psiquiátricas, contempla básicamente, la psicoterapia y el tratamiento electroconvulsivo (TEC). (Ayuso y Salvador, 1992)

La psicoterapia incluye todos aquellos métodos psicológicos, empleados para influir en la conducta humana en una dirección terapéutica. Comprende el psicoanálisis, psicoterapia analítica, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia dinámica breve, psicoterapia de grupo, psicodrama y terapia familiar. (Ayuso y Salvador, 1992)

El TEC es una técnica que utiliza corriente eléctrica, aplicada sobre el cráneo para conseguir una crisis convulsiva del tipo grand mal. (Ayuso y Salvador, 1992)

Cabe destacar que a consecuencia de la intensa contracción muscular tras el uso de TEC se puede producir: fracturas vertebrales, de huesos largos (Ayuso y Salvador, 1992), dentarias y luxación mandibular (Gombeross, 1986). Sin embargo, estos efectos no se aprecian frecuentemente tras la aparición de la succinilcolina (al 40 %).(Ayuso y Salvador, 1992)

## 2.2 Tratamiento farmacológico

Los fármacos utilizados en el tratamiento de pacientes psiquiátricos pueden clasificarse de la siguiente manera:

### 2.2.1 Ansiolíticos e hipnóticos

Las benzodiazepinas (BZD) son sustancias depresoras del sistema nervioso central (SNC) con propiedades ansiolíticas en dosis bajas y efectos hipnóticos-sedantes en dosis altas, también producen relajación muscular y acción anticonvulsivante.(Ayuso y Salvador, 1992)

Es por esto que se utilizan como: agentes anticonvulsivantes, relajantes musculares y preanestésicos, en trastornos por ansiedad, insomnio, desorden bipolar, síndrome de abstinencia producido por alcohol, delirium de otras etiologías y agitación en pacientes psicóticos por tiempo limitado.(Ayuso y Salvador, 1992)

Dentro de los efectos colaterales descritos están: alteración de las funciones autonómicas, modificación de la presión arterial, pulso y ritmo cardiaco, ligera depresión respiratoria, somnolencia y sedación, ataxia, disartria, incoordinación, diplopia, vértigo, trastornos digestivos (Ayuso y Salvador, 1992) e hiposalivación.(Handelman y cols., 1986)

### 2.2.2 Antidepresivos

Los fármacos antidepresivos (AD) se clasifican en :

- AD heterocíclicos
- AD inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)
- AD inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)(Ayuso y Salvador, 1992)

Los AD en general se utilizan en: depresión mayor, profilaxis de la depresión unipolar recurrente, depresión con síntomas psicóticos, depresión secundaria, episodio depresivo del trastorno bipolar, depresión atípica, depresión reactiva, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la alimentación y dolor crónico.(Ayuso y Salvador, 1992)

Los antidepresivos heterocíclicos tienen efectos colaterales del tipo anticolinérgico, especialmente durante los primeros meses de tratamiento, produciendo sequedad bucal, visión borrosa secundaria a midriasis y cicloplejía, estreñimiento y dificultad en la micción, exacerbación de glaucoma de ángulo cerrado. Además de otros efectos tales como: sedación, aumento de peso, disfunciones sexuales, convulsiones, manías, parestesias, tinitus, parálisis peroneal y ataxia. (Ayuso y Salvador, 1992)

Dentro de los efectos colaterales de los IMAO se encuentran: hipotensión ortostática, insomnio e inquietud sicomotriz, aumento de peso en un 50% de los pacientes (excepto con la tranilcipromina), impotencia y anorgasmia en un 20% de los pacientes. En el caso particular de la fenelcina se produce sequedad bucal, estreñimiento y retención urinaria. (Ayuso y Salvador, 1992)

Finalmente, para los ISRS se incluyen los siguientes efectos colaterales: acción bradicardizante no significativa, efectos gastrointestinales, náuseas, diarrea, ocasionalmente ansiedad, temblor, insomnio, cefalea y sedación en dosis elevadas. (Ayuso y Salvador, 1992)

#### **2.2.4 Neurolépticos**

Las indicaciones de estos fármacos incluyen el manejo de: esquizofrenia, trastornos esquizofreniformes y sicosis reactiva breve, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante (paranoide), manía, depresión con síntomas sicóticos, delirium y sicosis orgánica y demencia. (Ayuso y Salvador, 1992)

Dentro de los efectos colaterales se encuentran: distonía aguda (espasmos intermitentes o mantenidos de los músculos del cuello, boca, espalda) e hiposalivación. (Handelman y cols., 1986; Ayuso y Salvador, 1992)

#### **2.2.4 Eutimizantes**

Los eutimizantes son sicofármacos utilizados para suprimir la tendencia a la recidiva en los trastornos afectivos. Dentro de estos se encuentran el carbonato de litio, la carbamazepina y el ácido valproico. (Ayuso y Salvador, 1992)

El carbonato de litio tiene acción antimaniaca y se indica en casos de pacientes con antecedentes de respuesta positiva al litio, utilizado por esta u otra causa, ya que inicia su actividad 10 a 15 días después de la primera dosis. Sus efectos colaterales incluyen: náuseas, vómitos, diarrea, astenia, temblor fino, aumento de peso en algunos pacientes, granulocitosis y trombocitosis moderada y algunos casos de dermatitis seborreica y alopecia. (Ayuso y Salvador, 1992)

La carbamazepina se utiliza como alternativa de primera elección al carbonato de litio, en trastornos bipolares parcial o completamente refractarios al mismo. Se utiliza también como tratamiento de la neuralgia del trigémino, anticomicial y antiépiléptico. (Ayuso y Salvador, 1992)

La sedación es uno de los efectos indeseables más corrientes. También puede producir diplopia y ataxia, disminuir el recuento de granulocitos y, raramente, producir anemia aplásica. Un 12% de los pacientes puede presentar exantema cutáneo acompañado de prurito. Además, la carbamazepina incrementa la acción de la vasopresina a nivel de sus receptores específicos, por lo que puede producir hiponatremia y retención hídrica intensa; susceptibles de esto son los pacientes de edad avanzada, los tratados con dosis muy altas y aquellos que presentan polidipsia sicógena, debido a que disminuye la capacidad para excretar agua. (Ayuso y Salvador, 1992)

El ácido valproico se utiliza para el tratamiento de episodios maniacos. Dentro de sus efectos colaterales se encuentra: náuseas, vómitos, temblor, anorexia o aumento del apetito y del peso, alopecia y reacciones cutáneas de hipersensibilidad. (Ayuso y Salvador, 1992)

También en este grupo de fármacos se encuentra el clonazepam, que es una BZD introducida como antiepiléptico y luego utilizada en el tratamiento de trastornos afectivos con indicaciones muy precisas. (Ayuso y Salvador, 1992)

### **2.2.5 Anticonvulsivantes**

Dentro de los fármacos con este efecto encontramos: barbituratos y análogos ( fenobarbital y primidona), derivados de la hidantoína (fenitoína), derivados de la oxazolidindiona, derivados de la succimida, benzodiazepinas (diazepam y clonazepam), carbamazepina y ácido valproico. (Goodman y cols., 1991)

El fenobarbital es uno de los medicamentos más utilizados en la prevención del grand mal y crisis focales. Puede provocar depresión cortical, limitando la actividad intelectual y la capacidad de ejecutar actos de precisión. Además, provoca sedación, sueño, astenia, vértigo, náuseas, vómitos y diarrea. (Goodman y cols., 1991)

La primidona, derivado reducido del fenobarbital, tiene las mismas indicaciones que el fenobarbital, siendo más eficaz en la epilepsia del lóbulo temporal. Con alguna frecuencia se observa depresión exagerada del SNC, ataxia, nistagmo y discrasia sanguínea. (Goodman y cols., 1991)

La fenitoína se utiliza, sola o asociada con fenobarbital o análogos, en la prevención de las crisis del grand mal y crisis parciales, incluyendo ataques sicomotores y epilepsia focal. Entre sus reacciones adversas está la sedación, somnolencia, temblor, ataxia, nistagmo, encefalopatías con aumento de convulsiones, alteraciones mentales, alteraciones del electroencefalograma y como fenómeno frecuente, agrandamiento gingival no inflamatorio. (Goodman y cols., 1991)

## 2.2.6 Antiparkinsonianos

Existen diversos tipos de antiparkinsonianos:

- Anticolinérgicos centrales (atropina y escopolamina) que actúan favorablemente sobre los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson. Tienen efectos colaterales como sequedad de las mucosas, estreñimiento, alteraciones visuales y urinarias.
- Fármacos que aumentan la actividad extrapiramidal dopaminérgica.
- Aminoácidos que aumentan el contenido de dopamina en el SNC (levodopa).
- Fármacos que liberan dopamina en el sistema extrapiramidal (anfetaminas, amantadina).
- Estimulantes de los receptores dopaminérgicos (apomorfina, bromocriptina, piribedil, feniletilamina). (Goodman y cols., 1991)

## B. ALTERACIONES ORALES EN PACIENTES SIQUIÁTRICOS

Muchas alteraciones orales se han descrito en los pacientes psiquiátricos, ya sea derivadas de un proceso de somatización, del tratamiento clínico-farmacológico o en su mayoría como producto de inadecuadas o nulas técnicas de higiene oral, dieta cariogénica y malos hábitos. (Grinspan, 1972; Preda y cols., 1990; Friedlander y West, 1991; Vigild y cols., 1993; Hede, 1995; Hede, 1995)

### 1. EXTRAORALES

#### 1.1 Eritema exudativo multiforme (síndrome de Stevens Johnson)

Es un término aplicado a una dermatitis aguda de etiología desconocida y con manifestaciones diversas. (Ayuso y Salvador, 1992)

Se presenta fundamentalmente, en adultos jóvenes, con máculas discretas, pápulas y en ocasiones vesículas y ampollas, muy eritematosas y asintomáticas. Afecta con mayor frecuencia: manos, brazos, pies, piernas, cara y cuello, así como también, mucosa bucal (mejillas, paladar blando, lengua y labios). (Shafer y cols., 1986)

Esta patología se presenta frecuentemente en situaciones de estrés. (Preda y cols., 1990)

## 1.2 Edema angioneurótico (edema de Quincke)

Es una de las formas más comunes de edema, que parece estar estrechamente relacionada con la urticaria general. (Shafer y cols., 1986)

La implicancia "neurótica" data desde la descripción original de la enfermedad, realizada por Quincke en 1882. (Grinspan, 1972; Shafer y cols., 1986)

Se manifiesta como una inflamación difusa y lisa, que afecta especialmente labios, mentón, ojos, lengua y, algunas veces, manos y pies. Por lo regular, dura 24 a 36 horas. (Shafer y cols., 1986)

## 1.3 Síndrome disfuncional doloroso de la articulación temporomandibular

El síndrome disfuncional doloroso de la articulación temporomandibular (ATM), se ha definido como la presencia de uno o la combinación de los siguientes síntomas: dolor y sensibilidad en la región de los músculos masticatorios o en la ATM, click o crepitación durante el movimiento del cóndilo articular y limitación del movimiento mandibular. El simple sonido de la ATM no es suficiente para hacer el diagnóstico, deben presentarse síntomas tales como: subluxación de la mandíbula, vértigo o mareos y tinitus. (Laan van der y cols., 1988)

Este síndrome es de origen multifactorial, es decir, el resultado de una combinación de factores de origen oclusal, neurofisiológicos y psicológicos. Rugh establece su convencimiento de que el factor psicológico, juega un rol significativo en la etiología y mantención de la disfunción y dolor de los músculos masticatorios. (Laan van der y cols., 1988)

Van der Laan y cols. realizaron un estudio sobre la importancia relativa de las variables psicológicas y sociales en el síndrome disfuncional doloroso de la ATM, encontrando una significativa pero baja correlación entre estas variables, lo que revela la importancia de una investigación multifactorial de la etiología de los disturbios funcionales del sistema estomatognático. (Laan van der y cols., 1988)

Los síntomas de este síndrome han sido relacionados con bruxismo, pérdida de dientes, hiperlaxitud de ligamentos y maloclusiones, sin embargo, la prevalencia de maloclusión no es más alta en pacientes con este síndrome, que en la población general. (Feinmann y Harris, 1984)

## 1.4 Dolor facial atípico

Este cuadro difiere del anterior en que no se encuentra específicamente afectada la ATM o la neuromusculatura, además el dolor, frecuentemente, es bien localizado en los huesos faciales o alvéolos maxilares. (Feinmann y Harris, 1984)

El dolor facial atípico puede ocurrir secuencial o simultáneamente a la odontalgia atípica (dolor de un diente en ausencia de patología ) o a la disestesia oral o “ burning mouth syndrome”, cuadros que además, pueden estar asociados con el síndrome disfuncional doloroso de la ATM. Estos dolores se han atribuido a desórdenes del sistema nervioso simpático, recomendándose por algunos, la sección nerviosa o inyección del ganglio esfenopalatino con algún fármaco específico (por ejemplo alcohol).(Feinmann y Harris, 1984)

Webb y Lascelles sugirieron, sin embargo, que el dolor puede ser el resultado de un desorden depresivo subyacente, mostrando la eficacia de un IMAO en estos casos. Esto se suma a la alta incidencia de otro tipo de dolores, como colon espástico y dismenorrea, que pueden indicar que el dolor facial es parte de una respuesta corporal total de los pacientes al estrés.(Feinmann y Harris, 1984; Friedlander y West, 1991)

### **1.5 Anestesia idiopática**

Este síntoma se ha descrito en pacientes psiquiátricos, no encontrándose ninguna causa orgánica comprobada.(Grinspan, 1972)

### **1.6 Bruxismo y otros hábitos**

El bruxismo es un hábito, que consiste en la contracción automática e inconsciente de los músculos masticatorios, durante el sueño y/o vigilia, sin interposición de alimentos, de intensidad variable, de cierta duración, sin períodos de relajación y en posición estática o con ejecución de movimientos mandibulares.(Attanasio, 1991)

Aunque existe cierto desacuerdo en la literatura sobre la incidencia del bruxismo, las estimaciones más conservadoras mencionan un 5% a 10% en la población adulta. Sin embargo, muchos otros investigadores creen que el porcentaje actual es mucho más alto y sugieren, que la mayoría de los adultos bruxará en algún punto de su vida, con consecuencias altamente destructivas (Pingitore y cols., 1991). Se ha observado una frecuencia levemente mayor en el sexo femenino.(Attanasio, 1991)

Dentro de sus signos y síntomas se encuentra: hipertrofia muscular (aumento en el tamaño de las fibras musculares individuales, especialmente maseterinas), sensibilidad muscular, espasmo, mioclonos (espasmos musculares intermitentes), facetas de desgaste, fractura de obturaciones y movilidad dentaria aumentada en la mañana, que disminuye durante el día. También se puede encontrar exostosis, percusión mate y la presencia de ruido al bruxar.(Attanasio, 1991)

Dentro de la etiología del bruxismo se describe una combinación de factores oclusales (oclusión mutilada, inclinación cuspídea excesiva, interferencias (Pingitore y cols., 1991) ) y estrés (Attanasio, 1991). Lo que se ha confirmado en algunos pacientes que siguen bruxando, a pesar de tener condiciones dentales ideales posteriores a un tratamiento odontológico.(Pingitore y cols., 1991)

Algunos autores reportan que los pacientes bruxómanos examinados refieren dos tipo de personalidad: una obsesiva, con una concepción de ellos mismos muy rígida y otra caracterizada por una angustia reprimida y negación de las tensiones.(Preda y cols., 1990)

Por lo tanto, el bruxismo está relacionado con ciertas características de personalidad tales como: agresividad, ansiedad, hiperactividad y una necesidad de control. Además, Rugh y Salber y Funch y Gale lo relacionan con una vida estresante y sugieren que ésta juega un papel importante en la frecuencia, duración y severidad del bruxismo. (Pingitore y cols., 1991)

Los estudios del sueño muestran que el bruxismo puede ocurrir en cualquier etapa de éste, pero es más frecuente en una de ellas (etapa II). Satah y Herada observaron que el bruxismo tiende a ocurrir durante la transición de la etapa de sueño más profundo a uno más ligero, existiendo evidencias de que cuando el bruxismo ocurre durante el REM ("rapid eyes movement", es decir, movimientos oculares rápidos), puede ser más dañino. (Attanasio, 1991)

Existen otros hábitos neuróticos capaces de inducir patologías orales, como el fumar cigarrillo y la masticación de tabaco, observándose irritación de labios, tinción dentaria, alteración de la mucosa palatina y efecto sobre la severidad de la enfermedad periodontal (Preda y cols., 1990). También dentro de las manifestaciones de neurosis se observa: succión de pulgar, dedos y labios, deglución atípica, onicofagia, posturas anormales al dormir y respiración bucal. (Grinspan, 1972)

También se describen problemas para aquellos pacientes que desahogan sus tensiones a través del mordiscamiento de los labios, con la posibilidad de crear cicatrices hipertróficas, leucoplasias (Preda y cols., 1990) y mucoceles (fenómeno de retención mucosa). (Shafer y cols., 1986)

## 2. INTRAORALES

Existen pocos estudios sobre el nivel de salud oral en pacientes psiquiátricos y la mayoría, enfocados a problemas de higiene oral, caries, enfermedad periodontal y prótesis removible (Friedlander y West, 1991; Vigild y cols., 1993; Hede, 1995; Hede, 1995), a pesar de que, se han descrito gran cantidad de otras lesiones relacionadas con factores psicológicos. (Grinspan, 1972)

Borge Hede, en un estudio publicado en 1995, busca describir el estatus de salud oral en un grupo de 278 pacientes psiquiátricos daneses hospitalizados, determinando la relación entre caries y enfermedad mental. Los pacientes fueron tipificados de acuerdo al número de dientes presentes en boca, presencia de prótesis removible, caries, estatus gingival y periodontal. El nivel de salud oral de estos pacientes fue relativamente pobre, en relación a la población general del área. (Hede, 1995)

Es interesante destacar, que el estudio reveló un 55% de caries no tratadas, en comparación con un 23% en la población general. Así mismo, el número de dientes afectados por sacos periodontales profundos, fue el doble. Estas dos observaciones concordaron con los hallazgos de otros autores como Belting y Gupta. (Hede, 1995)

La cantidad de cálculos fue sólo la mitad, comparado con la población general, lo que podría explicarse por el hecho de que trabajaron, en su mayoría, con individuos psicóticos medicados con neurolepticos, antidepresivos y otras drogas anticolinérgicas que afectan la salivación. (Hede, 1995)

Se encontró una asociación entre la presencia de caries y duración de la enfermedad siquiátrica, la que puede explicarse por el efecto acumulativo de períodos de insuficiente cuidados de higiene oral o xerostomía. De hecho, la presencia de caries estuvo asociada con el decremento de la salivación, negligencia en el cepillado y el nivel de participación en el programa dental del hospital. Se concluye finalmente que las variables de enfermedad siquiátrica, tratamiento siquiátrico y cuidados de higiene oral tienen influencia en el nivel de salud oral. (Hede, 1995)

Este estudio se complementa con otro, realizado por el mismo autor, que describe el comportamiento frente a la salud oral y los problemas orales, autoreportados por los pacientes siquiátricos hospitalizados, determinando el nivel de ansiedad que provoca la consulta, el hábito de control dental, autoevaluación de la salud oral y hábitos de higiene oral. Se observó, que existía una visita dental regular en un 31% de los pacientes y cepillado de dientes regular en un 55%. Esto, comparado con la población general danesa, refleja un comportamiento frente a la salud oral muy pobre y la necesidad de programas dentales preventivos específicos para mejorar esta condición. (Hede, 1995)

Por otra parte Vigild y cols. , en un estudio similar en ancianos de instituciones siquiátricas danesas, concluye que la salud oral y los cuidados de ésta en los residentes, está lejos de ser satisfactoria y por lo demás se encuentra al mismo nivel que en las "casas de cuidado de enfermería municipales ". Es interesante destacar, que sólo unos pocos residentes recibían ayuda del staff de asistentes para su higiene oral, sin embargo, ésta no era mejor que la del resto, probablemente debido a que no sabían como ayudarlos. (Vigild y cols., 1993)

## 2.1 Ulcera recurrente oral (URO)

Las URO son lesiones de tipo ulcerativa, dolorosas y recurrentes, que se presentan en forma única o múltiple, especialmente en la mucosa oral menos queratinizada. (De Bernardi y cols., 1994)

Clínicamente se distinguen 3 tipos de URO:

a.-URO menor: lesión de 2 a 10 mm. de diámetro, superficial, única o múltiple (3 a 5), con sintomatología dolorosa urente; su período de evolución es de 10 a 14 días, desapareciendo sin dejar cicatriz. (De Bernardi y cols., 1994)

La URO menor constituye la lesión más frecuente de la mucosa oral, con rangos de frecuencia de 20-60%, afectando mayormente a mujeres entre la segunda y cuarta década. (De Bernardi y cols., 1994)

Se distinguen 4 etapas clínicas:

- Etapa prodrómica (sensación urente 24 horas antes de la aparición).
- Etapa pre-ulcerativa (mácula eritematosa).

- Etapa ulcerativa (cubierta por una membrana blanco-amarillento, rodeada por un halo eritematoso).
  - Etapa resolutive (aproximadamente 3 días).
- b.-URO mayor: lesión úlcero-necrótica cíclica, que se presenta en número variable (de 1 a 10) por 20 a 60 días, alcanzando hasta 3 cm. de diámetro. Se observa un nódulo que sollevanta e indura la mucosa, luego se ulcera y repara dejando una cicatriz.(De Bernardi y cols., 1994)
- c.-URO herpetiforme: lesiones múltiples (15 a 100), de carácter cíclico, 1 a 2 mm. de diámetro, el cual aumenta gradualmente hasta su confluencia. El período de evolución es de 10 a 15 días.(De Bernardi y cols., 1994)

Dentro de los factores desencadenantes de las URO se encuentra: trauma, alimentación y estrés, que constituye el factor más frecuentemente asociado (Preda y cols., 1990; De Bernardi y cols., 1994). Es así, que en pacientes claramente estresados y bruxómanos se encuentran frecuentemente estas lesiones.(De Bernardi y cols., 1994)

En relación al aspecto clínico, es conveniente diferenciar la URO de la úlcera traumática, que a pesar de ser similar, posee una etiología claramente identificable, tal como: cepillado traumático, mordedura, trauma protésico o químico.(De Bernardi y cols., 1994)

## 2.2 Candidiasis ( candidosis)

Es la forma más común de infección oral fúngica, causada por el hongo *Candida albicans* que puede existir de dos formas, fenómeno conocido como dimorfismo. La forma de hifa es la que usualmente se asocia con la invasión de los tejidos.(Neville y cols., 1995)

La aparición de la enfermedad depende probablemente de 3 factores generales:

- Estatus inmune del huésped.
- Medio ambiente de la mucosa oral.
- Patogenicidad de la *Candida albicans*.(Neville y cols., 1995)

Clínicamente se distinguen 9 tipos de candidiasis oral:

- a.-Pseudomembranosa aguda: placas blancas y adheridas, que semejan "quesillo" sobre la mucosa. Pueden ser removidas, dejando un área normal o eritematosa. Si existe hemorragia, probablemente es por efecto de otro proceso tal como: liquen plano o como consecuencia de quimioterapia. Se puede acompañar de una sensación urente y se ubica frecuentemente en la mucosa bucal, lengua y paladar. Se asocia a terapia antibiótica e inmunosupresión.

- b.-Eritematosa (candidiasis aguda atrófica): máculas rojas ubicadas en la parte posterior del paladar duro, mucosa bucal y dorso lingual. Se puede acompañar de una sensación urente, asociándose a terapia antibiótica, xerostomía, inmunosupresión y factores idiopáticos.
- c.-Atrofia papilar central (glositis romboidal media): área roja de atrofia de la mucosa en la línea media posterior del dorso lingual, asintomática. Se asocia a inmunosupresión y factores idiopáticos.
- d.-Crónica multifocal: áreas rojas, frecuentemente con placas blancas removibles, en la parte posterior del paladar, dorso posterior de la lengua y comisuras. Puede acompañarse de sensación urente o ser asintomática. Se asocia con inmunosupresión y factores idiopáticos.
- e.-Queilitis angular: fisuras rojas, irritadas, ubicadas en las comisuras labiales. Se asocia con inmunosupresión, pérdida de dimensión vertical y factores idiopáticos.
- f.-Estomatitis subprotésica: lesiones rojizas, asintomáticas, ubicadas en la mucosa palatina subyacente a prótesis. Se piensa que probablemente no sea una verdadera infección, dado que la prótesis frecuentemente es positiva al cultivo y no así la mucosa.
- g.-Hiperplásica (candidiasis leucoplásica): placas blancas, que no salen al raspado, asintomáticas, ubicadas comúnmente en la mucosa bucal anterior. Se asocia a inmunosupresión y factores idiopáticos.
- h.-Mucocutánea: se caracteriza por placas blancas y áreas rojas en la lengua, mucosa bucal y paladar. Es rara y se asocia a disfunción inmune, esporádica e idiopática.
- i.- Síndrome endocrino-candidiásico: placas blancas, la mayoría no removibles, en la lengua, mucosa bucal y paladar. Es rara y se asocia a desorden endocrino.(Neville y cols., 1995)

La xerostomía, efecto colateral de las drogas sicotrópicas, predispone la cavidad oral a candidiasis. Es por esto que, en los pacientes psiquiátricos, la cantidad de unidades formadoras de colonia de candida es elevada, particularmente en la mucosa palatina. Lo que a su vez se ve influenciado por una higiene pobre de la prótesis.(Shafer y cols.,1986; Lucas, 1993)

La posible explicación para la aparición de candida, consecutiva a hiposalivación, es una reducción en la secreción de inmunoglobulinas (IgA), dada la disminución del flujo salival. La IgA juega un rol importante como primera línea de defensa de la mucosa, por lo que su disminución incrementa la adherencia y sobrevivencia de las colonias de candida.(Lucas, 1993)

### **2.3 Lengua geográfica ( glositis migratoria benigna)**

Ha sido descrita como múltiples áreas de descamación de las papilas filiformes de la lengua. La porción central de la lesión algunas veces se inflama y el borde puede estar delineado, por una banda delgada de color blanco amarillento. Las papilas fungiformes persisten, en las áreas descamadas, como puntos rojos elevados y pequeños. Las zonas descamadas permanecen corto tiempo en un lugar, después sanan y aparecen en otro lugar, es decir, dan la idea de que migran. A menudo es concomitante con la lengua fisurada, lo que puede ser coincidencia. (Shafer y cols., 1986)

La etiología de la lengua geográfica es desconocida hasta el momento. Algunos autores han considerado entre los posibles factores etiológicos, el aspecto emocional o nervioso, ya que este cuadro es de fácil reconocimiento en pacientes siquiátricos. (Preda y cols., 1990)

### **2.4 Agrandamiento gingival no inflamatorio (inducido por medicamentos)**

Es el aumento de tamaño del tejido gingival, producto del incremento del número de células. (Carranza, 1993)

La lesión primaria comienza con un agrandamiento indoloro y globular en el margen gingival vestibular, lingual y proximal. Cuando progresa, el agrandamiento marginal y papilar se unen, pudiendo transformarse en un repliegue macizo de tejido, que llega a cubrir parte de las coronas dentarias e incluso dificultar la oclusión. La lesión tiene forma de mora, firme, de color rosado pálido y no tiende a sangrar. Normalmente es generalizada, pero más intensa en la región anterior, no presentándose en espacios desdentados. (Carranza, 1993)

Se asocia al tratamiento con nifedipino, ciclosporina y fenitoína, aumentando su prevalencia cuando se combinan varios agentes antiepilépticos (por ejemplo el ácido valproico, fenobarbital y carbamazepina). (Carranza, 1993)

### **2.5 Gingivitis ulcero necrótica aguda ( GUNA )**

Es un tipo de gingivitis aguda, producto de la asociación fusoespiroquetal y una mala higiene oral. Se asocia a tabaquismo, agotamiento, tensión síquica y estrés. (Carranza, 1993)

Su evolución es muy rápida y se caracteriza por úlceras cubiertas por una pseudomembrana de color blanquecino, que contiene bacterias, células epiteliales, leucocitos y fibrina, dejando un tejido ulcerado, hiperémico y edematoso al desprenderse. (Carranza, 1993)

Se ha descrito una transmisión facilitada por factores genéticos, ya que la mayor incidencia se encuentra en la población negra o de origen caucásico, sin embargo, se ha propuesto que situaciones de estrés y tensión emotiva, favorecen el surgimiento de esta patología. (Preda y cols., 1990)

## 2.6 Lesiones facticias

Son lesiones autoinducidas, a menudo por un hábito con fondo psicológico. (Shafer y cols., 1986)

A este grupo pertenecen: lesiones producto de la mordedura de labio (*morsicatio labiorum*), mordedura de carrillo (*morsicatio buccarum*) y el traumatismo gingival no consciente. (Shafer y cols., 1986)

## 2.7 Liquen plano ( LP )

El liquen plano es una enfermedad mucocutánea inflamatoria crónica en la que las células basales del epitelio son dañadas por un proceso de autoinmunidad celular, mediado por células de Langerhans, linfocitos T y macrófagos. (Batsakis y cols., 1994)

El liquen plano oral (LPO) se presenta en forma aislada en un 25% de los casos y en un 40-50%, asociado a manifestaciones cutáneas. (Colella y cols., 1993)

La incidencia del LPO es pequeña, según las últimas estadísticas clínicas entre un 0.02-2% de la población adulta, con una frecuencia levemente mayor en el sexo femenino. (Colella y cols., 1993)

Las lesiones orales son característicamente bilaterales y simétricas, más constantes en el tiempo que las lesiones cutáneas (Batsakis y cols., 1994), observándose una distribución mayoritaria en la mucosa bucal y lengua y menos frecuente en labios, encía, piso de boca y paladar. (Shafer y cols., 1986)

Las lesiones de LPO son clasificadas de 5 formas principales:

- a.- Reticular: es la forma más común, localizada preferentemente en la mucosa geniana, se caracteriza por la presencia de estrías blanquecinas, ligeramente solevantadas, denominadas estrías de Wickham, sobre las cuales es visible una mucosa de aspecto prácticamente normal. Estas estrías pueden tomar forma de encaje, concéntrica, siendo así de fácil diagnóstico.
- b.- Papular: pequeños solevantamientos de la mucosa, de consistencia sólida, bien circunscritos, color blanquecino, de 1 mm. de diámetro.
- c.- A placa: lesiones de aspecto solevantado, hiperqueratósicas, con márgenes irregulares y una superficie finamente granular, circundada por lesiones reticulares.
- d.- Atrófico: áreas de color rojizo eritematoso como consecuencia del adelgazamiento del epitelio, rodeadas por lesiones reticulares.

e.-Erosiva: áreas ulceradas debido a la desepitelialización, asociadas a lesiones reticulares.(Colella y cols., 1993)

Las formas atrófica y erosiva tienen una incidencia de transformación maligna que oscila de un 0.2 a 5%. Estas formas se caracterizan por una sintomatología dolorosa o sensación de boca urente. (Colella y cols., 1993)

Colella y cols. afirman que la patogénesis del LPO es incierta, probablemente se debe a una reacción inmunitaria causada por varios estímulos, desarrollada en sujetos con un sustrato genético específico y una actitud síquica común. Estos tres aspectos constituyen tres teorías de patogénesis:

- La presencia de un infiltrado de linfocitos T subepitelial sostiene la "teoría autoinmunitaria mediada celularmente".
- Una estrecha asociación entre el LPO y un antígeno del sistema mayor de histocompatibilidad (HLA-DR), presente sobre queratinocitos, ha sido encontrada en varios estudios. Esto apoya la "teoría genética".
- Se ha observado una cierta correlación entre esta enfermedad y algunos factores neurosíquicos, lo que da sustento a la "teoría sicógena".(Colella y cols., 1993)

Shklar, en 1972 en un estudio sobre 600 casos de liquen, considera al estrés como denominador común de la enfermedad. En el mismo artículo el autor afirma que el LPO, presente tanto en sujetos normales como neuróticos, es poco encontrado en pacientes sicóticos.(Colella y cols., 1993)

Matarasso y cols. encontraron en la anamnesis de estos pacientes: estrés sicótico, insomnio, estados ansiosos o depresivos y disturbios neurosíquicos que, representarían la exteriorización de agresividad reprimida y sentimientos de culpa, dirigido inconscientemente hacia la propia mucosa y piel.(Colella y cols., 1993)

Hampf y cols. realizaron un estudio del grado de disturbio mental, en 56 pacientes con LPO verificado clínica e histológicamente y en 44 pacientes sin LPO. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa de disturbio mental, entre pacientes con LPO y sin LPO. De los pacientes con LPO un 48.2% estaban mentalmente sanos, 21.4% tuvo un pequeño disturbio mental, 5.4 % tuvo un moderado disturbio mental y 25% tuvo un desorden mental severo.(Hampf y cols., 1987)

Colella y cols. en 1993, efectuaron un estudio de casos-control, con ánimo de evaluar la importancia de los rasgos psicopatológicos en pacientes afectados por LPO. El estudio se realizó en 16 pacientes con LPO y 14 pacientes con leucoplasias y neoplasias orales. Los resultados confirmaron que los pacientes con LPO, mostraban puntajes mucho más altos en la escala de ansiedad de Hamilton (HAS) y en la escala de depresión de Hamilton (HDS), mientras que el grupo control tenía puntajes mucho más bajos. Cabe destacar, que el estudio incluyó a dos pacientes con carcinoma oral, que obtuvieron puntajes bastante altos en el cuestionario de salud general (GHQ), HAS y HDS, muy similares a los encontrados en pacientes con LPO. La anamnesis confirmó que ellos habían sufrido por años de liquen, cuyas lesiones habían sufrido degeneración cancerosa. Esta singular observación pareciera confirmar la existencia de una estructura, de carácter peculiar, en los pacientes con LPO. (Colella y cols., 1993)

Existen otros estudios, donde la teoría etiopatogénica sicógena no es afirmada de la misma manera:

Lowental y Pisanti hacen diferencia entre la variedad erosiva-bulosa y la reticular, reconociendo a la primera un origen sicogénico, mientras a la segunda no, por ser una lesión de tipo crónica. (Colella y cols., 1993)

Allen y cols., en un estudio realizado en 1986, no encontraron diferencias significativas entre pacientes con LPO y un grupo control, en lo que respecta a eventos de vida estresantes y ansiedad. (Allen y cols., 1986)

## **2.8 Penfigoide mucoso benigno**

Enfermedad vesiculo-bulosa, probablemente de naturaleza autoinmune, que se localiza en la mucosa bucal, conjuntiva y piel. Se presenta generalmente entre los 40 a 50 años, con mayor frecuencia en mujeres. (Shafer y cols., 1986)

Las lesiones más consistentes están en la encía, aunque también pueden presentarse en otros sitios de la cavidad bucal. Las vesículas tienen una pared, relativamente, más gruesa y pueden persistir 24 a 48 horas antes de la rotura y la descamación, dejando una superficie cruenta erosionada y sangrante. La zona presenta eritema persistente por semanas e incluso meses, después que ha cicatrizado, aunque esto rara vez ocurre. Su diagnóstico es histológico. (Shafer y cols., 1986)

Estudios hechos en pacientes inmunodeprimidos y bajo fuerte estrés síquico, han llevado a diferentes autores a reportar esta patología en pacientes siquiátricos. (Preda y cols., 1990)

## 2.9 Xerostomía

Es una manifestación clínica de la disfunción de las glándulas salivales, caracterizada por la sequedad de la cavidad bucal.(Shafer y cols., 1986)

Cuando es severa, la mucosa aparecerá atrófica, pálida y translúcida, aunque algunas veces inflamada. Así mismo, la lengua puede tener atrofia papilar, inflamación, fisuración o agrietamiento.(Shafer y cols., 1986)

Su importancia clínica se relaciona con una rápida progresión de caries, formación de caries radicular, intensificación de la gingivitis, incremento del riesgo de infección oral (especialmente candida), intolerancia a prótesis dentales y pérdida de la agudeza del gusto. Todo lo anterior lleva a problemas de masticación, fonación y deglución.(Handelman y cols., 1986; Shafer y cols., 1986; Carranza, 1993)

Existen numerosas drogas que pueden tener un efecto lateral hiposalivatorio, tales como los antipsicóticos, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos, drogas anticolinérgicas, antihipertensivos, alcaloides opioides y sus derivados entre otros.(Handelman y cols., 1986)

Se ha encontrado una disminución del flujo salival en pacientes depresivos no tratados, en directa relación con la severidad de la depresión. Además los antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos magnifican el problema de xerostomía, debido a su acción anticolinérgica sobre las glándulas salivales.(Friedlander y West, 1991)

Se ha visto, que pacientes que reciben femoxetina en un rango de 20 a 80 mg/día, tienen una xerostomía dosis dependiente.(Friedlander y West, 1991)

En un estudio realizado con Nortriptilina, se confirmó que la hiposalivación y sequedad bucal fueron persistentes durante el tratamiento a largo plazo, pero reversibles después de la discontinuación del éste.(Clemmesen, 1988)

## 2.10 Síndrome de la boca urente

El "Síndrome de la boca urente", llamado en inglés "Burning mouth syndrome" (BMS), es un desorden doloroso crónico orofacial, que usualmente no está acompañado por lesiones de la mucosa u otros signos clínicos (Ship y cols., 1994). Otros términos utilizados son: glosodinia, estomatodinia, estomatopirosis y disestesia oral.(Bergdahl y Anneroth., 1993)

Bergdahl y cols. lo distinguen del "Burning mouth" (BM), definiendo este último, sólo como una sensación dolorosa urente en la boca (Bergdahl y cols., 1995).

El BMS afecta a más de un millón de adultos en Estados Unidos, especialmente mujeres mayores. Locker y Grushka encontraron una prevalencia de 1.5% en un estudio conducido en 1.000 personas (1). Mientras, Basker y cols. encontraron un 2.6 % en un estudio de 392 pacientes, donde la mayor frecuencia estuvo, en mujeres de 40-49 años (15.7 %).(Bergdahl y Anneroth., 1993)

El síntoma más relevante es una sensación urente, que puede variar de leve a severa y que generalmente es cuantificada por medio de una escala lineal análoga. (Bergdahl y Anneroth, 1993)

Van der Ploeg y cols. encontraron que la mayoría de los pacientes, describe la sensación en más de un sitio oral. Los lugares mencionados fueron: la lengua (71 %), labios (50 %), bordes laterales de la lengua (46 %), dorso de la lengua (46%), paladar (46%), mucosa subyacente a prótesis superior (25%), mucosa bucal (21%), mucosa subyacente a prótesis inferior (19%), faringe (19%) y toda la boca y faringe (7%). Además, sin excepción, describieron la lesión como bilateral. (Ploeg van der y cols., 1987)

Dentro de los síntomas asociados se incluye: sequedad bucal, sed, disgeusia, cambios en los hábitos alimenticios, irritabilidad, depresión y un descenso en el deseo de socializar. (Ship y cols., 1994)

El BMS se considera multicausal, sus factores etiológicos pueden dividirse en dos categorías básicas: desórdenes orales y condiciones sistémicas (Ship y cols., 1994). Dentro de este último, se encuentra los desórdenes siquiátricos y sicológicos, siendo considerados por muchos, como el más común y mayor factor etiológico del BMS. (Bergdahl y Anneroth, 1993; Rojo y cols., 1993)

Dos tipos de evidencia soportan esta teoría:

#### a.- Test sicológicos y entrevistas clínicas

Numerosos estudios los han usado, demostrando disturbios sicológicos en las personas con síntomas orales. Sin embargo, ninguno muestra nada más que una relación coincidente entre BMS y factores sicogénicos. Esta relación es evidente, ya que la aflicción sicológica es esperada en sujetos con dolor crónico, pudiendo ser un resultado de éste, más que una causa. (Grushka y Sessle, 1991)

La siguiente tabla resume, según sus autores, los desórdenes mentales encontrados. (Bergdahl y Anneroth, 1993)



## Desórdenes mentales en pacientes con BMS

Autores	Desórdenes mentales
Browning y cols.	Depresión, ansiedad
Feinmann & Harris	Depresión, neurosis
Grushka y cols.	Depresión, histeria, sicoastenia
Hampf y cols.	Desorden de personalidad dependiente
Jontell y cols.	Sicoastenia
Lamb y cols.	Ansiedad, depresión
Lamey & Lamb	Ansiedad, depresión
Lamey & Lamb	Depresión, cancerofobia
Van der Ploeg y cols.	Ansiedad, depresión, neurosis
Schoenberg y cols.	Depresión
Zilli y cols.	Depresión

Además, Rojo y cols., en un estudio de 74 pacientes con BMS, establecieron un diagnóstico psiquiátrico en un 51.35%, en su mayoría depresión. (Rojo y cols., 1993)

Grushka y cols. mostraron que los pacientes con BMS, tenían características de personalidad similares a las vistas en los pacientes con dolores crónicos, tales como: un gran interés en sus funciones corporales, depresión, desconfianza, ansiedad y aislamiento social (Bergdahl y Anneroth, 1993). Más recientemente, Bergdahl y cols., al estudiar las características de personalidad en los pacientes con BMS resistente ( a tratamiento odontológico y médico), sugieren que la sensación quemante podría ser un síntoma sicosomático de conflicto mental. (Berdahl y cols., 1995)

## b.-Terapia con antidepresivos tricíclicos (ATC)

Esta es la segunda razón para catalogar al BMS como un desorden sicogénico. Estudios hechos por Harris y cols. demostraron la efectividad de los ATC en el tratamiento del BMS, pero a su vez indicaron que estos, en bajas dosis, pueden actuar terapéuticamente como analgésicos, por separado de su acción como antidepresivos. (Grushka y Sessle, 1991)

Por último, Bergdhal y cols. en un estudio sobre el efecto del tratamiento con terapia cognitiva, en pacientes con BMS resistente, observaron una reducción significativa de su intensidad. Estos resultados afirmarían que, algunos casos de BMS resistentes, son de origen psicológico. (Bergdahl y cols., 1995)

## 2.11 Desórdenes del gusto

Los desórdenes del gusto comprenden:

- Alteración del estatus gustativo, que puede clasificarse en : normogeusia, hipogeusia y ageusia.
- Disgeusia, que es un gusto persistente y anormal (dulce, ácido, amargo, salado o metálico).
- Gusto fantasma o sensación que ocurre en ausencia de estímulos identificables.(Mott y cols, 1993)

La prevalencia actual de los desórdenes del gusto es desconocida.(Mott y cols, 1993)

Al evaluarse una pérdida del gusto, es conveniente aclarar la diferencia entre este término y el concepto de "sabor", que incluye la experiencia sensorial total provocada por la ingesta, dado por el gusto, aroma, textura, temperatura y propiedades irritantes. Aproximadamente, tres cuartos de la información del "sabor" deriva del olfato.(Mott y cols, 1993)

Los desórdenes del gusto pueden ser causados por fármacos utilizados en el tratamiento psiquiátrico, tales como:

- Carbamazepina (hipogeusia, mal gusto hacia el alcohol, ageusia).
- Levodopa (desorden del gusto).
- Carbonato de litio (gusto desagradable, disgeusia metálica (Duffield, 1973)).
- Tranquilizantes e hipnóticos (ageusia, disgeusia metálica o amarga).(Mott y cols, 1993)

Dentro de la etiología, también se describen trastornos psiquiátricos, dado que existe un umbral elevado para los sabores dulces en los pacientes deprimidos, lo que los lleva a consumir alimentos azucarados. (Mott y cols, 1993)

Disgeusia o hipogeusia selectiva al gusto ácido y amargo, se ha demostrado en pacientes bulímicos, posiblemente por un daño a las células gustatorias, dado el repetido contacto con los ácidos gástricos. También se han reportado alucinaciones gustatorias en alcoholismo y sicosis orgánica.(Mott y cols, 1993)

Por último es importante recordar que la xerostomía, también puede relacionarse con una disminución de la función gustativa, a través de una incompleta disolución de solutos y/o un mecanismo de transducción anormal.(Mott y cols, 1993)

### III. OBJETIVOS

#### A. OBJETIVO GENERAL

Describir la salud oral de un grupo de pacientes psiquiátricos atendidos en el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Playa Ancha, Valparaíso.

#### B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Clasificar los pacientes del Hospital Psiquiátrico del Salvador incluidos en el estudio de acuerdo a: edad, sexo, patología psiquiátrica, tratamiento clínico, tratamiento farmacológico, condición en la que se realiza el tratamiento y cuidados de higiene oral que recibe el paciente.
- 2.- Conocer los síntomas orales relatados por los pacientes psiquiátricos.
- 3.- Conocer los signos y síntomas extraorales en los pacientes psiquiátricos.
- 4.- Reconocer los tipos de hábitos presentes en los pacientes psiquiátricos.
- 5.- Clasificar las lesiones intraorales de la mucosa, dientes y tejidos periodontales en los pacientes psiquiátricos, además del uso de prótesis y estado de ésta.
- 6.- Identificar la relación entre la cantidad de depósitos blandos, presencia de caries y sequedad de las mucosas.
- 7.- Identificar la relación entre la cantidad de depósitos blandos, enfermedad periodontal y sequedad de las mucosas.
- 8.- Determinar la relación entre tabaquismo y el tipo de lesión periodontal encontrada.
- 9.- Determinar la relación entre bruxismo y sexo en los pacientes psiquiátricos examinados.
- 10.- Identificar la relación entre el cuidado de higiene oral y cantidad de depósitos blandos encontrados.

## IV. MATERIALES Y METODOS

### A. PLANIFICACION

El centro de estudio escogido fue el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Playa Ancha, Valparaíso, que reúne pacientes internos u hospitalizados y ambulatorios. Su elección se realizó en base a su cercanía y accesibilidad para la realización de los exámenes clínicos requeridos (fotografía N°1).

El acercamiento a dicho centro se hizo en primer lugar, a través de entrevistas personales con el odontólogo del Hospital Dr. Sergio González y con el Director del mismo Dr. Oscar Acevedo, en las cuales se expusieron los motivos y características del trabajo de investigación. Luego se enviaron, a través del Director de Escuela de Odontología, Universidad de Valparaíso, Dr. Carlos Cifuentes, la carta de presentación oficial y petición de autorización, para la realización del presente Seminario.

El Universo de estudio se definió como la totalidad de los pacientes atendidos en el Hospital, tanto internos como ambulatorios los que acuden a controles médicos y/o de enfermería y a la administración de fármacos.

La población en estudio, constituida por pacientes internos y ambulatorios, fue escogida por conveniencia, es decir, se incluyeron voluntarios, cuya condición síquica les permitió comprender y aceptar la realización del examen oral.

#### **Especificación de las variables**

Las variables consideradas fueron las siguientes:

- Edad: en años.
- Sexo: masculino y femenino.

- Patología siquiátrica: como una forma de simplificar la comprensión y ejecución de la investigación, se adoptó la clasificación correspondiente a los códigos de diagnóstico, utilizados por el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Playa Ancha, Valparaíso:

- 1.- Demencia.
- 2.- Epilepsia.
- 3.- Alcoholismo.
- 4.- Drogadicción.
- 5.- Sicosis orgánica.
- 6.- Esquizofrenia.
- 7.- Otras sicosis.
- 8.- Depresión Mayor.
- 9.- Desorden Bipolar.
- 10.-Distimia.
- 11.-Desorden por angustia.
- 12.-Desorden por somatización.
- 13.-Desorden sicossexual.
- 14.-Desorden disociativo.
- 15.-Desorden adaptativo.
- 16.-Sicosis paranoide.
- 17.-Retardo mental.
- 18.-Desorden de personalidad.
- 19.-Otros diagnósticos.
- 20.-Daño orgánico cerebral.
- 21.-Trastorno del hábito del comer.
- 22.-Diagnóstico no consignado.



- Tratamiento Clínico: se consideró como alternativas las sesiones de sicoterapia, el tratamiento electroconvulsivo ( TEC ) o la combinación de ambos.
- Tratamiento farmacológico: tipo de fármacos utilizados ( familia a la que pertenecen).
- Condición en la que se realiza el tratamiento: interno u hospitalizados y ambulatorios.
- Cuidados de higiene oral que recibe el paciente: las alternativas fueron autovalente, parcialmente dependiente, dependiente y nulo.
- Síntomas orales: tales como odontalgia, ardor, sensación de boca seca, etc.
- Signos y síntomas extraorales: dolor articular o neuromuscular, click, salto, mioclonos, hipotonía, hipertonia e hipertrofia muscular, etc.
- Hábitos: bruxismo, tabaquismo, onicofagia, succión de labio, mejilla, objetos, etc.

- Alteraciones intraorales:

- a.-Mucosa: queilitis angular, candidiasis, liquen plano oral, penfigoide mucoso benigno, úlcera recurrente oral, etc. En forma excepcional, y por razones prácticas debido a la gran dificultad para determinar la cantidad de flujo salival en cada uno de estos pacientes, se consideraron dentro de este punto la apreciación clínica de las variables: mucosa con humedad normal, mucosa levemente seca, mucosa moderadamente seca y mucosa severamente seca.
- b.-Dientes: caries coronaria, caries radicular, resto radicular, fractura coronaria, faceta de desgaste, atrición, abrasión, erosión, etc.
- c.-Tejidos periodontales: agrandamiento gingival no inflamatorio, gingivitis, periodontitis, pérdida de función por movilidad, GUNA, etc.
- d.-Prótesis: uso de prótesis removible y estado de la misma ( bueno, regular, malo, fracturada)
- e.-Higiene oral: depósitos blandos ausentes, depósitos blandos visibles, depósitos blandos abundantes.

**Definición de términos**

- Tratamiento farmacológico: comprende fármacos ansiolíticos e hipnóticos, antidepresivos, neurolépticos, eutimizantes, anticonvulsivantes y antiparkinsonianos.
- Cuidados de higiene oral
  - a.-Autovalente: fueron considerados así, los pacientes capaces de relatar que cepillaban sus dientes por sí mismos (por lo menos dos veces al día).
  - b.-Parcialmente dependiente: fueron considerados así los pacientes que declaraban cepillar sus dientes con ayuda de sus familiares o personal auxiliar.
  - c.-Dependientes: fueron considerados los pacientes cuyos familiares o personal auxiliar declaraban cepillar sus dientes.
  - d.-Nulo: fueron considerados los pacientes que declaraban no cepillar sus dientes por diversas razones ( físicas o psicológicas) o cuyos familiares o personal auxiliar, así lo declaraba.
- Síntomas orales: corresponden a los antecedentes subjetivos declarados por los pacientes durante la anamnesis dirigida, no siendo sometidos a comprobación clínica dado los objetivos del Seminario y por razones prácticas.

- Click articular: corresponde a la subluxación del cóndilo mandibular, con respecto a su cavidad articular, audible por el clínico. (Laan van der y cols., 1988)
- Salto articular: corresponde a la incoordinación del movimiento del cóndilo mandibular, en el recorrido dentro de su cavidad articular, detectable por el clínico mediante la palpación externa. (Laan van der y cols., 1988)
- Hipotonía: síntoma que consiste en la reducción o ausencia completa de tono muscular. (Shafer y cols., 1986)
- Hipertonía: síntoma que consiste en el aumento del tono muscular. (Shafer y cols., 1986)
- Hábito: costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de la misma, constituida por actos complejos que tienden a repetirse automáticamente, en forma inconsciente o independientes del factor que les dio origen. Existen hábitos objetivos ( morder lentes, alfileres, lápices, etc.) y hábitos subjetivos ( bruxismo, respiración bucal, etc. ). (Carranza, 1993)
- Mucosa levemente seca: mucosa que al examen clínico se observa de un aspecto normal, pero con una ligera sequedad que no es superada por la estimulación mecánica producto del examen.
- Mucosa severamente seca: mucosa de apariencia seca y atrófica, algunas veces inflamada, pero la mayoría de las veces, pálida o translúcida. Comúnmente se encuentran úlceras y existe una sensación dolorosa, además la lengua se ve inflamada de un color rojo intenso, con fisuración o agrietamiento y áreas de atrofia parcial o total de las papilas.
- Gingivitis: se considera como parámetros clínicos para el diagnóstico de esta patología los signos de inflamación gingival: aumento de volumen y hemorragia al sondaje, sin pérdida de inserción; además de la presencia de depósitos blandos.
- Periodontitis: se considera como parámetros clínicos para el diagnóstico de esta patología, además de la presencia de inflamación gingival, la pérdida de inserción (especialmente en caras proximales) evidenciada ya sea a través de retracción gingival y/o profundidades de sondaje mayores a 3mm., en 1 o más dientes.
- Pérdida de función por movilidad: se consideraron dentro de esta categoría los pacientes con periodontitis evidentemente avanzada y movilidad grado 3 en 1 o más dientes.
- Estado de prótesis removible:
  - Buena: prótesis con un buen soporte, retención y estabilidad funcional, dentro de los parámetros de la oclusión orgánica o bilateralmente balanceada.

- b.-Regular: prótesis que sin cumplir uno de los requisitos anteriores, logra desempeñar adecuadamente sus funciones (masticación, fonación, estética).
- c.-Malo: prótesis que no cumple dos o más de los requisitos básicos, no logrando efectuar sus funciones.

## **B. RECOLECCION DE DATOS**

Se diseñó una ficha clínica para la recolección de datos y un pequeño cuestionario para determinar el síntoma de sequedad bucal (Hede, 1995), constituido por 4 preguntas simples, cuya respuesta positiva, se asocia a un flujo salival menor a 1 ml/min.

Los examinadores fueron calibrados según los conceptos y parámetros expuestos en el marco teórico y en la definición de términos.

Los datos fueron recolectados mediante un examen clínico oral, por un período de 3 meses (Mayo-Julio), realizado en conjunto, con iluminación natural y utilizando instrumental de examen simple, más una sonda periodontal recta de Williams. La población estudiada comprendió finalmente, un grupo de 53 pacientes ambulatorios e internos, 3 de los cuales no accedieron al examen.

Los datos de identificación y antecedentes generales tales como: patología siquiátrica, tratamiento clínico-farmacológico, se obtuvieron directamente de la ficha siquiátrica del Hospital. Con respecto a la edad, ésta fue consignada en la ficha clínica como fecha de nacimiento; así mismo, el tratamiento farmacológico se constató por el nombre del fármaco, clasificándose después dentro de la familia correspondiente a las variables especificadas.

### **Análisis de datos**

Considerando que el presente estudio constituye una investigación descriptiva, cuyo objetivo principal es mostrar la situación de salud oral en un grupo de pacientes siquiátricos, se analizaron los datos encontrados, buscando fundamentalmente una forma simple de presentación de ellos (Wentraub y cols., 1989). Sin embargo, con el fin de utilizar este estudio como un posible incentivo para futuras investigaciones explicativas, se buscó determinar la asociación de ciertas variables consideradas dentro de los objetivos.

Para efectuar el análisis de los datos se construyó una planilla electrónica (Excel 5.0), con todas las variables a analizar para cada paciente. En base a esto, se confeccionaron tablas o gráficos de distribución de frecuencia y de asociación de variables. El análisis estadístico con respecto a esto último, se efectuó en base al test de independencia para tablas de contingencia, donde las "hipótesis" a contrastar fueron las siguientes:

$H_0$ : no existe relación entre las variables *v/s*  $H_1$ : existe relación entre las variables.

La decisión se basó en la comparación de un estadístico de prueba, calculado en base a los datos obtenidos, con un valor de tabla de la distribución *chi-cuadrado* (con determinados grados de libertad y nivel de significancia).

Si el estadístico de prueba era inferior al valor de tabla, entonces se rechazaba  $H_0$ , al nivel de significancia determinado.



## V. RESULTADOS

Tabla I: Distribución de pacientes según sexo y edad.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	Femenino		Masculino			
	n°	%	n°	%	n°	%
< 29	7	50,00	7	50,00	14	100,00
29 - 36	7	50,00	7	50,00	14	100,00
36 - 47	7	58,33	5	41,67	12	100,00
> 47	9	69,23	4	30,77	13	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>56,60</b>	<b>23</b>	<b>43,40</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>

Del total de la muestra, un 56.6% correspondió al sexo femenino y un 43.4% al sexo masculino. Con respecto a la edad, la mayoría de los pacientes se ubicó en los rangos inferiores a 36 años (tabla I).

Tabla II: Distribución de pacientes según patología siquiátrica.

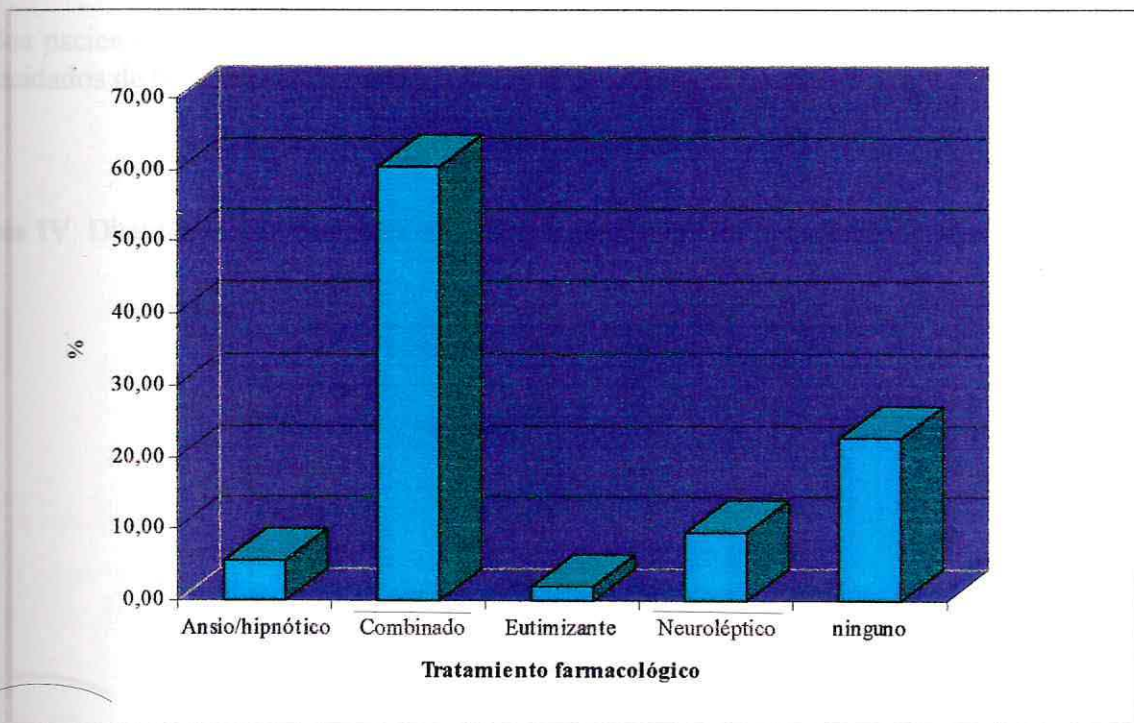
PATOLOGIA	n°	%
Alcoholismo	1	1,89
Combinación	19	35,85
Depresión mayor	2	3,77
Desorden por angustia	2	3,77
Distimia	1	1,89
Daño org. cerebral	1	1,89
Esquizofrenia	17	32,08
Sicosis orgánica	2	3,77
Otras sicosis	4	7,55
Retardo mental	4	7,55
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>

Al clasificar la muestra según la patología siquiátrica, se obtuvo con mayor frecuencia un diagnóstico combinado con un 35.85%, seguido de esquizofrenia en un 32.08% (tabla II).

**Tabla III:** Distribución de pacientes según condición de tratamiento y tratamiento clínico recibido.

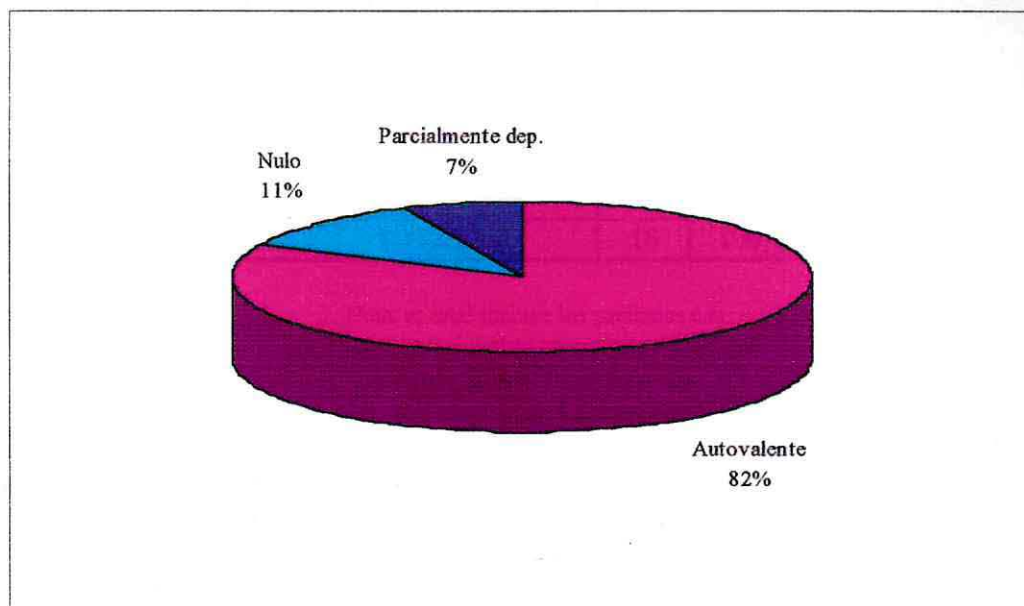
TRAT. CLINICO	CONDICION DE TRATAMIENTO				TOTAL	
	Interno		Ambulatorio		n°	%
	n°	%	n°	%		
Psicoterapia	10	29,41	24	70,59	34	100,00
TEC	7	77,78	2	22,22	9	100,00
Ambos	4	80,00	1	20,00	5	100,00
Ninguno	4	80,00	1	20,00	5	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>47,17</b>	<b>28</b>	<b>52,83</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>

El tratamiento clínico que predomina para la población en estudio es la sicoterapia, de las cuales el 70% se realiza en condición ambulatoria y el 29.4% en forma interna (tabla III).

**Gráfico N°1:** Distribución de pacientes según tratamiento farmacológico. (n=53).

Con respecto al tratamiento farmacológico, un 60.38% de los pacientes incluidos en el estudio recibe un tratamiento combinado, seguido del uso de neurolépticos con un 9,43 % (gráfico N°1).

**Gráfico N°2:** Distribución de pacientes examinados y dentados, según cuidados de higiene oral. (n=45)



De los pacientes examinados y dentados, la mayoría declaró ser autovalente (82%) en relación a los cuidados de higiene oral (gráfico N° 2).

**Tabla IV:** Distribución de pacientes examinados, según los síntomas orales relatados.

SINTOMAS	n°	%
Ardor de mucosas	2	9,52
Odontalgia y seq. bucal	1	4,76
Odontalgia	11	52,38
Parestesia	2	9,52
Seq. bucal	5	23,81
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100,00</b>

Nota: el total incluye los pacientes con síntomas orales.

De los 50 pacientes examinados, sólo un 42% relató síntomas orales, siendo el más frecuente la odontalgia con un 52.3%, seguido de un 23.8% de sequedad bucal (tabla IV).

**Tabla V:** Distribución de pacientes examinados, según signos y síntomas neuromusculares.

<b>SINT. NEUROMUSCULARE</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Dolor y mioclonos	1	5,56
Dolor	1	5,56
Hipertonía	12	66,67
Hipotonía	3	16,67
Hipertrofia y mioclonos	1	5,56
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>

Nota: el total incluye los pacientes con signos y síntomas neuromusculares.

Sólo un 36% de los pacientes examinados presentaron signos y síntomas neuromusculares, siendo el más frecuente la hipertonía muscular con un 66.67% (tabla V).

**Tabla VI:** Distribución de pacientes examinados, según signos y síntomas articulares.

<b>SIGN Y SINT ATM</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Click articular	8	27,59
Dolor, click y salto	1	3,45
Dolor y salto art.	4	13,79
Dolor	1	3,45
Salto y click	1	3,45
Salto articular	14	48,28
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100,00</b>

Nota: el total incluye los pacientes con signos y síntomas articulares.

En el caso de los signos y síntomas articulares, un 58% de los pacientes examinados manifestó alguna alteración, siendo la más frecuente el salto articular con un 48.28% (tabla VI).

**Tabla VII:** Distribución de pacientes examinados, según hábitos.

HABITOS	n°	%
Bruxismo	2	5,41
Brux/onicofagia	2	5,41
Brux/tabaquismo	3	8,11
Brux/cepillado comp.	1	2,70
Brux/onico/resp oral	1	2,70
Brux/onico/succ. objetos	1	2,70
Brux/onico/tabaquismo	1	2,70
Onicofagia	1	2,70
Resp. oral	1	2,70
Succ. labio y mejilla	1	2,70
Succión de labio	1	2,70
Succión de objetos	1	2,70
Tabaquismo	16	43,24
Tab/ onicofagia	3	8,11
Tab/succ. objetos	1	2,70
Tab/onico/succ.labio	1	2,70
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100,00</b>

Nota: el total incluye los pacientes con hábitos.

Es importante hacer notar, que un 74% de los pacientes examinados presentó algún hábito. Dentro de los más frecuentes estaba el tabaquismo en un 43.24% y la combinación de bruxismo y tabaquismo en un 8.11% (tabla VII).

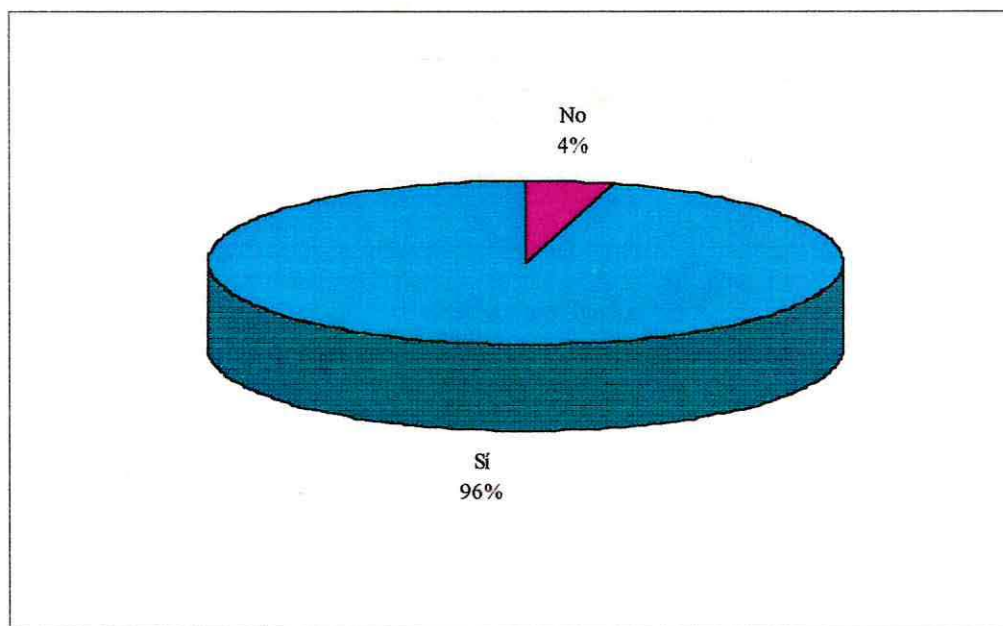
**Tabla VIII:** Distribución de pacientes examinados según lesiones de la mucosa.

LESIONES DE MUCOSA	n°	%
Candidiasis subprótesis	2	13,33
Cicatriz de labio	1	6,67
Lengua fisurada	2	13,33
Macroglosia	1	6,67
Mucocele	1	6,67
Queilitis angular	3	20,00
U. trau. de carr/candidiasis	1	6,67
Ulcera traumát. de carrillo	1	6,67
Ulcera traumát. de labio	3	20,00
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100,00</b>

Nota: el total incluye los pacientes que presentaron lesiones de mucosa.

Con respecto a las lesiones de mucosa, se detectó que sólo un 30% de los pacientes examinados presentaba alguna alteración, no existiendo ninguna en particular, que sobresaliera del resto. Sin embargo, al observar la distribución de éstas, se podría decir que hubo una leve diferencia para queilitis angular y úlcera traumática de labio (tabla VIII).

**Gráfico N°3:** Distribución de pacientes examinados y dentados, según presencia de caries. ( $n=45$ )



Para determinar la presencia de caries, la población en estudio se vio reducida a los pacientes examinados y dentados, de los cuales un 95.5% presentó caries (gráfico N° 3).

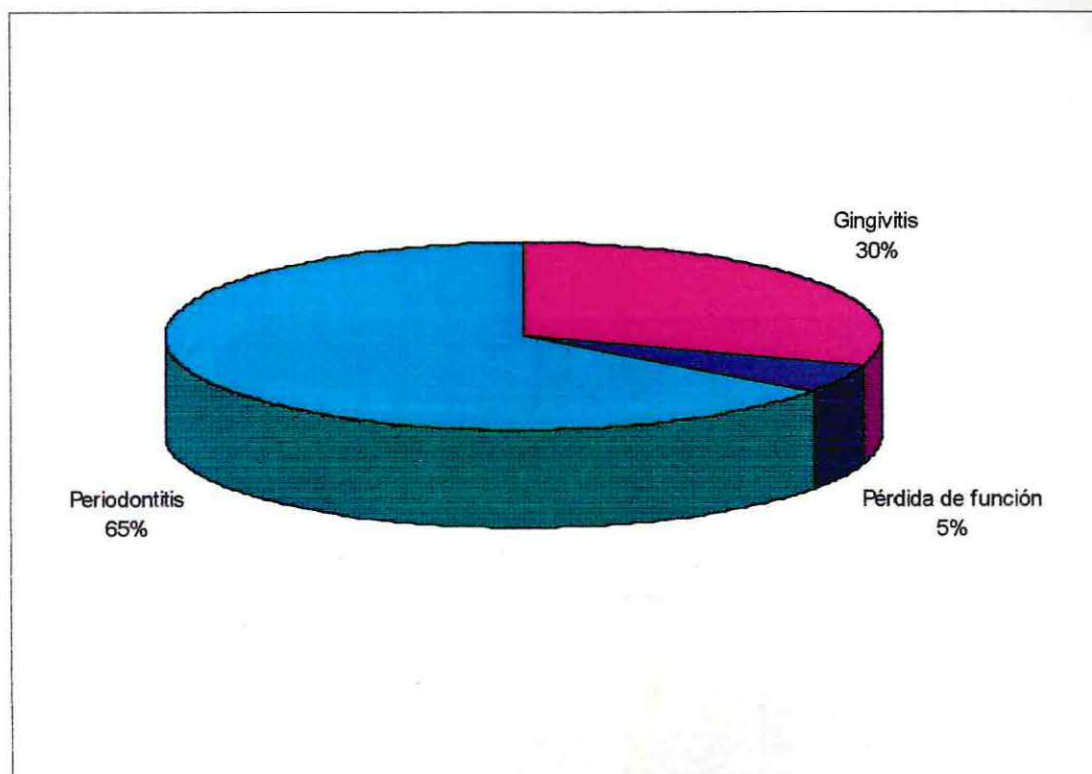
**Tabla IX:** Distribución de pacientes examinados y dentados según lesiones dentarias.

LESIONES	n°	%
Abrasión y fract.	1	3,23
Atrición y fract.	1	3,23
Atrición	21	67,74
Fac. de desgaste	7	22,58
Fractura	1	3,23
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100,00</b>

Nota: el total incluye los pacientes con lesiones dentarias, a excepción de caries.

Para el resto de las lesiones dentarias, presentes en un 89% de la población examinada y dentada, lo más frecuente fue la atrición con un 67.7% (tabla IX).

**Gráfico N°4:** Distribución de pacientes examinados y dentados, según lesión periodontal. ( $n=45$ )



Un 89% de los pacientes examinados y dentados, tuvo algún grado de enfermedad periodontal, donde la periodontitis del adulto ocupó un 65% (gráfico N° 4).

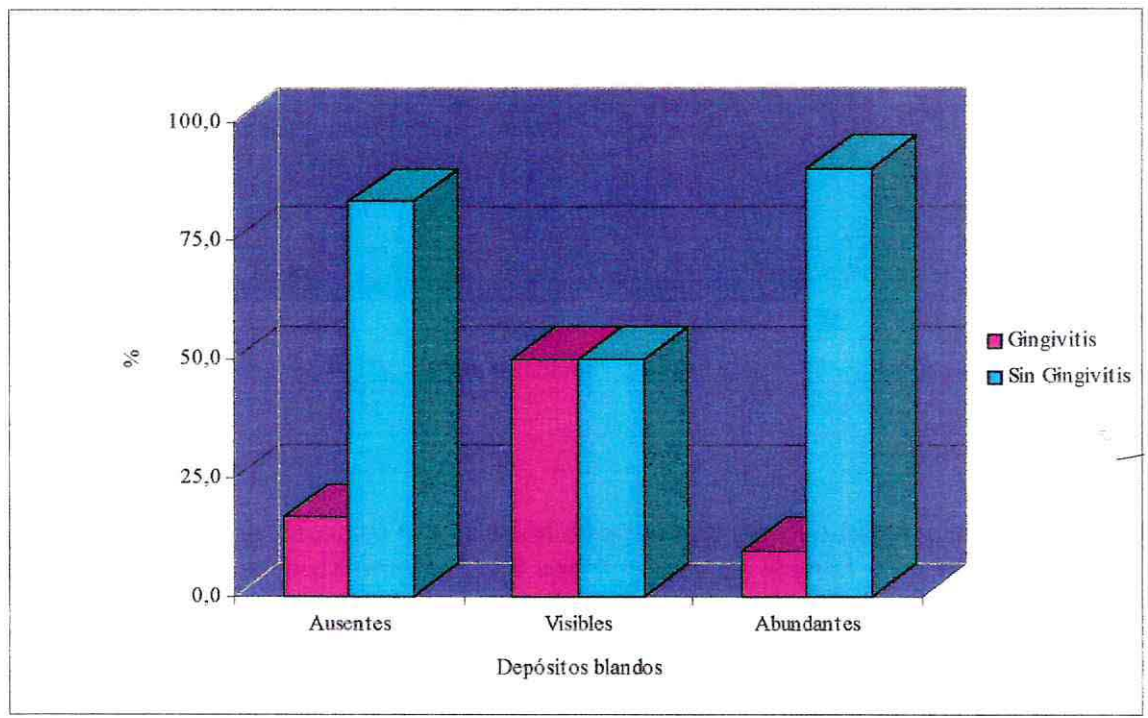
**Tabla X:** Distribución de pacientes portadores de prótesis removible, según su estado.

ESTADO	n°	%
Fracturada	3	37,50
Malo	3	37,50
Regular	2	25,00
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100,00</b>

Con respecto al estado protésico, de las 8 personas que presentaban prótesis removible, se encontró que la mayoría estaba en mal estado o fracturada (tabla X).

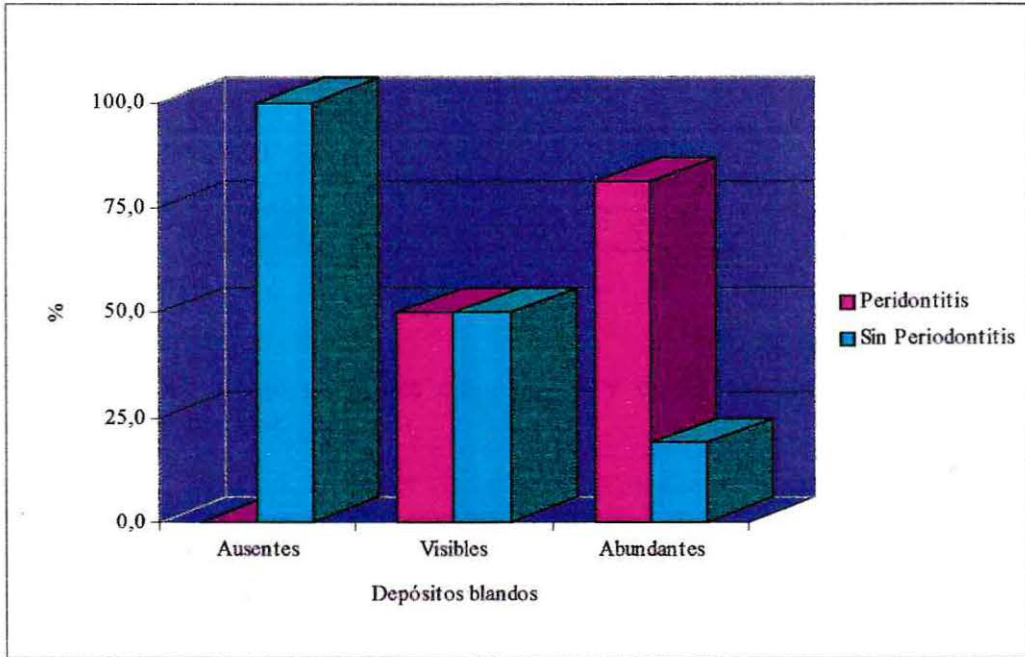
Con el objetivo de identificar la relación entre la cantidad de depósitos blandos, presencia de caries y sequedad de las mucosas, se aplicó un test de independencia (con un valor de 8.524 y 2 grados de libertad), no detectándose ninguna relación entre las variables de interés.

**Gráfico N°5:** Distribución de pacientes examinados y dentados, según cantidad de depósitos blandos y gingivitis. (n=45)



Para identificar la relación entre cantidad de depósitos blandos, enfermedad periodontal y sequedad de las mucosas, se realizó el mismo procedimiento. Las enfermedades analizadas fueron gingivitis y periodontitis, dado que las otras variables resultaron poco frecuentes. Se encontró una relación entre gingivitis y la cantidad de depósitos blandos, con un estadístico de prueba 8.474 con 2 grados de libertad y un error menor al 2.5%,  $p < 0.025$  (gráfico N°5).

**Gráfico N°6:** Distribución de pacientes examinados y dentados, según cantidad de depósitos blandos y periodontitis. ( $n=45$ )



Al efectuar el análisis, se encontró una relación directa entre periodontitis y cantidad de depósitos blandos, con un estadístico de prueba 13.28 con 2 grados de libertad y un error menor al 0.5%  $p < 0.005$  (gráfico N°6).

**Tabla XI:** Distribución de pacientes examinados y dentados según tabaquismo y tipo de lesión periodontal.

LESION	TABAQUISMO				TOTAL	
	Sí		No			
	n°	%	n°	%	n°	%
Gingivitis	4	33,33	8	66,67	12	100,00
Periodontitis	17	65,38	9	34,62	26	100,00
Ninguna	1	20,00	4	80,00	5	100,00
Pérdida de función	0	0,00	2	100,00	2	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>48,89</b>	<b>23</b>	<b>51,11</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

El estudio de la relación entre tabaquismo y enfermedad periodontal (estadístico de prueba 7.576 con 3 grados de libertad) no proporcionó evidencia suficiente para rechazar la hipótesis de independencia (tabla XI).

**Tabla XII:** Distribución de pacientes examinados y dentados, según bruxismo y sexo.

SEXO	BRUXISMO				TOTAL	
	Sí		No			
	n°	%	n°	%	n°	%
Masculino	7	30,43	16	69,6	23	100,00
Femenino	4	18,18	18	81,8	22	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>24,44</b>	<b>34</b>	<b>75,6</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

**Tabla XIII:** Distribución de pacientes examinados y dentados, según cuidados de higiene y cantidad de depósitos blandos.

DEP. BLANDOS	HIGIENE ORAL						TOTAL	
	Autovalente		Parc.depend.		Nulo			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Visibles	17	94,44	1	5,56	0	0	18	100,00
Abundantes	14	66,67	2	9,52	5	23,81	21	100,00
Ausentes	6	100,00	0	0,00	0	0	6	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>82,22</b>	<b>3</b>	<b>6,67</b>	<b>5</b>	<b>11,11</b>	<b>45</b>	<b>100,00</b>

El estudio de la relación entre bruxismo y sexo, estadístico de prueba 0.914 con un grado de libertad, (tabla XII) y entre cuidado de higiene oral y cantidad de depósitos blandos, estadístico de prueba 7.58 con 4 grados de libertad (tabla XIII), también llevó a aceptar la hipótesis de independencia.

## VI. DISCUSION

Debido a la inexperiencia de los examinadores con este tipo de pacientes, la muestra fue escogida por conveniencia, obteniéndose un grupo de 53 pacientes, que voluntariamente accedieron al examen clínico. Sin embargo, probablemente por las características de la enfermedad siquiátrica que padecían, 3 pacientes finalmente rechazaron el examen. Estos pacientes quedaron incluidos en el estudio, para los efectos de clasificar la población de acuerdo a: edad, sexo, patología siquiátrica, tratamiento clínico-farmacológico y condición en la que se realiza el tratamiento. La razón de esto fue que los datos se obtuvieron fácilmente de las fichas clínicas siquiátricas del Hospital, para todos los pacientes incluidos en el estudio.

Se encontraron 5 pacientes desdentados totales, los cuales no se consideraron en el estudio de las variables relacionadas con alteraciones dentarias y periodontales, la relación entre bruxismo y sexo, cuidados de higiene oral y cantidad de depósitos blandos.

Es importante destacar, que en términos generales no hubo problemas de manejo con los pacientes, los que se presentaron muy accesibles a los exámenes y consultas hechas. Una excepción constituye la información requerida por la anamnesis, la que muchas veces, no se ajustaba en absoluto a los objetivos de la investigación. A modo de ejemplo, se puede mencionar respuestas, ante la consulta sobre síntomas orales, tales como:

\_ Siento pena...\_

\_ ...Tengo hombrecitos en la boca, que me rompen los dientes...\_

\_ ...No puedo, es que no puedo tocar los dientes con el cepillo, no puedo...\_

También es importante resaltar el apoyo constante en todo sentido, brindado por el personal del Hospital.

Por razones prácticas, los exámenes fueron sólo clínicos, a excepción del uso de biopsia que se tenía contemplado en el caso de lesiones que no pudiesen diagnosticarse de otra forma. Este examen complementario finalmente no fue necesario. Los exámenes fueron hechos en el Hospital, en el caso de los pacientes ambulatorios en algún box disponible en el policlínico (fotografía N°2) y para los pacientes internos en la sala "URI" y "UCE", que admite pacientes crónicos y agudos, respectivamente (fotografía N°3, N°4 y N°5).

La mayoría de la población en estudio correspondió al sexo femenino (56,6%) y se ubicó por bajo los 36 años, lo que concuerda con la tendencia que existe para la mayoría de las enfermedades siquiátricas. (Ayuso y Salvador, 1992)

Los hallazgos de esta investigación, ofrecen un cuadro descriptivo general de las lesiones orales del grupo estudiado, de acuerdo a la mayoría de las patologías revisadas en la literatura (Feinmann y Harris, 1984; Pingitore y cols., 1991; Lucas, 1993; Hede, 1995; Hede, 1995). Sin embargo, es necesario recordar previo al análisis de los resultados, que este grupo está constituido por pacientes psiquiátricos "tratados", cuyas alteraciones están, presumiblemente, compensadas.

Un 82% de los pacientes examinados y dentados, se consideraban autovalentes en relación a su higiene oral. Esto no coincide con los estudios de Hede, donde se observó que un 55% cepillaban sus dientes regularmente (2 veces al día), lo que podría explicarse por el hecho de que su población en estudio, comprendió sólo pacientes hospitalizados, en su mayoría internos por más de 10 años (Hede, 1995). Nuestra muestra estaba conformada, en cambio, por pacientes ambulatorios e internos. Presumiblemente, los primeros podrían estar en mejores condiciones psiquiátricas, lo que les permitiría una mejor autoevaluación de su higiene oral. Además, cabe destacar que un 11% tenían una higiene oral nula, es decir, no cepillaban sus dientes, tanto por motivos psiquiátricos (intolerancia al cepillo), como por motivos económicos (falta de cepillo dental, dentífrico y/o agua potable).

De los 50 pacientes examinados, sólo un 42% relató síntomas orales, de los cuales el más frecuente fue la odontalgia (53.3%), lo que puede explicarse por la gran incidencia de caries en estos pacientes. Además, se relató sequedad bucal en un 23.8%, debido probablemente, a la utilización de fármacos del tipo antidepresivo, ansiolítico e hipnótico y neuroléptico. (Handelman y cols., 1986; Ayuso y Salvador, 1992)

Con respecto a los signos y síntomas neuromusculares relatados, un 66% lo constituyó la hipertonia muscular, que se considera dentro de las principales características del bruxismo (Pingitore y cols., 1991). Este hábito, a su vez, estuvo dentro de los más frecuentes, con un 24% de los examinados y dentados. La diferencia con la población general (5- 10%), podría explicarse por las características psicológicas de nuestra población en estudio.

Debido a la conocida complejidad en el diagnóstico de las lesiones articulares, se optó por consignar solamente los signos y síntomas encontrados. Un 58% de los pacientes examinados manifestaron alguna alteración, lo cual en la inmensa mayoría, se pudo atribuir a hábitos como bruxismo y onicofagia, ausencia dentaria, prótesis en mal estado y maloclusión, como también lo señala la literatura. (Feinmann y Harris, 1984)

Dentro de las lesiones de mucosa más frecuente, se encontraba la candidiasis y queilitis angular (33%), lo que podría explicarse porque estos pacientes presentaban además, algún grado de sequedad de mucosa o una cantidad apreciable de depósitos blandos; ambos, factores muy asociados con esta patología según la literatura revisada (Lucas, 1993). De la misma manera las úlceras traumáticas tuvieron un 33%, lo que podría atribuirse al hecho de que estos pacientes presentaban: prótesis removible en mal estado, onicofagia, cepillado compulsivo y/o habían sido sometidos a TEC.

De los 45 pacientes dentados y examinados, un 95% presentaba caries, los que a su vez tenían gran cantidad de depósitos blandos (fotografía N°9). Además, es necesario destacar que, probablemente, el factor etiológico dieta cariogénica esté exacerbado en estos pacientes, dado que, frecuentemente, recibían golosinas como premio para estimular una buena conducta. Los resultados difieren de lo reportado por Hede, donde el 55% de su muestra reveló caries no tratadas, en comparación con el 23% de la población general (Hede, 1995), lo que podría explicarse por la diferente realidad sociocultural y económica que tiene el pueblo danés.

El 89% de los examinados y dentados tenían además otras alteraciones dentarias, siendo la más frecuente la atrición (fotografía N°7), otro de los signos asociados con bruxismo (Hanamura y cols., 1987). De los pacientes que presentaron fractura dentaria, todas estuvieron ubicadas en la zona incisiva superior o inferior.

Se decidió no determinar el índice COP (cariados, obturados y perdidos por caries) en estos pacientes, dado que se requiere de datos confiables, obtenidos dentro de la anamnesis, con respecto al número de dientes perdidos por caries. Esta información no se pudo obtener con seguridad (fotografía N°8).

Parece sumamente interesante y predecible la relación directa existente entre depósitos blandos y periodontitis, la que fue comprobada estadísticamente con un error menor al 0.5%. Es decir, al aumentar la cantidad de depósitos blandos, aumenta la presencia de periodontitis. Del mismo modo, existió una relación entre gingivitis y cantidad de depósitos blandos, con un error esta vez, mucho mayor (menor a 2.5%), lo que no se considera estadísticamente significativo para la muestra (fotografía N°6).

No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre: sequedad de mucosas y caries, cantidad de depósitos blandos y caries, sequedad de mucosas y enfermedad periodontal, tabaquismo y lesión periodontal, bruxismo y sexo, cuidados de higiene oral y depósitos blandos. Esto, probablemente, se deba al hecho de que el estudio no estuvo planificado, estrictamente, para identificar con seguridad estas relaciones, dado que el objetivo principal de esta investigación, fue describir la salud oral de un grupo de pacientes siquiátricos.

## VII. CONCLUSIONES

- La mayoría de la población estudiada correspondió al sexo femenino y se ubicó por bajo los 36 años. El diagnóstico siquiátrico predominante fue una combinación de patologías, en su mayoría tratadas con sicoterapia ambulatoria y tratamiento farmacológico combinado. En relación a los cuidados de higiene oral, la mayor parte de los pacientes declaró ser autovalente.
- El síntoma oral más relatado fue la odontalgia, seguido de sequedad bucal.
- Entre los signos y síntomas extraorales encontrados con mayor frecuencia, estuvo el salto articular y la hipertonía muscular.
- Los hábitos más relevantes entre estos pacientes, fueron el tabaquismo y el bruxismo.
- Dentro de las lesiones intraorales encontradas, las más importantes fueron caries y periodontitis del adulto. En la mucosa se observó, con cierta frecuencia, queilitis angular y úlceras traumáticas. La mayoría de los pacientes portadores de prótesis removible la tenían en mal estado o fracturada.
- Se encontró una relación directa, estadísticamente significativa para la muestra, entre cantidad de depósitos blandos y periodontitis.
- No se encontró una relación entre: sequedad de mucosas y enfermedad periodontal, cantidad de depósitos blandos y caries, sequedad de mucosas y caries, tabaquismo y enfermedad periodontal, bruxismo y sexo, cuidados de higiene oral y depósitos blandos.

## VIII. SUGERENCIAS

A partir de la descripción de salud oral entregada en esta investigación, se cree interesante la ejecución de otros estudios, para un mejor conocimiento y manejo de los pacientes psiquiátricos.

Se considera necesaria la existencia de un programa preventivo oral, como parte integral del tratamiento psiquiátrico hospitalario, especialmente de los pacientes internos. El desarrollo de éste podría comenzar por la adecuada capacitación del personal auxiliar, para así crear hábitos de autohigiene oral.

## IX. RESUMEN

El propósito de esta investigación fue describir la salud oral de un grupo de pacientes, atendidos en el Hospital Psiquiátrico del Salvador de Playa Ancha, Valparaíso.

La muestra estuvo constituida por 53 pacientes ambulatorios e internos, que fueron clasificados de acuerdo a: edad, sexo, patología siquiátrica, tratamiento clínico-farmacológico y condición en la que se realiza el tratamiento.

Los datos se obtuvieron mediante un examen clínico oral, el que finalmente fue rechazado por 3 pacientes. Los 50 examinados fueron evaluados en relación a: cuidados de higiene oral, síntomas orales relatados, signos y síntomas extraorales, presencia de hábitos, lesiones intraorales de mucosa, dientes y tejidos periodontales, además del uso de prótesis y el estado de ésta.

Los resultados indicaron que la mayoría de la población estudiada, correspondía al sexo femenino y se ubicaba por bajo los 36 años. El diagnóstico siquiátrico predominante fue una combinación de patologías, en su mayoría tratadas con sicoterapia ambulatoria y tratamiento farmacológico combinado. La mayoría de los pacientes declaró ser autovalentes en relación a su higiene oral. Con cierta frecuencia se encontraron alteraciones tales como: odontalgia, sequedad bucal, salto articular, hipertonia muscular, tabaquismo, bruxismo, queilitis angular, úlcera traumática, atrición y prótesis en mal estado o fracturadas.

Las lesiones intraorales más importantes fueron caries y periodontitis del adulto, por lo que se considera necesaria la existencia de un programa preventivo oral, como parte integral del tratamiento siquiátrico hospitalario



## X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Allen, C.M.; Beck, F.M.; Rossie, K.M.; and Kaul, T.J. (1986): Relation of stress and anxiety to oral lichen planus. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 61: 44-46.
- Attanasio, R. (1991), Bruxismo nocturno y su tratamiento clínico. En: *Clínicas Odontológicas de Norteamérica, México, D.F.*: Editorial Interamericana, pp. 243-250.
- Ayuso, J.L.; y Salvador, L. (1992): *Manual de Psiquiatría*, Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana de España.
- Batsakis, J.G.; Cleary, K.R.; and Cho, K.J. (1994): Lichen Planus and Lichenoid Lesions of the oral cavity. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 103: 495-497.
- Bergdahl, J.; Anneroth, G. (1993): Burning mouth syndrome: literature review and model for research and management. *J. Oral Pathol. Med.* 22: 433-438.
- Bergdahl, J.; Anneroth, G.; and Perris, H. (1995): Personality characteristics of patients with resistant burning mouth syndrome. *Acta Odontol. Scand.* 53: 7-11.
- Bergdahl, J.; Anneroth, G.; and Perris, H. (1995): Cognitive therapy in the treatment of patients with burning mouth syndrome: a controlled study. *J. Oral Pathol. Med.* 24: 213-215.
- Browning, S.; Hislop, S.; Scully, C.; and Shirlaw, P. (1987): The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 64: 171-174.
- Carranza, F.A. (1993): *Periodontología Clínica de Glickman*, México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana S.A.
- Clemmesen, L. (1988): Anticholinergic side-effects of antidepressants: Studies of the inhibition of salivation. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.345.* 78: 90-93.
- Colella, G.; Gritti, P.; De Luca, F.; e de Vito, M. (1993): Sugli aspetti psicopatologici del lichen planus orale (LPO). *Minerva Stomatol.* 42: 265-270.
- De Bernardi, L.; Kaplán, C.; Hidrobo, R. (1994): Efectividad de la Betametazona al 0,1% en Plastibase ® como tratamiento para las úlceras recurrentes orales menores. Trabajo de Investigación Requisito para optar al Título de Cirujano-Dentista.
- Duffield, J.E. (1973): Side Effects of Lithium Carbonate (letter). *Br. Med. J.* 1: 491.

- Eli, I.; Baht, R.; Littner, M.M.; and Kleinhaus, M. (1994): Detection of Psychopathologic Trends in Glossodynia Patients. *Psychosom. Med.* 56: 389-394.
- Feinmann, Ch.; and Harris, M. (1984): Psychogenic Facial Pain Part I: The Clinical Presentation. *Br. Dent. J.* 156: 165-168.
- Friedlander, A.H.; and West, L.J. (1991): Dental management of the patient with major depression. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 71: 573-578.
- Genco, R.; Goldman, H.; and Cohen, D.W. (1993), Acción local y sistémica de fármacos y otros agentes químicos sobre tejidos periodontales. En: *Periodoncia*, Buenos Aires: Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill, pp. 283-290.
- Gombeross, L. (1986): *Manual de Psiquiatría*, Santiago: Editorial Mediterraneo.
- Goodman, A. (1991): Goodman y Gillman Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Grinspan, D. (1972), Enfermedades de origen psíquico y sus manifestaciones bucales. En: *Enfermedades de la boca. Semiología, Patología, Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal*, Buenos Aires: Editorial Mundi S.A.C.I. pp. 2451-2481.
- Grushka, M.; and Sessle, B.J. (1991): *Burning Mouth Syndrome*. *Dent. Clin. North. Am.* 35: 171-184.
- Hampf, B.G.C.; Malmström, M.J.; Aalberg, V.A.; Hannula, J.A.; and Vikkula, J. (1987): *Psychiatric disturbance in patients with oral lichen planus*. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 63: 429-432.
- Hanamura, H.; Houston, F.; Rylander, H.; Carlsson, G.E.; Haraldson, T.; and Nyman, S. (1987): Periodontal status and bruxism. A comparative study of patients with periodontal disease and occlusal parafunctions. *J. Periodontol.* 58: 173-176.
- Handelman, S.L.; Baric, J.M.; Espeland, M.A.; and Berglund, K.L. (1986): Prevalence of drugs causing hyposalivation in an institutionalized geriatric population. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 62: 26-31.
- Hede, B. (1995): Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 23: 44-48.
- Hede, B. (1995): Dental health behavior and self-reported dental health problems among hospitalized psychiatric patients in Denmark. *Acta Odontol. Scand.* 53: 35-40.

- Laan van der, G.J.; Duinkerke, A.S.H.; Luteijn, F.; and Poel van de, A.C.M. (1988): Relative importance of psychologic and social variables in TMJ Pain Dysfunction Syndrome (PDS) signs. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 16: 117-121.
- Lamb, A.B.; Lamey, P.-J.; and Reeve, P.E. (1988): Burning mouth syndrome: psychological aspects. *Br. Dent. J.* 165: 256-260.
- Lucas, V.S. (1993): Association of psychotropic drugs, prevalence of denture-related stomatitis and oral candidosis. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 21: 313-316.
- Mardones, J. (1979), Medicamentos utilizados en la epilepsia. En: *Farmacología*, Buenos Aires: Editorial Intermédica, pp. 249-264.
- Mott, E.; Grushka, M.; and Sessle, B. (1993): Diagnosis and management of taste disorders and burning mouth syndrome. *Dent. Clin. North. Am.* 37: 33-71.
- Neville, B.; Damm, D.; Allen, C.; and Bouquot, J. (1995), Fungal and Protozoal diseases. En: *Oral I. Maxillofacial Pathology*, Philadelphia: © by W.B. Saunders Company, pp. 163-180.
- Pingitore, G.; Chrobak, V.; and Petrie, J. (1991): The social and psychologic factors of bruxism. *J. Prosthet. Dent.* 65: 443-446.
- Ploeg van der, H.M.; Wal van der, N.; Eijkman, M.A.J.; and Waal van der, I. (1987): Psychological aspects of patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 63: 664-668.
- Preda, E.G.; Pasetti, P.; Caggiula, S.; Nidoli, G.; Boggio, E.; e Azzi, R. (1990): Patologia Orale di Origine Psicomatica Rassegna della Letteratura. *Dent. Cadmos.* 58: 66-72.
- Rojo, L.; Silvestre, F.J.; Bagan, J.V.; and De Vicente, T. (1993): Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. Psychosomatic interview versus depression and anxiety scales. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 75: 308-311.
- Shafer, W.G.; Hine, M.K.; Levy, B.M. (1986): Tratado de Patología Bucal, México, D.F: Nueva Editorial Interamericana S.A.
- Ship, J.A.; Grushka, M.; Lipton, J.; Mott, A.E.; Sessle, B.J.; and Dionne, R.A. (1994): Burning Mouth Syndrome: An Update. *JADA.* 126: 843-853.
- Vigild, M.; Brinck, J.J.; and Christensen, J. (1993): Oral health and treatment needs among patients in psychiatric institutions. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 21: 169-171.
- Weintraub, J.A.; Douglass, CH.W.; and Gillings, D.B. (1989): Bioestadística en Salud Bucodental, Buenos Aires: Oraganización Panamericana de la Salud.

## XI. ANEXOS

### GLOSARIO

**Alcoholismo:** dependencia física, que se caracteriza por la imposibilidad que tiene el sujeto de detener la bebida una vez iniciada la ingesta, o bien la incapacidad de abstenerse más de un determinado tiempo. Es decir, un uso excesivo, continuo o esporádico de alcohol, del que se deriva una serie de consecuencias nocivas, tanto médicas como sociolaborales o personales. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Daño orgánico cerebral:** grupo de enfermedades cuya sintomatología es, en parte, el resultado de una disfunción cerebral, que es posible identificar utilizando procedimientos clínicos o de laboratorio. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Demencia:** déficit persistente y adquirido de la función intelectual, que compromete por lo menos tres de las siguientes áreas de funcionamiento mental: lenguaje, memoria, habilidad visuoespacial, vida afectiva, personalidad y aspectos cognitivos (abstracción, cálculo, juicio, etc.). (Ayuso y Salvador, 1992)

**Depresión mayor:** episodio depresivo que ha estado presente durante al menos dos semanas, con descenso del humor o de la capacidad para experimentar placer, cambio en el apetito, en el peso o ambos, trastorno del sueño, agitación o retardo sicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de indignidad o culpa, disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Desorden adaptativo:** se incluyen los trastornos de ajuste con manifestaciones depresivas, síntomas que parecen estar asociados con un factor de estrés sicosocial reciente, remitiendo cuando éste desaparece. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Desorden bipolar:** trastornos del ánimo que se subclasifican en maníaco y deprimido. El desorden bipolar, siempre tiene historia de episodios maníacos, que se caracterizan por un ánimo, anormalmente elevado o eufórico, con alternancia de episodios de depresión y manía, con estados de normalidad en los intervalos. Tiene síntomas físicos tales como: insomnio, bulimia o anorexia, taquicardia y lengua saburral. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Desorden de personalidad:** patrón persistente de mala adaptación de la conducta. Se divide en:

- Trastornos que se manifiestan por conductas peculiares o excéntricas, como los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide.
- Trastornos que se manifiestan por síntomas dramáticos emocionales como la personalidad histriónica, narcisista, antisocial y borderline (límite).
- Trastornos que se manifiestan por angustia o miedo, como los trastornos de la personalidad evitativo, dependiente, compulsivo y pasivo-agresivo. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Desorden disociativo:** trastornos caracterizados por una alteración de las funciones integradoras (sentido de identidad, memoria y conciencia), es decir, trastorno múltiple de la personalidad, fuga sicógena, amnesia sicógena y despersonalización. Se asocia históricamente con la histeria. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Desorden por angustia:** trastornos mentales caracterizados por la presencia de angustia como síntoma predominante, además de ansiedad persistente como en los casos caracterizados por la aparición de ataques inesperados y súbitos de angustia. Comprende el trastorno de pánico, agorafobia (conjunto de síntomas fóbicos) sin trastorno de pánico, fobia social, fobia simple, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés post-traumático, trastorno por ansiedad generalizada. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Desorden por somatización:** cuadro cuya principal característica es una historia de quejas relativas a síntomas somáticos múltiples y variados, que no pueden ser explicados por trastornos orgánicos demostrables y que generalmente llevan varios años de evolución, antes de que el paciente sea remitido al siquiatra. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Desorden sicosexual:** alteración persistente de los patrones normales de interés y respuesta sexual, que según su etiología son de origen síquico. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Distimia:** cuadro que comprende las depresiones de más de dos años de evolución, de comienzo insidioso, escasa gravedad y curso crónico. También llamada neurosis depresiva. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Drogadicción:** condición donde la existencia está dominada por el consumo de drogas, al que se le da prioridad por sobre otros aspectos que, previamente, fueron de importancia en la vida del individuo. Actualmente existe el concepto de abuso y dependencia, que consiste en un patrón de tolerancia progresiva a la droga consumida y síntomas de abstinencia. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Epilepsia:** enfermedad caracterizada por descargas paroxísticas anormales en el cerebro, las que pueden ser ocasionadas por una variedad de procesos patológicos, tanto de origen genético como ambiental. Entre las alteraciones producidas por estas descargas se encuentra: la pérdida de conciencia, movimientos anormales, modificaciones de la conducta, trastornos emocionales y cambios en las funciones vegetativas. La presencia de movimientos anormales caracteriza a las crisis convulsivas, las que pueden ser generalizadas o localizadas según la población de neuronas motoras comprometidas en las descargas paroxísticas. (Mardones, 1979)

**Esquizofrenia:** enfermedad o grupo de enfermedades caracterizado por la aparición brusca o tras un período prodrómico, de un deterioro predominante del pensamiento, el lenguaje, el afecto y las habilidades sociales, que en la mayoría de los casos, aparece en el contexto de un síndrome sicótico caracterizado por alucinaciones, delirios y comportamiento extravagante. La conciencia y las capacidades intelectuales, generalmente, se conservan aunque a lo largo de su evolución aparecen algunos déficit de tipo cognitivo. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Otras sicosis:** se incluye el Trastorno delirante, Trastorno sicótico agudo y transitorio y Trastorno sicótico inducido. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Retardo mental:** funcionamiento intelectual inferior a la media de la población, asociado a déficit de la capacidad adaptativa y que tiene inicio durante el período de desarrollo. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Sicosis orgánica:** alteración grave del juicio de realidad, con la creación de marcos de referencia irreales, presencia de alucinaciones y delirios. Este trastorno puede ser atribuido a una enfermedad cerebral o sistémica independiente. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Sicosis paranoide:** cuadro cuyos individuos tienen, principalmente, problemas en el área de las relaciones interpersonales, especialmente con las figuras de autoridad. Se caracteriza por una actitud permanente de suspicacia y desconfianza, cuestionamiento constante de lealtad, impresión de ser explotado o engañado por los demás, celos patológicos que lo hacen un individuo solitario. (Ayuso y Salvador, 1992)

**Trastornos del hábito del comer:** incluye la anorexia y bulimia.

- Anorexia: temor extremo de ganar peso, acompañado de ideas sobrevaloradas respecto al tamaño corporal y del firme deseo de mantenerse delgado, lo que lleva a una restricción drástica de la ingesta.
- Bulimia: idea sobrevalorada respecto de la importancia del peso y la figura corporal, que puede aparecer en pacientes con peso normal o con sobrepeso. Se caracteriza por la ingesta voraz de alimentos de alto contenido calórico y ricos en carbohidratos, seguido de una sensación de plenitud gástrica y presencia de culpa, tras la cual el paciente se induce vómito. Estos pacientes suelen presentar erosiones dentarias por la exposición de los dientes a los ácidos gástricos. (Ayuso y Salvador, 1992)

## FICHA CLINICA

Nº \_\_\_\_\_ :  
 Fecha \_\_\_\_\_ :  
 Nº Ficha \_\_\_\_\_ :

### 1.- IDENTIFICACION

1.1 NOMBRE : \_\_\_\_\_  
 1.2 FECHA DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_  
 1.3 SEXO : F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
 1.4 CONDICION DEL PACIENTE :  
 INTERNO \_\_\_\_\_ AMBULATORIO \_\_\_\_\_ PENSIONADO \_\_\_\_\_

### 2.- ANTECEDENTES GENERALES

2.1 DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2.2 TRATAMIENTO CLINICO : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2.3 TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2.4 CUIDADOS DE HIGIENE :

2.4.1 AUTOVALENTE \_\_ 2.4.2 PARCIALMENTE DEPENDIENTE \_\_  
 2.4.3 DEPENDIENTE \_\_ 2.4.4 NULO \_\_

### 3.- DESCRIPCION DE SINTOMAS ODONTOLOGICOS:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 4.- EXAMEN CLINICO EXTRAORAL

	NORMAL	ALTERADO	DOLOR	DESCRIPCION
4.1 PIEL Y FANEREOS	_____	_____	_____	_____
4.2 ATM	_____	_____	_____	_____
4.3 NEUROMUSCULATURA	_____	_____	_____	_____

### 5.- HABITOS

5.1 BRUXISMO \_\_ 5.2 ONICOFAGIA \_\_ 5.3 TABAQUISMO \_\_  
 5.4 RESPIRACION ORAL \_\_ 5.5 SUCCION DE OBJETOS \_\_ 5.6 SUCCION LABIO \_\_  
 5.7 SUCCION MEJILLA \_\_ 5.8 CEPILLADO COMPULSIVO \_\_ 5.9 OTROS : \_\_\_\_\_





## CUESTIONARIO PARA DETERMINAR SINTOMAS DE SEQUEDAD BUCAL

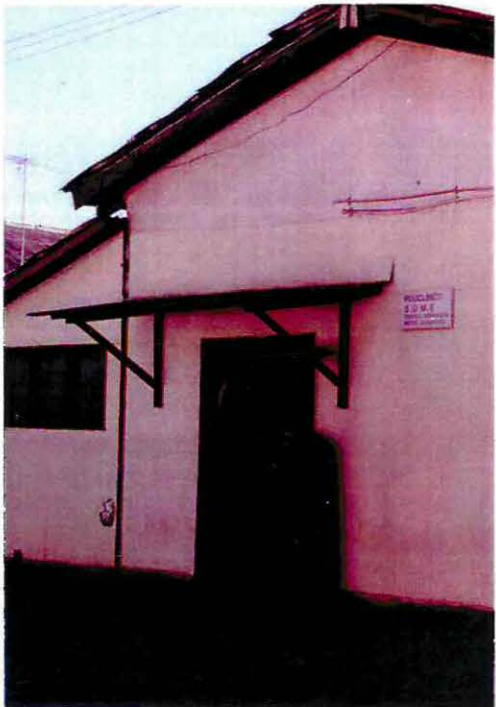
	Si	No
1.-¿ Siente generalmente la boca seca ?	---	---
2.-¿ Hace regularmente cosas para mantener su boca húmeda ?	---	---
3.-¿ Se levanta en la noche a tomar líquido ?	---	---
4.-¿ Siente generalmente su boca seca cuando habla ?	---	---

# FOTOGRAFIAS

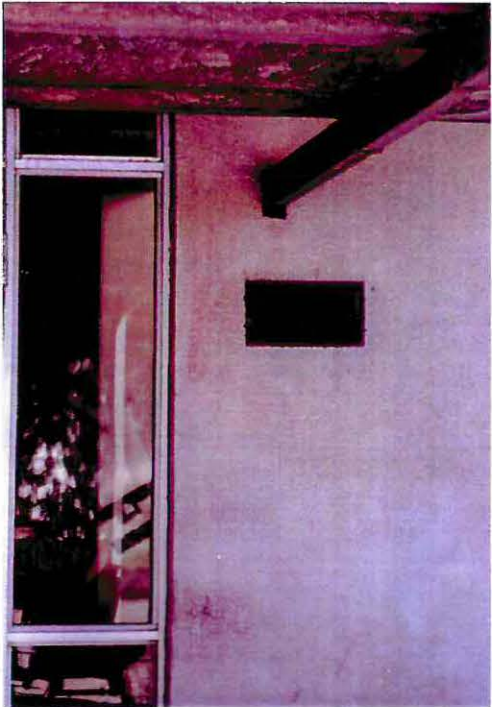
Nº1: "Hospital Psiquiátrico del Salvador de Playa Ancha, Valparaíso"



Nº2: "Policlínico S.O.M.E."



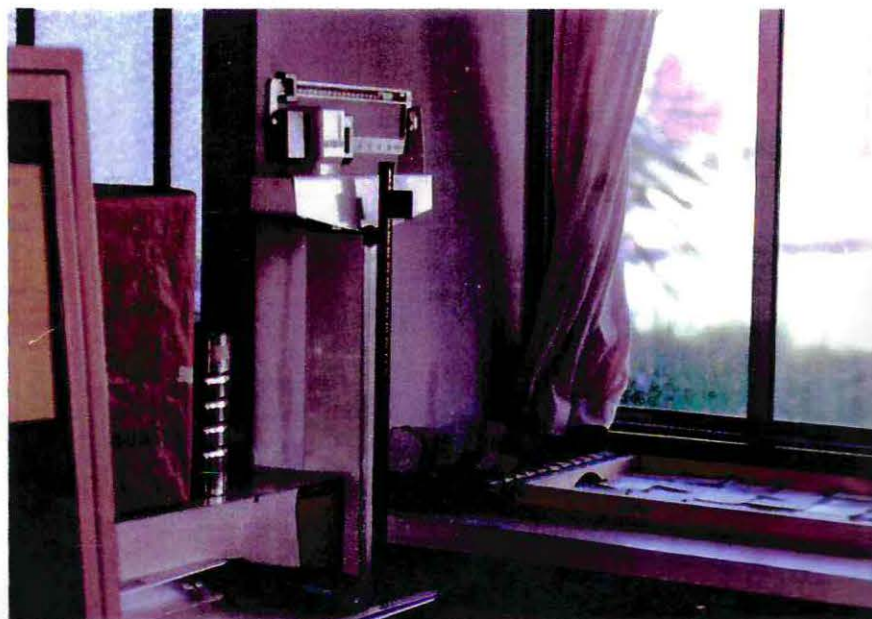
Nº3: "Sala U.R.I. para pacientes internos"



Nº4: "Sala de Estar ( U.R.I.)"



Nº5: "Sala de Examen (U.R.I.)"



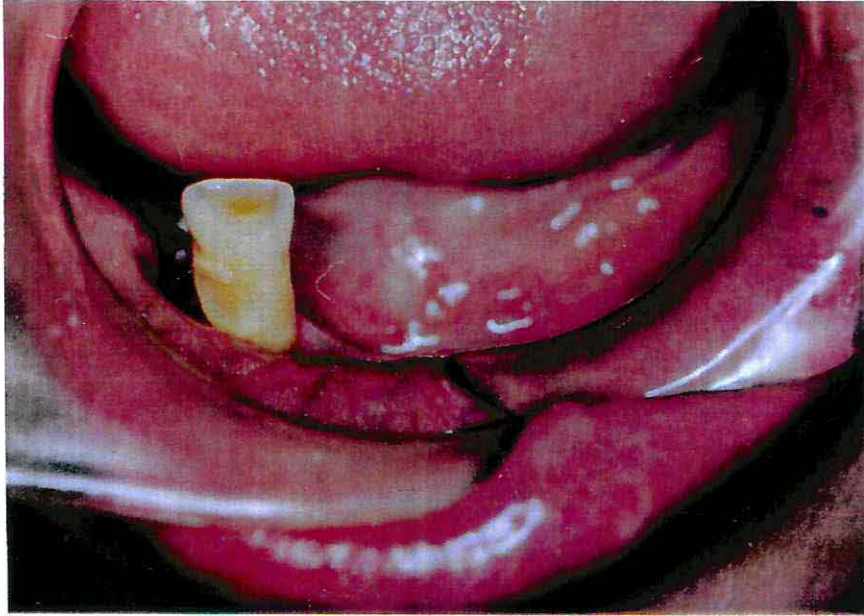
Nº6: Paciente sexo masculino, 27 años de edad. Se destaca la gran inflamación gingival y cantidad de depósitos blandos, además de caries proximales y tinción por tabaco.



Nº7: Paciente sexo masculino, 35 años de edad, con abrasión oclusal marcada por trastorno del hábito del comer (piedras), combinado con bruxismo.



Nº8: Paciente sexo femenino, 75 años de edad, "desdentada parcial", no portadora de prótesis removible.



Nº9: Paciente sexo femenino, 37 años de edad, desdentada parcial, con periodontitis del adulto, caries cervicales y tinciones.

