

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **61**
Volume

Número **6**
Number

Noviembre-Diciembre **2004**
November-December

Artículo:

Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Dental Mexicana, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com



Afecciones bucodentales en pacientes psiquiátricos

Fernando Hernández Suastegui,* Bertha Vivanco Cedeño**

* Cirujano Dentista. Práctica General. Diplomado en Estomatología en Salud Pública y Administración de Servicios.

** Cirujana Dentista. Mtra. en Investigación de Servicios de Salud.

Resumen

Se presenta un estudio transversal de enfermedades bucales en pacientes psiquiátricos atendidos en el servicio de odontología de un hospital psiquiátrico de la Secretaría de Salud de México en los meses de noviembre de 1998 a marzo de 1999. Se revisaron 45 pacientes con diagnóstico de trastornos orgánicos y 31 con esquizofrenia, encontrando que los padecimientos bucales más frecuentes en estos pacientes son: en tejidos duros la caries y en tejidos blandos la gingivitis, así como lesiones en la mucosa oral. Se concluyó sugiriendo una atención más preventiva en los pacientes mediante la exploración completa del aparato estomatognático y no solamente del problema por el que acude el paciente a la atención odontológica, con la finalidad de establecer un diagnóstico oportuno.

Palabras clave: Caries, esquizofrenia, enfermedades bucodentales.

Abstract

A transversal study on mouth pathology in psychiatric patients is presented, they attended the dental service psychiatric hospital of the Mexico health ministry between the months of November 1998 and March 1999. Forty five patients with organic dysfunction and 31 schizophrenia were reviewed. The most common mouth pathology in these patients are: caries on hard tissues and gingivitis on soft tissues, as well as lesions in the mouth mucosa. As conclusion is suggested a preventive attention on the patients through the full exploration of the stomatognathic apparatus and not only dealing with problem that makes the patient seek the dental service, with the goal of establishing an opportune diagnostic.

Key words: Caries, schizophrenia, mouth diseases.

Recibido para publicación: 05-Diciembre-2002.

Introducción

Los pacientes con enfermedad mental son personas que tienen una serie de factores que pueden generar lesiones tanto en tejidos duros como en tejidos blandos de la cavidad bucal. Entre estos factores sobresalen: a) los cambios de conducta y concentración que les impide saber la necesidad del cuidado dental tanto en higiene como en atención clínica, daños neuromotores que pueden ocasionar falta de control en músculos, que a nivel bucal afectan a la articulación temporo-mandibular y en consecuencia se produce bruxismo.

b) Otra razón es que los medicamentos que toman para el control de los síntomas psiquiátricos, alteran la fisiología normal de las glándulas salivales¹ y de los epitelios

de la mucosa oral, situación que genera mayor predisposición para la acumulación de placa dentobacteriana y padecimientos del tejido blando gingival, así como afecciones de tejido duro (caries dental).

Tanto las afecciones de tejidos duros como de tejidos blandos de la cavidad bucal, manifiestan dolor de diferente grado según el umbral del paciente. Dicho umbral del dolor puede estar modificado por el estado de ánimo del individuo o por el uso de medicamentos para el control de patologías sistémicas o de alguna droga ingerida.

Las patologías bucales se presentan clínicamente en igual forma en todos los pacientes mentalmente comprometidos, sin embargo, en aquellos individuos que presentan algún padecimiento sistémico (como serían los trastornos orgánicos entre los que destacan la epilepsia y

el retraso mental) es más probable que se compliquen o que se presenten en periodos más cortos.

Cabe mencionar que los medicamentos administrados para el control de signos y síntomas de patologías generales incluyendo la enfermedad mental tienen efectos secundarios reconocidos, por lo tanto, es importante que el cirujano dentista conozca las reacciones secundarias de dichos medicamentos, ya que son ingeridos en gran cantidad de pacientes, solos o combinados, igualmente, el cirujano dentista debe diferenciar entre un cuadro de fobia dental o de ansiedad dental al tratamiento² y las reacciones psicológicas o el estrés ocasionado por la enfermedad física subyacente que pueden dominar el cuadro clínico y emerger en forma de síntomas neurotiformes.

Se puede comprender que no es posible eliminar tales medicamentos, pero es necesario conocer los efectos secundarios que repercuten en el aparato estomatognático, para proporcionarles una mejor atención preventiva o de tratamiento integral, cuando esto se requiera³, generando información que ayude a plantear un mejor diagnóstico integral y multidisciplinario en beneficio del paciente con enfermedad mental y de aquellos que tengan necesidad de ingerir medicamentos ansiolíticos.

Teóricamente se mencionan entre los síntomas secundarios, los siguientes⁴ (*Cuadro I*) ;

El paciente que presenta enfermedad mental es atendido en instituciones especializadas, en donde se cuenta también con el servicio dental, pero existe poca o nula información sobre la incidencia de las patologías estomatológicas en los pacientes con dicha enfermedad. Razón por la que este trabajo se planteó con el objetivo de describir en forma general, las patologías bucales que presentan los dos grupos de pacientes con el diagnóstico

más frecuentemente atendido en el hospital, a saber, trastornos orgánicos y esquizofrenia.

Material y métodos

De los pacientes que acudieron a solicitar atención odontológica al Servicio Dental del Hospital Psiquiátrico en los meses de noviembre de 1998 a marzo de 1999, se revisaron los expedientes clínicos para detectar aquellos que presentaron diagnóstico actual de cualquier trastorno orgánico incluyendo epilepsia y esquizofrenia. Si presentaron tal diagnóstico se registraban en el estudio realizándoles en ese momento una exploración clínica de los tejidos bucales y peribucales; labios, carrillos, lengua, paladar blando, paladar duro, piso de boca, comisuras labiales, encía y la estructura de órganos dentarios, con espejo, pinzas, explorador, sondas periodontales, abatelenguas y gasas.

Los datos obtenidos se registraron en una ficha de concentración previamente elaborada, que contenía las siguientes variables; n° de expediente, sexo, edad, diagnóstico psiquiátrico, medicamento psiquiátrico administrado y diagnósticos bucales.

Los resultados se analizaron con estadísticas descriptivas de frecuencia y porcentaje de cada variable con el cruce de las patologías psiquiátricas en estudio, mediante el paquete EPI versión 6.

Resultados

Se estudiaron 76 pacientes de los cuales 31 presentó trastornos orgánicos y 45 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Los 31 pacientes con trastornos orgánicos presentaron una prevalencia de enfermedades bucales en tejidos blan-

Cuadro I. Medicamentos psiquiátricos y su relación con el aparato estomatognático.

Fármaco administrado	Efectos secundarios de los fármacos psiquiátricos	Repercusión en el aparato estomatognático
Haloperidol, Clorhidrato de fluoxetina, biperiden, tioridazina	Xerostomía (resequedad bucal)	Gingivitis, periodontitis, caries, úlceras, síndrome de boca ardorosa
Haloperidol, oxcarbamazepina	Parkinsonismo (temblor en reposo, rigidez, facie en máscara)	Fractura dental trismus, lesiones de articulación temporomandibular (ATM). Rigidez muscular y alteración ligera de la motilidad facial.
Biperiden, haloperidol, tioridazina, trifluoperazina	Acatisia (inquietud, nerviosismo, insomnio). Reacción distónica, tortícolis, gestos	Bruxismo, tensión muscular, úlceras, trismus, úlceras traumáticas, problemas de articulación temporomandibular.
Haloperidol, biperiden, perfenacina	Disquinesia tardía, chasquido de labios, protrusión de lengua, movimientos coreiformes de los músculos bucolinguofaciales	Mordisqueo de labios y carrillos, úlceras traumáticas, maloclusiones, lesiones de articulación temporomandibular.

dos de las que sobresalen gingivitis con 51.2% y la xerostomía con 19.5%. De las lesiones bucales manifestadas en tejidos blandos en los pacientes con esquizofrenia presentó el mayor porcentaje (55.5%), la gingivitis 16.6% con xerostomía, las úlceras y el mordisqueo de carrillo son las lesiones que tienen el tercer lugar de incidencia (8.2%). En los pacientes con trastornos orgánicos, las pigmentaciones y las hiperplasia son las lesiones en orden de incidencia (9.7 y 7.3% respectivamente). Otra de las alteraciones fue la xerostomía 16.6% y 19.5% en cada caso (esquizofrénicos y trastornos orgánicos) (Figura 1).

En relación a los tejidos duros, como era de esperarse, los órganos dentales son los que presentan la mayor incidencia, manifestándose por un alto porcentaje en caries para los dos padecimientos psiquiátricos (49.3 para trastornos orgánicos y 48.1 para esquizofrénicos).

En los pacientes diagnosticados con trastornos orgánicos la periodontitis o pérdida de hueso periodontal, necesario para el sostén del órgano dental, es la segunda causa de enfermedad bucal encontrada, con porcentaje de 16.1%, estos problemas están muy relacionados con la tercer causa de problema estomatológico encontrado, las maloclusiones con un 11.1% de los casos revisados.

En cambio en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia; los restos radiculares son el motivo de preocupación, al encontrarlos en 12.9 por ciento de los pacientes revisados concordando con la cifra con las maloclusiones (Figura 2).

Al hacer el análisis por grupos etarios encontramos que el mayor número de individuos que presentaron caries (15), fueron los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y que se encontraban entre las edades de 28 a 38 años, lo mismo sucedió en pacientes con trastornos orgánicos. En pacientes con diagnóstico de esquizofrenia las maloclusiones y los restos radiculares presentaron incidencias totales de 7 pacientes. Mientras que en los pacientes con trastornos orgánicos es la periodontitis la patología que se presentó como segunda causa de morbilidad en el grupo de estudio (13 individuos), las maloclusiones se presentaron en 9 pacientes con el mismo trastorno.

En el análisis de tejidos blandos fueron los pacientes que se encontraban en el rango de 17 - 38 años con trastornos orgánicos quienes presentaron el mayor número de problemas estomatológicos, en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia los padecimientos bucales se manifestaron con más frecuencia en el rango de 28 a 49 años. La patología de tejidos blandos en ambos diagnósticos es la gingivitis, siguiéndole la xerostomía.

Afortunadamente de los padecimientos que se listaron para el estudio, no se presentaron en los pacientes estudiados la candidiasis, leucoplasias, GUNA y línea alba oclusal.

En el análisis estratificado por sexo se encontró que en pacientes diagnosticados con trastornos orgánicos son los hombres quienes presentan más frecuentemente gin-

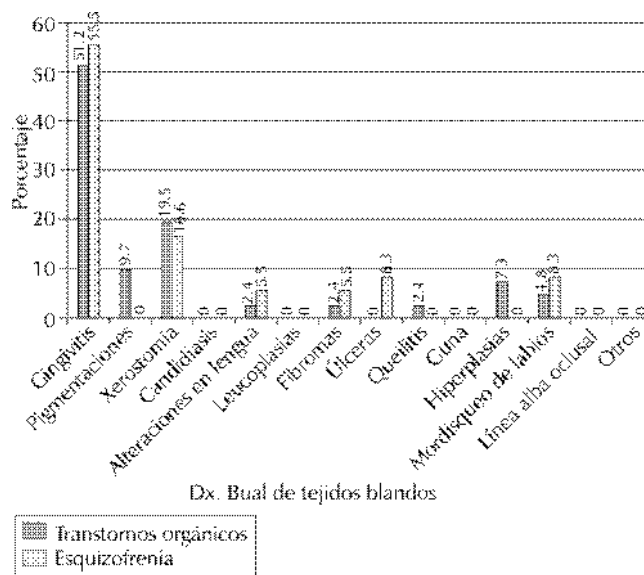


Figura 1. Prevalencia de enfermedades bucales en pacientes psiquiátricos.

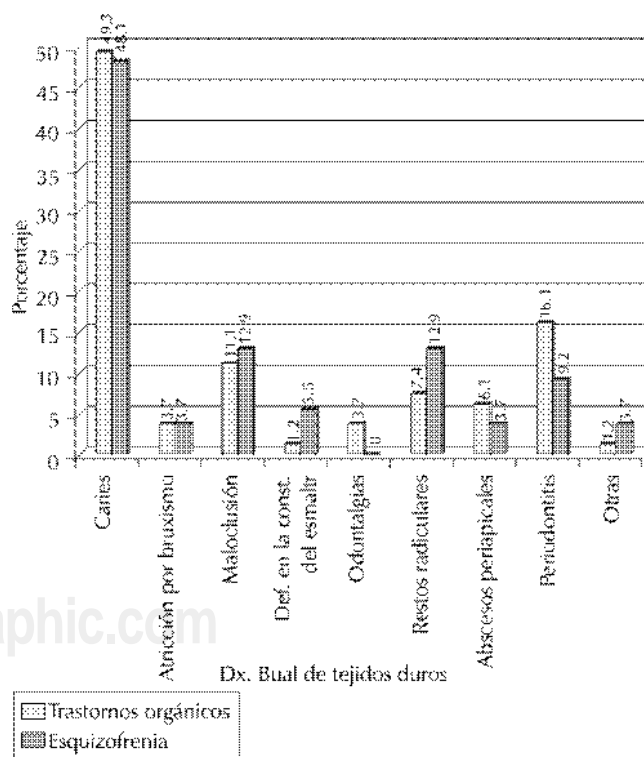


Figura 2. Prevalencia de enfermedades bucales en pacientes psiquiátricos.

gingivitis (15 pacientes) en cambio en esquizofrenia son las mujeres (11 pacientes). La xerostomía es otro de los padecimientos que presentó el grupo en estudio. En trastornos orgánicos clínicamente se manifestó de igual forma en ambos sexos, en esquizofrenia fue el sexo femenino el que presentó con mayor frecuencia este síntoma (4 pacientes).

En cuanto a las lesiones de tejidos duros, se observó que en los pacientes con trastornos orgánicos fueron los hombres quienes presentaron mayor prevalencia de caries, en cambio en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fueron las mujeres (25 y 15 respectivamente). El absceso periapical también lo padecían más los hombres con trastorno orgánico que con esquizofrenia (4 pacientes y 2 pacientes respectivamente).

Llama la atención que sólo 3 pacientes con trastornos orgánicos fueron los que presentaron odontalgia y ningún paciente con esquizofrenia.

Discusión

Clínicamente las úlceras se manifestaron solamente en los pacientes con esquizofrenia en mayor porcentaje al que se encontró en un estudio de pacientes "sanos psiquiátricamente" que acudieron a atención dental de la Universidad del Bajío⁵ (8.2 y 1.8); al igual la xerostomía y el fibroma detectados en los dos grupos estudiados, presentaron porcentajes mucho más altos que en dicho estudio.

Podría pensarse que los medicamentos son un factor para dichas alteraciones, por otro lado los estudios de Castellanos y col. documentan que los irritantes locales, hábitos, las manifestaciones de neurosis y la respuesta de queratinización del trauma, repercuten en la incidencia de las lesiones.⁶⁻⁸

Martínez y col.⁹ realizaron un estudio en donde encontraron la relación entre periodontitis con el tabaco, la edad y el sexo, encontrando que entre más cantidad de tabaco se use mayor es la severidad de la enfermedad periodontal, en relación a la edad y el sexo refieren que la osteopenia debida a deficiencia de estrógenos es un factor para la presencia de enfermedad, lo que concuerda con nuestro estudio ya que se encontró que la frecuencia más alta de periodontitis la presentaron pacientes con edad de alrededor de 40 años y del sexo femenino.

Teóricamente se menciona que la xerostomía es una alteración en la fisiología de las glándulas salivales, generando cambios en el tejido gingival, el cual con la falta de higiene que presentan los pacientes, ocasiona la inflamación de la encía por la acumulación de irritantes alimenticios, dato que aunque no se efectuó su correlación estadística, se pudo observar ya que fue la gingivitis el mayor problema de tejidos blandos en los dos diagnósticos psiquiátricos, seguidos de la xerostomía.

Otro de los problemas encontrados con mayor frecuencia en ambos diagnósticos fue el mordisqueo de carrillo. Este padecimiento es una consecuencia de movimientos anormales de los músculos masticatorios (podría ser movimientos tónico-clónicos), hábitos dañinos o mal posición dental. Si el mordisqueo de carrillo continúa durante periodo de tiempo más o menos prolongado genera fibromas que es la siguiente alteración de tejido blando presentada en ambos diagnósticos.

Las alteraciones de lengua son padecimientos que se pueden presentar por una mordida, por lesión de nervio lingual o hemiplejía facial, por la falta de alguna vitamina o finalmente por el efecto secundario de medicamentos entre los que están aquellos que producen sialorrea.

En los tejidos duros, se encontró que la caries ocupó mayor frecuencia en ambos diagnósticos psiquiátricos, como consecuencia de que los pacientes que se atienden en el hospital presentan diversos factores de riesgo que la generan. Esto influye de manera significativa para la presencia de restos radiculares que se presentaron como tercer problema dental en el grupo estudiado, aunque hay una diferencia entre los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y los de trastornos orgánicos (12.9 y 7.4 respectivamente).

Las patologías de tejidos duros se presentaron en las edades de 28 a 38 años, edad en la que todavía es factible el tratamiento restaurativo para evitar la mutilación dental y sus consecuencias en la vejez; al mismo tiempo esta edad representa la falta de atención preventiva con técnicas de cepillado que son menos costosas.

Llama la atención que en grupo de trastornos orgánicos presenta mayor frecuencia de lesiones en tejidos blandos, sobre todo de gingivitis en el rango de edad de 17 a 27 años y en la esquizofrenia es en rango de 28 a 38 años.

En la atención directa del paciente, el cirujano dentista está obligado a elaborar o revisar la historia clínica para detectar padecimientos orgánicos o sistémicos que pudieran influir en cambios fisiológicos o en el medio ambiente bucal, modificando la química de la saliva y por ende generando un hábitat propicio para la acumulación y crecimiento de la flora microbiana que se encuentra en la boca. Esta flora microbiana es posteriormente la causante de enfermedades bucodentales que llevan al paciente a solicitar el servicio dental, por provocarles lesiones cariogénicas que generalmente no causan dolor hasta la etapa avanzada del proceso patológico.

Es conveniente incrementar el interés por una mejor capacitación en el ámbito de medicina interna en el cirujano dentista ya que es él quien atiende constantemente en la práctica privada a pacientes que tienen miedo, estrés, apatía, depresión o enfermedades sistémicas en las que se estén administrando medicamentos como la car-

bamacepina o el haloperidol, de esa manera se pueden detectar a pacientes con trastornos mentales al momento de elaborar la historia clínica detallada de cada paciente, utilizando la observación directa y sobre todo el interrogatorio, así como el empleo de elementos auxiliares de diagnóstico o la misma interconsulta con especialistas.

Los resultados obtenidos indican que los pacientes con trastornos orgánicos y esquizofrenia presentan con mucha frecuencia gingivitis, xerostomía y úlceras en tejidos blandos y mordisqueo de carrillos además caries, problemas de periodontitis, que son el antecedente para las maloclusiones y afecciones de la articulación temporomandibular, de acuerdo con los doctores Bermejo y Llarena;¹⁰ los problemas de articulación temporomandibular se pueden relacionar con el bruxismo, sequedad bucal, nerviosismo, depresión y afecta al 80% de la población principalmente en mujeres de 20 a 25 años datos comparables con el presente estudio donde cabría destacar que algunos síntomas de las enfermedades psiquiátricas tienen influencia en la aparición de estos síntomas articulares.

La consulta bibliográfica que se realizó nos permite definir que las causas principales de los problemas bucodentales en los pacientes con enfermedad mental se deben en gran medida a las enfermedades sistémicas y las consecuencias psíquicas que manifiestan los pacientes y que estas mismas determinan el estado fisicoquímico de afecciones locales en cavidad oral.¹¹

Por otro lado Díaz y colaboradores⁸ mencionan que el uso de psicorreguladores es muy alto en los pacientes odontológicos por lo que es conveniente conocer que medicamentos como antipsicóticos y anticolinérgicos que provocan sin lugar a dudas resequecedad bucal, creando indirectamente un factor más para el desarrollo de enfermedades bucodentales.

Se recomienda utilizar como medidas preventivas el control y ajuste frecuente de las dosis medicamentosas, y un control eficiente y riguroso de placa dentobacteriana e higiene dental, que puede ser realizado con asesoría del cirujano dentista, médico psiquiatra y familiares que colaboren con el paciente para su rehabilitación integral.

Es importante considerar que los pacientes que presentaron mayor frecuencia de caries y gingivitis son adultos jóvenes que no rebasan la tercera década de vida y que es cuando la anatomía por calcificación dental se encuentra más susceptible de daño, pero es la mejor edad de prevenir mutilaciones dentales.

Conclusiones

Los pacientes psiquiátricos pueden ser más vulnerables a padecer enfermedades bucales que los individuos considerados "sanos", debido a su inestabilidad sistémica y emocional que influye en la deficiencia en el aseo bucal,

asociando esto con los efectos secundarios que algunos fármacos pueden ocasionar en el medio local para la instalación de enfermedades bucales. Es indispensable que para prevenir dichas enfermedades bucales en los pacientes psiquiátricos, proporcionarles bases preventivas (higiene oral, técnicas de cepillado específicas). Se sugiere para esto trabajar conjuntamente con los especialistas en psiquiatría y especialidades médicas como medicina interna, cardiología, nutrición, endocrinología y otros para brindar un tratamiento integral de los pacientes.

Antes de concluir es necesario reiterar que para lograr el diagnóstico oportuno de enfermedades bucales es indispensable que el personal de la salud realice una exploración eficiente del aparato estomatognático y una historia clínica completa, además de conocer las características clínicas bucales y sistémicas que presentan los enfermos mentales, de otra manera es difícil detectar oportunamente las patologías bucales existentes y por lo consecuente proporcionar atención preventiva y establecer un pronóstico favorable de salud bucal en los pacientes.

Bibliografía

1. López R, Maupamé G. Hipofunción salival y caries dental. *Práctica Odontológica Vol. 19 No. 2 Mex.*
2. M.Do Canto PLM. Ansiedad y Fobia. *Odontología ONLINE.* 19/09/00.
3. Tintinalli J, Ruiz E, Krome R. Medicina de urgencias. 4ª edición. Ed. Mac Graw-Hill Interamericana. México. 1997; Vol. II.
4. Bayley TJ, Leinter SJ. Enfermedades sistémicas en *odontología. 2a edición.* Ed. PLM. México, 1985.
5. Díaz GL, Castellanos JL. Lesiones de la mucosa bucal. *Revista ADM* 1991; Vol. XLVIII: 75-80.
6. Castellanos JL, Díaz GL. Cambios funcionales involutivos y patológicos estomatológicos con la edad I aspectos dentales. *Rev ADM* 1988; 45: 382.
7. Castellanos JL, Díaz GL. Cambios funcionales involutivos y patológicos estomatológicos con la edad III xerostomía. *Rev ADM* 1989; 46: 63.
8. Díaz GL, Castellanos JL. Cambios funcionales involutivos y patológicos estomatológicos con la edad IV mucosa bucal. *Rev ADM* 1989; 46: 134.
9. Artículo de revisión. Enfermedad periodontal y su relación con el tabaco. *Práctica Odontológica Vol. 19. No.2:* 1718.
10. Velasco NJ, Robles GML, Zúñiga APA. Correlación entre trauma oclusal y recesión gingival. *Práctica Odontológica* 1995; Vol. 16 No. 12 Mex.
11. Carranza F y col. *Periodontología Clínica de Glikman.* 6a Ed. Interamericana México 1986: 99-101, 279-297, 448-517.

Reimpresos:
Dr. Fernando Hernández S.
Calle Cadena 295, Col. Modelo
C.D. Nezahualcóyotl
C.P. 57530
Este documento puede ser visto en:
www.medigraphic.com/adm