



I Congreso Virtual Internacional de Psicología

del 15 marzo al 14 de abril de 2017

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL. CASO CLÍNICO

Eva Reyes Gilabert, Gracia Bejarano Ávila, María Del Carmen Sánchez García, Alfonso García Palma, Luis Gabriel Luque Romero.

evareyesg@live.com

Mentally Ill Persons, Dentists, Schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

El deterioro de la función mental en los enfermos de esquizofrenia ha alcanzado un grado tal que interfiere con su capacidad para afrontar algunas de las demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad. El psicótico no vive en este mundo, ya que existe una negación de la realidad de forma inconsciente.

El término de esquizofrenia fue introducido por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911. pero este trastorno ya fue identificado por el psiquiatra alemán Kraepelin en 1896 bajo el nombre de "demencia precoz", significando que las personas afectadas, necesariamente sufren graves deterioros cognitivos y comportamentales, similar es a las demencias experimentadas por algunas personas ancianas, pero en este caso se daría en una edad juvenil.

Sin embargo Bleuler observó que no era así en todos los casos y consideró más apropiado dar el nombre de esquizofrenia como una escisión en la asociación de ideas o como una retirada de la realidad y la vida social. El término de esquizofrenia en sí significa "mente partida".

La historia de la esquizofrenia se desarrolla paralelamente a la historia de la Psiquiatría. Corresponde a figuras como Emil Kraepelin, Eugen Bleuler, Benedict A. Morel y Karl Ludwig Kahlbaum las primeras y profundas descripciones de las manifestaciones clínicas de esta afección aceptadas hasta hoy y enriquecidas por otros estudiosos, entre los que por solo citar algunos mencionaremos a: Adolf Meyer, Harry Stack Sullivan, Gabriel Langfeldt, Kurt Schneider, Karl Jasper, todos de una forma u otra han intentado definir criterios diagnósticos para la esquizofrenia, existiendo hoy día aproximadamente una decena de patrones para estos criterios.

La esquizofrenia es una enfermedad mental de aparición precoz, comienzo agudo o insidioso, de evolución crónica por brotes, caracterizada por una disociación cognoscitivo-afectiva-conativa que produce deterioro de la personalidad con la consecuente afectación de la capacidad creadora y relacional del individuo a su medio circundante, presenta una lamentable dificultad aún, la cual consiste en la no precisión de su etiología la que oscila entre una hipótesis dopaminérgica hasta una posible y más explicativa, capaz de englobar todas las descritas, la viral.

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL. CASO CLÍNICO

Quien sufre de esquizofrenia experimenta una distorsión de los pensamientos y sentimientos. Lo que caracteriza a la esquizofrenia es que afecta a la persona de una forma total, por lo que quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes. Dicha persona puede empezar a estar extraña más aislada, puede evitar salir con amigos, duerme poco o demasiado, hable solo o se ría sin motivo aparente.

La edad de inicio promedio es en los hombres entre los 15y los 25 años, y en las mujeres entre los 25 y los 35 años. No obstante puede aparecer antes o después, aunque es poco frecuente que surja antes de los 10 años o después de los 50 años.

La prevalencia de esta enfermedad se sitúa entre el 0,3% y el 3,7% dependiendo de la zona del mundo, en Estados Unidos hay una mayor prevalencia que en Asia y Europa. Se ha observado una cierta prevalencia hereditaria, si uno de los padres padece esquizofrenia el hijo tiene un 12,5% de probabilidades de desarrollar dicho trastorno, y si ambos son esquizofrénicos el niño tiene un 39% de probabilidades. Un niño con padres sanos tiene un 1% de posibilidades de padecer dicho trastorno, mientras que un niño con un hermano con esta enfermedad tiene un 8% de probabilidades. Por tanto, las causas de la esquizofrenia son tanto bioquímicas como En la esquizofrenia también hay una serie de síntomas, que se suelen confundir con signos de pereza o de mal comportamiento, son los llamados síntomas negativos como por ejemplo, la apatía, la falta de energía, la falta de placer, insociabilidad, etc., los cuales deben ser tratados en la misma medida que los síntomas activos o positivos.

Todos estos síntomas afectan a todos los ámbitos: social, laboral, familiar. En algunos aspectos el enfermo esquizofrénico tiene menos capacidad de acción que una persona sana. Estas deficiencias las llamamos síntomas negativos.

Se pueden ver estos síntomas antes de que aparezcan las alucinaciones y los delirios, pero en su forma más clara se manifiestan sólo después de la desaparición de los síntomas positivos. Hablaríamos de la fase residual de la enfermedad.

No existe un cuadro clínico único, sino que hay múltiples síntomas característicos; síntomas emocionales, cognitivos, de personalidad y de actividad motora.

Síntomas positivos: Exceso o distorsión de las funciones normales como:

- Alucinaciones: percepciones que no existen que pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas.
- Ideas delirantes: alteraciones del pensamiento, ideas falsas e irreductibles al razonamiento argumental.
- Lenguaje desorganizado e incoherente.
- Comportamiento gravemente desorganizado (agitación, incapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal) o catatónico (con una disminución de la actividad psíquica y motora hasta llegar a una falta total de atención y rigidez).

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL. CASO CLÍNICO

Síntomas negativos: Parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas negativos comprenden restricciones:

- Embotamiento afectivo: no reacción ante estímulos emocionales.
- Pobreza del habla (alogia).
- Abulia o apatía: falta de voluntad, incapacidad para persistir o para iniciar una actividad.
- Anhedonia: incapacidad para disfrutar de los placeres.

Los síntomas negativos alteran la capacidad de funcionar en la vida diaria de los pacientes, son personas que se acaban aislando y perdiendo a los amigos.

El curso de la enfermedad se caracteriza por fases de agudización y fases de remisión de los síntomas, aunque algunos enfermos presentan un curso estable. A medida que pasa el tiempo, los síntomas negativos se acentúan más, mientras que los positivos van remitiendo.

También se produce una despersonalización donde los fenómenos psíquicos como la percepción, la memoria o los sentimientos aparecen como extraños a uno mismo: síndrome del espejo.

Fisiológicamente se puede observar un aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales en los enfermos esquizofrénicos. Hay también un exceso de la actividad de los neurotransmisores dopaminérgicos.

La esquizofrenia afecta a las personas en el área social y laboral. Suelen tener problemas en las relaciones interpersonales, en el trabajo e incluso presentan dificultades en el cuidado de sí mismos.

Para su diagnóstico requiere de una exploración clínica y neurológica completa.

La Esquizofrenia paranoide, que es el tipo de esquizofrenia de este caso clínico, se caracteriza por el predominio de ideas delirantes y alucinaciones, sobre todo auditivas. Los delirios y las alucinaciones a veces constituyen una unidad. Es la más frecuente, suele iniciarse entre los 20 y 30 años y es la que mejor evoluciona a pesar de la aparatosidad del cuadro.

Se puede hablar de una esquizofrenia cuando en la primera ocasión que se presenta las manifestaciones de la enfermedad se mantienen durante un tiempo más o menos largo, cuando los síntomas vuelven a aparecer al cabo de algún tiempo y cuando la enfermedad desemboca en sintomatología negativa. Se pueden distinguir tres fases:

1ª fase prodrómica: es la fase en la vida de la persona que se produce antes del desencadenamiento de la enfermedad. Se puede constatar que en algunas personas que sufren la enfermedad ya habían sido diferentes en la niñez y en la juventud, solitarios, callados, rendimiento bajo. Pero no necesariamente tiene que ser así, hay casos en los que no se detecte ninguna anomalía en la persona que sufre de esquizofrenia. Se denomina fase prodrómica a la fase que se produce antes de una crisis, por lo tanto hay una serie de síntomas que nos pueden ayudar en algunos casos a detectarlas: tensión y nerviosismo, pérdida del apetito o desorganización en las comidas, dificultad para concentrarse, dificultad en dormir, disfruta menos de las cosas, no recuerda con precisión, depresión y tristeza, preocupado con una o dos

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL. CASO CLÍNICO

cosas, ve menos a sus amistades, piensa que se ríen o hablan mal de él, pérdida de interés en las cosas, se siente mal sin motivo claro, se siente muy agitado o emocionado, se siente inútil.

2º fase activa: es la fase donde se desencadena la enfermedad, son los llamados brotes o crisis, los síntomas que se producen son los positivos, alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento... es en la fase en la cual la familia se alarma y suele pedir ayuda médica. Estas crisis pueden brotar repentinamente y desarrollar el cuadro completo en unos días. En otros casos el comienzo de la enfermedad puede producirse muy lentamente y de forma desapercibida. La duración de los brotes varía según la persona y puede extenderse desde unas semanas hasta un año. Un mismo enfermo suele tener brotes de duraciones parecidas.

3ª fase residual: no la sufren todos los enfermos, en esta fase los síntomas negativos llegan a su culmen y el deterioro personal, social y laboral es grave.

A nivel odontológico es relevante identificar a un paciente con estos síntomas ya que el plan de tratamiento se debe amoldar a las exigencias que requiere cada caso, sin olvidar que debe ir acompañado de la terapia medicamentosa referida por su psiquiatra, siendo una enfermedad no curativa pero paliativa de sus síntomas

El odontólogo debe tomar una actitud responsable ante pacientes con alteraciones mentales y conocer sus limitaciones.

HISTORIA CLÍNICA

Hombre de 30 años que acude solo a la consulta de odontología de Atención Primaria para realización de exodoncia dental por dolor en un molar.

Motivo de consulta

Dolor y flemón en un molar inferior derecho.

Antecedentes personales

Sin alergias medicamentosas. El tratamiento actual del paciente es la Risperidona.

Antecedentes familiares

Sin antecedentes familiares de esquizofrenia ni otra alteración o patología mental.

Enfermedad actual

Paciente diagnosticado de esquizofrenia paranoide.

Exploración física

Paciente con apariencia descuidada con déficit de autocuidado, paciente tímido mirando mucho hacia el suelo y sin hablar demasiado. En la exploración bucodental se observa abundante placa y tártaro dental con déficit de higiene oral, encías inflamadas, sangrantes y múltiples caries y dientes fracturados.

Exploración funciones psíquicas

En la primera consulta el paciente se encuentra consciente, orientado y colaborador, se le realiza la exploración bucodental sin alteración del paciente y se le prescribe Amoxicilina 1 gramo para la infección dental. Se prescribe antibioterapia y cita para exodoncias. En la siguiente consulta una semana después, al intentar anestesiarlo, el paciente observa la aguja de inyección y

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL. CASO CLÍNICO

comienza a dar gritos de auxilio "quieren matarme me lo están diciendo por todas", con un lenguaje incoherente e ilógico. El paciente intenta agredir al facultativo. Se intenta tranquilizar y se solicita ayuda al equipo de urgencias y salud mental con restricción física y administración de diazepam 20 mg por vía intramuscular.

INFORME DEL LABORATORIO Y PRUEBAS REALIZADAS

Se realiza prueba de orina y analítica sanguínea. Estudio de diagnóstico inicial exhaustivo, se realiza estudio de historia clínica psiquiátrica y médica general, exploración física y examen del nivel de conciencia, orientación, memoria, funciones mentales superiores, cálculo y lenguaje. Se realizan entrevistas sistemáticas con los miembros de la familia y otras personas que conozcan al paciente, dado que muchos pacientes son incapaces de explicar de manera fiable su historia clínica durante la primera entrevista.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

El diagnóstico diferencial se establece con cuadros que puedan desencadenar una crisis psicótica como:

- Las crisis de pánico que suelen aparecer en la consulta dental por miedo al dolor o a la inyección
- Paciente agitado-violento
- Consumo de drogas o alcohol, por lo que se solicita analítica y prueba de orina
- Trastornos metabólicos
- Déficit nutricional
- Exposición a productos industriales como plomo.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Crisis psicótica en paciente esquizofrénico.

TRATAMIENTO

El tratamiento adicional que se prescribe al paciente es Lorazepam 4 mgr /día. Las pautas para el tratamiento odontológico que se debe seguir con: evitar enfrentarse al paciente ni ser autoritarios, no estimular delirios, evitar anestésicos con adrenalina, acompañamiento de un familiar a la consulta de odontología. Si no es posible ambulatoriamente tratamiento bajo sedación o anestesia general.

Pautas para el tratamiento en la consulta dental de los pacientes con esquizofrenia:

- Realizar una investigación de los antecedentes del paciente.
- Estar alertas sobre el comportamiento en la consulta.
- Mantener en la consulta un ambiente de tranquilidad, hablar suave y trato delicado para evitar la ansiedad del paciente y de este modo prevenir un episodio psicótico.

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL. CASO CLÍNICO

- El odontólogo debe tratar de ganarse la confianza del paciente para lograr que este coopere y de este modo ofrecerle una atención óptima.
- Explicar previamente paso a paso lo que se le va a realizar.
- Pocos instrumentos a la vista del paciente.
- Manipulación delicada de aparatos e instrumentos.

EVOLUCIÓN

En las siguientes consultas se observa una mejoría en el mantenimiento de la higiene bucodental, se realizan exploración para la prevención de enfermedades orales, y las consultas más dinámicas y flexibles.

ACTUALIZACIÓN DEL TEMA

Los estudios realizados a esta entidad han sido dirigidos generalmente a sus relaciones con la distribución geográfica, expresión en los patrones de reproducción, densidad de población, comorbilidad médica, asociación al suicidio, consumo y abuso de alcohol y otras sustancias, así como factores de riesgo. Más modernamente se exploran los aspectos: genéticos, bioquímicos, moleculares, proteicos, enzimáticos, neuroinmunológicos y neuroendocrinos, también se profundiza en los hallazgos del comportamiento humoral, los anatomopatológicos e imagenológicos.

Otras vertientes de su investigación tienden a las consideraciones culturales y sociales que varían según su filosofía y enfoque entre las cuales vale citar: los homeless, la teoría del downvard drift y la causa social, sin embargo, no pueden obviarse las realizadas en función del perfeccionamiento de su taxonomía, su epidemiología y los costos económicos para la sociedad entre los cuales posee un marcado valor la farmacoterapia. Los partidarios de la Psiquiatría social en los últimos años prestan especial interés a la calidad de vida del enfermo esquizofrénico, en la cual la rehabilitación psicosocial y el apoyo social tienen su rol protagónico.

Relacionado con el elevado costo de la esquizofrenia, especial atención se viene dedicando a la eficacia de la farmacoterapia convencional y a la novedosa, en sus relaciones riesgo-beneficio y costo-beneficio, y más reciente la valoración del papel de esta como facilitador en la reinserción social del enfermo, en la prevención de recaídas y en la calidad de vida de este, que tiene como locus de dirección y ejecución de las acciones de salud su propia comunidad.

El tratamiento es farmacológico, los medicamentos antipsicóticos utilizados son los neurolépticos (Haloperidol, Largacil, Meleril, etc.) son muy efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia pero poseen importantes efectos secundarios como temblores, rigidez, inquietud interna, sudor e incluso convulsiones. Los neurolépticos, actualmente con las nuevas formas de presentación se reducen los efectos secundarios como la Clizamina o la Risperidona, gracias a este avance los pacientes no abandonan tan fácilmente el tratamiento, pues no sufren tantas molestias.

MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE CON PATOLOGÍA MENTAL. CASO CLÍNICO

También se siguen terapias electroconvulsivas en pacientes catatónicos o que no pueden tomar medicación antipsicótica.

En un primer momento la psicoterapia individual es contraindicada, no así la terapia grupal o familiar que suelen ser muy beneficiosas. Las intervenciones psicosociales refuerzan la capacidad de la persona para enfrentarse al estrés o adaptarse a los efectos de la enfermedad.

La psicoterapia grupal es muy útil para el entrenamiento en habilidades sociales. Permiten la rehabilitación social y laboral del paciente, que aprende a relacionarse con los demás y a manejarse en la vida cotidiana después de contraída la enfermedad. Lo importante es que puedan tener un comportamiento adecuado dentro del hogar así como una mejor vida social.

Recientes investigaciones realizadas en Norteamérica y Europa revelan que la esquizofrenia es una enfermedad que afecta la capacidad de concentración, la memoria verbal y por tanto, la capacidad de aprendizaje, de ahí que su rehabilitación deba ir con fuerza dirigida al entrenamiento de habilidades sociales, utilizando el comportamiento de la memoria verbal como factor predictor, todo sin olvidar la importancia del autoconcepto del esquizofrénico tan ligado a su autoestima y autoimagen, vinculados directamente con el déficit relacional que produce la enfermedad.

El trabajo de un equipo multidisciplinario, odontólogo, psiquiatra, psicólogo, neurólogo es necesario para el tratamiento de pacientes con problemas de salud mental, para tomar precauciones y la actitud correcta según el caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farrelly S, Szmukler G, Henderson C, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, Finnecy C, Thornicroft G. Individualisation in crisis planning for people with psychotic disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2014 Dec;23:353-9.
2. Moos WH, Faller DV, Harpp DN, Kanara I, Pernokas J, Powers WR, Steliou K. Microbiota and Neurological Disorders: A Gut Feeling. *Biores Open Access.* 2016 May 1;5(1):137-45.
3. Denis F, Millot I, Abello N, Carpentier M, Peteuil A, Soudry-Faure A.
4. Study protocol: a cluster randomized controlled trial to assess the effectiveness of a therapeutic educational program in oral health for persons with schizophrenia.
5. *Int J Ment Health Syst.* 2016 Oct 5;10:65.
6. Moosajee S, Rafique S, Daly B. Dental Management of Patients with Dementia in Primary Dental Care. *Prim Dent J.* 2015 May;4(2):55-60