



Universidad
Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte

Grado en Odontología

TRABAJO FIN DE GRADO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

MULTIDISCIPLINARY TREATMENT IN PATIENTS
WITH SCHIZOPHRENIA: A REPORT OF TWO CASES

Autor:

ALEJANDRO BALSA FERNÁNDEZ

Director:

MIGUEL PLANA MONTORI

Departamento de Cirugía, Ginecología y Obstetricia
Área de Estomatología

Huesca, 3 y 4 de Julio de 2019

Autor: Alejandro Balsa Fernández

Director: Miguel Plana Montori

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que conduce a trastornos de la progresión del pensamiento, errores en el análisis contextual y de lógica. A menudo, estos pacientes no reconocen sus necesidades de salud y se demoran en buscar consejo o tratamiento.

Los objetivos del trabajo son la presentación de dos casos clínicos con esquizofrenia, basándonos en una minuciosa exploración y pruebas complementarias para conseguir un diagnóstico completo y elaborar un correcto plan de tratamiento.

Se mostrarán dos casos realizados en el Servicio de prácticas odontológicas de la Universidad de Zaragoza y se abordarán las opciones terapéuticas y plan de tratamiento necesarios para la rehabilitación oral de los pacientes, basándonos en la evidencia científica.

El primer caso se tratará de una paciente de 47 años con esquizofrenia e ingresos hospitalarios en octubre de 2018, higiene oral deficiente, periodontitis crónica y clase I de Kennedy superior y clase IV inferior. Se le plantea una fase de tratamiento básico periodontal y conservadora y una fase de tratamiento periodontal de cirugía resectiva en el maxilar superior. Para la reposición de los dientes ausentes se ofrecen distintas alternativas de tratamiento.

El segundo caso es un paciente de 45 años con esquizofrenia, higiene oral muy deficiente con múltiples caries y restos radiculares. Se le plantea una fase de tratamiento básico periodontal y para la reposición de los dientes ausentes se le ofrecen distintas opciones de tratamiento.

Palabras clave: Esquizofrenia, Odontología, Periodoncia, Prótesis dental y Caries dental.

MULTIDISCIPLINARY TREATMENT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: A REPORT
OF TWO CASES.

Autor: Alejandro Balsa Fernández

Director: Miguel Plana Montori

ABSTRACT

Schizophrenia is a serious mental disorder that leads to disorders of the progression of thoughts, mistakes in contextual analysis and logic. Often, these patients do not recognize their health needs and delay in seeking advice or treatment.

The objectives of this project are the presentation of two clinical cases with schizophrenia, based on a thorough exploration and complementary tests to achieve a complete diagnosis and develop a correct treatment plan.

Two cases will be shown in the Dental Practice Service of the University of Zaragoza and the therapeutic options and treatment plan necessary for the oral rehabilitation of patients will be addressed, based on scientific evidence.

The first case will be a 47-year-old woman with schizophrenia and hospital admissions in October 2018, poor oral hygiene, chronic periodontitis and upper class I of Kennedy and lower class IV. A phase of basic periodontal and conservative treatment and a phase of periodontal treatment of resective surgery in the maxilla is proposed. For the replacement of missing teeth, different treatment alternatives are offered.

The second case is a 45-year-old man with schizophrenia, very poor oral hygiene with multiple caries and radicular remains. A phase of basic periodontal treatment is proposed and for the replacement of missing teeth, different treatment options are offered.

Keywords: Schizophrenia, Dentistry, Periodontics, Dental prosthesis and Dental caries.

LISTADO DE ABREVIATURAS

ASA	American Society of Anesthesiologist
IOI	Implante Osteointegrado
PPR	Prótesis Parcial Removable
TIC	Terapia Inicial Causal
TPB	Terapia Periodontal Básica
TPM	Terapia Periodontal de Mantenimiento

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	Pág 1
OBJETIVOS.....	Pág 3
Objetivo general.....	Pág 3
Objetivos específicos.....	Pág 3
PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS.....	Pág 4
CASO 1	
Anamnesis.....	Pág 4
Exploración.....	Pág 4
Diagnóstico.....	Pág 6
Pronóstico.....	Pág 6
Plan de tratamiento.....	Pág 7
CASO 2	
Anamnesis.....	Pág 8
Exploración.....	Pág 9
Diagnóstico.....	Pág 10
Pronóstico.....	Pág 11
Plan de tratamiento.....	Pág 11
DISCUSIÓN.....	Pág 13
CONCLUSIONES.....	Pág 30
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág 31
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La salud oral es esencial para la salud general y el bienestar e influye en gran medida en la calidad de vida como el trabajo o las relaciones interpersonales.

Se define como un estado libre de dolor bucal y facial, enfermedades orales y trastornos que limitan la capacidad de un individuo para morder, masticar, sonreír, hablar y el bienestar psicosocial. ¹

Las experiencias de dolor, problemas para comer, masticar, sonreír y comunicación debido a los dientes perdidos, descoloridos o dañados tienen un gran impacto en la vida diaria y el bienestar de las personas. Además, una pobre higiene oral puede producir efectos adversos en la salud general. ²

Las enfermedades de la cavidad oral más frecuentes son:

- Caries dental.
- Enfermedad periodontal.
- Cáncer oral.
- Enfermedades infecciosas orales.
- Lesiones traumáticas.
- Lesiones hereditarias. ¹

Los trastornos mentales afectan a más de un tercio de la población en la Región de Europa cada año, y alrededor del 1 al 2% de estas personas son diagnosticadas con trastornos psicóticos. ^{3,4}

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, caracterizado por profundas interrupciones en el pensamiento, que afectan el lenguaje, la percepción y el sentido de sí mismo. A menudo incluye experiencias psicóticas, como escuchar voces o delirios.

Si bien la etiología de la esquizofrenia es aún en gran parte desconocida, se cree en una combinación de procesos genéticos, fisiológicos y factores de riesgo ambientales. ⁵

Generalmente comienza en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. La mayoría de los casos de esquizofrenia pueden tratarse, y las personas afectadas pueden llevar una vida productiva e integrarse en la sociedad. ⁶

Uno de los elementos más visibles de la mala salud oral en pacientes con esquizofrenia es la gran cantidad de dientes perdidos o con caries.

La caries dental, enfermedades periodontales o infecciosas y trastornos metabólicos (diabetes, obesidad, xerostomía) inducidos por los tratamientos antipsicóticos, la mala alimentación (dieta rica en azúcares), uso de sustancias psicoactivas como el tabaco, y la

higiene bucal inadecuada se combinan para llevar a una mala salud oral característica de estos pacientes.⁷

En el presente trabajo, estudiaremos el manejo odontológico de dos pacientes con esquizofrenia y su rehabilitación oral compleja siendo parcialmente edéntulos.

Se pretende, por tanto, devolver la función y la estética en la medida de lo posible para asegurar la salud oral siguiendo una planificación ordenada y basándonos en la evidencia científica.

OBJETIVOS

Objetivo General:

El objetivo general del Trabajo Fin De Grado que se va a presentar a continuación es demostrar todos los conocimientos adquiridos en los últimos cinco años aplicados a la práctica odontológica de pacientes.

Para ello, realizaremos la presentación de dos casos clínicos correspondientes a pacientes que acuden al Servicio de Prácticas Odontológicas de la Facultad de Odontología de Huesca, detallando sus correspondientes anamnesis, exploración, diagnóstico, pronóstico y planes de tratamiento basándonos en la evidencia científica.

Objetivos específicos:

- Restaurar la función y estética de los pacientes mediante la rehabilitación protésica.
- Realizar tratamientos multidisciplinarios en pacientes con esquizofrenia y conocer aspectos específicos del manejo odontológico de éstos.
- Conocer el manejo de la literatura en las bases de datos (artículos científicos, libros) tanto en español como en inglés.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Anamnesis y motivo de consulta:

1. Filiación

- N.H.C. 4912
- Sexo: Femenino
- Edad: 47 años
- Profesión: Desempleada
- Estado civil: Soltera
- Número de hijos: 2

2. Antecedentes médicos

- Paciente con esquizofrenia y trastorno agudo transitorio sin especificación. Tratamiento médico con Zyprexa (7,5 mg/día) y Xeplion (100mg/28 días).
- No refiere alergias.
- Fumadora de 12 cigarrillos al día.

3. Antecedentes odontológicos

- No ha referido complicaciones durante ningún tratamiento dental previo, ni durante la anestesia.
- Mantiene que posee mala higiene porque no ha tenido la oportunidad de asistir a un dentista por motivos económicos desde hace años. Presenta un gran número de ausencias dentarias.

4. Motivo de consulta

- Paciente que viene derivada del centro de día refiriendo que "Tengo la boca hecha una pena"

5. Clasificación del paciente según ASA:

- ASA II ⁸

Exploración:

1. Exploración extraoral:

- Exploración ganglionar: Se realizó exploración de ambos lados de la cara y del cuello, sin encontrar tumoraciones ni adenopatías.

- Exploración de la articulación temporomandibular realizando movimientos de apertura y cierre además de en reposo. No se encontraron chasquidos ni crepitaciones ni dolor durante el procedimiento.
- Exploración de la musculatura facial comprobando la simetría y el tono sin molestias.
- Piel y mucosa: Sin lesiones periorales.
- Análisis facial: Análisis estético facial según Fradeani. ⁹ [\[Anexo 1: Img 1, 2 y 3\]](#)
 - Análisis frontal: Patrón mesofacial, análisis de quintos proporcionales entre sí. Los tercios faciales también se encuentran proporcionales entre sí. El tercio medio se encuentra ligeramente aumentado respecto al resto. Las líneas bipupilar e intercomisural se encuentran paralelas entre sí y perpendiculares a la línea media. Ésta se encuentra centrada.
 - Análisis sagital: Respecto al plano de Frankfort. Perfil convexo. Ángulo nasolabial disminuido (95°). Proyección correcta del mentón.

2. [Exploración intraoral:](#)

- Análisis de mucosas: Normalidad en el estado de las mucosas yugales, suelo de la boca, lengua y paladares blando y duro.
- Glándulas salivares: Exploración de las glándulas mediante la palpación bimanual. Ausencia de hallazgos significativos.
- Análisis dental: [\[Anexo 2; Fig 1\]](#)
 - Ausencias: 17, 16, 26, 27, 41, 42, 47.
 - Caries: 36
 - Análisis oclusal en máxima intercuspidación: Resalte y sobremordida normales. Las líneas medias no son coincidentes y ambas se encuentran desplazadas a la derecha.
 - Análisis interarcada:
 - a) Curva de Spee: Correcta.
 - b) Curva de Wilson: Correcta.
 - c) Interferencias o prematuridades: Sin interferencias ni prematuridades.
 - d) Clases molares y caninas: Clase II canina bilateral y Clase molar no valorable por ausencia de molares superiores.
 - Análisis intraarcada:
 - e) Forma de arcada: No valorable en superior y parabólica en inferior.
- Análisis periodontal: Presenta un biotipo grueso, con presencia de sangrado, exudado y acúmulo de placa en la mayoría de los dientes. [\[Anexo 3; Fig 1\]](#)
 - Movilidad:
 - Grado 1: 13, 12, 11, 21, 22, 23.
 - Grado 2: 31 y 32.

- Índice de inflamación de Löe y Silness: 48% ¹⁰
- Índice de placa de O'Leary: 71% ¹⁰
- Media de profundidad de sondaje: 4,75 mm
- Media de profundidad de inserción: 5,86 mm

3. Pruebas complementarias:

- Registro fotográfico: Fotografías extraorales e intraorales de la paciente. [Anexo 4; *Img 1-10 y Anexo 5; Img 1-13*]
- Registro radiológico: Tras la realización de la anamnesis y la exploración clínica del la paciente, realizamos como pruebas complementarias la Ortopantomografía [Anexo 6; *Img 1*] y una serie periapical [Anexo 7; *Img 1 y 2*], para realizar un diagnóstico más certero.

Diagnóstico:

- Periodontal: Periodontitis crónica grave (pérdida de inserción próxima a los 5 milímetros) y generalizada (afecta a más del 30% de los dientes) ¹¹
- Dental: Caries por vestibular del 36.
- Protésico:
 - Clase I de Kennedy superior
 - Clase IV de Kennedy inferior. ¹²

Pronóstico:

General: Utilizando los parámetros establecidos por Lang y Tonetti ¹³, para clasificar el riesgo de los pacientes en terapia de mantenimiento periodontal.

1. Porcentaje de sitios con sangrado: 48% Riesgo elevado.
2. Prevalencia de bolsas mayores de 4mm: 42,1% de bolsas iguales o mayores de 5mm. Riesgo elevado.
3. Dientes perdidos de un total de 28: 2. Riesgo bajo.
4. Pérdida de soporte periodontal debido a la edad: 35,82% en 36. Riesgo bajo.
5. Condiciones genéticas y sistémicas: Desconocido.
6. Factores ambientales: >12 cigarrillos al día. Riesgo moderado.

Por la presencia de dos parámetros en la categoría de riesgo elevado, podemos concluir que la paciente posee un riesgo periodontal alto.

Individual: Utilizando los parámetros establecidos por la Universidad de Berna, dividiendo los dientes individualmente en pronóstico bueno, cuestionable o no mantenible.^{14,15}

- Dientes con buen pronóstico: Todos los que no son nombrados en las categorías siguientes. Son aquellos que, o bien no necesitan tratamiento, o bien requieren un tratamiento mínimo conservador.
- Dientes con pronóstico cuestionable: Por defectos horizontales mayores de 2/3 de la raíz. 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23 y 24.
- Dientes con pronóstico no mantenible: Pérdida de inserción hasta el ápice y movilidad grado 2. 31 y 32.

Plan de tratamiento:

1. Terapia Periodontal Básica (TPB):¹⁶

1. Terapia Inicial Causal (TIC): [Anexo 8; Img 1-4]

- Instrucciones de higiene oral y motivación
- Control de placa bacteriana
- Tartrectomía supragingival
- Extracciones dientes 31 y 32.

2. Reevaluación

- A las 4/6 semanas después de la TIC

3. Terapia correctora: [Anexo 9; Img 1-7]

- Cirugía periodontal de incisión de colgajo modificado de 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23 y 24.
- Gingivectomía por palatino de los dientes 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23 y 24.
- Obturación diente 36.

4. Terapia Periodontal de Mantenimiento (TPM): [Anexo 3; Fig 2]

- Reevaluación periodontal a los 3 meses.
- Reevaluación de caries.
- Reforzar la motivación en higiene.

2. Opciones de rehabilitación protésica:

1. Maxilar superior

- Opción A:

Implante Osteointegrado (IOI) en zona del 16 con elevación de seno abierta, más corona en 16. IOI en zona del 26 y 27 con elevación de seno abierta más dos coronas en 26 y 27.

- Opción B:

Colocación de prótesis parcial removible de dientes 16, 26 y 27.

2. Maxilar inferior

- Opción A:

2 IOI en zonas del 32 y 42 más coronas en 42, 41, 31 y 32.

- Opción B:

Colocación de prótesis parcial removible (PPR) de dientes 31, 32, 41, 42.

CASO 2

Anamnesis y motivo de consulta:

1. Filiación

- N.H.C. 4649
- Sexo: Masculino
- Edad: 46 años
- Profesión: Desempleado
- Estado civil: Soltero
- Número de hijos: 0

2. Antecedentes médicos

- Paciente con esquizofrenia. Tratamiento médico con Zyprexa 7,5 mg/día.
- No refiere alergias.
- Fumador de 40 cigarrillos al día, de los cuales 20 son puros de pequeño tamaño y 20 cigarros de liar aproximadamente.

3. Antecedentes odontológicos

- No ha referido complicaciones durante ningún tratamiento dental previo, ni durante la anestesia.
- Mantiene que posee mala higiene porque no se cepilla nunca los dientes.

4. Motivo de consulta

- Paciente que acude recomendado por su padre, quien se ha realizado con anterioridad una PPR. El paciente refiere que “quiero arreglarme la boca”.

5. Clasificación del paciente según ASA:

- ASA II ⁸

Exploración:

1. Exploración extraoral:

- Exploración ganglionar: Se realizó exploración de ambos lados de la cara y del cuello, sin encontrar tumoraciones ni adenopatías.
- Exploración de la articulación temporomandibular realizando movimientos de apertura y cierre además de en reposo. No se encontraron chasquidos ni crepitaciones ni dolor durante el procedimiento.
- Exploración de la musculatura facial comprobando la simetría y el tono sin molestias.
- Piel y mucosa: Sin lesiones periorales.
- Análisis facial: Análisis estético facial según Fradeani. ⁹ [\[Anexo 11; Img 1-3\]](#)
 - Análisis frontal: Patrón mesofacial, análisis de quintos proporcionales entre sí. Los tercios faciales también se encuentran proporcionales entre sí. Las líneas bipupilar e intercomisural no se encuentran paralelas entre sí y perpendiculares a la línea media. Ésta se encuentra centrada.
 - Análisis sagital: Respecto al plano de Frankfort. Perfil convexo. Ángulo nasolabial disminuido (95°). Proyección correcta del mentón.

2. Exploración intraoral:

- Análisis de mucosas: Normalidad en el estado de las mucosas yugales, suelo de la boca, lengua y paladares blando y duro.
- Glándulas salivares: Exploración de las glándulas mediante la palpación bimanual. Ausencia de hallazgos significativos.
- Análisis dental: [\[Anexo 12; Fig 1\]](#)
 - Ausencias: 26, 28, 36, 45, 46 y 47.
 - Caries: 18, 16, 12, 11, 27 y 44.
 - Obturaciones de composite: 16.
 - Obturaciones de amalgama: 37.
 - Endodoncia de dientes: 17 y 16.

- Análisis oclusal en máxima intercuspidación: Resalte y sobremordida normales. Las líneas medias no son coincidentes y ambas se encuentran desplazadas a la derecha.
- Análisis interarcada:
 - f) Curva de Spee: No valorable en el último cuadrante y correcto en el segundo.
 - g) Curva de Wilson: No valorable
 - h) Interferencias o prematuridades: Sin interferencias ni prematuridades.
 - i) Clases molares y caninas: Clases caninas y molares no valorables por ausencia de corona clínica en los caninos superiores y ausencia de primer molar superior derecho y primeros molares inferiores izquierdo y derecho.
- Análisis intraarcada:
 - j) Forma de arcada: Parabólicas tanto superior como inferior.
- Análisis periodontal: [\[Anexo 13; Fig 1\]](#)
 - Movilidad: Ningún diente con movilidad.
 - Índice de inflamación de Löe y Silness: 42% ¹⁰
 - Índice de placa de O'Leary: 84% ¹⁰
 - Media de profundidad de sondaje: 4,73 mm
 - Media de profundidad de inserción: 4,73 mm

3. Pruebas complementarias:

- Registro fotográfico: Fotografías extraorales e intraorales de la paciente. [\[Anexo 14; Img 1-10 y Anexo 15; Img 1-11\]](#)
- Registro radiológico: Tras la realización de la anamnesis y la exploración clínica del la paciente, realizamos como pruebas complementarias la Ortopantomografía [\[Anexo 16; Img 1\]](#) y una serie periapical [\[Anexo 17, img 1 y 2\]](#), para realizar un diagnóstico más certero.

Diagnóstico:

- Periodontal: Gingivitis inducida por placa en las zonas con profundidades de sondaje iguales o menores a 3 mm y presencia de inflamación y sangrado. ¹¹
- Dental: Caries por distal del 18, 12 y 44, obturación filtrada en 16, caries por oclusal y distal del 27. Destrucción severa de la corona por caries y presencia de restos radiculares en 17, 15, 14, 13, 21, 22, 23, 24 y 25.
- Protésico:
 - Clase I de Kennedy superior
 - Clase III de Kennedy inferior. ¹²

Pronóstico:

General: Utilizando los parámetros establecidos por Lang y Tonetti ¹³, para clasificar el riesgo de los pacientes en terapia de mantenimiento periodontal.

1. Porcentaje de sitios con sangrado: 42%. Riesgo elevado.
2. Prevalencia de bolsas mayores de 4mm: 0% de bolsas iguales o mayores de 5mm. Riesgo bajo.
3. Dientes perdidos de un total de 28: 5. Riesgo moderado.
4. Pérdida de soporte periodontal debido a la edad: 21% en diente 37. Riesgo bajo.
5. Condiciones genéticas y sistémicas: Desconocido.
6. Factores ambientales: 40 cigarrillos al día. Riesgo elevado.

Por la presencia de dos parámetros en la categoría de riesgo elevado, podemos concluir que la paciente posee un riesgo periodontal alto.

Individual: Utilizando los parámetros establecidos por la Universidad de Berna ^{14,15}, dividiendo los dientes individualmente en pronóstico bueno, cuestionable o no mantenible.

- Dientes con buen pronóstico: Todos los que no son nombrados en las categorías siguientes. Son aquellos que, o bien no necesitan tratamiento, o bien requieren un tratamiento mínimo conservador.
- Dientes con pronóstico cuestionable: Por razones endodóncicas como patología periapical. Diente 16.
- Dientes con pronóstico no mantenible: Debido a caries que se extienden a radicular e imposibilidad de reconstrucción de la corona además de ser restos radiculares con focos de infección. Dientes 17, 15, 14, 13, 21, 22, 23, 24 y 25.

Plan de tratamiento:

1. Terapia Periodontal Básica (TPB): ¹⁶

1. **Terapia Inicial Causal (TIC):** *[Anexo 18; Img 1-10]*
 - Instrucciones de higiene oral y motivación
 - Control de placa bacteriana
 - Tartrectomía supragingival
 - Extracciones dientes 17, 15, 14, 13, 21, 22, 23, 24 y 25.

2. **Reevaluación**

- A las 4/6 semanas después de la TIC

3. Terapia correctora: *[Anexo 19; Img 1-4]*

- Obturaciones dientes 18, 16, 12, 11, 27 y 44.
- Reendodoncia diente 16.

4. Terapia Periodontal de Mantenimiento (TPM):

- Reevaluación periodontal a los 24 días, 3 y 6 meses.
- Reevaluación de caries.
- Reforzar la motivación en higiene.

2. Opciones de rehabilitación protésica

1. Maxilar superior:

- Opción A:
IOI en 13, 15 con prótesis implantosoportada 13, 14 y 15. IOI en 21, 23 y 25 y coronas en 21, 22, 23, 24 y 25.
- Opción B:
PPR superior.

2. Maxilar inferior:

- Opción A:
Implantes en 36, 45 y 46 con coronas.
- Opción B:
Implantes en 45 y 46 con coronas y prótesis fija dentosoportada en 36 con pilares sobre 37 y 35.
- Opción C:
PPR inferior.

DISCUSIÓN:

Los casos arriba descritos se tratan de dos casos con edentulismo parcial, de mediana edad y una enfermedad sistémica en común: La Esquizofrenia.

Para ello debemos elaborar un plan de tratamiento adecuado a sus características además de tener los conocimientos necesarios acerca de su enfermedad para lograr una atención óptima de sus necesidades.

Los dos casos están diagnosticados de Esquizofrenia, por lo que los clasificaremos como ASA II. ⁸

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, caracterizado por profundas interrupciones en el pensamiento, que afectan el lenguaje, la percepción y el sentido de sí mismo. A menudo incluye experiencias psicóticas, como escuchar voces o delirios.¹ Se trata de un síndrome complejo que afecta a alrededor del 1% de la población mundial; constituye una de las más importantes causas de discapacidad crónica, tiene consecuencias devastadoras para las personas que la padecen y su entorno familiar, y es la séptima enfermedad en costos económicos de nuestra sociedad. ¹⁷

Los factores desencadenantes de la misma pueden ser tan diversos como infecciones, complicaciones obstétricas, consumo de drogas, etc. aunque siempre con un fondo genético importante (80-85%). ¹⁷

Desde el punto de vista clínico, la esquizofrenia es un síndrome heterogéneo sin un síntoma o signo unitario definido y es imposible diagnosticarla a través de un test de diagnóstico de laboratorio.

El diagnóstico, se realizará a través del estudio de una sintomatología individual que incluye la aparición de episodios temporales clasificados en diferentes categorías: ¹⁷

- **Síntomas positivos:** Incluyen alucinaciones, ilusiones o paranoia.
- **Síntomas negativos:** Como el aislamiento social, la incapacidad para el afecto o la apatía.
- **Síntomas afectivos:** Como depresiones o tendencia al suicidio.
- **Síntomas cognitivos:** Como alteraciones en la atención, la memoria y las funciones ejecutivas ¹⁸

En cuanto al manejo en consulta de este tipo de pacientes, debemos llevar a cabo una serie de pautas:

- Realizar una investigación de los antecedentes del paciente.

- Estar alerta 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.
- El odontólogo debe tratar de ganarse la confianza del paciente para lograr que éste 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. ¹⁹

En cuanto al tratamiento farmacológico, ambos pacientes se encuentran en tratamiento con Olanzapina (Zyprexa 7,5 mg/día).

La olanzapina está indicada en el tratamiento de la esquizofrenia. Es efectiva en el mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.

Está indicada también en el tratamiento del episodio maníaco moderado o grave y en la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maníaco ha respondido al tratamiento con olanzapina ²⁰

La Olanzapina pertenece a la segunda generación de antipsicóticos donde también se encuentran fármacos como la clozapina (los llamados “atípicos”).

El término "atípico" se ha utilizado para describir esta clase de medicamentos porque rara vez causan trastornos del movimiento. Todos ellos pueden tener una mayor efectividad que los agentes convencionales para tratar los síntomas negativos. ¹⁸

Reducen de forma considerable los efectos adversos antes citados y son más efectivos en el tratamiento de la esquizofrenia, posiblemente por su falta de especificidad para receptores dopaminérgicos D2, y su afinidad adicional para receptores serotoninérgicos del tipo 5HT2A. De cualquier manera, el tratamiento con antipsicóticos atípicos conlleva un alto riesgo de desarrollar obesidad, disfunción sexual, hiperlipidemia y diabetes tipo 2. ^{17,18}

Entre las interacciones de interés de la Olanzapina, destacamos que el tabaco y la carbamazepina pueden inducir en su metabolismo, lo que puede producir una reducción de las concentraciones. Tan solo se ha observado un incremento de leve a moderado en el aclaramiento de olanzapina.

Las consecuencias clínicas parecen ser limitadas, pero se recomienda la monitorización y considerar, si fuera necesario, un incremento de la dosis. ²⁰

Entre las reacciones adversas en la región orofacial de la Olanzapina podremos encontrar la xerostomía, sialorrea, disfagia, estomatitis, gingivitis, glositis, edema lingual y otros como rigidez de cuello o abscesos periodontales.¹⁸

Los pacientes con enfermedad psiquiátrica tienen un riesgo particularmente alto de enfermedad dental debido a los efectos secundarios de su medicación, su alta frecuencia de consumo de dulces, mala higiene dental y el tabaco.¹ El tratamiento dental es difícil para estos pacientes debido a su falta de motivación y apatía, cooperación limitada, poca adaptabilidad a nuevas prótesis, dificultades de movilidad, temor al tratamiento, comunicación deficiente y consideraciones económicas.²¹

CASO 1:

El primer caso, se trata de una mujer de 47 años, madre soltera y sin empleo actualmente. Se encuentra en tratamiento médico con Olanzapina y Xeplion, fármaco indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.

Xeplion debe utilizarse con precaución en combinación con otros medicamentos de acción central, p. ej., ansiolíticos, la mayoría de los antipsicóticos, hipnóticos, opiáceos, etc. o con el alcohol.²²

El plan de tratamiento final será el siguiente:

1. Terapia periodontal básica: Terapia inicial causal + exodoncias + reevaluación.

- 1) Terapia inicial causal (TIC): Dirigida a controlar las caries, la periodontitis y a detener la progresión de la destrucción de los tejidos periodontales.¹⁶ La paciente posee una higiene oral deficiente.
 - Tartrectomía supragingival: Remoción de la placa y del sarro supragingival mediante ultrasonidos. Se utilizan reveladores de placa (eritrosina, fucsina o fluoresceína) que tiñen la placa y la tornan visible. [\[Anexo 8; Img 1-2\]](#)
 - Especial hincapié en instrucción sobre técnicas de higiene oral, reveladores de placa para que observen las zonas donde tienen mayor cúmulo de placa, cepillado y métodos auxiliares, información al paciente de su estado de salud, sus consecuencias y posibles soluciones y motivación para conseguir los objetivos de salud ideal deseados.

Existen varios estudios que muestran que la higiene oral de las personas con enfermedades psiquiátricas se puede mejorar con educación, instrucción y recordatorios y que los pacientes psiquiátricos pueden aprender nuevas habilidades cuando se les brinda educación adaptativa.²³

Las sesiones de instrucción de higiene se conducen mejor ante un espejo grande. Instrucciones orales, demostraciones modeladas (en las que el higienista dental se cepilla y usa sus propios dientes) y los carteles coloridos son eficaces para describir las técnicas correctas de cepillado además del uso del hilo dental y el de productos de saliva artificial, agentes antimicrobianos (CHX), y enjuagues bucales con Flúor.²⁴

Desafortunadamente, un número significativo de pacientes carece de la capacidad o la motivación para realizar procedimientos de higiene oral de forma independiente.¹⁸

- 2) Exodoncia de los dientes no mantenibles: (31 y 32) Realizados en una sola cita.

[Anexo 8; Img 3-4]

- 3) Revaluación: Se realizan controles en posteriores citas para observar la eficacia de las instrucciones de higiene y se reinstruye y motiva en caso de que sea necesario.¹⁶

2. Terapia correctora

En la terapia correctora se encuentran incluidas la cirugía periodontal, el tratamiento conservador, el tratamiento restaurador y protésico.

Se permite el uso de anestésicos locales para este tipo de pacientes. Se pueden realizar los tratamientos periodontales, restauraciones dentales y extracciones para todos los pacientes, incluidos los que padecen Esquizofrenia.²⁵

La enfermedad periodontal está causada por la infección resultante de una inflamación de los tejidos de soporte dentales que conducen hacia una pérdida progresiva de hueso alveolar. Se caracteriza por la presencia de bolsas periodontales y recesiones.²⁶

En la terapia correctora del tratamiento del caso 1, realizaremos cirugía periodontal para tratar las bolsas de todo el sector anterosuperior, realizaremos una Operación de colgajo modificado descrito en 1931 por Kirkland, el cual se trata de un colgajo de acceso para el desbridamiento radicular adecuado para tratar bolsas periodontales purulentas.¹⁶ *[Anexo 9; Img 1-3]*

En este procedimiento se realizó una incisión intracrevicular con bisturí Bard Parker y hoja del nº 15 en la cara vestibular del área interdental. Las incisiones se extendían en dirección mesial y distal.

La encía se retraía por vestibular con el periostotomo de Molt para exponer las superficies radiculares enfermas, las cuales se desbridaron con cuidado con punta de ultrasonidos, después curetas Gracey, Rhodes Back Action y secuencia de fresas Perio Set. Los defectos óseos angulares se curetearon con lima de hueso Sugarman.

Después de la eliminación del epitelio de las bolsas y del tejido de granulación de la superficie interna de los colgajos, se reaplicaban en su posición original y se aseguraban con suturas interproximales de Supramid 0000.

Posterior a la operación se le recetaron pautas domiciliarias:

- Ibuprofeno 600 mg 3 veces al día como analgésico.
- Clorhexidina 0,12% en colutorio tres veces al día después del cepillado durante 2 semanas.
- Cepillos interproximales para una higiene y mantenimiento óptimos.

Le citaremos en una semana para la retirada de los puntos interproximales de sutura.

Las ventajas principales de la operación de colgajo modificado son la posibilidad de regeneración ósea de tejidos intraóseos, la reducción del trauma de los tejidos periodontales y de las molestias del paciente y la eliminación del epitelio de bolsa y del tejido conectivo inflamado.

Por lo tanto, este procedimiento no reduce la profundidad preoperatoria de las bolsas. ¹⁶

Para el tratamiento periodontal de los defectos óseos superiores por palatino de los dientes 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23 y 24, se realizó una cirugía resectiva con bisturí eléctrico. [\[Anexo 9; Img 4-5\]](#)

La gingivectomía tal y como se emplea hoy en día fue descrita por Goldman en 1951: ¹⁶

Realizamos la incisión con bisturí eléctrico. De esta forma no tendremos que prevenir el sangrado posterior y no nos tendremos que preocupar por la estética post-tratamiento al encontrarse por palatino.

En las áreas donde la encía es voluminosa, la incisión debe efectuarse más hacia apical respecto de los puntos sangrantes que en el caso de las áreas con encía delgada, donde se requiere un bisel menos acentuado. La incisión biselada se orienta hacia la base de la bolsa o hasta un nivel un poco hacia apical de la extensión apical del epitelio de unión.

Los tejidos se retiran con cuidado usando una cureta o un tartrectomo. Las proyecciones tisulares restantes se eliminan con una cureta o con tijeras

Después de un desbridamiento minucioso se sondan de nuevo las regiones dentogingivales para detectar bolsas remanentes. El contorno gingival se controla y se corrige, de ser necesario, por medio de bisturí o de fresas de diamante rotatorias.

Para proteger el área seccionada durante el período de curación, la superficie de la herida debe cubrirse con un apósito periodontal. El apósito debe adaptarse con cuidado sobre las superficies cruentas lingual y también en los espacios interproximales. El apósito no debe ser muy voluminoso, ya que no solo molesta al paciente, sino que también se desplaza con facilidad.

El apósito se deja aplicado durante 10-14 días. Una vez retirado, los dientes deben ser limpiados y pulidos. Controlar bien las superficies radiculares y eliminar el sarro remanente con una cureta al igual que el tejido de granulación excesivo. Se instruye al paciente para que higienice correctamente los segmentos operados de la dentadura, que ahora tendrán una morfología diferente en comparación con la situación preoperatoria.

El tratamiento conservador consistirá en la obturación de composite del diente 36. [\[Anexo 9; Img 6-7\]](#)

3. Terapia periodontal de mantenimiento

El objetivo de los cuidados de mantenimiento debe ser la preservación continuada de la salud gingival y periodontal, obtenida como resultado del tratamiento periodontal activo.

Para los pacientes tratados por enfermedad periodontal deben concertarse visitas cada 3-4 meses en un sistema bien organizado de TPM.

En caso de estabilización de la enfermedad y mejoría de los niveles de profundidad de sondaje y sitios de sangrado, se podrán ir ampliando las visitas de mantenimiento, aunque como mínimo una al año será necesario realizarse. ¹⁶

En este caso le dimos a la paciente una cita de mantenimiento a los tres meses para realizar un periodontograma y reforzar las técnicas de higiene oral diarias. [\[Anexo 3; Fig 2\]](#)

Gracias a la terapia correctora periodontal hemos conseguido unos resultados favorables y la estabilización de la enfermedad.

4. Rehabilitación protésica:

Una vez tenemos estabilizada la enfermedad periodontal de la paciente y observamos en la TPM indicios de mejoría, podremos avanzar hacia la rehabilitación protésica de las ausencias dentales.

Como primera opción de tratamiento, le propusimos la prótesis fija implantosoportada con elevaciones de seno abiertas en el maxilar superior.

La prótesis fija ofrece una serie de ventajas frente a las PPR:

- Mantenimiento de hueso.
- Dientes en buena posición estética.
- Mantenimiento de las dimensiones verticales.
- Buena oclusión.
- Carga oclusal directa.
- Aumento de fuerza oclusal.
- Mejor función masticatoria.
- Mayor estabilidad y retención.
- Mejor fonética.
- Mejor propiocepción.
- Mayor porcentaje de éxito.²⁷

La opción de tratamiento elegida será la PPR de dientes 16, 26 y 27 para el maxilar superior y PPR de dientes 42, 41, 31 y 32. La razón de esta elección son los motivos económicos, ya que la paciente recibe ayuda de los Servicios Sociales.

Una PPR es un dispositivo que suministra dientes perdidos y estructuras asociadas en una mandíbula parcialmente edéntula y que puede extraerse de la boca y reemplazarse a voluntad.

Las funciones principales de una PPR son:

- Preparar los alimentos para la deglución y la digestión.
- Mejorar la apariencia.
- Ayudar a la fonación.
- Distribuir el estrés oclusal.
- Prevenir o controlar la enfermedad periodontal.

- Ayudar a mantener la relación correcta de la mandíbula. ²⁸

En esta circunstancia, las PPR representan un tratamiento de modalidad aceptable y económica para pacientes con edentulismo parcial. ²⁹

Sin embargo, existe cierta discrepancia entre los estudios que aceptan o no las PPR después de tratamientos periodontales y el efecto que éstas pueden tener en los dientes pilares.

Según Zlatic et al. las PPR pueden aumentar la incidencia de caries, dañar el periodonto y aumentar la tensión en los dientes naturales. Estas alteraciones se atribuyen a una higiene bucal deficiente, lo cual en pacientes con esquizofrenia deberemos estar bien atentos a una mayor acumulación de placa y cálculos ya que son más propensos y a la transmisión de fuerzas excesivas a las estructuras periodontales. Se observaron diferencias significativas de PI entre los pilares y los dientes que no tenían función de pilar. ³⁰

Para Younus et al. las PPR afectan significativamente la salud de los dientes pilares. Se observa un aumento en el índice de placa en los dientes pilares junto con los dientes que son más propensos a la inflamación. En su artículo versan la siguiente frase: “Las PPR causan un efecto perjudicial en los dientes pilares y se debe tener cuidado para evitar daños extensos.” ³¹

En el estudio de Krajicek , las heridas resultantes de los procedimientos de colgajo periodontal, que elevan la unión del tejido conectivo del diente, se curan inicialmente con una disposición alterada de las fibras del tejido conectivo, es decir, son paralelas y no en ángulo con respecto al diente. Esto resulta en una disminución de la resistencia a las fuerzas oclusales. ³²

El estudio de Bergman et al. se evaluó las condiciones periodontales y protésicas en pacientes que han recibido una PPR después de recibir tratamiento periodontal con tratamiento que incluye motivación, instrucciones sobre higiene bucal, descamación y eliminación quirúrgica de bolsas periodontales más profundas. ³³

Los pacientes cooperaron de manera excelente, sin deterioros significativos durante un período de dos años. El presente estudio no apoya la opinión de que una PPR per se causará lesiones periodontales.

Con una planificación cuidadosa del tratamiento protésico y con una adecuada higiene bucal y de dentaduras postizas, revisado en cada visita clínica, poco o ningún daño será causado a los dientes restantes. ³³

Si se establece el control de la placa, y si las prótesis se revisan regularmente y se realizan los procedimientos indicados, las fuerzas transmitidas a los dientes de apoyo no parecen inducir la ruptura periodontal. ³⁴

Las PPR no causan reacciones periodontales adversas, siempre que la salud periodontal preprotésica se haya establecido y se mantenga con una higiene oral meticulosa. Los frecuentes recordatorios de higiene y el mantenimiento protésico son herramientas esenciales para lograr un buen pronóstico a largo plazo.³⁵

Además, según Glickman, las PPR contribuyen a la salud periodontal al prevenir la migración de los dientes, establecer la eficiencia masticatoria generalizada y al estabilizar los dientes móviles.

Una PPR que está diseñada incorrectamente puede contribuir inadvertidamente a la enfermedad periodontal al acentuar las tensiones laterales y de rotación y al fomentar la impactación de los alimentos, la inflamación gingival, la formación de bolsas y la movilidad dental.³⁶

Parece haber un acuerdo general en que los problemas periodontales asociados con el uso de PPR están relacionados con la higiene oral del paciente.³⁷

Este hecho es especialmente evidente en relación con el diseño de PPR de extensión distal (Clase I y II de Kennedy). Dichas prótesis se consideran particularmente problemáticas y con peor pronóstico periodontal que los otros tipos.³⁷

Debido a que existe evidencia de que la acumulación de placa dental aumenta en los pacientes tratados con prótesis parciales removibles y, como estos pacientes no suelen estar motivados para ejercer una buena higiene bucal, a menos que se les recuerde y verifique su desempeño con frecuencia, deben ser revisados cada tres a seis meses para evaluar su higiene bucal y estado periodontal.³⁸

La PPR debe estar ubicada lejos del margen gingival y debe estar apoyada por un diente. Un diseño apropiado y una buena higiene oral pueden disminuir la aparición de la enfermedad periodontal.³⁰

La forma gingival ideal en la superficie protésica-gingival es la encía adherida con un epitelio corto, intacto, sulcular y de unión.³⁹

Lo ideal es restablecer la función completamente sin afectar negativamente a los tejidos de soporte. En los aparatos removibles superiores, los requisitos estéticos restringen nuestra capacidad para lograr este ideal, ya que las partes visibles de los dientes artificiales del material de la base deben adaptarse bien a los dientes naturales para una restauración convincente.⁴⁰

Para la confección de la PPR realizaremos los siguientes procedimientos:

- **Obtención de los modelos de estudio superior e inferior** con impresiones de alginato (hidrocoloide irreversible) y una cubeta convencional.

Se analiza la localización y posición de los dientes, los contornos, el perfil de la cresta residual, el tamaño y consistencia de los rebordes y la anatomía oral para delinear la extensión de la prótesis.

- **Obtención de los modelos definitivos con cubeta individual.** Se utiliza Permlastic KERR; material para impresión a base de caucho (polisulfuro, polimerizado por condensación y elastomérico). [\[Anexo 10; Img 1\]](#)

- **Prueba de rodetes:** [\[Anexo 10; Img 6\]](#) Toma del arco facial, toma del color y montaje en articulador semiajustable tipo arcón Mestra.

Para poder transferir los registros correctamente al articulador semiajustable de tipo arcón Mestra, [\[Anexo 10 Img 4-5\]](#) se toma el arco facial a la paciente [\[Anexo 10 Img 2-3\]](#). El color de los dientes que se elige, según la Guía Ivoclar es un D4. La elección del color se ve condicionada por la tinción causada por tetraciclinas que posee la paciente.

Existen diferentes grados de tinción por tetraciclinas, asociando cada una de ellas a un pronóstico y un tratamiento determinado, encontrando así:

- Tinciones de grado 1: Tinciones que van de amarillo pálido a marrón o gris claro y que son uniformes en toda la corona. Estas presentan un pronóstico favorable con 3 sesiones de tratamiento vital.
- Tinciones de grado 2: Tinciones amarillas y gris más oscuro e intenso que se presentan uniformes en toda la corona y que no presentan bandas. Para su tratamiento son necesarias de 3 a 6 sesiones de blanqueamiento vital en consulta y de 2 a 6 meses de tratamiento con férulas de blanqueamiento en domicilio.
- Tinciones de grado 3: Presentan una coloración gris oscuro-azulado con bandas marcadas concentrándose en la región cervical. En este tipo el tratamiento con agentes blanqueantes no tiene un buen pronóstico, siendo necesario requerir a técnicas más agresivas como carillas o coronas estéticas.⁴¹

La paciente posee tinciones de grado 3, debido a las bandas marcadas en las regiones cervicales de los dientes.

- **Prueba de dientes en cera:** Se comprueba el ajuste y asentamiento de la prótesis, la oclusión, los faldones, el sellado, la forma de los dientes, la posición de la línea media, de caninos, incisal y cervical, el color y la exposición de dientes en reposo y en sonrisa [\[Anexo 10; Img 7-8\]](#)

Se comprueba la oclusión balanceada bilateral utilizando papel de articular de 80 micras. En áreas posteriores la estabilidad oclusal se asegura por numerosos contactos puntiformes sincronizados y bien distribuidos. En el área anterior son suficientes los contactos ligeros para dar estabilidad, evitar sobrecarga oclusal y mantener la contracción muscular.

- **Acabado final de las prótesis:** Se comprueba el ajuste y sellado de la prótesis, la presión de los ganchos, los faldones, la oclusión y posibles interferencias. [\[Anexo 10; Img 9-11\]](#)

Se informa a la paciente de las pautas de higiene y mantenimiento adecuadas para las prótesis, así como de la necesidad de ser retiradas durante la noche. Se le informa de la normalidad de aparición de molestias durante el periodo de adaptación. Se programa una revisión a los siete días para solucionar posibles molestias o desajustes y se realiza especial hincapié en la importancia de seguir acudiendo a las citas de revisión y mantenimiento periódicas programadas.

El tratamiento no finaliza tras en la colocación y ajuste. Tendremos que realizar una reevaluación periódica, para reconocer anticipadamente los cambios que se producen en las estructuras orales. Debemos controlar el estado de los tejidos orales, la respuesta de las restauraciones de los dientes, la prótesis, la aceptación del paciente y su compromiso de mantener la higiene oral. Para la mayoría de pacientes cada 6 meses es suficiente. ¹²

CASO 2:

Se trata de un varón de 46 años, soltero, sin hijos y desempleado.

Padece Esquizofrenia y se encuentra bajo tratamiento con Olanzapina 7.5mg desde la adolescencia.

El plan de tratamiento final será el siguiente:

1. Terapia periodontal básica: Terapia inicial causal + exodoncias + reevaluación.

- 1) Terapia inicial causal (TIC): Dirigida a controlar las caries y a detener la progresión de la destrucción de los tejidos periodontales. ¹¹ El paciente posee una higiene oral muy deficiente.

- Tartrectomía supragingival: Remoción de la placa y del sarro supragingival mediante ultrasonidos. [\[Anexo 18; Img 1-4\]](#)
- Especial hincapié en instrucción sobre técnicas de higiene oral, cepillado y métodos auxiliares, información al paciente de su estado de salud, sus consecuencias y posibles soluciones y motivación para conseguir los objetivos de salud ideal deseados.

- 2) Exodoncia de los dientes no mantenibles: por ser dientes con gran destrucción de corona a causa de caries e imposibilidad de reconstrucción y restos radiculares con patología periapical. Exodonciamos los dientes 17, 15, 14, 13, 21, 22, 23, 24 y 25. [\[Anexo 18; Img 5-8\]](#)

Las exodoncias las dividimos por cuadrantes y realizamos sutura con puntos simples en el primer cuadrante y continua en el segundo. ⁴²

Sin embargo el paciente a los 3-4 días de las exodoncias refirió un dolor en la parte posterosuperior izquierda no muy intenso. Teniendo en cuenta que los los pacientes con esquizofrenia presentan una respuesta disminuida al dolor a causa de los fármacos antipsicóticos, ⁴³ el diagnóstico se realiza mediante el interrogatorio y el examen clínico y se confirma al pasar una legra dentro del alvéolo y encontrar un coágulo necrótico, que al ser irrigado y desplazado, muestra las paredes desnudas e hipersensibles. Se trata por tanto, de una alveolitis. [\[Anexo 18; Img 9-11\]](#)

La alveolitis u osteitis alveolar es una infección reversible y localizada de forma superficial; es de aparición tardía (de 2 a 4 días después de la extracción).

La frecuencia varía entre el 1 y 4 % de todas las extracciones dentales, y puede llegar del 20 al 30 % en terceros molares mandibulares. Es más frecuente en el sexo femenino y la mayoría de los casos se observan entre la tercera y cuarta décadas de la vida. ^{44,45}

FISIOPATOLOGÍA

Durante el proceso de la alveolitis existe una ausencia de vasos sanguíneos, que no permite la proliferación de capilares, y por ende, no se organiza el coágulo sanguíneo que fácilmente se desintegra. La pérdida del coágulo sanguíneo expone el hueso alveolar al aire, a los alimentos y los líquidos, causando dolor. ⁴⁶

Por su parte, el proceso infeccioso disminuye el tope de neoformación ósea, con lo cual la cicatrización del alvéolo se ve retrasada.

Gay Escoda considera que, durante la alveolitis, se produce un estado necrótico del proceso alveolar que ante la ausencia de vasos sanguíneos no permite la formación de capilares ni de tejido de granulación, claves para la organización del coágulo sanguíneo.

El potencial de cicatrización del huésped determinará la severidad y duración de esta condición. ⁴⁷

El traumatismo tisular produce una liberación de quininas, que sumado a otros mediadores de dolor liberados por la exposición ósea y a un posible proceso infeccioso desencadena el malestar característico de este cuadro.

ETIOLOGÍA

Aunque no existe actualmente un conocimiento concreto de cuál es la etiología del proceso, se considera como una afección multifactorial:

- **Edad:** se cree que la edad avanzada podría predisponer al desarrollo de alveolitis, pues en los pacientes adultos el ligamento periodontal es más delgado y posee menor irrigación.
- **Sexo y terapia hormonal:** estudios revelan que la incidencia de alveolitis es mayor en el sexo femenino que en el masculino.

Un estudio realizado en 2013 evidenció que las mujeres que se encontraban entre la segunda y tercera semana de su ciclo menstrual presentaban una mayor incidencia de alveolitis, independientemente de si usaban o no anticonceptivos orales. ⁴⁸

- **Zona operatoria:** existe una mayor incidencia de alveolitis en piezas dentarias mandibulares, 2,5 veces mayor que en las piezas maxilares. Esto podría atribuirse a que el maxilar tiene una mejor irrigación, menor densidad ósea y mayor capacidad de producción de tejido de granulación. ⁴⁹
- **El consumo de tabaco:** se ha encontrado una mayor incidencia de alveolitis en pacientes fumadores, así como de desarrollar una posible infección.

La mayoría de las personas que sufren esquizofrenia fuman en grandes cantidades. Fumar está asociado con problemas médicos y dentales en pacientes con esquizofrenia. Un estudio comparativo mostró una proporción significativamente mayor de fumadores en pacientes con esquizofrenia (71%) que en controles (39%)⁵⁰

El estudio de Bortoluzzi et al. encontró una OR de 12,3 en pacientes que fuman más de 20 cigarrillos al día. Se presume que el aumento de temperatura intraoral y el hábito de succión durante el acto de fumar podría repercutir en el proceso normal de cicatrización. Por otro lado, la falta de cuidado postoperatorio en este tipo de pacientes también podría desempeñar un papel importante.⁵¹

Fumar se ha asociado con la cicatrización tardía de las heridas como resultado, en parte, de las acciones de la nicotina como vasoconstrictor y promotor de la adhesividad plaquetaria y la oclusión microvascular trombótica, todo lo cual contribuye a la isquemia tisular.^{52,53}

CLASIFICACIÓN

La clasificación de las alveolitis difiere según los autores. Se agrupa generalmente en:

- Alveolitis seca: alvéolo abierto sin coágulo y con paredes óseas totalmente desnudas. El dolor es violento, constante, perturbador y con irradiaciones, que se exacerba con la masticación y que impide en la mayoría de los casos la actividad normal del paciente, especialmente el sueño.
- Alveolitis húmeda, supurada o fungosa: inflamación con predominio alveolar marcada por la infección del coágulo y del alvéolo; se puede encontrar un alvéolo sangrante con abundante exudado. Suele ser producida por reacciones a cuerpos extraños en el interior del alvéolo después de haberse realizado la extracción dentaria. El dolor es menos intenso, espontáneo y sobre todo provocado. También hay halitosis.
- Alveolitis marginal: Con Historia clínica intermedia entre las dos anteriores.
- Alveolitis flemonosa: Cursa con invasión de la infección a otros alveolos contiguos.^{46,54}

TRATAMIENTO

La terapéutica deberá estar encaminada a:

- Eliminar la sintomatología dolorosa.
- Promover la curación de la herida alveolar.

Algunos autores recomiendan desde el uso de medicamentos paliativos, como son los apósitos, y el uso de fármacos como los antibióticos, y en otros casos tratamientos más invasivos como el desbridamiento local.⁵⁵

En este caso, la terapéutica que llevamos a cabo fue la siguiente:

- Retirada de sutura.
- Anestesia con Articaína 1:200000
- Legrado de las paredes del hueso alveolar
- Irrigación con CHX 0,12%
- Colocación de Alveogyl. El Alveogyl (iodoformo más butylparaminobenzoato) ha reportado excelentes resultados para combatir los síntomas dolorosos. Sus componentes deprimen los receptores sensoriales implicados en la percepción del dolor al inhibir la síntesis de prostaglandinas. Por otro lado, el iodoformo es considerado antiséptico ⁵⁵

Los apósitos actúan como barrera física para mantener el alvéolo obturado impidiendo la exposición de las terminaciones nerviosas óseas al ambiente, aunque en unos casos pueden reaccionar como cuerpo extraño retardando el periodo de cicatrización. ⁵⁵,

- Prescripción antibiótica de Amoxicilina 875 mg con Ácido Clavulánico 125 mg una semana. Aunque se cree que su uso podría prevenir la aparición de infecciones y de alveolitis seca, diversos autores reportan que no es necesario el uso de antibióticos como profilácticos. ⁵⁵
- Prescripción de Analgésicos y antiinflamatorios (Ibuprofeno 600 mg en caso de dolor) Su prescripción es necesaria y apropiada, puesto que el principal objetivo de la terapia para la alveolitis es el manejo del dolor. ⁵⁵

- 3) Reevaluación: Se realizan controles en posteriores citas para observar la eficacia de las instrucciones de higiene y se reinstruye y motiva en caso de que sea necesario.

2. Terapia correctora

En la terapia correctora del segundo caso, nos centraremos en el tratamiento conservador (obturaciones de los dientes 18, 12, 11, 27 y 44 y reendodoncia del diente 16 por obturación filtrada). Los resultados del retratamiento de conductos son tan exitosos como los del tratamiento inicial.

La tasa de supervivencia a 4 años del 95% ofreció resultados más favorables a largo plazo. ⁵⁶

En cuanto a la caries dental, debemos señalar la relación directa entre la Esquizofrenia con la prevalencia de caries en estos pacientes.

En el estudio de Wey et al. La prevalencia de caries fue mayor en el rango de edad de 45 a 54 años, y esto se correspondió con el inicio del edentulismo. ⁵⁷

En los pacientes con esquizofrenia, los hombres tienden a mostrar un mayor número de dientes cariados y restos de raíces causados por negligencia en el cuidado dental en comparación con las mujeres ⁵⁰

Las explicaciones del aumento de los niveles de caries incluyen una higiene bucal deficiente y los efectos secundarios de los medicamentos psicotrópicos como los antipsicóticos, los antidepresivos y los estabilizadores del ánimo. Todos estos medicamentos inducen sequedad de boca (xerostomía). ⁵⁸ La xerostomía puede explicarse como un efecto secundario de la medicación antipsicótica. ⁵⁹

La xerostomía y la correspondiente sensación constante de sed se ven empeoradas por el consumo de chicle, agua dulce y bebidas carbonatadas con alto contenido de azúcar.

Aún no se ha establecido una asociación positiva de caries dental con hipersalivación y antipsicóticos. Sin embargo, un hallazgo importante del estudio de Hu et al. es la asociación entre la hipersalivación y un factor protector para la caries dental. ⁶⁰

Otros factores que influyen en la salud dental de estos pacientes son baja frecuencia de cepillado de dientes, un menor número de consultas al odontólogo, tabaquismo y mala alimentación ^{57,59} además de un menor nivel educativo y una mayor estancia en el hospital.

⁶¹

Fumar puede contribuir a una mala salud dental, ya que se asocia con un aumento de la enfermedad periodontal y mayores tasas de pérdida de dientes. Fumar se ha relacionado con puntuaciones más altas de dientes ausentes en pacientes con esquizofrenia ^{50,62}

Un bajo nivel de ingresos ha sido reconocido como un factor de riesgo crucial para la caries dental en pacientes institucionalizados con esquizofrenia crónica

Los participantes con un alto nivel de ingresos en el estudio de Hu et al. tenían buenos conocimientos sobre la higiene oral, podían permitirse las visitas al dentista y con frecuencia consumían una dieta no tan alta en carbohidratos. ⁶⁰

Al paciente se le realizan las obturaciones con composite de los dientes 12 y 11. [\[Anexo 19; Img 1-4\]](#) Las demás obturaciones quedarán pendientes por falta de tiempo y ausencias a las citas por parte del paciente.

3. Terapia periodontal de mantenimiento

En este caso, será necesaria la terapia de mantenimiento a los 3 meses para ver el seguimiento de la reendodoncia y reforzar las pautas de higiene y motivación del paciente en caso de que fuere necesario. ¹⁶

4. Rehabilitación protésica:

En este caso, al paciente le propondremos como primera opción rehabilitadora del maxilar superior la colocación de IOI en 13, 15 con prótesis implantosoportada en 13, 14 y 15. IOI en 21, 23 y 25 con coronas implantosoportadas en 21, 22, 23, 24 y 25.

Para el maxilar inferior, la primera opción rehabilitadora será la colocación de IOI en 35, 45 y 46 con coronas en 35, 45 y 46.

Debido a cuestiones económicas el paciente aceptó la segunda opción de tratamiento, la colocación de PPR de acrílico, la cual no pudimos llevar a cabo por falta de tiempo y de colaboración por parte del paciente ya que no acudió a un gran número de citas.

Se le realizó un modelo de estudio y toma del arco facial para poder transferir los registros a un Articulador semiajustable de tipo Arcón Mestra. [[Anexo 20; Img 1-5](#)]

CONCLUSIONES:

1. Debemos considerar la anamnesis, historia clínica y exploración fundamentales para elaborar un plan de tratamiento correcto con un diagnóstico fiable y preciso.
2. El odontólogo debe estar preparado para el trato de pacientes con Esquizofrenia, aunque lleve más tiempo o pueda resultar complicado en ocasiones.
3. La interconsulta con el psiquiatra resulta fundamental para llevar a cabo un manejo adecuado en consulta y realizar un plan de tratamiento ajustado a las características del paciente con Esquizofrenia.
4. La motivación del paciente esquizofrénico y el establecimiento de un programa de revisiones es fundamental para el éxito del tratamiento a corto y largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. World Health Organisation. Regional office for Europe. Definition of oral health. Disponible en <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health>.
2. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. La carga global de las enfermedades orales y los riesgos para la salud bucal. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2005; 83 (9), 661–669.
3. World Health Organisation. Regional office of Europe. Living a healthy life with schizophrenia. [Internet] [Publicado 9 Oct 2014] Disponible en <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2014/10/living-a-healthy-life-with-schizophrenia>
4. Janoutová J, Janácková P, Serý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalová M, Varechová K, Hosák L, Jirík V, Janout V. Epidemiología y factores de riesgo de la esquizofrenia. *Neuro endocrinol lett*. 2016; 37
5. Cunningham C, Peters K. Etiología de la esquizofrenia e implicaciones para la práctica de enfermería: una revisión de la literatura, problemas en enfermería de salud mental. 2014; 35:10, 732-738,
6. World Health Organisation. WHO. Esquizofrenia, derivada de: ICD-10; Informe Mundial de la Salud Mental de la OMS. 2001. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
7. Denis F, et al. Oral health in schizophrenia patients: A French Multicenter Cross-Sectional Study. *Presse Med*. 2019.
8. ASA Physical Status Classification System. American Society of Anesthesiologist. 2014.
9. Fradeani M. Rehabilitación estética en prostodoncia fija. Barcelona: Editorial Quintessence, S.L; 2006.
10. Carranza, F., Newman, M., Takei, H. (2004). Periodontología clínica. (9a ed.) México: McGraw-Hill Interamericana. pp. 1-12, 100-114, 689-710.
11. American Academy of Periodontology Task Force Report on the Update to the 1999 Classification of Periodontal Diseases And Conditions*. *J Periodontol*. 2015 Jul;86(7): 835-8.
12. Carr A, McGivney G, Brown D. Mccracken protesis parcial removable. 11a ed. Barcelona:
13. Niklaus P, Maurizio S. Tonettib. Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT) *Oral Health & Preventive Dentistry* 1/2003, S. 7-16
14. Barbieri G, Vignoletti F, Barbieri G, Costa LA, Cabello G. Pronóstico de un diente. Revisión de la literatura y propuesta de clasificación. *Periodoncia y Oseointegración*. 2012; 22(4), 301–320.

15. Cabello Dominguez G, Aixelá Zambrano ME, Calzavara D, Gonzalez D. Puesta al día en Periodoncia Pronóstico en Periodoncia . Análisis de factores de riesgo y propuesta de clasificación. *Periodoncia y Osteointegración*. 2005; 15(2), 93–110.
16. Lindhe J, Karring T, Lang N. *Periodontología Clínica e Implantológica*. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2009.
17. Gimenez C. Bases moleculares de la esquizofrenia. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*. 2012; 78. 425-445.
18. Friedlander AH, Marder SR. The psychopathology, medical management and dental implications of schizophrenia. *Journal of the American Dental Association*, 2002; 133(5), 603–610.
19. Gilabert ER, Luque LG. Manejo odontológico de paciente con patología mental. caso clínico. I Congreso Virtual Internacional de Psicología. Marzo 2017.
20. Ficha técnica Olanzapina. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [internet]. Madrid: Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios; 2011 [acceso 18 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
21. Zusman SP, Ponizovsky AM, Dekel D, Masarwa AES, Ramon T, Natapov L, Grinshpoon A. An assessment of the dental health of chronic institutionalized patients with psychiatric disease in Israel. *Special Care in Dentistry*. 2010; 30(1), 18–22.
22. Ficha técnica Xeplion. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [internet]. Madrid: Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios; 2011 [acceso 18 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es>
23. Gahr M, Connemann BJ, Schönfeldt-Lecuona C, Freudenmann RW, Stein JM, Hawlik AK. Psychiatrists' and dentists' knowledge and attitudes regarding adverse drug reactions of psychotropic drugs. *Psychiatry Research*. 2018; 266(March), 323–327.
24. Villadsen DB, Sorensen MT. Oral Hygiene. A Challenge in Everyday Life for People with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 2017; 1-7.
25. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chi LY, Chiu HJ. Dental prosthetic treatment needs of inpatients with schizophrenia in Taiwan: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2013; 13(1).
26. Eltas A, Kartalci S, Eltas SD, Dünder S, Uslu MO. An assessment of periodontal health in patients with schizophrenia and taking antipsychotic medication. *Int J Dent Hygiene*. 2012; 1-5.
27. Misch CE. *Implantología contemporánea*. 3ª ed. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2009
28. Trapozzano VR, Winter GR. Periodontal aspects of partial denture design. *J Pros Dent*. Jan 1952; 101-106.
29. Dula LJ, Ahmedi EF, Lila-Krasniqi ZD, Shala KS. Clinical Evaluation of Removable Partial Dentures on the Periodontal Health of Abutment Teeth: A Retrospective Study. *The Open Dentistry Journal*, 2015; 9(1), 132–139.

30. Knezovic Zlataric D, Celebic A, Valentic-Peruzovic M. The Effect of Removable Partial Dentures on Periodontal Health of Abutment and Non-Abutment Teeth. *J Periodontol* 2002;73:137-144.
31. Younus Z, Maniya Z, Ahmed N, Faruqui S, Jouhar R, Maqsood A, Bukhsh HA. Periodontal health of natural abutments in removable partial denture wearers. *Pakistan Oral & Dental Journal*. 2017; 37(1), 175–178.
32. Krajicek DD. Periodontal considerations for prosthetic patients. *J Prosthet Dent*. July 1973.
33. Bergman B, Olsson CO, Hugoson A. Periodontal and prosthetic conditions in patients treated with removable partial dentures and artificial crowns: A longitudinal two-year study. *Acta Odontologica Scandinavica*. 1971; 29(6), 621–638.
34. Bergman B. Periodontal reactions related to removable partial dentures: A literature review. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. October 1987; 58(4), 454-458
35. Petridis H, Hempton TJ. Periodontal Considerations in Removable Partial Denture Treatment: A Review of the Literature. *The International Journal of Prosthodontics*. 2001; 14(2), 164–172.
36. Glickman I. The periodontal structures and removable partial denture prosthesis. *Journal of the American Dental Association*. 1948; 37(3), 311–316.
37. Berg E. Periodontal problems associated with use of distal extension removable partial dentures—a matter of construction? *Journal of Oral Rehabilitation*. 1985; 12(5), 369–379.
38. Gomes BC, Renner RP, Bauer PN. Periodontal considerations in removable partial dentures. *Journal of the American Dental Association*. 1980; 101(3), 496–498.
39. Malament KA. Periodontics and prosthodontics: Goals, objectives, and clinical reality. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 1992; 67(2), 259-263.
40. Nevin RB. Periodontal aspects of partial denture prosthesis. *J. Pros. Dent*. March 1955; 5(2), 215-219.
41. Goldstein RE. *Odontología estética. Principios, comunicación, métodos terapéuticos*. Vol. 1. Barcelona: Ars Médica; 2002.

42. Donado M, Martínez JM. Cirugía Bucal. 4º ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.
43. Velly AM, Mohit S. Epidemiology of pain and relation to psychiatric disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2018; 87, 159–167.
44. Nápoles González, IJ, Batista Zaldívar, XB, Rivero Pérez, O, Díaz Gómez, SM, & Fernández Frach, N. (2009). Incidencia de la alveolitis. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 13(2)
45. González García X, Lugo Bencomo L, Figueroa Andino M, Corrales Fonte M. Incidencia de la alveolitis y principales factores asociados en pacientes mayores de 19 años. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2017; 21(2), 11-18.
46. Vergara Buenaventura, A. Alveolitis seca: Una revisión de la literatura. *rev esp cir oral maxilofac*. 2014;36(4):169–173
47. Gay Escoda C, Berini Aytes L. Cirugía Bucal. Barcelona: 2007 Océano; 2003.
48. Eshghpour M, Nejat AH. Dry socket following surgical removal of impacted third molar in an Iranian population: Incidence and risk factors. *Niger J Clin Pract*. 2013;16:496–500,
49. Momeni H, Shahnaseri S, Hamzeheil Z. Evaluation of relative distribution and risk factors in patients with dry socket referring to Yazd dental clinics. *Dent Res J (Isfahan)*. 2011;8 Suppl 1:S84–7.
50. Velasco-Ortega E, Monsalve-Guil L, Ortiz-Garcia I, Jimenez-Guerra A, Lopez-Lopez J, Segura-Egea JJ. Dental caries status of patients with schizophrenia in Seville, Spain: a case-control study. *BMC Research Notes*. 2017; 10(1), 1–7.
51. Bortoluzzi MC, Capella DL, Barbieri T, Marchetti S, Dresch CP, Tirello C. Does smoking increase the incidence of postoperative complications in simple exodontia? *Int Dent J*. 2012; 62:106–8,
52. Silverstein P. Smoking and wound healing. *Am J Med* 1992 93 (Suppl): 22–24.
53. Christine K. Heng, Victor M. Badner, David L. Clemens, Linda T. Mercer, Daniel W. Mercer. Cirugía Oral Oral Med. *Oral Pathol Oral Radiol*. Diciembre 2007; 104 (6): 757-762. Publicado en línea el 30 de agosto de 2007.
54. Villafranca FC, Fernández Mondragón MP, García Suárez A, Hernández González LC, López Iglesias L, Perillán Méndez C, Díaz-Esnal B, Pardo López B, Álvarez Abad C, Alfonso Hernández N, Mansilla Tejerina O, Cobo Plana M. Manual del técnico superior en higiene bucodental. Editorial MAD. 2005.

55. Martín RO, Lima Álvarez M, Zulueta Izquierdo M. Alveolitis: Revisión de la literatura y actualización. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2001 Dic ; 38(3): 176-180.
56. Torabinejad M, White SN. Endodontic treatment options after unsuccessful initial root canal treatment Alternatives to single-tooth implants. *Journal of the American Dental Association*. 2016; 147(3), 214–220.
57. Wey MC, Loh S, Doss JG, Abu Bakar AK, Kisely S. The oral health of people with chronic schizophrenia: A neglected public health burden. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2016; 50(7), 685–694.
58. Yaltirik M, Kocaelli H, Yargic I. Schizophrenia and dental management: review of the literature. *Quintessence Int*. 2004; 35(4), 317–320.
59. Torales J, Barrios I, González I. Oral and dental health issues in people with mental disorders. *Medwave*. 2017; 17(08), e7045–e7045.
60. Hu KF, Chou YH, Wen YH, Hsieh KP, Tsai JH, Yang P, Lin CHR. Antipsychotic medications and dental caries in newly diagnosed schizophrenia: A nationwide cohort study. *Psychiatry Research*. 2016; 245, 45–50.
61. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Factors associated with dental caries among institutionalized residents with schizophrenia in Taiwan: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010; 10.
62. Tani H, Uchida H, Suzuki T, Shibuya Y, Shimanuki H, Watanabe K, Den R, Nishimoto M, Hirano J, Takeuchi H, Nio S, Nakajima S, Kitahata R, Tsuboi T, Tsunoda K, Kikuchi T, Mimura M. Dental conditions in inpatients with schizophrenia: A large-scale multi-site survey. *BMC Oral Health*. 2012; 12:32, 1-6.