



**UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA**

**ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**INCIDENCIA DE PATOLOGÍA LINGUAL EN PACIENTES  
SISTÉMICAMENTE COMPROMETIDOS Y PACIENTES  
PSIQUIÁTRICOS**

Que para obtener el título de:  
**CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTA:**

**GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO**

**ASESORES:  
MARIA DEL CARMEN LÓPEZ VILLA  
CHISTEL BENOIT VIVAS**



**UPAEP – Secretaría General**

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

**Tesis Digitales Restricciones de uso:**

**DERECHOS RESERVADOS ©**

**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# AGRADECIMIENTOS

---

### **A DIOS:**

No tengo palabras para agradecer todo lo que tengo, y todo lo que soy pero GRACIAS por darme cosas divinas Amor, Salud y permitirme vivir cosas inolvidables con seres maravillosos.

### **A Mi Padre:**

Gracias por todos esos momentos felices y por darme cariño y comprensión, no me cansaré de agradecértelo ,sin ese apoyo no lo hubiera logrado. TE QUIERO MUCHO.

### **A mi Madre:**

Te agradezco por darme la vida y por tu apoyo incondicional realmente eres mi mejor amiga sin ti no sería lo que soy. Esta tesis te pertenece TE QUIERO MUCHO MAMI

### **A mi Abuelita:**

Se que en donde quiera que estés haz visto lo que he pasado para lograrlo me viera gustado que aún estuvieras a mi lado pero espero y estes orgullosa de mi. Sabes que guardas un lugar en mi corazón muy especial. MAMÁ.

### **A mis Hermanas:**

No podían faltar en este momento de mi vida son increíbles.  
Alma gracias por todo lo que haz hecho por mi eres super.  
Ruth sabes que cuentas conmigo para siempre .

### **A Gerardo:**

Mil gracias por darme tantos años de amor y comprensión eres Genial.  
Sabes que eres parte de mi. Te AMO.

**A mis Asesores:**

Agradezco a la C.D. Christell por compartir sus conocimientos conmigo. A la C.D. Mary Carmen le doy mil gracias por aguantarme y poner su mayor tiempo para la realización de esta tesis, de todo corazón GRACIAS

**A la Institución:**

Agradezco a esta institución que me abrió sus puertas para formarme en una profesionista prometo no defraudarla ya que la consideré mi segunda casa y me dio la fortuna de conocer a personas que jamás olvidaré.

# ÍNDICE GENERAL

Introducción	1
Justificación	3
Objetivo General	4
Objetivo Específico	5
Hipótesis	6

## Capítulo I : Diagnóstico

Historia Clínica	8
Definición	9
Antecedentes	11

## Capítulo II : Enfermedades Sistémicas

Enfermedades Cardiacas	13
Definición de Vitamina "B12" y ácido Fólico	15
Diabetes Mellitus	17
La insulina	17

Fisiopatogenia de Diabetes Mellitus -----	19
Clasificación de Diabetes Mellitus -----	21
Diabetes Mellitus tipo I -----	22
Tratamiento -----	23
Cetoacidosis Diabética -----	24
Diabetes Secundaria -----	26
Diagnóstico de Diabetes Secundaria -----	28
Diabetes Mellitus Tipo II -----	32
Tratamiento Dietético del Diabético -----	33
Tratamiento Farmacológico -----	36
Hipertensión Sistémica-----	40

### **Capítulo III : Enfermedades Psiquiátricas**

Definición de Psiquiatría -----	45
Clasificación de Esquizofrenia -----	46
Trastornos del sueño -----	49

## **Capítulo IV : Enfermedades crónicas**

Alcoholismo -----	53
Alcoholismo social -----	55
Alcoholismo Neurótico -----	57
Alcoholismo Psicótico -----	59
Alcoholismo Esquizofrenico -----	59
Alcoholismo Maniaco-Depresivo-----	61
Tabaquismo -----	63
Patología de Tabaquismo -----	70
Afecciones Bucales Digestivas -----	71
Tabaquismo, Patología y Sobremortalidad -----	72
Cronograma de actividades -----	75
Materiales y métodos -----	76
Historias clínicas -----	80
Cuadros comparativos -----	81

Análisis de resultados -----	84
Gráficas comparativos -----	86
Beneficios Esperados -----	92
Fotografías de Pacientes Psiquiátricos -----	93
Fotografías de Pacientes Sistémicamente comprometidos -----	97
Bibliografías -----	98

# INTRODUCCIÓN

El interés en el desarrollo del Cirujano Dentista cada vez es mayor dada la curiosidad acerca de los orígenes y el deseo de mejorar la calidad de vida humana. Es por eso que el odontólogo día con día debe especializarse en observar las diferentes patologías bucales que existen en los pacientes que presentan una enfermedad, tanto sistémicas como crónicas y tener énfasis en pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica.

Dentro de las enfermedades sistémicas tales como las enfermedades cardiacas , la deficiencia de la vitamina B12 y ácido fólico, diabetes mellitus e hipertensión sistémica podemos encontrar que el tratamiento es farmacológicamente prolongado y con factores externos como los alimentos irritantes, así como el tabaquismo y el alcoholismo afecta al organismo, dado como consecuencias clínicas bucales la lengua fisurada o escrotal ,lengua geográfica que son las más frecuentes en un grupo de pacientes con estas enfermedades.

Realizando un estudio comparativo con pacientes psiquiátricos nos daremos cuenta que existen las mismas patologías aunque estos no estén enfermos sistémicamente pero tomando en cuenta que toman fármacos fuertes debido a que presentan una serie de alteraciones del sistema nervioso central tales como es el caso de la esquizofrenia paranóide, esquizofrenia hebefrénica, catatónica ,demencia, trastornos del sueño, insomnio.

Un examen cuidadoso físico, incluyendo uno neurológico, constituye un buen punto de partida en aumentar la salud general ,lo cual puede implicar ,dieta, ejercicio, sueño, higiene bucal , tales como ciclos de caries dentales ,enfermedades de la lengua y piel. Nos conlleva conocer la incidencia de estas patologías.

Los cambios del medio son importantes ya que se considera como un tratamiento parcial para estas patologías linguales.

## JUSTIFICACIÓN

Durante la formación que llevé a lo largo de la carrera de Odontología se encontró información bibliográfica poco suficiente que permita explicar, indicar y diferenciar las patologías más frecuentes de origen lingual en pacientes psiquiátricos y pacientes con enfermedades sistémicas controladas con medicamentos. Para esto se considera necesario realizar una investigación de manera completa y profunda sobre las posibles etiologías de las alteraciones linguales estudiando a pacientes del hospital psiquiátrico para adquirir nuevos conocimientos y de esa manera auxiliar al Cirujano Dentista a dar un diagnóstico y tratamiento adecuado de las patologías de origen lingual. Así como identificar y diferenciar sus posibles alteraciones.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores predisponentes y condicionantes para la manifestación clínica de lesiones en lengua, en pacientes psiquiátricos con tratamiento de algún medicamento y pacientes mentalmente sanos con alguna enfermedad sistémica.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el grupo de medicamentos que presentan reacciones secundarias que dan origen a una patología de origen lingual.
- Identificar mediante un diagnóstico adecuado las alteraciones de la lengua de manera eficaz.
- Evaluar si el estado emocional del paciente mentalmente sano puede ser un factor predisponente para el desarrollo de una alteración en lengua.
- Analizar cuales de los factores externos en un período prolongado tiene mayor importancia tanto en un paciente psiquiátrico como en un paciente mentalmente sano.
- Actualizar al odontólogo acerca de las diferencias de lengua fisurada, geográfica, hendida en el paciente psiquiátrico y en el paciente mentalmente sano pero con alguna enfermedad sistémica.
- Conocer y saber tratar oportunamente los factores externos que den origen a la alteración de la lengua por ingestión de algún medicamento.
- Conocer la incidencia y prevalencia de estas patologías en los dos grupos estudiado de paciente.

## HIPÓTESIS

Los factores externos como son estrés, alimentación y el exceso de medicamentos así como el alcoholismo, tabaquismo afectan social, psicológica, bucalmente, de la misma manera a pacientes psiquiátricos que a pacientes mentalmente sanos pero con alguna enfermedad sistémica .

El estrés, alimentación y la ingestión de algún medicamento no afectan de igual manera en cavidad bucal a los pacientes sistémicamente comprometidos y pacientes psicológicos.

# **CAPÍTULO I**

---

## **DIAGNÓSTICO**

### **1. HISTORIA CLINICA**

#### **1.1 DEFINICIÓN**

# ANTECEDENTES

El diagnóstico de enfermedad depende de una historia clínica adecuada que el dentista realiza a su paciente, es importante ser cauto en cuanto a sus antecedentes, síntomas y signos, así como fármacos administrados, pues pueden alterar el tratamiento del problema odontológico o bien causal alguna patología en lengua.(1)

Así que se debe realizar una breve historia clínica para conocer más afondo el estado general de nuestro paciente:

Para realizar la historia clínica o anamenésis debemos tener en cuenta Las siguientes preguntas claves para este estudio y son:

## 1.- Estado de Salud Previa:

¿ha tenido cualquiera de las siguientes enfermedades?

- fiebre reumática
- enfermedad cardiaca
- asma
- tos
- esputo
- anemia
- artritis
- presión arterial elevada
- ictericia
- diabetes
- epilepsia
- enfermedades psiquiátricas
- malestares sinusales

¿ha estado hospitalizado en los últimos 2 años?

¿ha estado bajo algún tratamiento medico durante un año?

¿ha tomado algún medicamento?

2.- Estado de salud:

¿Padece cualquiera de los siguientes síntomas o enfermedades?

- dolor pectoral por esfuerzo
- alergias
- migraña
- sed excesiva
- boca seca
- palpitaciones rápidas
- mareos
- disnea de reposo o de esfuerzo

3.-Terapia con medicamentos:

¿Esta tomando cualquiera de los siguientes medicamentos?

- esteroides
- antibióticos
- anticoagulantes
- medicamentos para elevar la presión
- antihistamínicos
- tranquilizantes
- antidepresivos
- aspirina
- insulina o drogas antidiabéticas
- anticonceptivos orales u hormonales

#### 4.- Hábitos personales

¿es fumador?

¿cuántos cigarros fuma al día?

¿toma alcohol?

¿cuántos vasos toma por día?

El interrogar al paciente nos permite conocer datos importantes para el diagnóstico y tratamiento de algún trastorno bucal, la historia clínica es de uso común en muchos consultorios y clínicas de odontología pero hay veces que no es así.<sup>(1)</sup>

Los antecedentes familiares son de importancia para el odontólogo pues alguno de esos problemas tienen alguna consecuencia en los procedimientos dentales.

Se pueden obtener antecedentes similares en la artritis reumatoide, anemia, enfermedad cardiaca, por lo tanto hay que saber diagnosticar con exactitud a nuestro paciente. <sup>(1)</sup>

Para empezar a valorar a nuestro paciente clínicamente es necesario hacer:

**EXAMEN DE LA CARA:** observar textura, movimientos faciales.

**EXAMEN DE LOS OJOS:** pueden verse afectados por enfermedades generalizadas como diabetes y enfermedades específicas como lupus heritematoso.

**EXAMEN DE CUELLO:** identificar algún agrandamiento o protuberancia incluyendo sitio, tamaño, forma, consistencia.

**EXAMEN DE LAS MANOS:** inspeccionar forma de las palmas, uñas, movimientos anormales, apariencia de la piel, articulaciones, tamaño de la mano, forma de los dedos.

**EXAMEN DE LA BOCA :** Varias enfermedades ocasionan lesiones en la lengua, mucosa bucal, encía, paladar y dientes.(1)

La pérdida de papilas linguales es un signo de deficiencia de hierro, deficiencias vitamínicas tales como B12 y B6.

La hipertrofia papilar parcial le da un aspecto de lengua geográfica en la que la superficie esta dividida en áreas irregulares por líneas blancas que puede ocurrir por traumatismo previo en especial en pacientes epilépticos. (2)

El casos de Síndrome de Down , aparece macroglosia, sialorrea en lengua mejor conocida como boca seca también tiene surcos profundos a lo cual se conoce como lengua escrotal. (2)

# **CAPÍTULO II**

---

## **ENFERMEDADES SISTEMICAS**

**2. 1 ENFERMEDADES CARDIACAS**

**2. 2 DEFICIENCIA DE VITAMINA "B<sub>12</sub>" Y DE ÁCIDO FÓLICO**

**2. 3 DIABETES MELLITUS**

**2. 4. CLASIFICACIÓN DE DIABETES MELLITUS**

**2. 5. HIPERTENSIÓN SISTÉMICA**

# ENFERMEDADES SISTEMICAS

## 2.1 ENFERMEDADES CARDIACAS

Dentro de las enfermedades sistémicas de importancia se encuentran las enfermedades cardiacas, las cuales incluyen un riesgo durante el tratamiento bucal, a pesar de que existen muchas variedades patológicas de afecciones del corazón y todas ellas presentan síntomas similares . (2)

La dificultad al respirar , dolor pectoral son síntoma más frecuentes y comunes en este tipo de afecciones; otras molestias menores son palpitaciones, hinchazón de tobillos, debilidad y fatiga excesiva.(2)

La dificultad al respirar se debe a algún trastorno en el lado izquierdo del corazón; este síntoma es denominado disnea paroxística nocturna pues el paciente despierta constantemente por la dificultad de respirar y debe levantarse para sentir alivio.

El dolor pectoral puede deberse a una angina de pecho es el síntoma de la isquemia miocárdica que por lo general se asocia con enfermedad de la válvula aórtica, anemia grave, el dolor mas de varias horas es característico de un infarto al miocardio.

Por lo general la hinchazón de los tobillos es la retención de líquidos por la enfermedad renal, las palpitaciones pueden tener varios significados por lo general es de origen ventricular pero no es signo de enfermedad cardiaca. todas las alteraciones en el ritmo ventricular menos los latidos prematuros son raras, excepto en estadios tempranos del infarto al miocardio, en ocasiones o casi siempre se desencadenan a esta enfermedad por el alcohol, fumar o enfermedades virales. (6)

La taquicardia aparece también sin enfermedad cardíaca pero hay que tomarla en cuenta por los factores que incrementan el metabolismo del paciente, esta puede alcanzar 120 latidos por minuto, aunque varía la frecuencia en cuestión de minutos, aún durante el descanso. La frecuencia cardíaca de más de 120 latidos por minuto en particular si es constante es un indicador de que hay un marcapaso anormal que la mayoría de los fármacos pueden provocar aceleración cardíaca entre estos tenemos : adrenalina , atropina a causa de los efectos autonómicos, analgésicos, sedantes en dosis terapéuticas se toman como consideraciones importantes para desencadenar alguna patología bucal. (6)

Tomando en consideración la palpitación del pulso en la muñeca puede indicar la presencia de trastorno cardíaco.

La frecuencia cardíaca normal durante el descanso es entre 72 y 80 latidos por minuto sin embargo puede variar durante períodos cortos, en respuesta de emociones o dolor, cuando la frecuencia cardíaca se vuelve más lenta se denomina bradicardia ,la cual es característica del envejecimiento y en general es de menor de 50 latidos por minuto.(6)

# ENFERMEDADES SISTÉMICAS

## 2.2 DEFICIENCIA DE LA VITAMINA B<sub>12</sub> y ÁCIDO FÓLICO

La deficiencia de la vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico, así como fármacos que interfieren con la replicación del DNA con medicamentos citotóxicos y que causan anemia asociada con cambios en la morfología del eritoblasto de la médula ósea.

El sistema nervioso como el sistema formador de sangre pueden alterarse por falta de vitaminas. Las vitaminas se dividen en 2:

- Las vitaminas liposolubles (solubles en grasa) como: Vitamina A ,D, E, K.
- Las vitaminas hidrosolubles (solubles en agua) como: Vitamina B<sub>2</sub>, B<sub>1</sub>,B<sub>6</sub> B<sub>12</sub>, Biotina, niacina, ,ácido nicotínico, ácido pantoténico, ácido fólico y vitamina C.

Estas vitaminas cumplen con funciones imprescindibles a nivel celular como el aprovechamiento de alimentos para obtener energía, favorecen el crecimiento y desarrollo de los tejidos además de que protegen y controlan las enfermedades.

El déficit de vitamina B<sub>1</sub> evita que se transformen a nivel celular los azúcares ,impidiendo el buen funcionamiento del sistema nervioso y el corazón.

La vitamina B<sub>12</sub> sirve para prevenir cierto tipo de anemia como es el caso de la anemia megaloblastica de origen autoinmune, ya que participa en la formación de glóbulos rojos y es fundamental para el crecimiento, así como la formación de nuevas células, la deficiencia de esta vitamina causa un número de síntomas y signos a nivel neurológicos e incluso puede producir daños irreversibles en el sistema nervioso.

En las personas con regímenes alimenticios des balanceados, los alcohólicos y los diabéticos pueden manifestarse tarde o temprano anemia, para normalizar la función de las estructuras tanto nerviosas como sanguíneas es recomendable una alimentación balanceada como : frijoles, lentejas, garbanzos, vegetales verdes, arroz integral, chícharos, carnes de cerdo, res, cordero, aves, hígado que contienen un índice alto de vitamina B1 y alimentos que contengan vitamina B12 como verduras, cereales, fruta, hígado, sesos, ostiones, yema de huevo, pescados, carnes, leche y sus derivados.(2)

La deficiencia de la vitamina B12 puede ocurrir después de una cirugía parcial, aparte de los síntomas de anemia y deficiencia vitamínica puede incluir parestesias en manos y pies; en boca puede presentarse glositis, que pueden producir malestar antes de que la anemia sea grave, la lengua tiene aspecto rojo encarnado suave y vidriado con papilas agrandadas pareciendo surcos profundos mejor conocida como lengua escrotal. (6)

# ENFERMEDADES SISTÉMICAS

## 2.3 DIABETES MELLITUS

Dentro de las enfermedades sistémicas no debemos olvidar a la Diabetes Mellitus que es una de las más comunes e importantes ya que se considera como un estado de incremento crónico de la glucosa sanguínea a menudo acompañada de otras anormalidades clínicas y bioquímicas. (26)

Las manifestaciones clínicas varían desde una forma totalmente asintomática a otra rápidamente letal. (4)

El término diabetes mellitus es equiparable al de anemia e hipertensión. Ya que es un síndrome que manifiesta un trastorno metabólico que cursa con hiperglucemia, la que a su vez es consecuencia de una deficiencia en la secreción de insulina o de un trastorno en el efecto biológico de la misma en esta enfermedad tiene una asociación de la hiperglucemia y el trastorno metabólico. (26)

Cada uno de estos síndromes tiene una evolución y pronóstico diferente, lo cual hace necesario tratarlos por separado. (26)

En los diabéticos al estar alterado su metabolismo (transformación) de la glucosa, pueden dañarse los nervios, alterándose su funcionamiento, ocasionando neuritis y polineuritis, esto primordialmente por una deficiencia de vitamina B1. (4)

## LA INSULINA

El páncreas endocrino secreta predominantemente insulina y en menor cuantía glucagon, somatostatina y un polipéptido pancreático cuya función se

desconoce; la insulina es el resultado final de dos moléculas precursoras, a partir de las cuales llega a formarse. (26)

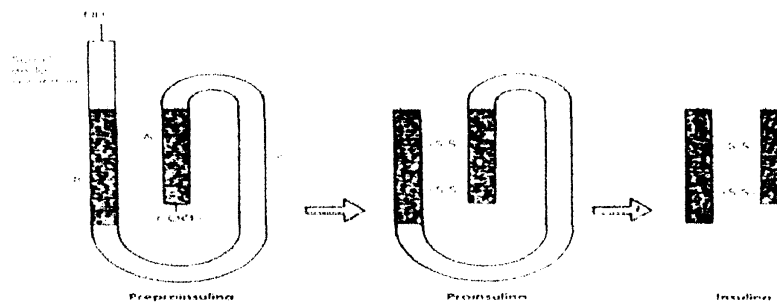
Los tipos de células que se encuentran en los islotes pancreáticos son:

TIPO EN LOS ISLOTES	SECRECION	MASA APROXIMADA
A (alfa)	glucagon	20%
B (beta)	insulina	75%

La preproinsulina es un péptido con un peso molecular de 12 000 que se sintetiza en las células B y después se fragmentan enzimáticamente a otra molécula de un peso molecular de 9 000 que se conoce como proinsulina. (26)

Esta proinsulina reacciona en forma cruzada con el radioinmunoanálisis de insulina .

La una corresponde al 20 % de la " insulina inmunorreactiva" que se detecta en la circulación; sin embargo, la actividad biológica de la proinsulina es solo de 10 % en comparación con la insulina. Fig. 1 (26)

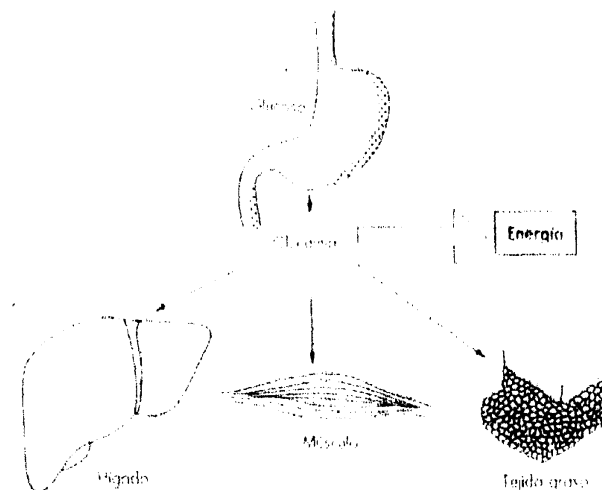


Se puede decir que la función primordial de la insulina es promover el almacén de los nutrientes que se ingieren, al actuar esencialmente sobre el hígado ,el músculo y el tejido graso en forma anabólica y al inhibir el catabolismo.

La insulina acciona sobre el funcionamiento de las otras células del páncreas de tal manera que afecta la secreción del glucagon y somatostatina,el

glucagón está constituido por una cadena polipéptica de 29 aminoácidos con un peso molecular de 3 485 y la insulina tiene un peso molecular de 5 734, cuya secreción se inhibe mediante insulina y glucosa.

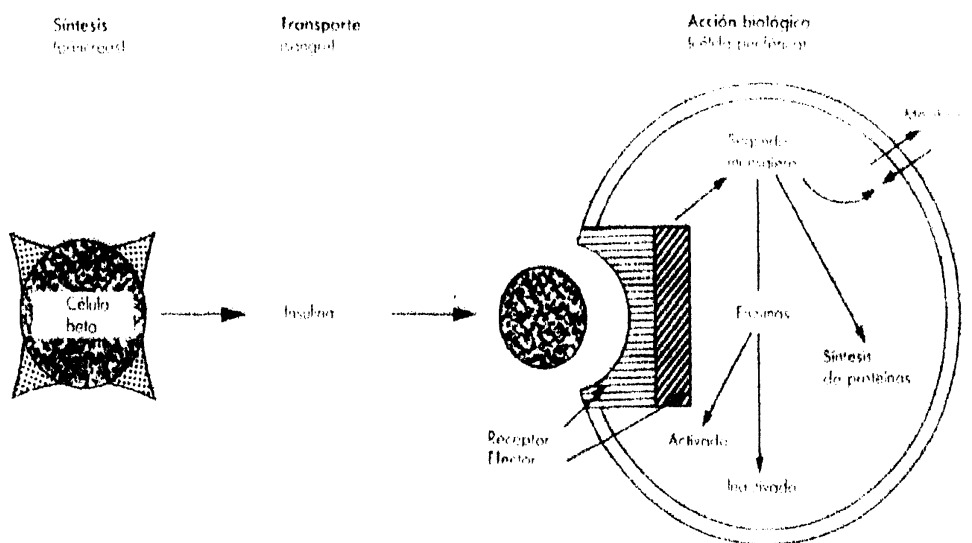
El glucagon circula en una concentración aproximada de 75 pg/ml, tanto en forma de glucagon pancreático como en su molécula precursora y aumenta su concentración como respuesta a las catecolaminas, gastrina, glucocorticoides y colecistocinina, así como a la estimulación simpática y vagal. Fig. 2 (26)



## FISIOPATOGENIA

El defecto fundamental de la diabetes mellitus es una deficiencia absoluta o relativa de insulina y consecuentemente de sus efectos metabólicos. En la diabetes mellitus tipo I (dependientes de la insulina) se ha encontrado desde insulinopenia total hasta la presencia de anticuerpos que impiden la acción de la hormona sobre los tejidos. En la diabetes mellitus de tipo II (no dependientes de insulina) el hallazgo más constante es el de hiperinsulinismo y disminución periférica en los receptores de insulina. (26)(7)

La insulina tiene un papel preponderante sobre el metabolismo intermedio que inducen a la actividad de las enzimas que actúan en las encrucijadas metabólicas más importantes. La inducción y activación de dichas enzimas tienen como efecto la apertura de las vías metabólicas de la glucosa. (7) fig.1.1



Otras hormonas, como la hormona de crecimiento, el glucagón, las catecolaminas y el cortisol, establecen un efecto contrario o "antagónico" al de la insulina que en condiciones normales lleva a un equilibrio que tiene como expresión final la normoglucemia. (13)

En realidad no se utiliza glucosa, las otras hormonas continúan ejerciendo sus efectos a favorecer la producción endógena de glucosa a partir de otras fuentes que no son hidratos de carbono, por lo que convergen ambos eventos para producir hiperglucemia. (26) (8)

El tratamiento de fármacos hipoglucemiantes es el indicado, así como la reducción en el peso corporal cuando hay obesidad.

En la mayoría de los casos se considera que el factor ambiente es un virus que infecta la célula Beta , la etiología viral se sostiene originalmente al observar la variación estacional del inicio de la enfermedad y la aparente relación más que causal entre la aparición de la diabetes y episodios precedentes de parotiditis, hepatitis, mononucleosis infecciosa, etc. (26)

La hipótesis viral se fue afianzando a partir de estudios en los que se demostró que ciertas cepas de virus de encéfalomiocartitis producían diabetes en ratones con su susceptibilidad genética. Algunos informes según los cuales dicen que la exposición a la leche de vaca a productos lácteos en una etapa precoz de la vida predispone a la diabetes autoinmunitaria ha generado gran interés. El factor desencadenante ambiental propuesto es la albumina bovina que actúa por un mecanismo de mímica molecular. (26)

## 2.4 CLASIFICACIÓN DE DIABETES MELLITUS

Como consecuencia de la investigación clínica y epidemiológica se ha logrado un acuerdo general en los criterios para el diagnóstico y la clasificación de la Diabetes Mellitus . Desde 1979,el grupo de expertos del Comité de Diabetes Mellitus de la Organización Mundial de la Salud aceptó la propuesta por parte de diferentes asociaciones internacionales, reunidas por el Grupo Nacional para el Estudio de la Diabetes de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de América. (26)

Se acepta actualmente que el término **Diabetes Mellitus**, más que a una sola enfermedad, describe a un grupo de enfermedades en las que el común denominador es la hiperglucemia. (26)(9)

Por ahora se reconocen cuatro clases de diabetes que son:

- Diabetes mellitus tipo I (dependiente de insulina)
- Diabetes mellitus tipo II (no dependiente de insulina; asociada o no con la obesidad)
- Diabetes mellitus gestacional
- Diabetes mellitus secundaria (intolerancia a la glucosa) a:
  - Enfermedad pancreática
  - Disendocrinia (cushing, tirotoxicosis, etc...)
  - Anormalidad del receptor de insulina (acantosis)
  - Trastornos genéticos (26)

## DIABETES MELLITUS TIPO I

(dependientes de insulina)

Se caracteriza en general por un inicio súbito de polidipsia, poliuria y polifagia que progresan rápidamente y que pueden desencadenar hasta una cetoacidosis diabética. Se acompaña de insulinopenia y dependencia de la aplicación de insulina para llevar una vida y dependencia de la aplicación de insulina para llevar una vida normal. (10)(26)

Algunos de estos pacientes presentan una fase de remisión de la enfermedad que se caracteriza por la disminución de los requerimientos de insulina. En la fase inicial de este tipo de diabetes se pueden identificar en algunos pacientes la presencia de anticuerpos anti-insulina, lo cual sugiere el carácter inmunológico de la fisiopatogenia.(10)(26)

Es interesante tomar en cuenta que la diabetes mellitus tipo I se puede revertir temporalmente, si se modifica a la respuesta inmune con la administración de fármacos, como la ciclosporina. Tales hallazgos sugieren que la autoinmunidad es un factor determinante para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo I. (11) (26)

## TRATAMIENTO

En las personas normales, la absorción de nutrientes produce en forma sincronizada un aumento en los niveles circulantes de insulina a fin de disminuir en especial la concentración de la glucosa. (26)

Esta secreción es de fase rápida y es una respuesta a la liberación de hormonas intestinales ya los estímulos parasimpáticos, por lo que antecede a la elevación de la glucemia.(26)

Todos los pacientes con diabetes mellitus tipo I requieren la aplicación de insulina para evitar el desarrollo de cetoacidosis. Los objetivos del tratamiento son combatir el estado catabólico, eliminar la glucosuria y alcanzar un estado de normoglucemia pre y posprandial. (15)(26)

El tratamiento ideal persigue un control metabólico estricto que pueda asegurar el suministro de insulina preprandial en cantidad suficiente para disminuir los niveles posprandiales de la glucemia y la existencia de un censor interno que mida los niveles de glucemia para así proporcionar más insulina. Los pacientes con evolución de diabetes de 2 a 15 años tiene invariablemente un defecto de la "respuesta hormonal contra reguladora" que los proteja irónicamente" de la hipoglucemia ,por lo que durante el tratamiento se debe evitar un descenso brusco de la glucosa circulante. En cuanto al tratamiento, que tiene como base la dieta, la administración de insulina y el ejercicio físico se debe estar bajo una estricta

vigilancia ya que se pueden causar complicaciones agudas de la cetoacidosis y pueden surgir patologías secundarias bucales tales como caries, glositis migratoria benigna (lengua geográfica) que se presenta generalmente en adultos jóvenes y niños apareciendo como zonas centrales irregulares periféricas, no induradas y de color rosa a rojo y desprovistas de papilas se encuentra en el dorso de la lengua y extendiéndose sobre los bordes laterales hasta la punta.

Los patrones cambian y se desplazan en unos pocos días y su tratamiento recomendado a esto es estricta limpieza (Dawson). (26)(12)(14)

## CETOACIDOSIS DIABÉTICA

La incidencia de cetoacidosis se presenta con la cetonemia porque los cuerpos cetónicos son ácidos muy fuertes que se disocian completamente bajo condiciones fisiológicas.(15)

La deficiencia de insulina acelera este mecanismo al activar la lipólisis en tejidos periféricos, lo que incrementa la liberación de ácidos grasos. Más que la disponibilidad del sustrato, la iniciación de la cetoacidosis está condicionada por la cantidad de ácidos grasos que pueden oxidarse a cuerpos cetónicos en lugar de esterificarse a triglicéridos.(15)(26)

Los valores de laboratorio que se encuentran en la cetoacidosis diabética son:

INDICE BIOQUIMICO	LIMITES	NORMALES
Glucosa (mg/dl)	475-600	71-100
Sodio (m/mol)	132-135	136-145
Potasio (mmol)	4.8-5.7	4.8-5.7
Bicarbonato (mmol)	0-60	24-29
Urea (mg/dl)	25/29	10-20
Acetoacetato (mmol)	4.8-3.0	0.3

Acyl-coenzima A(Acyl Co.A) en el citoplasma de los hepatocitos y que posteriormente se una por medio de la enzima carnitina (que es una proteína transportadora. (24)(26)

Se ha demostrado que la hiperglucagonemia es el factor determinante para que se produzca una cetogénesis, y va a incrementar los niveles de Acyl Co.A y carnitina .

Por esta razón siempre se debe de llevar a cabo la administración de la insulina cuyo mecanismo es el siguiente:

- 1) Disminuye el glucagon circulante
- 2) Antagoniza el efecto hepático del glucagón
- 3) Aumenta la utilización celular de la glucosa
- 4) Disminuye la resistencia periférica a la insulina
- 5) Detiene el flujo de los ácidos libres (26)

## DIABETES MELLITUS SECUNDARIA

Esta variedad es rara y se relaciona con defectos en la secreción pancreática de la insulina y con interferencias para que ejerzan su acción sobre las células defectoras . (26)

Los defectos e interferencias se pueden agrupar de la siguiente manera:

- A) Destrucción pancreática en la que se reduce la secreción de insulina como ocurre en los casos de pancreatitis, fibrosis quística y emocromatosis.

- B) Exceso de hormonas "antagónicas " a la insulina , como en la enfermedad de Cushing, acromegalia y hipertiroidismo que pueden asociarse con diabetes.
- C) Fármacos del tipo de las tiacidas, diuréticos, glucocorticoides y agentes adrenérgicos pueden causar diabetes o simplemente intolerancia a los hidratos de carbono. (26)(22)

## DIAGNÓSTICO

La curva de tolerancia a la glucosa (CTG) constituía anteriormente el fundamento para hacer el diagnóstico de diabetes mellitus TIPO II, pero ahora se ha dificultado porque la prueba tiene variables para su interpretación y los elementos clínicos son determinantes. (23)(26)

Los factores que pueden alterar los resultados de la curva de tolerancia a la glucosa por vía bucal independientemente de la presencia de diabetes mellitus son:

- Estrés
- Enfermedad intercurrente
- Inactividad física
- Dieta hipocalórica o deficiente en hidratos de carbono
- Uso crónico de fármacos (provocando reacciones secundarias como cambios en lengua tal es el caso de la lengua escrotal que es una respuesta por el exceso del tiempo de la ingesta del medicamento).
- Envejecimiento (26)(19)

Incluso, en el inicio de la enfermedad puede resultar difícil diferenciar entre los tipos I y II de diabetes mellitus.

En caso de diabetes dependiente de insulina (tipo I) el diagnóstico es esencialmente clínico y fácil de hacer. En cambio en caso de diabetes tipo II hay menor precisión, porque el diagnóstico se apoya de manera fundamental en la normalidad o a normalidad de los niveles de tolerancia a la glucosa. (26)

El diagnóstico de diabetes mellitus se apoya en tres criterios:

Cuadro clínico

Glucemia de ayuno

Prueba de tolerancia

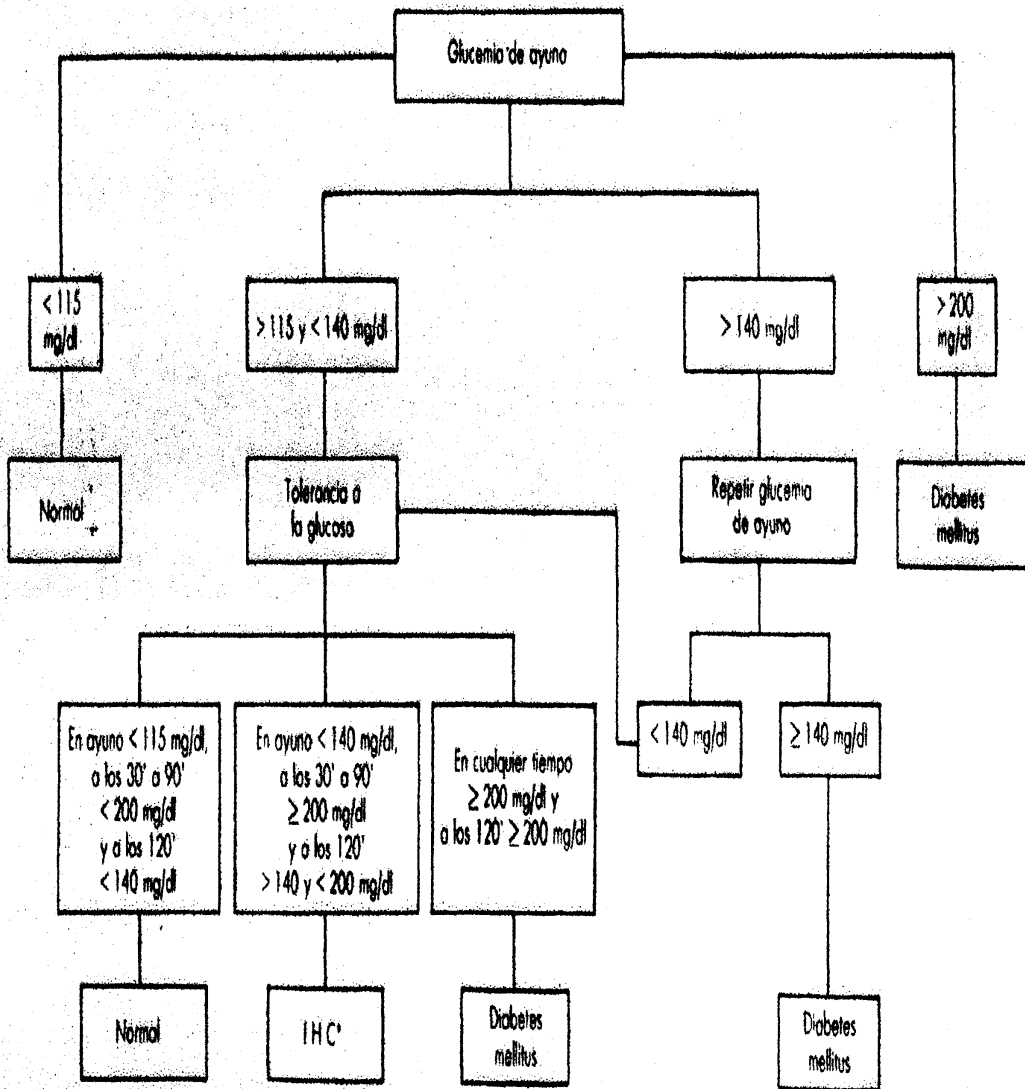
El cuadro clínico comprende todas las manifestaciones clínicas de hiperglucemia como son poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso. Cuadro 3

(22)(26)

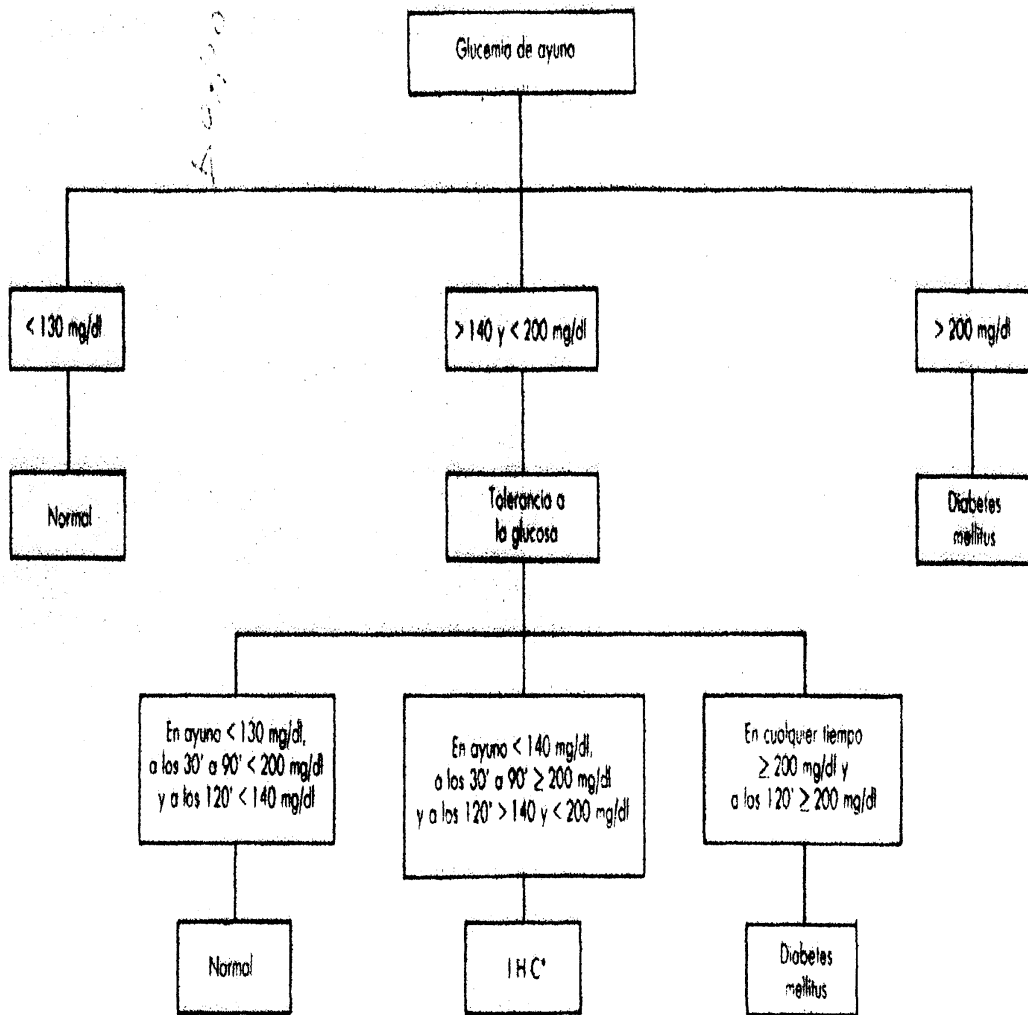
SED	+++	+
POLIURIA	++	+
POLIFAGIA	++	--
PERDIDA DE PESO	+++	--
NICTURIA	++	--

- nota: +++ más frecuente  
++ frecuente  
+ poco frecuente  
-- menos frecuente

La glucemia de ayuno se valora con base en las cifras normales, que son en las personas adultas,  $\leq 115$  mg /dl , en niños  $\leq 130$  mg /dl. Flujoograma 1.4



Flujograma del diagnóstico de diabetes mellitus en niños 1.5 (26)



\* Intolerancia a los hidratos de carbono.

En cuanto a la **interpretación de prueba de tolerancia a la glucosa**, se considera que la respuesta es normal , cuando se ingieren 75 mg de glucosa como estímulo provocativo. (26)

## **DIABETES MELLITUS TIPO II**

(no dependiente de insulina, asociada o no con la obesidad)

La diabetes mellitus tipo II tiene objetivos del tratamiento y son lograr un control metabólico adecuado y prevenir el desarrollo de las complicaciones agudas y/o tardías. Para lograr estos objetivos se cuenta con cuatro recursos terapéuticos que son: (26)(21)

- a. Dieta
- b. Ejercicio
- c. Hipoglucemiantes bucales
- d. Insulina

## TRATAMIENTO DIETÉTICO DEL DIABÉTICO

La dieta es crucial en el manejo del diabético, pero resulta muy difícil conseguir que los pacientes participen satisfactoriamente ya que se tiene que imponer una disciplina en la alimentación y con frecuencia se tienen que modificar hábitos alimenticios arraigados. (26)

Es importante que el paciente reconozca que la dieta que se va a establecer es una "dieta normal", sólo con algunas modificaciones, en la que los principios alimentarios son casi iguales a los que necesita una persona sin enfermedad y que sólo se tienen que hacer algunos cambios a los alimentos que va a consumir. (26)

La dieta que requiere un adulto con actividad física moderada está en relación con el peso corporal deseable que se calcula en 5% por debajo del peso ideal. (4)

Si el paciente tiene un sobre peso, la dieta debe contener 15 a 20 calorías por kilo del peso deseable.(4)

En caso de encontrarse dentro del margen del peso se dan 25 calorías por kilo del peso deseable. (4)

En los adolescentes peripuberales, el requerimiento calórico se encuentra entre 2 300 y 2 700 calorías. (4)

Estas calorías se obtienen de los nutrimentos en la siguiente porción:

NUTRIMENTOS	PORCENTAJE
Hidratos de carbono	50
Proteínas	15
Grasa	35

Entre el 60 y 90% de los pacientes que padecen diabetes mellitus tipo II presentan obesidad. En este grupo , la reducción de peso y la administración de una dieta baja en carbohidratos y calorías permite controlar la hiperglucemia en la mayoría de los pacientes. (26)(4)

En los pacientes no obesos se ha demostrado la efectividad de la dieta, la **elaboración detallada de la dieta para el diabético** no es el propósito de este tema pero se discuten algunos lineamientos generales para la prescripción de la dieta. (21)(26)

En términos generales de la dieta del diabético debe contener proteínas de 0.8g/kg/día, el 50% de calorías que incluyen hidratos de carbono y el 30% son grasas, pero con un límite máximo del 10% de estas últimas grasas de origen animal. (26)

El tipo de alimento seleccionado para aportar las calorías necesarias es diferente en cada paciente y la dieta se individualiza al tomar en cuenta los hábitos alimenticios (26).

Es importante obtener la colaboración del paciente ,ya que cuando éste tome conciencia de su enfermedad y el riesgo de desarrollar complicaciones colaborará y se podrán esperar mejores resultados.(26)

El paciente obeso puede perder peso por restricción calórica o por un incremento de la actividad física. Al igual que sucede con la prescripción de la dieta, frecuentemente no se tiene una idea de cómo indicar la magnitud del ejercicio, los beneficios del ejercicio en el paciente diabético se pueden señalar de la manera siguiente:

- Mejora la sensibilidad a la insulina tanto endógena como exógena
- Propicia la pérdida de peso
- Ayuda al mejor funcionamiento del sistema cardiovascular
- Aumenta la “calidad de vida” (21)(26)

El ejercicio físico acarrea algunos riesgos, por lo que es conveniente hacer un examen médico completo en particular la condición de los pies y el estado cardiovascular. Cuando el paciente es mayor de 40 años de edad se hace una prueba de esfuerzo. (26)

Al seguir estos lineamientos se pueden evitar los riesgos potenciales del ejercicio, como son hipoglucemia, deshidratación, insuficiencia coronaria y agravamiento de una enfermedad articular degenerativa. (23)(26)

Los objetivos de la dieta son :

- Controlar la hiperglucemia
- Aportar los nutrimentos necesarios
- Prevenir el desarrollo de arterosclerosis
- Mantener el peso ideal (27)(26)

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Este cuenta con dos alternativas que son los hipoglucemiantes bucales y la insulina. (27)(26)

Por lo general los diabéticos tipo II se controlan adecuadamente con dieta y ejercicio pero también se pueden utilizar hipoglucemiantes bucales que son auxiliares pero que no sustituyen la dieta ni el ejercicio, estos agentes disponibles y autorizados son las sulfonilureas, ya que se recomienda energéticamente no dar biguanidas debido a sus defectos indeseables sin embargo se usan en asociación con sulfonilureas.(27)

El mecanismo de acción de las sulfonilureas es complejo y comprende varios efectos como son : aumenta la producción de insulina, incrementa el número de receptores y disminuye la producción hepática de la glucosa .(27)

En la actualidad se encuentran otros hipoglucemiantes bucales llamados "segunda generación", más potentes y pueden estar a disposición en el futuro.(27)

Los principales hipoglucemiantes bucales y dosis que generalmente se utilizan son:

Nombre Genérico	Acción (hrs.)	Dosis (mg)
Tolbutamida	6-12	500-3000 (3 dosis)
Glibenclamida	12-24	5-15 (1 ó 2 dosis)
Clorpropamida	24-72	250-500 (1 dosis)
Gliburide	24	2.5-20 (1 dosis)
Acetomexamida	8-12	250-1000 (1 dosis)

Los principales efectos indeseables de los hipoglucemiantes bucales que pueden ocurrir cerca del 5 % de los casos son :

Hipoglucemia

Leucopenia, trombocitopenia y anemia hemolítica

Erupciones púrpura y prurito

Efecto antitiroideo

Nausea, vómito y colestasis hepática

Edema e hiponatremia

## Potenciación con otros fármacos

### Efecto "antabus" (intolerancia a bebidas alcohólicas) (27)

Otro tipo de hiperglucemiante es la familia de las biguanidas cuyo efecto farmacológico es que no requiere la célula B en función para que se manifieste el efecto depresor sobre la hiperglucemia, los de mayor uso son el de fenformin y el metformin; el primero se usa en dosis de 0.05 a 1.0 g. Administrado en una o varias formas y su acción dura de 8 a 14 hrs..(26)(27)

La dosis de metformin es de 1 a 3 g. Y se da en varias formas.

Las biguanidas retardan la absorción intestinal de nutrientes, facilitan el acoplamiento de las insulina y sus receptores periféricos.(27)

Existen algunas características en pacientes diabéticos que permiten predecir el éxito del tratamiento con hipoglucemias bucales; estas son :

- Inicio de la diabetes después de los 40 años de edad
- Evolución reciente menor de 5 años
- Presencia de obesidad (27)

El tratamiento de la diabetes tiene 3 objetivos principales:

- Reestablecer el metabolismo normal
- Prevenir o retardar la evolución en las complicaciones a corto y largo plazo
- Proporcionarle al paciente la información, la motivación y los medios para cuidar de sí mismo. (26)

La diabetes puede complicarse por una enfermedad renal y es expone a cualquier infección, incluyendo absesos dentales que pueden precipitar un descontrol de la diabetes con formación de cetonas y acidemias.(26)

Las enfermedades bucales que se desencadenan con este tipo de enfermedad es que se forma con frecuencia en lengua una anomalía rara, pero se considera como una patología manifestada clínicamente por numerosas ranuras o surcos en la superficie dorsal a simple vista parecen aumentar un número y en anchura, profundidad esto con el aumento de la edad, este arrugamiento intenso se ha denominado lingua plicata o lengua escrotal este tipo de lengua no es dolorosa, excepto en los casos en que los residuos alimenticios tienden a juntarse en las ranuras y causan irritación. Dichos residuos se pueden quitar dilatando y aplanado las fisuras usando un cepillo suave o gasas, esponja para limpiar la superficie. (17)(18)(19)

# ENFERMEDAD SISTÉMICA

## HIPERTENSIÓN SISTÉMICA

Como última enfermedad sistémica que nos lleva a una patología en lengua es la hipertensión sistémica esta enfermedad no es posible fijar los límites superiores precisas para la presión sanguínea particularmente porque el nivel se eleva con la edad en los sujetos normales, con una edad de 50 y 59 años, tienen una presión mayor a la esperada; existe una diferencia importante entre presión arterial elevada e hipertensión este último término se usa cuando existe evidencia de lesión cardiaca o vascular secundaria.(8)

La presión arterial elevada lesiona en particular las arteriolas y la aorta. Las primeras se presentan complicaciones como hemorragia cerebral, infarto e insuficiencia renal y la última da como resultado dilatación.(8)

A pesar de que la terapia farmacológica para disminuir la presión sanguínea o el tratamiento quirúrgico de la enfermedad renal o endocrina pueda tener efectos beneficios al prevenir o retardar complicaciones como infarto. Existe gran variedad de fármacos para disminuir la presión sanguínea, algunos con interacciones importante como narcóticos como el debrisoquine con petidina que ocasionan hipotensión profunda.(8)

Algunos fármacos en especial los bloqueadores ganglionares y la clonidina, producen resequedad de boca ,lengua agrietada, crecimientos de las glándulas salivales lo que llega a ser muy dolorosa para el paciente algunos como la metildopa, produce lesiones liquenoides en boca que pueden ulcerarse; otros bloqueadores beta y vasodilatadores pueden provocar parestesia en la cara y mandíbulas . (26)(8)

Los paciente con hipertensión ocasionan al dentista problemas diferentes a los efectos secundarios de medicamentos a sus interacciones con narcóticos y a los agentes anestésicos. (8)

La angina es un síntoma común de presión arterial elevada al igual que la insuficiencia renal causando xerostomia, úlceras bucales, tendencia la sangrado candidiasis reacciones liquenoides en lengua y efecto secundario en lengua pues se convierte en lengua arrugada o plegada conocida como fisurada o escrotal. (1)

Estas enfermedades son inducidas por medicamentos como por ejemplo:

Xerostomía..... clonidina (medicamentos bloqueadores gangleonares)

Tumefación de glandulas salivales..... metildopa

Reacciones liquenoides en lengua escrotal..... metildopa

Labetalol

La lengua fisurada, escrotal ,plisada o plegada en general es una malformación caracterizada por la presencia de múltiples pliegues, localizados en la cara dorsal y bordes del cuerpo lingual. Clínicamente si observamos la lengua con detenimiento, los pliegues y surcos pueden disponerse en diferentes posiciones, profundidad y situación.

Según el Dr. Melchor que el tratamiento para una lengua escrotal es eliminar de la dieta, alimentos picantes y excesivamente condimentados, eliminar restos y detritus alimenticios que puedan quedar retenidos en los pliegues linguales, mediante una higiene cuidadosa, realizar colutorios con agua oxigenada al 3 % en ocasiones el surco puede estar sobreinfectado por colonias de Candida Albicans, requiriendo en tal caso el uso de medicación específica(derivados imidazólicos, nistina) o bien uso de tópico en colutorios.

Shaffer considera la lengua geográfica como una anomalía de carácter congénito otros autores por el contrario no dudan en relacionarlas con factores infecciosos deficiencias nutricionales y factores emocionales (estrés, ansiedad, tensión, emotiva, etc..) como posible causal e incluso otro grupo consultado atribuye a la lengua geográfica un origen inflamatorio recurrente, habiéndose encontrado estos cuadros en pacientes aquejados de asma y rinitis; existen estudios publicados en los que relacionan la lengua geográfica con cardiopatías congénitas cianóticas y por ello existe una clasificación de la lengua geográfica pero es la más sencilla y aceptada ,propuesta por Hume:

- TIPO I: lesiones localizadas en la lengua, con fases activas y de remisión, sin presencia concomitante de otra lesión bucal.
- TIPO II: Lesiones similares a las tipo I, pero con presencia de lesiones en otros sitios de la cavidad oral.
- TIPO III: lesiones atípicas de lengua geográfica, pudiendo estar o no acompañadas de lesiones en otro sitio de la cavidad oral. Las lesiones atípicas se clasifican en dos grupos.
- FORMA FIJA: áreas de la lengua afectas en las que no se observa movimiento o migración de la lesión , al resolverse y volver a aparecer ,lo hacen en el mismo sitio.
- FORMA ABORTIVA: la lesión se inicia como una placa blanca-amarillenta, y ésta desaparece antes de aparecer una forma típica de lengua geográfica.
- TIPO IV : Lesiones ubicadas en otro sitio de la cavidad oral que no se la lengua.(lengua geográfica ectópica). La capacidad de migración de estas lesiones pueden ser o no marcada. (4)(9)

En ocasiones es necesario establecer el diagnóstico diferencial, con pacientes aquejados de psoriasis, es decir; pacientes que presentan en el dorso lingual, lesiones típicas que recuerdan en gran medida a la lengua geográfica. El diagnóstico en estos casos lo realizamos mediante la historia clínica del paciente y por confirmación histo-patológica previa biopsia.

El tratamiento es eliminar factores irritantes (alcohol ,tabaco, alimentos excesivamente condimentados y picantes)

Buena higiene oral y excluir la posibilidad de deficit vitamínico, algunos autores proponen el uso de colutorios con anestésicos locales o antihistamínicos en solución, aplicación tópica de corticoides y tranquilizar al paciente, ya que el proceso es benigno y la mayoría de las veces autolimitado<sup>(31)</sup>.

# **CAPÍTULO III**

---

## **ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS**

**3.1 DEFINICIÓN DE PSIQUIATRIA**

**3.2 ESQUIZOFRENIA**

**3.3 CLASIFICACIÓN DE ESQUIZOFRENIA**

**3.4 TRASTORNOS DEL SUEÑO**

# ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

## 3.1 DEFINICIÓN

La psiquiatría es la especialidad médica que estudia los trastornos de la conducta y la experiencia humana. Por lo tanto considera que los síntomas psiquiátricos más frecuente y más perturbadores son la ansiedad, depresión, la aflicción, la ideación paranoide , las ideas delirantes, las alucinaciones y los trastornos del raciocinio. (27)

A menudo es difícil distinguir ,por la presentación clínica si los síntomas psiquiátricos son generados por delirio, demencia amnesia u trastorno congocitivo, son secundarios a un padecimiento médico general ,son inducidos por sustancias o constituyen parte de un trastorno psiquiátrico primario ,esta búsqueda vigorosa de una causa subyacente para los síntomas psiquiátricos que se presentan ,es importante en cualquier caso donde se sospecha un diagnostico que nos un trastorno psiquiátrico primario y si se identifica una causa específica y ésta es tratable, algunos o todos los síntomas psiquiátricos pueden ser reversibles.(27)

La gente normal tiene a veces los primeros (ligeramente), los neuróticos los tienen en forma intensa, los psicóticos tienen los síntomas restantes.(27)

Dentro de estas perturbaciones se describirán lo más relevante ya que solo son una pauta para descubrir la verdadera etiología de la patología en lengua en pacientes psiquiátricos.(27)

Así tenemos que la ideación paranoide ocurre en estados psiquiátricos y se caracteriza por pensamientos y sentimientos persecutorios que no se hallan sujetos a la modificación por la lógica o la experiencia, existen 5 tipos de ideación paranoide como: personalidades paranoides paranoia clásica, esquizofrenia paranoide, estados depresivos ,síndromes tóxicos y orgánicos encefálicos.(27)

Su tratamiento depende del diagnóstico certero y en general consiste en tratar el padecimiento fundamental por ejemplo tranquilizarlo con derivado de la fenotiacina para los esquizofrénicos paranoides, electrochoques o antidepresores para la depresión psicótica, terapéutica de desconcentración del medio hospitalario .(27)

La esquizofrenia dentro de esta enfermedad se consideran a las alucinaciones síntoma más frecuente de esquizofrenia y pueden ser vagas o bien definidas y reales. Las más comunes son las alucinaciones auditivas, es decir suelen reportar que escuchan la voz de Dios o escuchar sus propios pensamientos ,alas voces en ocasiones son agradables, especialmente en pacientes con el tipo hebeférico de la esquizofrenia.(27)

La frecuencia de la esquizofrenia en la población general del 0.5.% al 1% y existe una clara correlación entre la magnitud del riesgo y la cercanía del parentesco con el esquizofrénico, por lo tanto la evidencia esta a favor de una fuerte predisposición genética y un papel adicional desempeñando por el ambiente.(27)

Emil Kraepelin proporcionó una descripción fenomenológica detallada de los síntomas esquizofrénicos pero hizo más hincapié en un criterio pronostico, aunque el término de Kraepelin era "demencia precoz" es empleado como sinónimo de La "esquizofrenia", en 1911 Leungen Bleuler denominó al síndrome esquizofrenia haciendo hincapié en las funciones psíquicas que es un progreso cuesta abajo inexorable.(27)

Writtenborn, Weber y Brown reportan un estudio de 86 hombres y mujeres esquizofrénicos admitidos a los que se les asignó en forma aleatoria dosis altas de niacina (3000 mg/día) o bajas dosis (6 mg/día) como medicamento de control. (27)

Su análisis de estos pacientes en 18 meses señalaron ninguna ventaja pero si mostraron una hiperqueratosis pigmentada en alrededor de la tercera parte de sus pacientes, por la dosis elevada de niacina.

Realizando este estudio meticuloso se lleva a cabo la clasificación de la esquizofrenia señalando a la esquizofrenia simple que se caracteriza principalmente por la reducción del interés en las relaciones humanas y el mundo exterior, depauperación de la personalidad, apatía e indiferencia las ideas delirantes no ocurrieron con frecuencia y las alucinaciones, si ocurren son raras y efímeras. Después de cierto tiempo el paciente tiende a retroceder a un nivel inferior de funcionamiento .(27)

En la esquizofrenia hebefrénica las respuestas emotivas son frívolas e inadecuadas. Son frecuentes la risa nerviosa, la sonrisa incongruente y la carcajada. Son características las fantasías fragmentarias de deseos por satisfacer o las ideas delirantes en lugar de sistemas ideatorios elaborados bien organizados. Estos pacientes son a menudo introvertidos e inaccesibles a las relaciones con otras personas. La tendencia a retroceder a un estado vegetativo es lo más intenso probablemente en este tipo de esquizofrenia.(27)

En la esquizofrenia catatónica ,las anomalías motoras constituyen los síntomas más conspicuos, puede tomar la forma de inhibición generalizada, presentándose tales síntomas como negativismo, estupor, mutismo y flexibilidad .

En la excitación catatónica la conducta no parece estar influida por estímulos externos pero es estereotipada, aparentemente sin motivo, impulsiva e impredecible. El paciente puede correr alrededor sin objeto, estar sin dormir, rehusar los alimentos y llegar a la deshidratación y al agotamiento.(27)

La esquizofrenia esquizo- afectiva este síndrome está caracterizado por trastornos acentuados del estado afectivo ya sea por manía o por depresión. El paciente tiende a descuidar la realidad en forma considerable y a comportarse en forma extravagante. (27)

Dentro de la esquizofrenia no diferenciada los pacientes a menudo muestran trastornos profundos de la ideación, de la afectividad y de la conducta pero con síntomas específicos insuficientes para permitir una clasificación más precisa. (27)

El tratamiento de la esquizofrenia como cualquier otra enfermedad intenta ser tanto específico como inespecífico. El primero tiene el impidiendo de la falta de conocimiento de la etiología. Los puntos de vista iniciales, establecidos a fines del siglo XIX abarcan un modelo somático de la enfermedad el cual no pudo ser confirmado por la extensa investigación en la neuropatología o neuroquímica que podía hacerse en aquella época. En las últimas décadas también se ha fracasado en cuanto al tratamiento se refiere ya que la psicopatología básica postula una combinación psicológica y manipulación ambiental.(27)

Dentro de las terapéuticas somáticas están los medicamentos que son : fenotiacínicos que están clasificados ente los “tranquilizadores” mayores drogas que no non tranquilizadores sino específicamente antipsicóticos o anti esquizofrénicos; también dentro del tratamiento se llega a ocupar el haloperidol como alternativa de las fenotiacinas, particularmente en esquizofrénicos ambulatorios.(27)

# ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

## 3.4 TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño se cuenta como un trastorno psiquiátrico en donde se caracteriza las anomalías del sueño en donde encontramos al hipersomnio que es un aspecto básico del síndrome de Kleine-Levin y a menudo se observan trastornos del sueño en pacientes de depresión y manía.(27)

El insomnio es una de las manifestaciones más comunes del ejercicio médico general y se produce en cerca de 30% de los sujetos normales.(26)

También suele considerarse una privación del sueño o un cambio notable de su patrón percibido. Los factores que contribuyen al insomnio consisten en:

- Problemas situacionales como tensión (estrés) transitoria, discordias matrimoniales .
- Envejecimiento
- Trastornos médicos que se caracterizan de manera inevitable por dolor y malestar físico.
- Crisis relacionadas con fármacos, incluso supresión de alcohol o sedantes y 5) alteraciones psicológicas, en partículas las enfermedades mentales importantes como esquizofrenia y trastornos afectivos.(27)

El grado de trastorno del sueño que soportan varía notablemente en los pacientes esquizofrénicos durante las crisis agudas la alteración es grave ,incluso al punto del insomnio total. El esquizofrénico crónico o el paciente que se encuentra en remisión no suelen quejarse y no es notablemente anormal el patrón electroencefalográfico en ellos. Los trastornos del sueño están entre los síntomas más comunes de las alteraciones afectivas.(27)

Las parasomnias comprenden movimientos o actividad autonómicas al principio o durante cualquier etapa del sueño. Los movimientos al principio o durante etapa del sueño. Los movimientos al principio del sueño incluyen sacudidas hípnicas que se pueden dar en individuos normales. Estos movimientos están asociados con bruxismo, golpes fuertes con la cabeza, síndrome de inquietud de piernas, movimientos periódicos del sueño. Estos pacientes en lugar de tener atonía muscular han aumentado su tono muscular y literalmente se mueven o agitan escenificando conducta agresiva y sus compañeros de cama o los mismos pacientes han quedado lastimados. (27)(30)

El **clonacepam** es un tratamiento efectivo para este trastorno, provocando este fármaco en un uso prolongado reacciones secundarias como alteraciones nerviosas, en algunos pacientes trastornos de lenguaje, problemas táctiles, e cavidad oral alteraciones en lengua. (27)

La dopamina desempeña una función clave en la esquizofrenia, psicosis y muchos tipos de abuso de fármacos junto con la noradrenalina, la dopamina regula el despertar motivacional y el sistema de recompensa-reforzamiento. (27)

La dopamina se sintetiza durante diversas etapas enzimáticas a partir del aminoácido tirosina. La enzima que limita la velocidad de su síntesis es la tirosinahidroxilasa. La vía principal de degradación se da mediante la acción de la monoaminoxidasa y posteriormente de la catecol-O-metiltransferasa para ácido homovanílico, el metabolito principal de la dopamina.(27)

Existen dos tipos de monoaminoxidasa en el sistema nervioso central que metaboliza de manera más selectiva a la noradrenalina y la serotonina que seleccione la dopamina.(27)

La dopamina también participa en los trastornos del estado de ánimo, ya que consiste en que las concentraciones de la misma son bajas en pacientes deprimidas sobre todo en quienes poseen en pacientes deprimidos, sobre en

quienes poseen retraso motor importante, los efectos de estos fármacos son potentes bloqueadores de los receptores dopaminérgicos, sin embargo, sus efectos antipsicóticos pueden no ser clínicamente evidentes hasta las tres semanas.(27)

La noradrenalina es un antidepresor tricíclico y un inhibidor de la monoaminooxidasa es fuerte a pesar de la falta de selectividad noradrenérgica puede causar hipotensión postural, mareos, taquicardia refleja y cuando se consumen alimentos ricos en tiramina como queso, cerveza o vino, la incapacidad de desdoblar la tiramina causa una agitación en la actividad adrenérgica y puede surgir una crisis hipertensiva desarrollando secuelas bucales como glositis migratoria benigna, irritación, dolor crónico, sensibilidad en los órganos dentarios.(27)(14)

Otro trastorno relacionado con sustancias que alteran al individuo psiquiátrico es el alcoholismo y el abuso de drogas son problemas importantes, históricamente el alcoholismo se conceptuaba y trataba de manera diferente que el abuso de drogas; desde el punto de vista clínico, terminología correcta es "trastornos psicoactivos, por el uso de sustancias" la epidemiología de abuso de sustancias varía.(27)

# **CAPÍTULO IV**

---

## **ENFERMEDADES CRÓNICAS**

**4. 1. ALCOHOLISMO**

**4. 2. CLASIFICACIÓN**

**4. 3. TABAQUISMO**

# ENFERMEDADES CRÓNICAS

## 4.1 ALCOHOLISMO

El alcoholismo se ha caracterizado como una enfermedad crónica importante, con factores genéticos psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones. Por lo general, esta enfermedad es progresiva y mortal, se caracteriza por la alteración del control sobre la bebida, preocupación con respecto a la droga (el alcohol), este abuso a pesar de las consecuencias adversas, distorsión del pensamiento y negación del consumo excesivo o de sus secuelas. Cada uno de estos síntomas pueden ser continuo o periódico.

El alcoholismo es un problema demasiado complejo para que se pueda considerar solamente como una ofensa criminal o espiritual, un mal hábito, una adicción un estado tóxico o una enfermedad, es también una aflicción de la sociedad en sí. Un problema de interés que compete no sólo al médico y al farmacólogo sino también al antropólogo, sociólogo, legislador, jurista, criminalista, penalista, abogado, trabajador de auxilio social y al economista.(27)

Aunque el tratamiento del alcoholismo implica el entendimiento y la manipulación de la vida mental de la víctima no debe considerarse son problema que solo un psiquiatra pueda manejar. (27)

Algunos alcohólicos son neuróticos orales, sumisos, dependientes y homosexuales latentes, sin embargo, ciertas consideraciones específicas se aplican a todos los tipos de alcoholismo. Una regla es que el alcohólico debe de evitar el primer trago, es decir, él debe de esforzarse para una abstinencia completa.(27)

Desgraciadamente no es posible en la mayoría de los casos y el aceptar a un alcohólico para tratamiento significa que el médico debe estar preparado para aceptar recaídas terapéuticas en forma realista.(27)

Las consideraciones más específicas de terapéutica se relacionan al tipo de alcoholismo y el tratamiento de cada tipo es diferente:

Se realizará una historia clínica completa y una exploración del estado mental son esenciales para la investigación durante este lapso se explora la posibilidad del abuso de sustancias.

- 1) Debe abordarse los temas de alcoholismo y drogadicción mientras se obtiene la historia preguntando sin hacer juicios acerca del consumo de alcohol y otra droga.
- 2) El estado en que se presenta el enfermo puede informar al practicante acerca de la conveniencia de un acercamiento a la cuestión de alcohol o droga.(27)

Muchos pacientes casi nunca admiten que usan sustancia ilícitas, como productos que contienen alcohol o nicotina. Los enfermos también pueden admitir el uso de fármacos pre escritos, pero quizá se nieguen a admitir un mal uso de los mismos. El médico debe indagar acerca de lo que el paciente ingiere constantemente, para eso debe preguntar si consume:

- alcohol, cigarrillos u otros productos que contengan nicotina
- hipnóticos-sedantes, especialmente benzodiazepinas y barbitúricos
- estimulantes, como anfetaminas y cocaína.
- alucinógenos , incluyendo sustancias tan diversas como LSD, fenciclidina y cannabis. (27)(26)

Un enfoque lógico al problema puede ser establecido si se consideran 3 entidades diagnósticas posibles:

- 1) Alcoholismo social
- 2) Alcoholismo neurótico
- 3) Alcoholismo psicótico.

Estas categorías no tienen exclusividad entre ellas y de hecho raramente son vistas en forma pura. Un paciente que comience en una categoría puede más tarde asumir las características de otra o aun las características de las 3. Una forma por lo general predomina y es la que dictará el enfoque terapéutico.(27)

## 4.2 ALCOHOLISMO SOCIAL

El "adaptarse al grupo" a menudo es la base del alcoholismo inicial. El "aguantar la bebida" constituye parte de la definición de hombría. Esto no es diferente de otras formas de conducta adquiridas del mismo modo que en la drogadicción las apuestas o la delincuencia en ocasiones no es el grupo de colegas sino miembros significativos familiares .(27)

Los que sirven como modelo para una conducta de embriaguez ,su tratamiento del alcoholismo difiere del tratamiento de otras formas de delincuencia social. La relación del paciente alcohólico social hacia el terapeuta, aunque pueda parecer cordial y amistosa a menudo es caprichosa y oportunista. El paciente no encuentra fácil confiar en alguien ,porque él ha sido lastimado muy a menudo.(27)

La tenacidad y un optimismo a toda prueba son las armas más fuertes del médico para probar una u otra vez su deseo de ser una ayuda verdadera. En lugar de enfascar al paciente en discusiones interpretativas acerca de su necesidad

La tenacidad y un optimismo a toda prueba son las armas más fuertes del médico para probar una u otra vez su deseo de ser una ayuda verdadera. En lugar de enfrascar al paciente en discusiones interpretativas acerca de su necesidad inconsciente de que se le de amor y cuidado maternos, él simplemente lo trata como si fuese su madre sin comentario alguno y le ayuda en todas las formas posibles a salirse de cualquier dificultad en la que se hubiese metido.(27)

Un examen cuidadoso físico, incluyendo uno neurológico, constituye un buen punto de partida en aumentar la salud general, lo cual puede implicar, dieta, ejercicio, sueño, postura o corrección de problemas tales como ciclos de refracción, caries dental, enfermedades de la lengua y piel, hemorroides ,várices y callosidades o juanetes.(27)

Los cambios del medio son importantes ya que el medio es el problema primordial en el alcoholismo social, sin embargo, en la mayoría de los casos, el daño ya ha sido hecho y el objetivo terapéutico más razonable es el de ayudar al paciente a eliminar la bebida en donde se halle. El empleo de organizaciones tales como la de alcohólicos anónimos (AA) es en algunos casos el factor aislado más importante para alentar al paciente a mantenerse sobrio.(27)

Ellos proporcionan a menudo un nuevo enfoque de la vida y un grupo de nuevos amigos los cuales pueden entender su problema debido a que ellos mismos "han estado en él ". los grupos de AA fluctúan en su eficacia de acuerdo a la calidad de la gente que los forma y si el paciente se encuentra dentro de un grupo ineficaz el terapeuta deberá de intentar dirigirlo hacia un grupo nuevo, si se puede llevar acabo.(27)

Otras organizaciones útiles como las iglesias, la YMCA y la IWCA, son instituciones que están intentando en forma sabia ofrecer programas de tratamiento para los alcohólicos con el objeto de salvar sus inversiones en los empleados con problemas de bebida.(27)

El terapeuta mismo deberá por lo general proporcionar la iniciativa para utilizar estos recursos y cualquier médico u odontólogo deberá manejar a su paciente con cierta atención y familiarizarse con lo que se encuentra disponible en su localidad.(27)

## 4.2 ALCOHOLISMO NEURÓTICO

En el alcoholismo neurótico, el beber está principalmente basado en una motivación inconsciente y sirve como un medio de mantener el equilibrio psicodinámico.(27)

Las personas que no son alcohólicas pueden beber unos cuantos tragos de vez en cuando y aun emborracharse, pero por lo general se controlan aun cuando el alcohol les sea de alguna utilidad. En la vida del paciente alcohólico neurótico la pérdida del control constituye una ocurrencia regular. Algunas de las funciones habituales del alcohol en estos pacientes son las siguientes(27)

- **Crear confianza:** con el alcohol, el paciente puede superar sus sentimientos de inferioridad. Estos sentimientos a menudo son conscientes pero las causas que los provocan no lo son.
- **Alivio de la ansiedad:** el alcohol permite al paciente funcionar en situaciones que en otras circunstancias lo paralizarían.
- **Huida de la responsabilidad:** puede emplearse el alcohol para suprimir la culpa, sustituto de la hostilidad: el emborracharse puede constituir un sustituto para la expresión directa de sentimientos agresivos.

- **Substituto para el sexo:** los individuos del mismo sexo son capaces de utilizar el alcohol y la conducta lloriqueante como un sustituto inconsciente para la conducta heterosexual u homosexual latente.
  
- **Regresión:** el alcoholismo puede facilitar la regresión inconsciente a los Patrones de la niñez temprana que en alguna ocasión provocaron respuestas de atención maternal por parte de los demás.

Para su tratamiento del alcohólico neurótico consiste en el tratamiento de la neurosis en sí, como en todas las formas de psicoterapia, el elemento más importante lo constituye el uso adecuado de la personalidad médica el terapeuta deberá ser realista ,amistoso, tolerante y justo.

La meta de la terapéutica la constituye la sobriedad completa y permanentemente, pero deberán ser tolerados los lapsos y las imperfecciones. la medicación a menudo es útil en particular en las fases iniciales del tratamiento.  
(27)

Existe una relación simbólica entre la medicación, el cuidado materno, el dar cariño y amor y las curas mágica. El paciente deberá entender que la medicación es solamente temporal hasta que el proceso terapéutico le permita entender su alcoholismo y dejarlo . Los tranquilizadores, en especial el grupo de las benzodiazepinas (clorodiazepóxido o eldiazepam (valium) o elfenobarbital varias veces al día en pequeñas dosis son las drogas de primera elección. Si se desea sedación, en especial en las tardes de se una fenotiacina como (thorazine) en pequeñas cantidades. Se puede obtener mayor sedación con el hidrato de cloral en caso de que sea necesario.(27)

## 4.2 ALCOHOLISMO PSICÓTICO

Este tipo de alcoholismo incluye 2 subtipos :

- Alcoholismo esquizofrénico
- Alcoholismo maniaco-depresivo.

En cualquiera de ellos la ayuda es buscada al final de una parranda de varios días cuando el paciente se encuentra bajo el efecto del delirium tremens o alguna otra forma de sintomatología del síndrome de abstinencia. Las tasas de morbilidad y de mortalidad en los últimos años del 15 al 5 % o menos.(27)

El alcoholismo psicótico es una indicación de psicopatología subyacente grave.(5)

La bacanal puede representar un intento desesperado para impedir un brote psicótico o puede de hecho ser parte de una etapa inicial de un brote actual.

Estos pacientes siempre deberán ser tratados por un especialista (psiquiatra). (27)

## 4.2 ALCOHOLISMO ESQUIZOFRENICO

Se caracteriza por la alcoholización impulsiva intensa acompañada de signos de disociación mental que exceden grandemente en las intoxicaciones alcohólicas ordinarias, ejemplo: amnesia, estados de fuga, conducta extravagante, orgías sexuales, crisis de cólera y conducta violeta aun hasta llegar a la mutilación criminal y el asesinato. (27)

La mayoría de estos pacientes se consideran como muy tensos, inestables o diferentes. El núcleo psicótico de la personalidad es a menudo paranoide e incluyen las ideas persecutorias o celos irracionales centrados en la pareja o en el familiar más cercano. (27)

El tratamiento es psicofarmacológico primordialmente con las fenotiacinas (clorpromacina, trifluoperacina ) y las butirofenonas (haldol) constituyen las drogas de elección y deben de continuarse indefinidamente, es realista el esperar recaídas y la actitud del médico no debe ser de reproche. (27)

La psicoterapia a largo plazo con estos pacientes implica muchos riesgos y no deberá considerarse a la ligera. El papel principal del médico es de apoyo, las técnicas de desenmascaramiento francas deberán ser reservadas para pacientes selectos con los medios y la motivación para permanecer en la terapéutica y solo deberán ser intentados por un terapeuta experimentado (27).

Sin tratamiento el alcoholismo esquizofrénico por lo general se desliza por la pendiente progresivamente hacia bacanales mas frecuentes y mas prolongadas hasta que fallece por una sobredosis de alcohol, infección intercurrente, suicidio o un accidente violento. Con tratamiento vigoroso, muchas de estas personas pueden ser ayudadas a vivir mas tiempo y una vida mas satisfactoria (27)

Como una consecuencia bucal muy notoria se encuentra en esta clase de pacientes la lengua plegada u escrotal con estrías profundas sobre el dorso de la lengua son un signo muy característico también en ocasiones se encuentra una glositis migratoria benigna o mejor conocida como lengua geográfica puesto que el aspecto clínico de la lengua recuerda a un mapamundi, la causa de esta lesión se debe a una irritación crónica como es la descrita en el caso de la glositis atrófica crónica. Como un tratamiento empírico consiste en eliminar las causa locales de irritación pero debido a que el medicamento es el factor agresor se anula, otro tratamiento es que debe evitarse el cepillado de la lengua ya que tiende a intensificar y prolongar el trastorno. (2)(30)(27)

## 4.2 ALCOHOLISMO MANIACO-DEPRESIVO

Este caso se caracteriza por bacanales graves, pueden existir varios episodios de hipomanía. El estado afectivo es mercurial a menudo, fluctuando de una conducta tonta e hilarante a beligerancia combativa. (27)

En algunos casos la racha alcohólica termina con un período de depresión prolongada del cual el paciente no es capaz de desenmarañarse, el paciente puede morir accidentalmente. (27)

Entre los ataques de alcoholismo y de depresión puede según individuo agradable, aun bullicioso, muy objetivo y que rechaza su alcoholismo insistiendo en que él lo detesta aún cuando esté bebiendo fuertemente. (27)

Para su tratamiento son los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) (elavil) y la imipranina (tofranil) son efectivos en la mayoría de estos casos, las butirofenonas y fenotiacinas son útiles en la fase maniaca. (27)

La terapéutica electroconvulsionante esta indicada si se considera que el riesgo de suicidio es grande o si los medicamentos han resultado ineficaces. Para las drogas de abuso ,la cafeína es quizá la única sustancia cuyo consumo moderado se apoya. (27)

La mayoría de las otras drogas de abuso es ilícita y de esta manera presentan consecuencias negativa relacionadas; esto sugieren con claridad que si el abuso se vuelve un problema, no es práctico regresar a su uso moderado . (27)

Clínicamente, la marihuana es una droga de la que no se quejan muchos pacientes y es posible que se apoye el consumo moderado de la misma pero así como AA articulan un modelo de abstinencia, NA y CA se oponen al uso de sustancias psicoactivas. Estas dos organizaciones, paralelas a AA se encuentran

disponibles para el apoyo comunitario de pacientes, estén o no en programas formales de tratamiento.(27)

El disulfiram (antabuse) origina una reacción desagradable en presencia del alcohol y se usa como freno para el abuso de la bebida. Su acción primaria consiste en bloquear la deshidrogenasa de aldehído en el hígado, cuando un individuo que está tomando disulfiram bebe alcohol etílico, el acetaldehído no puede convertirse en acetato y su valor en la sangre puede aumentar de 5 a 10 veces. Se piensa que la reacción entre el alcohol y el disulfiram es resultado de la concentración incrementada de acetaldehído. (13)(27)

Con frecuencia hay náuseas y acaloramiento dentro de los siguientes 30 minutos la reacción total que puede incluir ansiedad, disnea, dolores de cabeza taquicardia e hipertensión dura aproximadamente de 30 a 90 minutos. Las reacciones más graves pueden ocurrir en individuos que son sumamente sensibles o que hayan consumido grandes cantidades de alcohol.(27)

La dosis frecuente de disulfiram es de 250 mg/d usualmente es por toda la noche debido a la somnolencia que origina, la sensibilidad al alcohol se desarrolla dentro de las 12 siguientes horas al consumo de la primera dosis, aunque los antiácidos , el hierro disminuyen su absorción y pueden prolongar este período.(27)

# ENFERMEDADES CRÓNICAS

## 4.3 TABAQUISMO

Otros de los factores psicodinámicos que intervienen en la adicción es el tabaquismo esta enfermedad es originada principalmente a consecuencia de aliviar la tensión nerviosa y producir una sensación de seguridad interna, aunque sea temporal.(27)

El uso excesivo del tabaco va en aumento, probablemente como resultado del anuncio persuasivo y a pesar de las pruebas médicas que sugieren que con frecuencia este pasatiempo tranquilizador y agradable, tiene efectos nocivos sobre las funciones cardiovasculares y gastrointestinales y más graduales pero más duraderos en el sentido de contribuir al crecimiento del número de neoplasmas de las vías respiratorias.(27)

Los movimientos de las manos ,la inhalación y la exhalación respiratorias, la participación de los labios y de los dientes junto con la lengua , pueden servir simultáneamente como de breves escapes para la agresión o como substitutivos del sentimiento de intimidad y de proximidad. Las reacciones fisiológicas moderadas al acto de fumar, el aumento del ritmo cardiaco y la vasoconstricción periférica, pueden proporcionar un estímulo para sostener el estado de vigilia o de una actitud relativamente alerta en un individuo que se encuentra fatigado o en estado de confusión.(27)(8)

La persona que se avergüenza de sentir sed insaciable de amor o de afecto puede parcialmente satisfacer y concomitantemente castigar al yo a través del sistema bucorrespiratorio, fumando, hasta el grado de que la lengua, la bucofaringe y la laringe materialmente lleguen a lastimarse o a doler en caso de la lengua tiende a cambiar en una forma notoria como el de manifestarse múltiples pliegues o surcos pequeños en su cara dorsal, que suelen irradiar de un surco central a lo largo de la línea media de la lengua esta es mejor conocida como

lengua fisurada o escrotal suele ser indolora, excepto en casos raros en los cuales los residuos de los alimentos tienden a acumularse en los surcos y producen irritación pero este material se quita mediante el estiramiento y aplanamiento de las fisuras y la limpieza de la superficie con un cepillo dental o una gasa.(28)(16)(17)

Los criterios de la OMS propone a grandes rasgos que:

- 1) La abstención debería ser la conducta normal de toda la sociedad.
- 2) Las formas de promoción del tabaco deberían estar prohibidas.
- 3) Los gobiernos deberían determinar el contenido de alquitrán y nicotina de las distintas marcas y sujetar las concentraciones a límites rigurosos que podrían ir rebajándose progresivamente.(28)
- 4) Los países en desarrollo deberían tomar conciencia de la explotación a que los somete la industria tabacalera, además de los graves perjuicios que acarrea para la salud de la población y para las economías nacionales.(28)
- 5) Las tierras dedicadas al cultivo de tabaco deberían emplearse para la
- 6) producción de alientos.
- 7) Los gobiernos deberían destinar mayores recursos a la educación
- 8) antitabáquica, para proteger el derecho humano fundamental a la salud, y dar a conocer a todos los niños, especialmente durante la enseñanza primaria, los graves peligros que acarrea el hábito de fumar.

Los usuarios regulares llegan a la dependencia física y psíquica cuando encuentran dificultades para dejar de fumar y pueden parar y empezar muchas veces antes de que finalmente, dejen el hábito. Algunos no pueden hacerlo nunca.

(28)

La abstinencia física del cigarrillo está caracterizada por irritabilidad, ansiedad, insomnio y temblor estos efectos producen una dificultad para dejarlo. Se ha demostrado que la iniciación en el hábito de fumar en casi todos los países, tiene lugar antes de los 20 años, esto demuestra que la adolescencia es el período en que se inicia la mayor parte de los fumadores. Los adultos no fuman más que los jóvenes, la mayoría de expertos está de acuerdo en que esta proporción se estabiliza.(28)

La mayor parte de este hábito continuará afirma el Doctor David Owenen 1976, ministro de salud, declaró ante el Parlamento que había en un país nos 21 millones de fumadores y que sólo el 15 % de los adolescentes que han fumado más de un cigarrillo no adquieren el hábito de fumar.(28)

El tabaco es una de las drogas que más daña para la humanidad así tenemos una relación entre el tabaco y la salud : cuadro(5) (28)

\* Irritación de la garganta y del árbol respiratorio (tráquea, bronquios y pulmones)

Aparato respiratorio  $\Rightarrow$  \* Reducción de la capacidad respiratoria

\* Bronquitis crónica con sus complicaciones: menores defensas ante las infecciones respiratorias.

\* Cáncer: boca, garganta, bronquios.

Aparato cardiovascular



\* Aceleración del ritmo cardiaco

\* Aumento de la tensión arterial

\* Agravación del riesgo de ateroma y de trombosis que conducen a la angina de pecho y/o al infarto de miocardio

(ateroma: depósito de placas de grasa en la pared interna de los vasos )

Aparato digestivo y

Urinario



\* Efecto sedante y disminución de apetito

\* Aumento de la acidez gástrica que favorece la instalación y agravación de la

\* Úlcera de estómago.

\* Cáncer de esófago

Sistema Nervioso y

\* temblores

Órganos sensoriales ⇒

\* Irritabilidad

\* nerviosismo

\* Capacidad de atención.

Los dientes y

\* halitosis (mal aliento)

La lengua ⇒

\* Sarro supra e infragingival

\* Gingivitis y parodontitis

\* Lengua con fisuras profundas

La piel ⇒

\* Los dedos se ponen amarillos

\* Envejecimiento prematuro de la piel

\* Aparición precoz de arrugas

Los datos físicos más conocidos por sus efectos perjudiciales sobre el organismo son la nicotina, el óxido de carbono, el alquitrán y otras diversas sustancias irritantes.(28)

A partir de 1950 se empezó a hablar de la relación que el consumo de cigarrillos tenía con el cáncer pulmonar en varones.(28)

El alquitrán contenido en los cigarrillos posee una capacidad cancerígena muy alta. Y se encuentra en el cigarrillo que se quema y ha sido identificado como uno de los principales factores del cáncer pulmonar y de otros cánceres del tracto respiratorio .(28)

La nicotina es el componente más conocido que existe en el tabaco, es un estimulante del corazón y del sistema nervioso, de tal manera que el efecto inmediato al fumar es un aumento en los latidos del corazón y una elevación de la presión sanguínea, sin embargo; estos efectos desaparecen rápidamente.(28)

Los fumadores incipientes pueden desarrollar, como consecuencia de esto, accesos de tos y dificultades para respirar y a largo plazo pueden desarrollar problemas respiratorios, cardiovasculares y oralmente la lengua se empieza a observar que las fisuras se empiezan a profundizar y que se dirigen paralelamente a fisura lingual media, transversalmente y oblicuamente, también parece aumentar en número anchura y profundidad al aumentar la edad. El arrugamiento intenso se ha denominado lengua plicata o lengua escrotal , arrugada, plegada en estos casos la lengua es más sensible a factores externos y a los alimentos picantes.(28)(18)

El monóxido de carbono se produce al quemarse el cigarrillo y tiene la capacidad de reducir la habilidad sanguínea para acarrear oxígeno a los tejidos del cuerpo, desarrollando y endurecimiento las arterias, que es lo que técnicamente se llama arterioesclerosis.(28)

Los trastornos cardiovasculares y respiratorios impiden que el fumador de una cajetilla al día alcance los promedios de vida de los no fumadores. El fumador empedernido restará a su vida entre 7 y 10 años.(28)

Las causas de muerte producidas por el abuso del tabaco pueden ser, además de cáncer, problemas de infarto cardíaco y envejecimiento prematuro de las arterias, en general.(28)

La incidencia de tos en los fumadores al despertar o por las mañanas así como la tendencia a padecer más resfriados o que éstos tarden más en curarse, son algunas de las enfermedades causadas a corto plazo por el tabaco y que no son desestimables. Además, la recuperación de las intervenciones quirúrgicas será más lenta y los fumadores tendrán dos veces más riesgo de padecer úlcera péptica.(28)

Las desventajas del tabaco, como fenómeno que alivia la tensión emocional son de distinta naturaleza :

- 1) aunque el fumar es un hábito relajante y que disminuye la tensión psicológica, su efecto desde el punto de vista es débil y fugaz.
- 2) Existen pruebas de que el fumar de modo continuo tiene efectos biológicos dañosos.(29)

Las ventajas del hábito del tabaco son : que tiene tan amplia aprobación Social y cultural, que en moderación verdadera el hábito no tiene efectos perjudiciales sobre el organismo. (29)

## PATOLOGÍA DEL TABAQUISMO

Desde un principio se sospechaba de la relación entre el consumo de tabaco y el desarrollo de una patología específica, lo que progresivamente se fue convirtiendo en una evidencia cuando el cuerpo médico descubrió el paralelismo que existía entre la multiplicación de diversas enfermedades y el aumento del consumo de tabaco. Fue necesario realizar extensos estudios para llegar a un resultado que debe causar sorpresa a menudo por el efecto de la acumulación de tabaco que afecte la salud del ser humano.(29)

Los fumadores de pipa o de puro no entran en la patología relacionada con la inhalación de humo, sin embargo; no están a salvo de todos los peligros, ni siquiera de los más serios. Los cánceres de labios y de la lengua no son raros entre los fumadores de pipa, los cánceres de riñón y de la vejiga entre los amantes del puro y el de la faringe en los dos casos.(29)

A Priori, los investigadores admitieron en esta categoría de patología menor a los fumadores de cigarrillos que no inhalan el humo y limitan su consumo a menos de 10 unidades diarias, en este caso existe una disminución del riesgo, pero no una anulación y resulta imposible determinar un umbral debajo del cual el fumar resulta inofensivo. Estadísticamente, de las cuales inhalan el humo. El Dr. André Dufour se dedicó a determinar cuantitativamente el consumo de esta categoría de fumadores. Suponiendo que un individuo adquiere este hábito a la edad de 15 años, consumiendo una cajetilla diaria, habrá fumado a los 45 años cerca de 220,00 cigarrillos y poco menos de 300,00 a los 55 años. Pero no es necesario ir tan lejos ya que a los 32 años, según el Dr. Gabriel Nahas, habrá entrado en la zona de turbulencia. Esta inicia en un umbral de acumulación de alrededor de 120 kg. De tabaco, correspondiente a una cajetilla diaria durante 17 años, pero fumando cuatro cigarrillos diarios, este umbral puede ser alcanzado cuatro veces más rápido.(29)

La toxicidad del tabaco que actúa por efecto de acumulación se sitúa en el periodo de 45 a 60 años ,que es cuando se presentan en la mayoría de los casos, los cánceres relacionados con el tabaquismo, pero dado que la edad en la que los fumadores empiezan a fumar no deja de disminuir, hasta llegar en la actualidad a alrededor de los 11 años, la constitución del "capital" del tabaco es reunida mucho antes y los padres que con indiferencia dejan a sus hijos de 10 ó 12 años adornarse con un cigarrillo tienen, dada la longevidad actual y los cálculos del profesor Nahas, muchas oportunidades de enterrarlos.(29)

## AFECCIONES BUCALES Y DIGESTIVAS

La hipersalivación, la boca pastosa, el aliento fétido, la faringe crónica, las alteraciones dentales diversas y la lengua fisurada que se considera no dolorosa y se encuentra en ambos sexos están corrientemente relacionadas con el tabaco. De igual forma una leucoplasia degenerativa en el fumador con el cigarrillo pegado a los labios , las cosas resultan más serias ,como ya se ha hecho alusión a los cánceres bucales y linguales.(29)

De igual forma, el cáncer de esófago, sobre el cual Francia ostenta el triste récord, es casi inexistente entre los no fumadores y parecer estar estrechamente ligado a la interacción de un complejo alcohol-tabaco. Es, según el Dr. André Dufour, la enfermedad "de fumadores que beben y de alcohólicos que fuman". algunas veces, los daños al esófago pueden resultar en una esofaguitis catarral de pronóstico notan sombrío, pero bastante molesta.(29)

Al nivel del estómago, el tabaco es responsable de gastritis de localización alta, problemas disépsicos con náuseas, espasmos, hinchazón del vientre, abundantes secreciones y resonancia pseudoanginosa. La inapetencia, sudores atónicos son de igual forma manifestaciones o complicaciones de origen digestivo que se observan frecuentemente.<sup>(29)</sup>

Si, al contrario del cáncer de esófago, la responsabilidad del tabaquismo no ha sido aprobada en los cánceres gástricos, no sucede lo mismo con las úlceras en las que su intervención es ampliamente aceptada. En un estudio realizado en 1987, 93 % de los ulcerosos fumaban más de 20 cigarros diarios.

## **TABAQUISMO, PATOLOGÍA Y SOBREMORTALIDAD**

La patología relacionada con el tabaco, afecta múltiples localizaciones, actuando ya sea directamente, ya sea en combinación con otros factores de morbosidad. Se puede resumir de la siguiente forma:

- **CRÁNEO:** Problemas nerviosos, problemas sensoriales (audición, visión, olfato, gusto) problemas de la memoria.
- **BOCA:** Cáncer de labios, lengua, faringe, lengua escrotal y dentadura alterada, aliento fétido, pérdida del gusto.
- **SiSTEMA RESPIRATORIO:** laringitis, traqueítis, bronquitis.
- **APARATO DIGESTIVO:** Cánceres de faringe, del esófago, del estómago, esofaguitis, úlcera estomacal .
- **APARATO URINARIO:** Cánceres del riñón, de la vesícula.

- APARATO CIRCULATORIO: miembros inferiores: arteritis, gangrena.
- SISTEMA CARDIOVASCULAR: infartos al miocardio
- ROSTRO: alteraciones cutáneas, arrugas, dermatitis.

Cualquiera que sea la localización, esta patología es lo suficientemente abrumadora para que el hábito al tabaco se haya convertido en una de las principales preocupaciones de cualquier cuestionario acerca de la salud.

**Sobremortalidad.** El Dr. M. Tubiana, presidente de la Comisión Ministerial del Cáncer, estima que en Francia el tabaco acorta anualmente la vida de 77,000 Individuos, cifra que Catherine Hill (INSERM) establece en 65,000, aunque afirma que sólo se trata de una base. Si la vida de los fumadores se ve reducida en nueve años, cada cigarro representa entonces una reducción de vida de alrededor de 15 minutos, es decir mucho menos del tiempo en que el fumador emplea en consumirlo.<sup>(29)</sup>

En valor relativo, la sobremortalidad, variable de una etapa de la vida, afecta, como es de esperarse, entre los 45 y 55 años, en los que alcanza de 75 a 80%. Pero si bien la curva decrece en valor relativo más allá de los 55 años, sigue ascendente en valor absoluto, ya que la mortalidad específica se combina entonces con la mortalidad de base creciente con la edad. <sup>(29)</sup>

Según E. C. Hammond, entre los no fumadores, en los países desarrollados, la esperanza de vida a los 25 años es de 48 años. Entre los fumadores de una cajetilla diaria (20 cigarros) es tan sólo de 42 años y de 39 años cuando en consumo alcanza los 30 cigarrillos. El estudio de Doll y Hill es mucho más sombrío, la diferencia de esperanza de vida en el no fumador y en el gran fumador no es de nueve años, sino de 23.<sup>(29)</sup>

más sombrío, la diferencia de esperanza de vida en el no fumador y en el gran fumador no es de nueve años, sino de 23.(29)

La sobremortalidad también está en función de varios criterios, entre éstos de manera particularidad la precocidad de la edad en la que el fumador empieza, el número de bocanadas y la inhalación del humo.(29)

Específicamente, algunos presagios de mortalidad harían saltar, si fuera posible, los aparatos de medición, ya que la sobremortalidad en unas cuantas décadas se ha vuelto aplastante. En 1990 se reportaron 198 cánceres bronquiopulmonares en el mundo y en 1980 la cifra llegó a 360,00. Tan sólo en México, alrededor del año 2010 habrá 110 000 víctimas de ese cáncer por año.

La insistencia con la cual las asociaciones de lucha contra el cáncer denuncian el tabaquismo no es gratuita. En el mundo entero, los cancerólogos hacen eco. “el simple hecho de renunciar al hábito de fumar reduciría en aproximadamente un tercio de la mortalidad debida al cáncer”, concluye en su reporte (1986) el Dr. Yves Lcahin. La opinión es unánime. “el único cigarro inofensivo es el cigarro que no fumamos “, resumió sobriamente el DR. Arthur LC. Upton, entonces director del National Cáncer Instituto (Estados Unidos). (29).

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES	AÑO	ACTIVIDADES
Junio, julio, agosto, septiembre	2000	Se tomaron fotografías en el Hospital Psiquiátrico de Guadalupe.
Octubre, noviembre, diciembre	2000	Se tomaron fotografías de pacientes sistémicamente enfermos en diferentes instituciones gubernamentales.
enero	2001	Recopilación Bibliográfica
Febrero, marzo, abril	2001	Correcciones del Protocolo
Mayo, junio, julio	2001	Correcciones del Protocolo
Agosto, septiembre	2001	Protocolo aceptado y Elaboración de Tesis
Octubre, noviembre, diciembre	2001	Corrección de tesis
Enero, febrero	2002	Corrección de tesis
Marzo	2002	Análisis e interpretación de datos, discusión y conclusión

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo ,descriptivo, analítico y experimental tomando una muestra de 50 pacientes, divididas en 2 grupos de acuerdo a sus características mentales.

En la primera muestra elegida como grupo A se incluyeron a pacientes entre los 45 a 58 años de edad, dichos pacientes son del Hospital Psiquiátrico "Guadalupe" ubicado en San Andres Cholula, Puebla y los otros 25 restantes son pacientes de diferentes instituciones gubernamentales de la Ciudad de Puebla, que presentan alteraciones en la lengua; como son lengua fisurada, hendida y geográfica y su relación con alguna enfermedad sistémica presente.

Lo que se va observar es la incidencia de tipos de lengua en pacientes mentalmente sanos pero con alguna enfermedad sistémica y pacientes psiquiátricos y averiguar en pacientes que presentan estas alteraciones es la relación que tienen con el estado emocional y/o metabólico del paciente, así como su relación con la ingesta de medicamento específico en un tiempo prolongado.

### **Recursos Materiales :**

Para este estudio se necesitaron varios artículos de papelería como son :lápiz hojas blancas, computadora, tinta impresora ,cámara fotográfica con lente macro de 0.6 mm., rollo para diapositiva, scanner libros, revistas, artículos de internet, toner

Revelado para fotografía y diapositiva.

### **Recursos Financieros:**

Cabe mencionar que toda la información fue solventada por el investigador.

## **Recursos Humanos :**

Para que se realizara esta investigación se tuvo que necesitar una serie de personas que colaboraron para este fin tales como:

- El investigador propiamente dicho
- 2 enfermeras del psiquiátrico
- 1 Terapeuta Físico que conocía a los enfermos
- Odontólogos de las diferentes Instituciones Gubernamentales
- 25 pacientes psiquiátricos
- 25 pacientes que acudieron a las instituciones gubernamentales que presentaban alguna enfermedad sistémica.

Cuando el odontólogo tiene proporcionar sugerencias para tratamiento en pacientes mentalmente sanos pero con alguna enfermedad sistémica como es el caso de la diabetes, hipertensión, tabaquismo, alcoholismo, debe tener en cuenta que tipo de medicamento toma, por cuanto tiempo ha estado ingiriendo este medicamento, cuantas veces al día, si tiene buena higiene bucal y si usa algún enjuague bucofaringeo, cual es su alimentación, si fuma, si ingiere alcohol y en caso de un paciente psiquiátrico es necesario darle a conocer a su médico general la importancia de una historia apropiada y saber eliminar factores externos como es el cigarrillo y el alcohol, así como cuidar su alimentación y disminuir o eliminar el medicamento que provoquen estas patologías en lengua y/o tomar el medicamento por lapsos no prolongados.

## **Métodos :**

Un paso importante para conseguir información veraz de nuestro paciente es hacerle unas preguntas claves :

1.- **ESTADO DE SALUD:** En este paso lo que pretende el Cirujano Dentista es observar a su paciente en un panorama completo para eso se necesita saber si:

- :Ha estado hospitalizado en los últimos 2 años?

- ¿Ha estado bajo algún tratamiento médico durante un año ?
- ¿Ha estado bajo algún medicamento durante el último año?
- ¿Es alérgico con algún medicamento?
- ¿Qué enfermedad tiene actualmente diagnosticado por su médico general?

**2.-ESTADO DE SALUD ACTUAL:** Una vez conociendo su Estado General de Salud es necesario conocer la patología en que se encuentra nuestro paciente, para tomar todas las medidas necesarias para empezar nuestra consulta. En caso de ser necesario por no estar controlado de cualquier enfermedad actual remitirlo primero a Medicina General.

**3.-QUE MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE, POR CUANTO TIEMPO Y CUAL ES LA DOSIS POR DÍA?** ES muy importante conocer el medicamento que toma nuestro paciente ya que muchas veces, este medicamento es muy fuerte ó la dosis es muy elevada provocando alteraciones en el Sistema Nervioso Central o patología en Lengua.

**4.-HÁBITOS PERSONALES:** Estos hábitos son indispensable preguntarle a nuestros paciente, ya que influyen tanto en el aseo personal como en la salud bucal. Por eso es necesario sondear perfectamente este punto pues aquí, podría ser un punto de sospecha que existe una patología en lengua. Y las preguntas se formularían de esta manera:

- ¿fuma?
- ¿Cuántos cigarrillos al día?
- ¿ingiere alcohol?
- ¿Cuántos vasos al día?

**5.-HÁBITOS DE ASEO:** Al preguntar este punto nos damos una idea del si tiene una buena técnica de cepillado o no y de no ser así es necesario notificárselo a nuestro paciente y tratar de que mejore este punto, enseñarlo.

- ¿cuántas veces se cepilla los dientes?
- ¿cuándo se cepilla toma en cuenta cepillarse la lengua?

**6.- HÁBITOS ALIMENTICIOS:** El ingerir irritantes un alto índice de sospecha que existe una alteración en lengua ya que la lengua es muy sensible a factores externos como son los picantes, especias, saborizantes artificiales, es por eso indagar a fondo en este punto y preguntar:

- ¿come alimentos irritantes?
- ¿con que frecuencia ingiere estos irritantes?

Con esta serie de preguntas ,una vez contestadas sinceramente el Odontólogo ha realizado una Historia Clínica completa de acuerdo a nuestro estudio.

Cabe mencionar que se tomaron muestras de pacientes psiquiátricos y pacientes mentalmente comprometidos pero sistémicamente enfermos y los datos de las siguientes Historias Clínicas son verídicas completamente ya que se obtuvieron de expedientes médicos y cuando no se encontraba en el expediente nuestra respuesta se hacia personalmente, en caso de los pacientes psiquiátricos se saca información de un expediente clínico especial y si no se encontraba respuesta se acudió al Médico responsable y se le preguntó ya que él ha estado más de 25 años trabajando para el Hospital " Guadalupe " .

# HISTORIAS CLÍNICAS

---

PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

PACIENTES SANOS MENTALMENTE CON ALGUNA  
ENFERMEDAD SISTÉMICA

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.: 1

FECHA DE REGISTRO :16 octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Saucedo Jonapá Carlos Esteban

EDAD : 35 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA : esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: Si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Imipramina grageas 25 mg.

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? Antidepresivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: Psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? con alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 75 mg 3 veces al día

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: Si

¿CUÁL? Lengua Fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: El paciente demuestra ardor.

¿INGIERE ALCOHOL?: NO ¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? si ¿CON QUÉ FRECUENCIA? 15 cigarrillos al día

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

**HISTORIA CLINICA**

**HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE**

**PACIENTE No.: 2**

**FECHA DE REGISTRO : 16 de octubre del 2000**

**NOMBRE COMPLETO: Solis Pazuelo Juan Carlos**

**EDAD : 35 años**

**SEXO: masculino**

**ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: Esquizofrenia psicótica**

**CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si**

**¿QUE FÁRMACO INGIERE? Clorimipramina 25 mg.**

**¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? antidepressivo**

**¿QUIÉN LO MANDÓ? Psiquiatra**

**¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos**

**¿ CUAL ES SU DOSIS? 2 veces al día**

**¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido**

**EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si**

**¿CUÁL? Lengua fisurada**

**HAYALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no**

**¿INGIERE ALCOHOL?: no      ¿CON QUÉ FRECUENCIA?**

**¿FUMA? si                      ¿CON QUÉ FRECUENCIA? 20 cigarrillos al día**

**INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no**

**¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?**

**RECOPIACIÓN DE DATOS:**

**NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO**

HISTORIA CLINICA

“ HOSPITAL PSQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.: 3

FECHA DE REGISTRO : 16 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Jiménez Rosales Pedro

EDAD : 35 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: Esquizofrenia Histórica

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Imipramina grageas 25 mg.

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? antidrepresivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: Psiquiatra

¿ CON QUE TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 2 veces al día

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA:

¿INGIERE ALCOHOL?            ¿CON QUE FRECUENCIA?

¿FUMA? si                            ¿CON QUE FRECUENCIA? 18 cigarrillos al dia

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPILACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“ HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE “

PACIENTE No.: 4

FECHA DE REGISTRO : 16 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Ramírez Sánchez Rómulo

EDAD : 33 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: Esquizofrenia

ES CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Tegretol 250 mg.

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? Anticonvulsino

¿QUÍEN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con sus alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 veces al día

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? si

¿CON QUÉ FRECUENCIA? 20 cigarrillos al día

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.:5

FECHA DE REGISTRO : 17 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: López López Luis Daniel

EDAD : 36 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: Esquizofrenia

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? imipromina 25 mg. grageas

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? antidepresivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: Psiquiatra

¿ CON QUE TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 75 mgr al día 3 dosis hasta llegar como un máximo de 150 mgr.  
Por día si es necesario.

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: si  
Ligeramente ardor

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUE FRECUENCIA?

¿FUMA? Si

¿CON QUE FRECUENCIA?20 cigarrillos al día

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.:6

FECHA DE REGISTRO : 17 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Gomez Espinoza Rafael

EDAD : 35 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia

ESCONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Mutabon A y D grageas

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? Antidepresivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUE TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 o 4 veces al día 2 grageas

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTA PATOLOGÍA: a veces

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUE FRECUENCIA?

¿FUMA? si ¿CON QUE FRECUENCIA? 20 cigarrillos al día

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPILACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“ HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.:7

FECHA DE REGISTRO : 17 de Octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Aco Tome Isacc

EDAD : 35 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Clorimipramina tabletas, diacepam

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? antidepressivo y anticunvulsivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 50 mg. 1 vez al día de clorimipramina y 1 tabs de diacepam al dia

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? si

¿CON QUÉ FRECUENCIA? 20 cigarrillos al día

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO



HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.: 9

FECHA DE REGISTRO : 17 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Cortes Fernández Miguel

EDAD : 36 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia social

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? trilafón

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? antidepresivo

¿QUÉEN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con sus alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 veces al día 16 mg

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: no ¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? si ¿CON QUÉ FRECUENCIA? 20 cigarrillos al dia

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.: 10

FECHA DE REGISTRO : 17 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Camacho Espinoza Efrain

EDAD : 37 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: Esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? rivotril

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? antidepresivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 veces al día una tableta

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: si

¿INGIERE ALCOHOL?: ¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? Si ¿CON QUÉ FRECUENCIA? 25 cigarros al día

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.: 11

FECHA DE REGISTRO : 17 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Herrera Flores Anastacio

EDAD : 35 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: Esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? sinogan

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? antidepresivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 veces al día

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? si

¿CON QUÉ FRECUENCIA? 20 cigarros al día

INGIERE ALIENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.: 12

FECHA DE REGISTRO : 17 de octubre del 2000.

NOMBRE COMPLETO: Gaugazar Ramírez Pedro

EDAD : 40 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: trastorno afectivo bipolar en fase maniaca

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Haldon, diacepan

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? antidepresivo y anticonvulsivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con sus alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 veces al día

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? si

¿CON QUÉ FRECUENCIA? 20 cigarros al día

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.:13

FECHA DE REGISTRO : 17 de octubre del 2000.

NOMBRE COMPLETO: Rodríguez Asuela. Julian

EDAD : 38 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Tegretol 250 mg- 3 veces al día

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? anticonvulsivo

¿QUÍEN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con sus alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 veces al día

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

EXISTE ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? si

¿CON QUÉ FRECUENCIA? 20 cigarros al día

INGIERE ALIENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.: 14

FECHA DE REGISTRO : 16 de octubre del 2000.

NOMBRE COMPLETO: Pereira Martínez José

EDAD : 28 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Imipramina grageas 25 mg.

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? antidepressivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 75 mg 3 veces al dia.

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? si

¿CON QUÉ FRECUENCIA? 30 cigarros al día

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.: 15

FECHA DE REGISTRO : 17 de Octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Obregón Sánchez Elías

EDAD : 29 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Rivotril , temgesic

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? Antidepresivo y analgesico

¿QUÍEN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUE TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 veces al día

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUE FRECUENCIA?

¿FUMA? Si ¿CON QUE FRECUENCIA? 28 cigarros al día

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPILACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

"HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE"

PACIENTE No.: 17

FECHA DE REGISTRO : 17 de octubre del 2000.

NOMBRE COMPLETO: Ramirez Casares Luis

EDAD : 25 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia psicosocial

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Clorimipramina 25 mg

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? Es antidepresivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 veces al día

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? si

¿CON QUÉ FRECUENCIA? 35 cigarrros al día

INGIERE ALIENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.: 18

FECHA DE REGISTRO : 18 de octubre del 2000.

NOMBRE COMPLETO: Jiménez Hernández Dario

EDAD : 28 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Mutabon A y D grageas

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? antidepresivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 veces al día

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

EXISTE ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTA PATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? no

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS : no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.:19

FECHA DE REGISTRO : 19 de Octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Sánchez Morales Daniel

EDAD : 36 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? tegretol

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? anticonvulsivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUE TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 veces al día

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

EXISTE ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: ¿CON QUE FRECUENCIA?

¿FUMA? si ¿CON QUE FRECUENCIA? 20 cigarros al día

INGIERE ALIENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPILACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO DE GUADALUPE”

PACIENTE No.:20

REGISTRO : 19 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Ariz Romero Luis Antonio

EDAD : 35 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Tegetol tabletas

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? anticonvulsivos

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS?3 veces al día

¿POR CUÁNTO TIEMPO?:indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA si:

¿CUÁL? Lengua fisurada

EXISTE ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?:

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? si

¿CON QUÉ FRECUENCIA? 25 cigarros al día

INGIERE ALIENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

FECHA DE REGISTRO : 19 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Romero Ruiz Jorge

EDAD :37 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? haldon

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES?anticonvulsivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 veces al dia

¿POR CUÁNTO TIEMPO?:indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA si:

¿CUÁL? Lengua fisurada

EXISTE ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?:

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? Si ¿CON QUÉ FRECUENCIA? 26 cigarros al día

INGIERE ALIENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO



HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.: 23

FECHA DE REGISTRO : 19 de octubre del 2000.

NOMBRE COMPLETO: Pérez Carvajal José

EDAD : 28 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Imipramina grageas 25 mg.

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? antidepresivo

¿QUÍEN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 75 mg 3 veces al día.

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? si

¿CON QUÉ FRECUENCIA? 30 cigarros al día

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSIQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.: 24

FECHA DE REGISTRO : 18 de Octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Sánchez Sánchez Carlos

EDAD : 29 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia paranoide

CONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Rivotril , temgesic

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? Antidepresivo y analgesico

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 veces al día

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTAPATOLOGÍA: no

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? Si

¿CON QUÉ FRECUENCIA? 28 cigarros al día

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

HISTORIA CLINICA

“HOSPITAL PSQUIATRICO GUADALUPE”

PACIENTE No.:25

FECHA DE REGISTRO : 18 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Gomez Rosales JoseLuis

EDAD : 35 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA: esquizofrenia

ESCONTROLADA CON MEDICAMENTOS: si

¿QUE FÁRMACO INGIERE? Mutabon A y D grageas

¿QUE TIPO DE FÁRMACO ES? Antidepresivo

¿QUIÉN LO MANDÓ?: psiquiatra

¿ CON QUÉ TOMA SU MEDICAMENTO? Con los alimentos

¿ CUAL ES SU DOSIS? 3 o 4 veces al día 2 grageas

¿POR CUÁNTO TIEMPO?: indefinido

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: si

¿CUÁL? Lengua fisurada

HAY ALGUNA MOLESTIA CUANDO EXISTE ESTA PATOLOGÍA: a veces

¿INGIERE ALCOHOL?: no

¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿FUMA? si

¿CON QUÉ FRECUENCIA? 20 cigarrillos al día

INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS: no

¿CUÁNTAS VECES AL DÍA?

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO

## HISTORIA CLINICA

PACIENTE No: 1

FECHA DE REGISTRO: 20 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Romero Romero Francisco

EDAD: 35 años

SEXO: masculino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA POR EL MEDICO GENERAL: Diabetes tipo I

¿QUÉ MEDICAMENTO INGIERE? Bieglucon M 0.5 mg tabletas

¿HACE CUANTO TIEMPO INGIERE ESTE MEDICAMENTO? Aprox. 3 años

¿CUÁL ES LA DOSIS? 3 veces al día y con alimentos

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: Si

¿CUÁL? Lengua escrotal

HAY ALGUNA SINTOMATOLOGÍA CON ESTA PATOLOGÍA: No

¿INGIERE ALCOHOL? No

¿FUMA? Si

¿ CUANTOS CIGARROS FUMA AL DIA? 20 cigarros al día

¿INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS O IRRITANTES? Si

¿CUÁNTAS VECES ALA SEMANA INGIERE ESTOS ALIMENTOS? 2 ó 3 veces a la semana.

INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL: ISSSTEP

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO.

**HISTORIA CLINICA**

**PACIENTE No: 2**

**FECHA DE REGISTRO:** 20 de octubre del 2000

**NOMBRE COMPLETO:** Vázquez Jiménez Rogelio

**EDAD:** 37 años

**SEXO:** masculino

**ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA POR EL MEDICO GENERAL:** hipertensión arterial

**¿QUÉ MEDICAMENTO INGIERE?** Tegretol tabletas

**¿HACE CUANTO TIEMPO INGIERE ESTE MEDICAMENTO?** Aprox. 5 años

**¿CUÁL ES LA DOSIS?** 3 veces al día y con alimentos

**EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA:** Si

**¿CUÁL?** Lengua escrotal y geográfica

**HAY ALGUNA SINTOMATOLOGÍA CON ESTA PATOLOGÍA:** No

**¿INGIERE ALCOHOL?** No

**¿FUMA?** Si

**¿CUANTOS CIGARROS FUMA AL DIA?** 15 cigarros al día

**¿INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS O IRRITANTES?** Si

**¿CUÁNTAS VECES ALA SEMANA INGIERE ESTOS ALIMENTOS?** 2 ó 3 veces a la semana.

**INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL:** ISSSTEP

**RECOPILACIÓN DE DATOS:**

**NOMBRE:** GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO.

**HISTORIA CLINICA**

**PACIENTE No: 3**

**FECHA DE REGISTRO: 20 de octubre del 2000**

**NOMBRE COMPLETO: Fernández Cortés Angélica**

**EDAD: 35 años**

**SEXO: femenino**

**ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA POR EL MEDICO GENERAL: Diabetes tipo I**

**¿QUÉ MEDICAMENTO INGIERE? Bieglucon M5 tabletas**

**¿HACE CUANTO TIEMPO INGIERE ESTE MEDICAMENTO? Aprox. 7 años**

**¿CUÁL ES LA DOSIS? 3 veces al día y con alimentos**

**EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: Si**

**¿CUÁL? Lengua escrotal**

**HAY ALGUNA SINTOMATOLOGIA: No**

**¿INGIERE ALCOHOL? No**

**¿FUMA? Si**

**¿ CUANTOS CIGARROS FUMA AL DIA? 4 cigarros al día**

**¿INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS O IRRITANTES? Si**

**¿CUÁNTAS VECES ALA SEMANA INGIERE ESTOS ALIMENTOS? 2 ó 3 veces a la semana.**

**INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL: ISSSTEP**

**RECOPIACIÓN DE DATOS:**

**NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO.**

## HISTORIA CLINICA

PACIENTE No: 4

FECHA DE REGISTRO: 20 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Ponce López Julieta

EDAD: 45 años

SEXO: femenino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA POR EL MEDICO GENERAL: Diabetes tipo I e hipertensión.

¿QUÉ MEDICAMENTO INGIERE? Tegretol tabletas y mepromazina tabletas

¿HACE CUANTO TIEMPO INGIERE ESTE MEDICAMENTO? Aprox. 6 años

¿CUÁL ES LA DOSIS? 3 veces al día y con alimentos

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: Si

¿CUÁL? Lengua escrotal

HAY ALGUNA SINTOMATOLOGÍA CON ESTA PATOLOGÍA: No

¿INGIERE ALCOHOL? No

¿FUMA? Si

¿ CUANTOS CIGARROS FUMA AL DIA? 3 cigarros al día

¿INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS O IRRITANTES? Si

¿CUÁNTAS VECES ALA SEMANA INGIERE ESTOS ALIMENTOS? 3 veces a la semana.

INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL: ISSSTEP

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO.

HISTORIA CLINICA

PACIENTE No: 5

FECHA DE REGISTRO: 21 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Torres Gómez Norma

EDAD: 33 años

SEXO: femenino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA POR EL MEDICO GENERAL: hipertensión

¿QUÉ MEDICAMENTO INGIERE? Diacepam tabletas

¿HACE CUANTO TIEMPO INGIERE ESTE MEDICAMENTO? Aprox. 3 años

¿CUÁL ES LA DOSIS? 2 veces al día y con alimentos

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: Si

¿CUÁL? Lengua escrotal

HAY ALGUNA SINTOMATOLOGÍA CON ESTA PATOLOGÍA: No

¿INGIERE ALCOHOL? No

¿FUMA? Si

¿CUANTOS CIGARROS FUMA AL DIA? 2 cigarros al día

¿INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS O IRRITANTES? Si

¿CUÁNTAS VECES ALA SEMANA INGIERE ESTOS ALIMENTOS? 2 ó 3 veces a la semana.

INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL: ISSSTEP

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO.

HISTORIA CLINICA

PACIENTE No: 6

FECHA DE REGISTRO: 21 de octubre del 2000

NOMBRE COMPLETO: Rosales Cúatle Guadalupe

EDAD: 34 años

SEXO: femenino

ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA POR EL MEDICO GENERAL: hipertensión

¿QUÉ MEDICAMENTO INGIERE? Mesilato de benzotropina

¿HACE CUANTO TIEMPO INGIERE ESTE MEDICAMENTO? Aprox. 5 años

¿CUÁL ES LA DOSIS? 3 veces al día y con alimentos

EXISTE PATOLOGÍA DE LENGUA: Sí

¿CUÁL? Lengua escrotal

HAY ALGUNA SINTOMATOLOGÍA CON ESTA PATOLOGÍA: No

¿INGIERE ALCOHOL? No

¿FUMA? No

¿CUANTOS CIGARROS FUMA AL DIA?

¿INGIERE ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS O IRRITANTES? Sí

¿CUÁNTAS VECES ALA SEMANA INGIERE ESTOS ALIMENTOS? 4 veces a la semana.

INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL: ISSSTEP

RECOPIACIÓN DE DATOS:

NOMBRE: GUADALUPE SÁNCHEZ BARRANCO.

## **BENEFICIOS ESPERADOS**

Conocer la etiología verdadera de la aparición de la lengua fisurada, hendida y geográfica tanto en pacientes psiquiátricos como en pacientes sistémicamente comprometidos.

Tener conocimientos, farmacológicos de algunos medicamentos que tengan efectos secundarios en ambos pacientes, detectar y eliminar los factores externos que provoquen en estas patologías.

# CUADROS COMPARATIVOS

---

PACIENTES PSIQUIÁTRICOS Y PACIENTES SISTÉMICAMENTE  
COMPROMETIDOS PERO MENTALMENTE SANOS

SEXO	EDAD	LENGUA FISURADA	LENGUA GEOGRÁFICA	E.SISTEMICA	E.PSICOLOGICA	E.CRÓNICA	ALIMENTACIÓN	TIPO DE MEDICAMENTO	TIEMPO
M	36	SI		D.M. II E HIPERTENSIÓN	INSOMNIO		IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE Y ANTIDEPRESIVO	5 AÑOS
M	45	SI		D.M. II E HIPERTENSIÓN			IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE Y ANTIDEPRESIVO	3 AÑOS
M	33	SI	SI	D.M. II E HIPERTENSIÓN			IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE Y ANTIDEPRESIVO	5 AÑOS
M	34	SI		D.M, TIPO II		TABAQUISMO	IRRITANTE	VITAMINAS	6 AÑOS
M	33	SI		D.M. TIPO II		TABAQUISMO	IRRITANTE	VITAMINAS	3 AÑOS
M	38	SI		D.M.TIPO II			IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE	4 AÑOS
M	37	SI	SI	D.M. DEPRESION			IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE Y ANTIDEPRESIVO	2 AÑOS
M	36	SI		HIPERTENSION		TABAQUISMO	IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE Y ANTICONVULSIVO	3 MESES
M	30	SI		HIPERTENSION			IRRITANTE	ANTIDEPRESIVO , HIPOGLUCEMIANTE	2 AÑOS
M	38	SI	SI	D.M.II, HIPERTENSION		TABAQUISMO	IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE,VITAMINAS	5 AÑOS
M	35	SI		D.M II ANEMIA		TABAQUISMO	IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE,VITAMINAS	10 AÑOS
M	45	SI	SI	D.M TIPO II			IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE	4 AÑOS
M	56	SI		D,M, TIPO II		ALCOHOLISMO	IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE	3.5 AÑOS
M	58	SI		D.M. TIPO II			IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE	2.5 AÑOS
M	57	SI		D.M TIPO II			IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE	1.5 AÑOS
H	50	SI		DEPRESION ,D.M.TIPO II	INSOMNIO	TABAQUISMO	IRRITANTE	ANTIDEPRESIVO , HIPOGLUCEMIANTE	11 MESES
H	52	SI		HIPERTENSION Y D.M.II		TABAQUISMO	IRRITANTE	ANTIDEPRESIVO , HIPOGLUCEMIANTE	8 MESES
H	53	SI		D.M Y ANEMIA			IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE,VITAMINAS	3 MESES
H	57	SI		D.M. E HIPERTENSION			IRRITANTE	ANTIDEPRESIVO , HIPOGLUCEMIANTE	2 MESES
H	52	SI		D.M.Y DEPRESION		TABAQUISMO	IRRITANTE	ANTIDEPRESIVO , HIPOGLUCEMIANTE	5 AÑOS
H	50	SI		D.M II ANEMIA			IRRITANTE	HIPOGLUCEMIANTE,VITAMINAS	4 MESES
M	56	SI	SI	D.M. TIPO II	INSOMNIO	TABAQUISMO	IRRITANTE	ANTIDEPRESIVO , HIPOGLUCEMIANTE	6 AÑOS

FUENTE: IMSS, ISSSTE, ISSSTEP, DIF-CHOLULA, SALUBRIDAD-PUEBLA

SEXO	EDAD	LENGUA FISURADA	LENGUA GEOGRÁFICA	E.SISTEMICA	E.PSICOLOGICA	E.CRÓNICA	ALIMENTACIÓN	TIPO DE MEDICAMENTO	TIEMPO
H	35	SI			ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	7 AÑOS
H	35	SI		D.M. TIPO II	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO, HIPOGLUCEMIANTE	8 AÑOS
H	35	SI			ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	5 AÑOS
H	33	SI	SI		ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	5 AÑOS
H	36	SI		D.M. TIPO II	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO, HIPOGLUCEMIANTE	12 AÑOS
H	35	SI			ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	8 AÑOS
H	35	SI			ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	8 AÑOS
H	36	SI			TRASTORNO FASE MANIACA	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	5 AÑOS
H	37	SI			ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	9 AÑOS
H	40	SI	SI		ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	11 AÑOS
H	38	SI			ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	13 AÑOS
H	37	SI		HIPERTENSION	TRASTORNO FASE MANIACA	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO, ANTICONVULSIVO	20 AÑOS
H	39	SI			ESQUIZOFRENIA CATATONICA	ALCOHOLISMO	BALANCEADA	ANTICONVULSIVO	14 AÑOS
H	38	SI			E. ESQUIZO-AFECTIVA	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	06 AÑOS
H	50	SI			E. ESQUIZO-AFECTIVA	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	7 AÑOS
H	38	SI	SI		E. ESQUIZO-AFECTIVA	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	4 AÑOS
H	40	SI			DEPRESION	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	3 AÑOS
H	33	SI			DEPRESION	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	2.5 AÑOS
H	38	SI			DEPRESION	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	3 AÑOS
H	34	SI	SI		ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	19 AÑOS
H	43	SI			ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	9 AÑOS
H	39	SI			ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	TABAQUISMO	BALANCEADA	ANTIDEPRESIVO	12 AÑOS

FUENTE: HOSPITAL PSIQUIATRICO DE CHOLULA "GUADALUPE"

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se revisaron a 44 pacientes en total para esta investigación de los cuales 22 pacientes fueron psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Guadalupe de Sn. Andrés Cholula y el resto fueron de diferentes Instituciones Gubernamentales de la Ciudad de Puebla.

Los porcentajes de los 22 pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico fueron :

- Patología de lengua geográfica = **18 %**
- Patología lengua Fisurada = **100%**
- Pacientes con Esquizofrenia Paranoide = **59 %**
- Pacientes con Trastornos fase maniaca = **4 %**
- Pacientes con Esquizofrenia Catatónica = **4 %**
- Pacientes con Esquizo-afectiva = **13 %**
- Pacientes con Depresión = **13 %**
- Pacientes psiquiátrico con DM tipo II = **9%**
- Pacientes psiquiátricos con Hipertensión = **4%**

Los porcentajes de los 22 pacientes de las diferentes Instituciones Gubernamentales fueron :

- Pacientes con DM .tipo II e Hipertensión con presencia de lengua Geográfica es **27 %**
- Pacientes con DM tipo II con presencia de lengua geográfica es del **27 %**
- Pacientes con Hipertensión con presencia de lengua geográfica es del **9 %**
- Pacientes con Depresión y DM tipo II con presencia de lengua geográfica es de **13%**
- Pacientes con DM tipo II y anemia con presencia de lengua geográfica es de **13 %**
- D.M tipo II e hipertensión con presencia de lengua fisurada y Geográfica es de **13 %**
- DM tipo II con presencia de lengua fisurada y Geográfica es de **3 %**

En General los 44 pacientes presentaron:

Lengua Fisurada es del **100%**

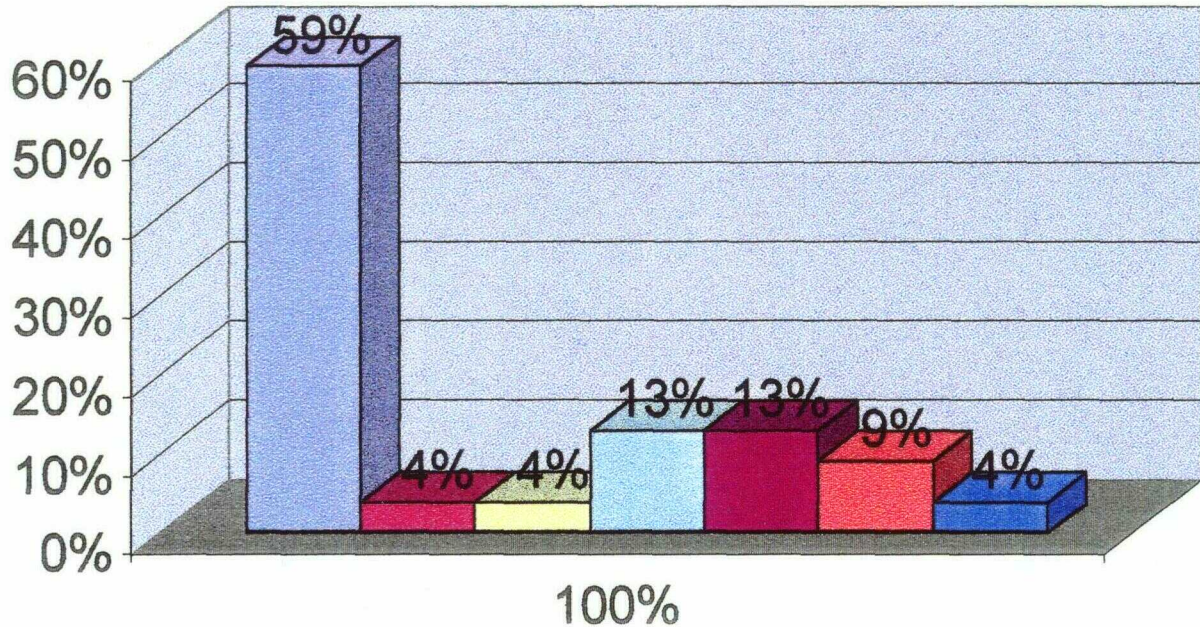
Lengua Geográfica es del **20 %**

# GRÁFICAS COMPARATIVAS

---

PACIENTES PSIQUIÁTRICOS Y PACIENTES SISTÉMICAMENTE  
COMPROMETIDOS

## Gráfico de pacientes psiquiátricos.



■ Esquizofrenia paranoide

■ Trastornos fase maniaca.

■ Esquizofrenia catatónica.

■ Esquizo-afectiva

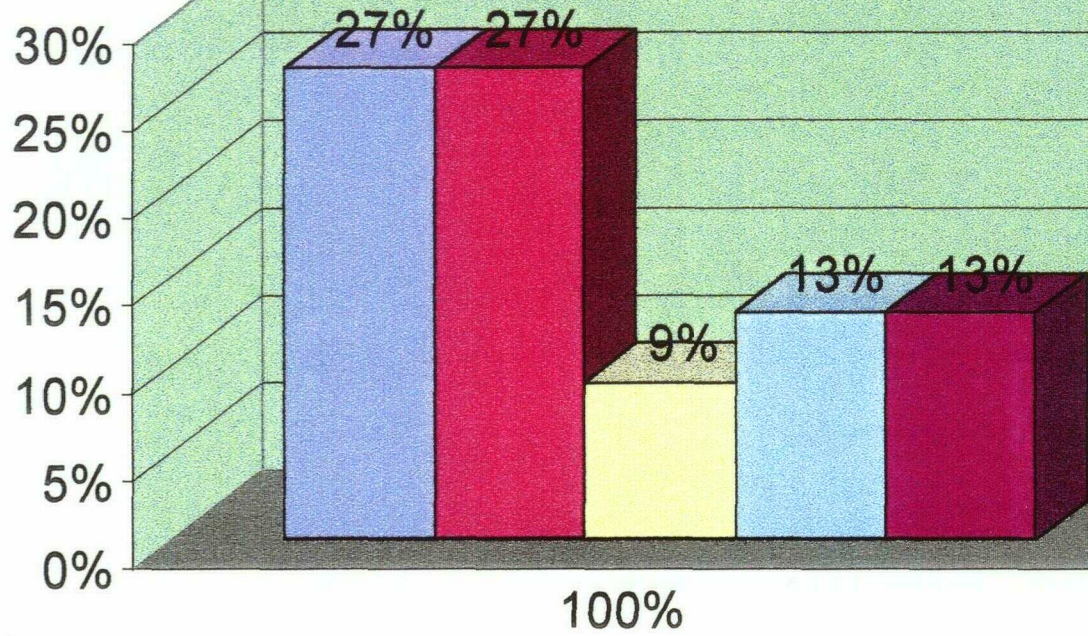
■ Depresión.

■ Psiquiátrico con DM Tipo II.

■ Psiquiátrico con hipertensión.

GRÁFICA 1 : Tabla de porcentajes de pacientes Psiquiátricos que presentaron la Patología de lengua Fisurada.

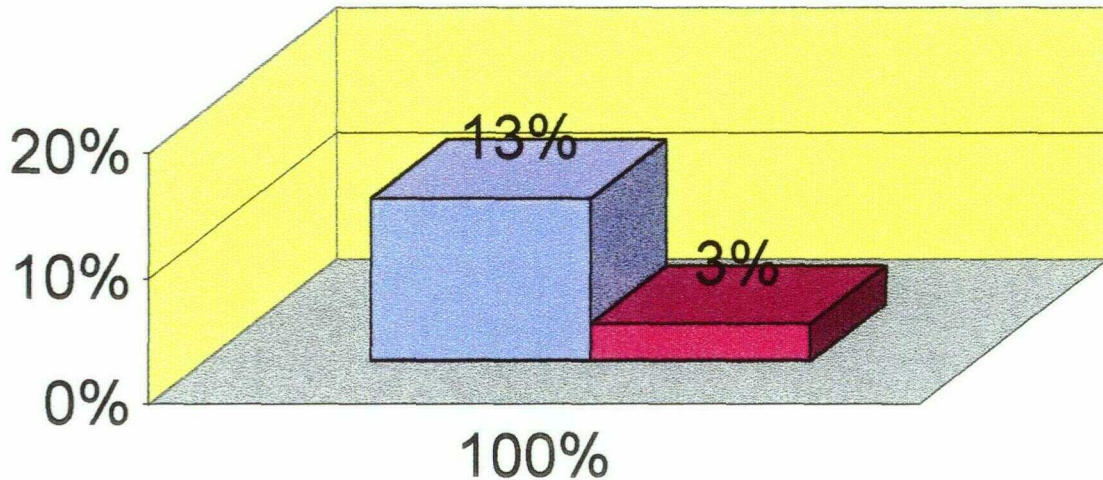
FUENTE: Hospital Psiquiátrico de "Guadalupe"



- Pac. con DM tipo II e Hipertensión
- Pac. con DM tipo II
- Pac. con Hipertensión
- Pac. con Depresión y DM tipo II
- Pac. con DM tipo II y Anemia

GRAFICA 2: Tabla de porcentajes de pacientes que presentaron la Patología de Lengua Fisurada.  
 FUENTE : Diferentes Dependencias Gubernamentales de la Cd. De Puebla.Pue.

# Gráfico de Pacientes sistémicamente comprometidos pero mentalmente sanos

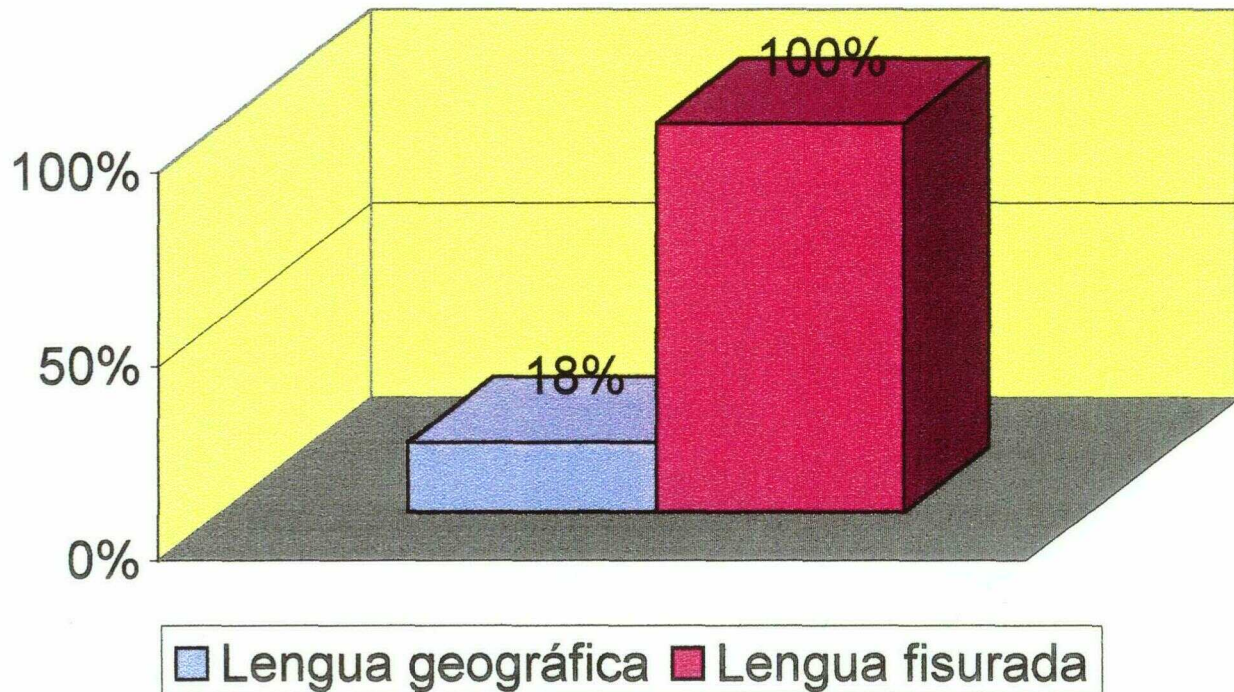


■ Pac. Con DM.tipo II e Hipertensión ■ Pac. Con DM.tipo II

GRÁFICA 3 tabla de porcentajes de pacientes que presentaron la Patología de Lengua Fisurada y Lengua Geográfica.

FUENTE: Diferentes Dependencias Gubernamentales de la Cd. De Puebla ,Pue.

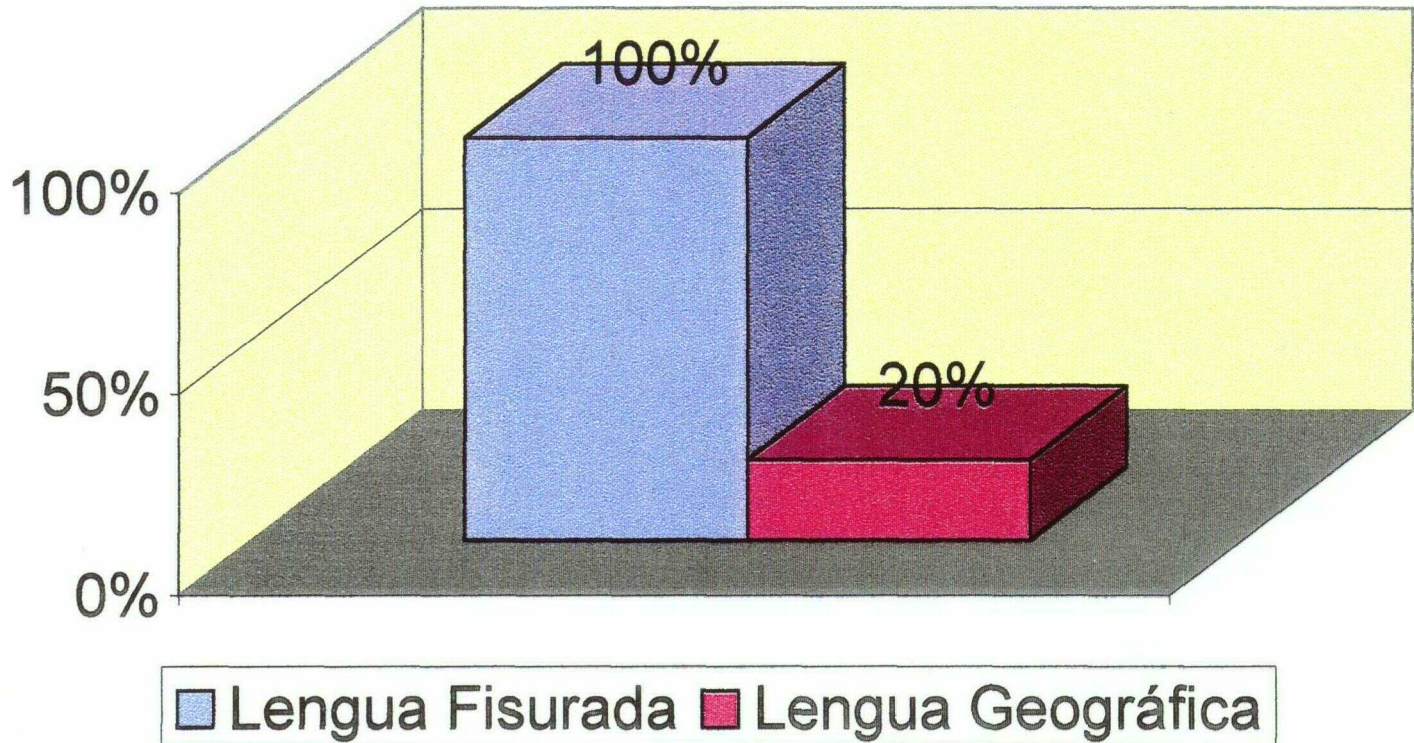
# Hospital Psiquiátrico "Guadalupe"



GRÁFICA 4: Tabla de porcentajes de pacientes psiquiátricos que presentaron la Patología de Lengua Geográfica y Lengua Fisurada con DM.tipo II e Hipertensión.

FUENTE: Hospital Psiquiátrico de "Guadalupe" en Sn. Andrés, Cholula.

# Gráfica General



GRÁFICA 5 : Tabla de porcentajes Netos de los 44 pacientes estudiados.  
22 pacientes Psiquiátricos y 22 pacientes mentalmente sanos pero con alguna enfermedad sistémica.

## **BENEFICIOS ESPERADOS**

Conocer la etiología verdadera de la aparición de la lengua fisurada, hendida y geográfica tanto en pacientes psiquiátricos como en pacientes sistémicamente comprometidos.

Tener conocimientos, farmacológicos de algunos medicamentos que tengan efectos secundarios en ambos pacientes, detectar y eliminar los factores externos que provoquen en estas patologías.

FOTOGRAFÍAS  
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

---

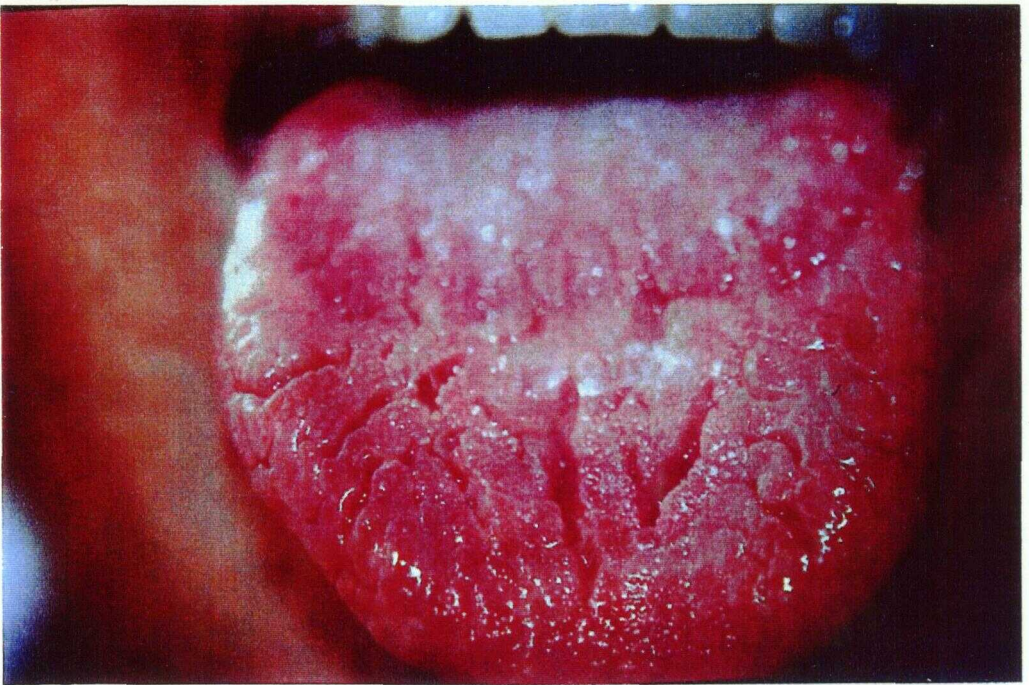


Foto 1. paciente de 35 años de edad, sexo masculino, Patología: lengua fisurada  
dx.: DM II, esquizofrenia psicótica. FUENTE: Hospital Psiquiátrico "Guadalupe"



Foto 2. paciente de 34 años de edad, sexo masculino, Patología: lengua Geográfica y Fisurada , dx. esquizofrenia paranoide FUENTE: Hospital Psiquiátrico "Guadalupe"

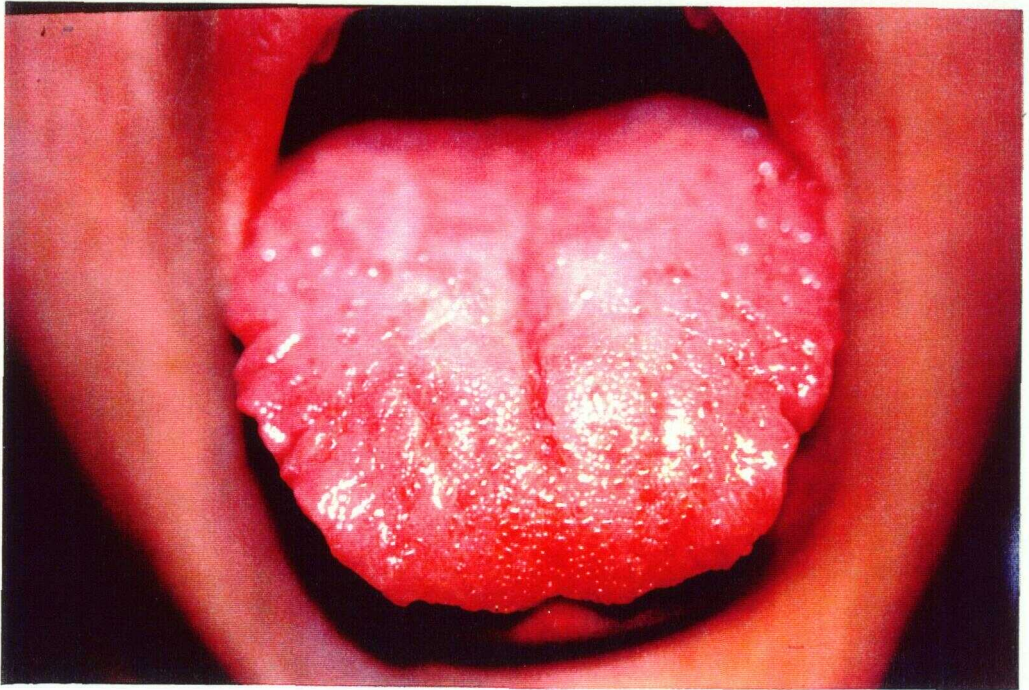


Foto 3. paciente de 35 años de edad, sexo masculino, Patología: lengua fisurada  
dx.: Esquizofrenia Paranoide. FUENTE: Hospital Psiquiátrico "Guadalupe"

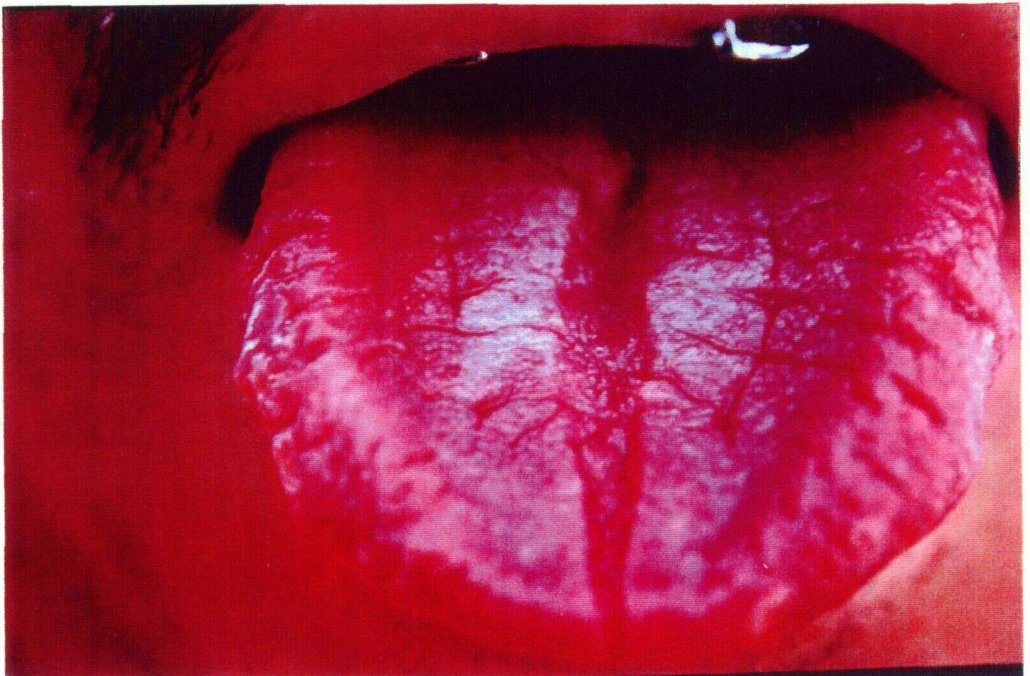


Foto 4. paciente de 36 años de edad, sexo masculino, Patología: lengua Fisurada  
dx. esquizofrenia paranoide FUENTE: Hospital Psiquiátrico "Guadalupe"



Foto 5. paciente de 35 años de edad, sexo masculino, Patología: lengua fisurada  
dx.: Esquizofrenia Paranoide. FUENTE: Hospital Psiquiátrico "Guadalupe"

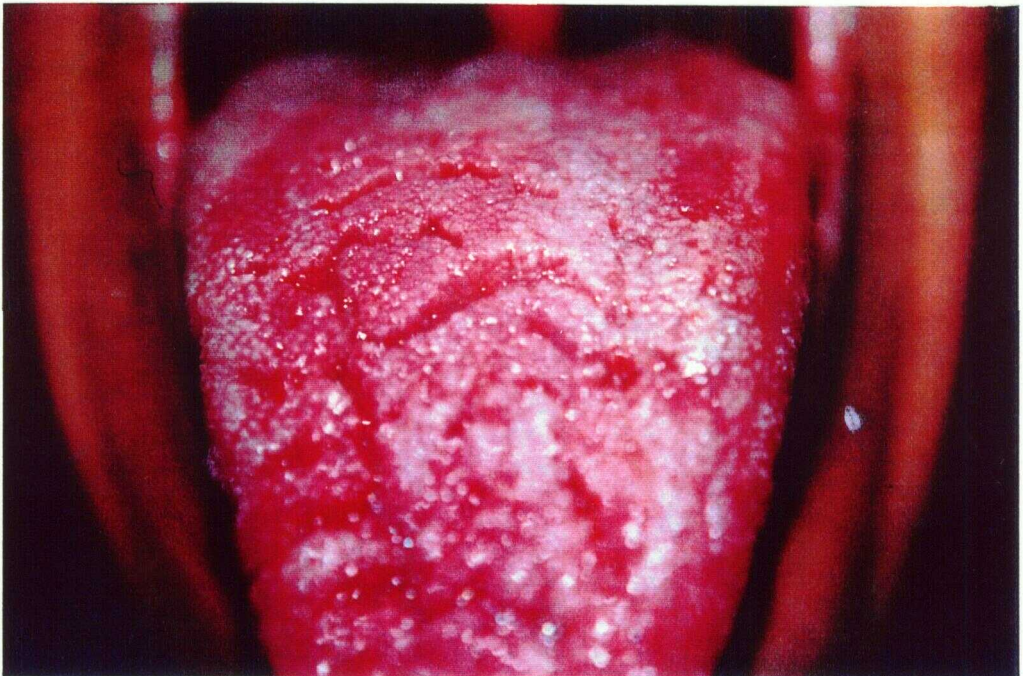


Foto 6. paciente de 36 años de edad, sexo masculino, Patología: lengua Fisurada  
geográfica dx. esquizofrenia paranoide FUENTE: Hospital Psiquiátrico  
"Guadalupe"

FOTOGRAFÍAS  
PACIENTES MENTALMENTE SANOS  
CON ALGUNA ENFERMEDAD SISTÉMICA

---

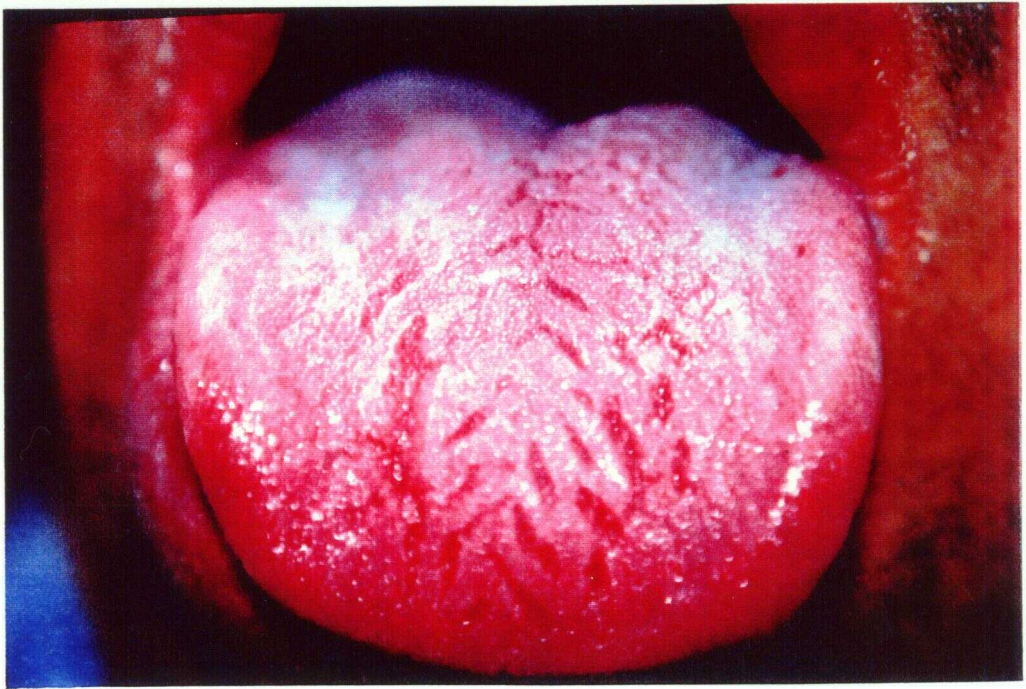


Foto 1. paciente de 35 años de edad, sexo masculino, Patología: lengua fisurada geográfica dx.: DM I. FUENTE: ISSSTEP.

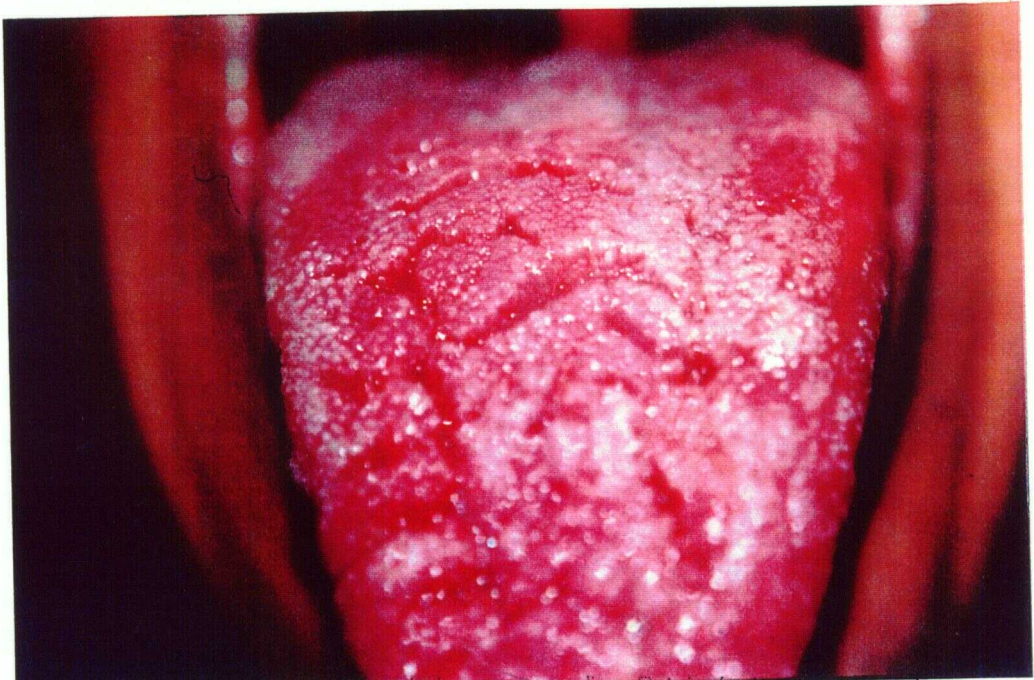


Foto 2. paciente de 60 años de edad, sexo masculino, Patología: lengua Fisurada geográfica dx. Hipertensión arterial. FUENTE: ISSSTEP



Foto 3. paciente de 37 años de edad, sexo femenino, Patología: lengua fisurada  
dx.: DM II., hipertensión PUENTE: ISSSTEP.

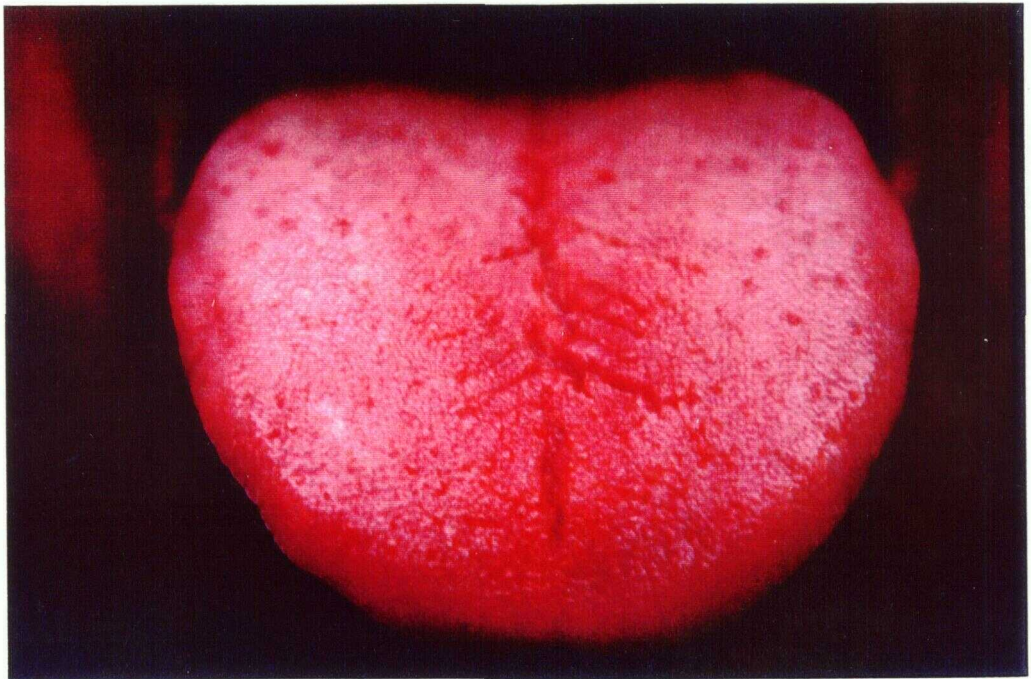


Foto 4. paciente de 38 años de edad, sexo masculino, Patología: lengua Fisurada  
Macroglosia. dx. Hipertensión arterial. FUENTE: ISSSTEP

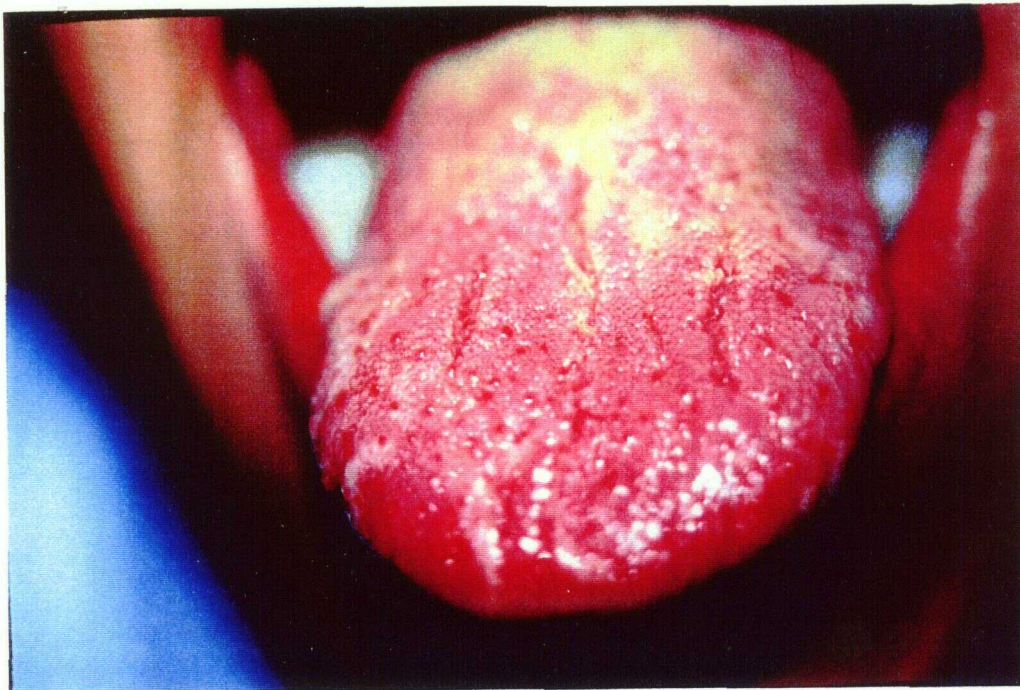


Foto 5. paciente de 33 años de edad, sexo femenino, Patología: lengua fisurada geográfica. dx.: DM II., hipertensión arterial. FUENTE: ISSSTEP.

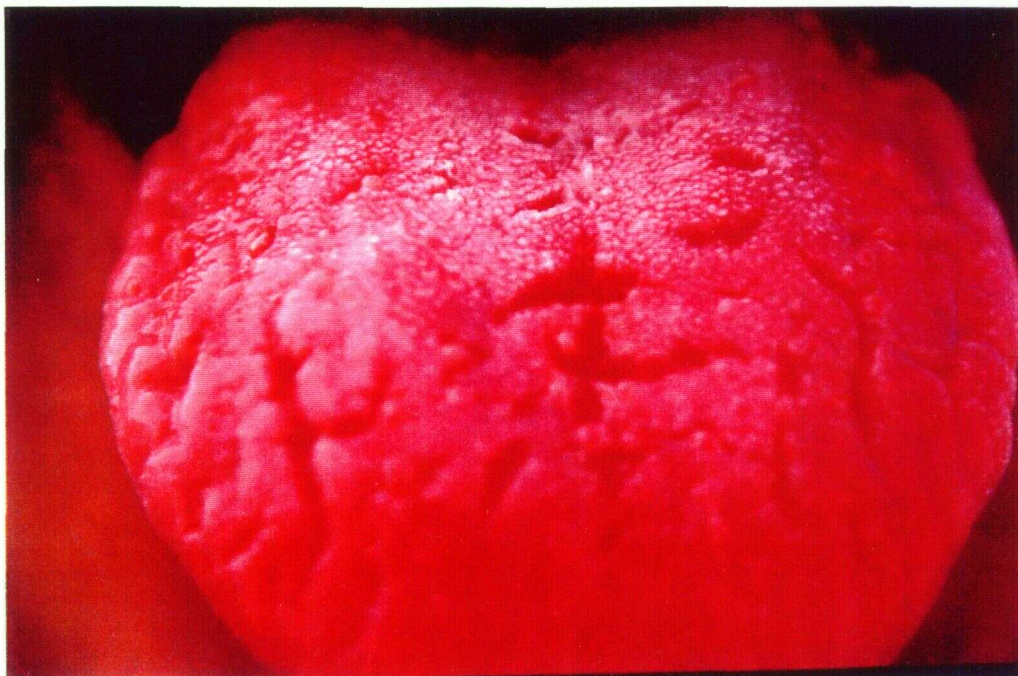


Foto 6. paciente de 34 años de edad, sexo masculino, Patología: lengua Fisurada Macroglosia. dx. DM II FUENTE: ISSSTEP

## REFERENCIAS

- 1.-CAWSON,R.A."Patología de lengua. En:Cirugía y Patología bucal y odontológicas"1ª.ed.Edit.Manual,México,1991;pp.374-376
- 2.-BAYLEY T.J; y cols."lengua escrotal.En:Enfermedades sistemicas en odontología"1ª ed.Edit. Científica PLM,México,1985;pp.51-53
- 3.- GOLMAN M.Henry; y cols."Trastornos mucocutáneos.En:Patología Oral".1ª ed.Edit. Salvat Editores,México,1983;pp.743-745
- 4.-BHASKAR S.N."Lengua geografica.En:Patología Bucal".2ª ed.Edit.El Atenero,Argentina,1980;pp.13,293,403-404,406
- 5.-MOSBY;"Lingua fissurata.En:Synopsis of Oral Pathology".5ª ed.Edit.México,1981;pp.453-455
- 6.-VELAZQUEZ Tomas;"lengua geográfica.En:Anatomía Patológica Dental y Bucal".1ª ed.Edit.La Prensa Médica Mexicana,México,1996;pp.135-138
- 7.-LEZENTE Z.Bodak Giovanni.y cols."Lengua fisurada.En:Medicina Bucal".1ª ed.Edit. Limusa,México,1987;pp.97-98
- 8.-PINDBORG J.J."patología en lengua.En:Atlas de Enfermedades dela Mucosa Bucal".5ªed.Edit.Masson-Salvat ,Barcelona,1994;pp.232,33,35
- 9.- SHAFER William G;"Lengua fisurada.En:Tratado de Patología Bucal".4ª ed.Edit. Interamericana,D.F,1986;pp.26-28
- 10.- BAGAN Jose Vicente."lengua escrotal.En:Medicina Oral".1ª ed.Edit.Masson S.A.,Barcelona,1995;pp.157-160
- 11.- BERNIER L.Joseph y cols."Patología de lengua.En:Tratamientos de las enfermedades Orales".1ª ed.Edit.Libros Científicos,Argentina,1991;pp490-491

- 12.-"Oral Pathology an Introducción to General and Oral pathology for higinists"6ª ed.Edit. Lea & Febiger,Philadelphia,1992;pp.47,50
- 13.- K.HINE Maynard y cols."Lengua geográfica y escrotal.En:Tratado de Patología Bucal". 3ª.ed. Edit. Interamericana,México,1985;pp.312-315
- 14.-REGEZI A.Joseph y cols." Patología en lengua.En:Patología Bucal". 1ªed.Edit. Interamericana,México,1993;pp.105-107
- 15.- GORLIN Robert J .y cols."lengua escrotal.geográfica.En:Patología Oral". 1ª ed.Edit. Salvat Editores,España.1994;p.743
- 16.- K.HINE Maynard, y cols."Patología en lengua .En: Tratado de Patología Bucal". 3ª. Ed.Edit.Interamericana,México,1985;pp.312-315
- 17.- COLBY A.Robert y D.D.S."lengua fisurada.En: Color Atlas of oral Pathology".(II).3ª.ed.Edit.Panamericana,philadelphia,1990; pp.144,147,21
- 18.- WAAI Vander Isaïc."oralpathology";quintessence;1985 (45);294-295
- 19.-SAPP PhilipJ. T y cols."lengua.En: Patologia Oral y Maxilofacial Contemporánea ", 1ª.ed.Edit.Mosby and Harcourt,España,1998;pp.384,332,354
- 20.- BAYLEY T.J. y cols."patologia bucal.En:Enfermedades Sistémicas en Odontología". 1ª. ed.Edit.Científica PLM,México,1985;pp.294
- 21.- MC.CARTHYL.Philip."patología oral.En: Enfermedades de la mucosa Bucal 1ª.ed.Edit.ElAteneo,BuenosAires,1985;pp.140-141
- 22.- Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes.(XXI) ;1993(1);57
- 23.-S.N.BHASKAR.y cols."patología Bucal.En: Synopsis of Oral Pathology". 6ª.ed.Edit.Mosby Company,St.Louis,1981;pp.444-445
- 24.- Oral Surgery,oral medicine.En:Oral pathology!. 1ª.ed.(75);1993;69

- 25.- BUCHENER,A.y cols."enfermedades de la lengua.En: Oral lesión,Oral Medica,Oral pathologia".1ª. ed.Edit.Interamericana,Philadelphia,1996;pp.357-41
- 26.- TREVIÑO Zárte Arturo."diabetes mellitus.En: Diabetes mellitus".1ª ed.Edit. Trillas,México,1989;pp.15-60
- 27.- GOLDMAN H. Howard."alcoholismo.En: Psiquiatria general".4ª ed.Edit.Manual Moderno,México,1996;pp.397-405
- 28.-DE LA GARZA Fidel."tabaquismo.En: La juventud y las drogas".1ª ed.Edit.Trillas,México,1999;pp.345-367
- 29.-LEMAIRE Francois Jeann."tabaquismo. En: El tabaquismo".1ª ed.Edit.Publicaciones Cruz S.A.,México,1995;pp.63-73
- 30.- KAYL.W. y cols."enfermedades de la mucosa .En: Atlas de Enfermedades orofaciales"2ª. Ed.Edit.Científico-Médica,España,1985;pp.201-202
- 31.-[http/ww patología en lengua.com](http://ww.patología.en.lengua.com)