



Reg. 650

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**HIPERPLASIA GINGIVAL MEDICAMENTOSA**

*Dr. Alejandro Martínez S.*

DR. ALEJANDRO MARTINEZ S.

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**CIRUJANO DENTISTA**  
**P R E S E N T A N :**

**JORGE ORTIZ OLVERA**  
**RICARDO M. ANGUERA GALINDO**

**C. U. MEXICO**

**1962**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

El uso de imágenes, 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 donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	Pag.
I N T R O D U C C I O N	1
CAPITULO I LOS TEJIDOS DEL PARODONTO	3
a) Encfa	3
b) Ligamento Parodontal	5
c) Cemento	8
d) Hueso Alveolar	10
CAPITULO II ENFERMEDAD GINGIVAL	12
I La Inflamación en la Enfermedad Gingival	12
II Evolución, Duración y Distribución de la Gingivitis	14
III Clasificación de los Agrandamientos Gingivales	15
IV Enfermedad Parodontal	23
CAPITULO III DIFENILHIDANTOINATO DE SODIO	26
I Historia	26
II Composición Química	26
III Mecanismo de Acción	27
IV Dosis y Administración	28
V Absorción y Excreción	29
VI Toxicidad	30
VII Otros Usos de la DFH	32
VIII Contraindicaciones de la DFH	33

	Pag.
CAPITULO IV HIPERPLASIA GINGIVAL PRODUCIDA POR DIFENILHIDANTOINATO DE SODIO	34
I Etiologia	34
II Caracterfsticas Histol3gicas	34
III Caracterfsticas Clnicas	35
IV Grados de la Hiperplasia Gingival	35
V Medidas Preventivas	36
VI Tratamiento Quir3rgico	39
CAPITULO V EPILEPSIA	42
I Historia Clnica	42
II Exploraci3n Clnica	43
III Estado Mental	44
IV Trastornos Convulsivos	44
V Pequeño Mal	46
VI Gran Mal o Epilepsia Mayor	48
VII Pron3stico	50
VIII Farmacoterapia	51
C O N C L U S I O N E S	54
B I B L I O G R A F I A	57

## I N T R O D U C C I O N

Es de suma importancia para el Cirujano Dentista el conocimiento de los recursos aplicables para los tratamientos parodontales.

Para esto es necesario que el profesionista tome en cuenta como parte de su diagnóstico, la información que el paciente proporcione acerca de las enfermedades que ha padecido o padece, qué medicamentos ha tomado y con qué frecuencia, malos hábitos que tiene y en sí todo lo relacionado con su forma de vida.

Una vez recopilados todos los datos acerca del paciente, el odontólogo sacará conclusiones para que el paciente tenga - el tratamiento más adecuado y favorable.

En esta tesis lo que intentamos es saber diferenciar entre una hiperplasia gingival medicamentosa y una inflamación crónica producida por irritantes locales.

Los efectos colaterales que condiciona la prescripción del Difenilhidantoinato de sodio harán que se trate a la hiperplasia gingival como un problema local y no general.

## C A P I T U L O I

## LOS TEJIDOS DEL PARODONTO

Descripción del Parodonto.

El Parodonto es una unidad biológica formada por cuatro elementos principales:

- a) Encía
- b) Ligamento parodontal
- c) Cemento
- d) Hueso alveolar

Todas estas estructuras dan soporte, protección y sostén a los dientes; el conocimiento de cada uno de ellos es necesario para entender mejor los procesos que ahí se desarrollan.

- a) Encía.- Es la parte de la mucosa bucal que cubre a los procesos alveolares y rodea las regiones cervicales de los dientes, es un tejido blando muy susceptible a la inflamación conocida con el nombre de Gingivitis, y puede ser por causa general como la estomatitis, o local como las infecciones aisladas de los dientes, existen tres tipos de encía:

- 1.- Encía marginal o libre
- 2.- Encía insertada o adherida
- 3.- Encía interdientaria.

**Encía Marginal**

Es la parte de la encía no adherida al diente y que se encuentra rodeándolo a manera de collar, es lisa brillante y si el punto de contacto es correcto presentará una forma pira-

midal, se halla demarcada de la encía insertada adyacente por el surco gingival (hendidura somera alrededor del diente limitada por la superficie dentaria y el epitelio que tapiza el margen libre de la encía). La encía marginal forma la pared blanda del intersticio gingival, el cual está constituido por tejido conjuntivo fibroso, cubierto por epitelio escamoso estratificado, no queratinizado, siendo su profundidad normal de 1.5 mm a 1 mm o no existir. Además tiene esta encía fibras como las dento-gingivales y crestogingivales que sirven de unión al diente con la encía; las dento-periosyales que unen la encía con el hueso, las transeptales y las circulares son fibras que mantienen la unión entre uno y otro diente. Es de color rosado y la superficie es aterciopelada y de consistencia suave.

#### Encía Insertada

Es la encía adherida que se continúa de la encía marginal. La encía insertada es firme y resilente, presentando un color rosado y una textura muy parecida a la de la cáscara de naranja, debido a que se ve diluida, esta encía en presencia de las fibras de colágena.

El aspecto vestibular de la encía insertada se extiende - hasta la mucosa alveolar, la cual es relativamente laxa y movable de la cual la separa la unión muco-gingival.

El ancho de la encía en el sector vestibular, y en diferentes zonas de la boca varía de menos de 1 mm. a 9 mm. En la cara lingual del maxilar inferior, la encía insertada termina en la unión con la membrana mucosa que tapiza el surco sublingual en el piso de la boca. En la superficie palatina de la encía insertada en el maxilar se une con la mucosa palatina.

### Encía Interdentaria

Corresponde al espacio interproximal o nicho gingival y comprende dos papilas: una vestibular y otra lingual, en medio de estas dos papilas se encuentra el col o collado y su forma varía según el espacio interproximal, el cual puede ser piramidal cuando existe contacto dentario interproximal correcto, o bien en ausencia de Contactos Interdentarios, la encía se encuentra firmemente adherida al hueso formando una superficie redondeada.

- b) **Ligamento Parodontal.**- El ligamento parodontal es el tejido conectivo que rodea a las raíces dentarias y las une al hueso alveolar; siendo continuación del tejido conectivo de la encía, y se comunica a los espacios medulares a través de los canales del hueso.

#### Elementos Histológicos:

- 1) Fibroblastos
- 2) Cementoblastos
- 3) Osteoblastos
- 4) Osteoclastos
- 5) Vasos, Nervios y Linfáticos
- 6) Restos Epiteliales de Malassez

Los Fibroblastos se agrupan en haces y forman fibras, las que se dividen en:

- 1) Fibras principales
- 2) Fibras secundarias

Una fibra principal es la que se introduce en el cemento dentario a expensas de un cemento joven no calcificado denominado cementoide, que se calcifica posteriormente y -- atrapa a la terminación de la fibra principal; a la parte

calcificada se le denomina Fibra de Sharpey. La función principal de la fibra principal es la de mantener unido el diente a su alvéolo.

La fibra secundaria es el conjunto de fibroblastos que no tiene fibra de Sharpey, su función es la de hacer pasar a través de ella los elementos nutritivos y sensoriales de este tejido.

#### Principales Grupos de Fibras

- 1) Fibras Gingivales libres.- Se extienden del cemento a la encía, en donde se pierden confundiendo con el tejido conjuntivo de la encía marginal. Su función es la de proporcionarle tono a la encía marginal y preservar el intersticio gingival.
- 2) Fibras Transeptales.- Van dispuestas interproximalmente sobre la cresta alveolar y se inervan en el cemento del diente contiguo. Se reconstruyen una vez que se ha lesionado el hueso alveolar en el padecimiento parodontal. Su función principal consiste en mantener el área de contacto.
- 3) Fibras Cresto-Alveolares.- Llevan un recorrido oblicuo que va del cemento debajo de la adherencia apitelial hasta la cresta alveolar. Su función es la de ayudar a mantener el diente dentro del alvéolo y a resistir los movimientos laterales del mismo.
- 4) Fibras Horizontales.- Se extienden en ángulo recto respecto al eje longitudinal del diente, desde el cemento al hueso alveolar. Su función es la -

de mantener al diente dentro de su alvéolo y evitar los desplazamientos laterales.

- 5) **Fibras Oblicuas.**- Son la más numerosas y van desde incisal hacia apical y del hueso alveolar hacia el cemento. Su función es la de soportar las fuerzas masticatorias, transformándolas en tensión sobre el hueso alveolar.
- 6) **Fibras Apicales.**- Estas fibras van dirigidas desde el cemento hasta el hueso en el fondo del alveolo extendiéndose alrededor de su ápice de la raíz dentaria. Su función es la de evitar desplazamientos bruscos del ápice tanto en sentido vertical - como lateral, preservando de esta manera la integridad anatómica y funcional del paquete neurovascular de la pieza dentaria.

#### Funciones del Ligamento Parodontal

Consta de dos funciones:

- 1) **Función biológica** que consta de tres aspectos:
  - a) **Función Formativa**
  - b) **Función Nutritiva**
  - c) **Función Sensorial**

La función formativa está dada por los elementos histológicos capaces de regenerar el tejido, como los fibroblastos, cementoblastos y osteoblastos.

La función nutritiva se lleva a cabo mediante los vasos sanguíneos y el ligamento parodontal provee de elementos nutritivos al cemento, hueso y encía y proporciona el drenaje linfático.

Función sensorial. El ligamento tiene sensibilidad propioceptiva y táctil que localiza fuerzas que actúan sobre los dientes e interviene en el mecanismo neuro-muscular que controla la musculatura masticatoria.

- 2) Función Mecánica. También se le denomina función de sostén ya que mantiene la pieza dentaria adherida al alvéolo óseo que la circunda, esta función está representada por los grupos de fibras.

- c) Cemento.- El cemento es tejido conjuntivo calcificado de origen mesenquimatoso que cubre la raíz anatómica de las piezas dentarias.

La formación del cemento comienza en las primeras etapas de la erupción del diente, debido a los cementoblastos.

Es de color amarillento, un poco más oscuro que la dentina y de superficie rugosa ligeramente, en la parte apical es más grueso para compensar el fenómeno de erupción activa.

Composición del Cemento.

Consiste de un 45 a 50% de material inorgánico, y de un 55% de sustancia orgánica y agua.

El material inorgánico consiste fundamentalmente de sales de calcio bajo la forma de cristales de apatita. Los componentes químicos principales del material orgánico son el colágeno y los mucopolisacaridos.

Existen dos tipos de cemento:

- 1) **Cemento celular.**- Se caracteriza por su mayor o menor abundancia de cementocitos, se localiza en el tercio apical de la raíz dentaria.

El cemento celular y el intercelular se disponen en láminas separadas por líneas de crecimiento - paralelas al eje mayor del diente. Representan - periodos de reposo en la formación del cemento y están más mineralizadas que el cemento adyacente. Este cemento celular está menos calcificado que el cemento acelular; las fibras de Sharpey ocupan una porción menor de cemento celular y están separadas por otras fibras que son paralelas a la superficie radicular o bien se distribuye al azar. Algunas fibras de Sharpey se hallan completamente calcificadas, otras lo están parcialmente, y en algunas hay núcleos no calcificados de bordes calcificados.

- 2) **Cemento Acelular.**- Se le llama así por no contener células, se localiza en los tercios cervical y medio de la raíz del diente. Asimismo contiene otras fibras colágenas que están calcificadas y que se disponen irregularmente o son paralelas a la superficie.

La función principal del cemento acelular como - celular, es la de formar cementoide.

#### Funciones del Cemento:

- 1) Consiste en mantener al diente implantado en su alvéolo, al favorecer la inserción de las fibras parodontales.

- 2) Permite la continua reacomodación de las fibras - principales de la membrana parodontal.
  - 3) Compensa en parte la pérdida del esmalte ocasionada por el desgaste oclusal e incisal.
  - 4) Consiste en la reparación de la raíz dentaria una vez que ésta ha sido lesionada.
- d) Hueso Alveolar o de Soporte.- Se denomina hueso alveolar a la porción de los maxilares que forman los alvéolos de los dientes, compuesto por tejido oseó compacto y tejido esponjoso o travecular.

El hueso está formado por componentes inorgánicos tales como: Calcio, Fósforo, Magnesio y pequeñas cantidades de Potasio, Sodio, Cloro, Flúor e Hierro.

El componente orgánico lo constituyen: Colágeno, mucopolisacáridos, osteocitos y osteoclastos.

El tejido compacto comprende una pared interna llamada pared alveolar o lámina dura, presenta numerosas perforaciones para dar paso a vasos y nervios; correspondiendo a la zona donde se insertan las fibras de Sharpey y de una pared externa que se encuentra cubierta por periostio donde se adosa la encía.

El tejido esponjoso o travecular se encuentra entre la pared alveolar y la pared externa.

Consta también de un séptum interdentario, el cual forma un puente de unión entre las placas corticales. Limitados por las paredes de los alvéolos.

Su aporte sanguíneo deriva de los vasos del ligamento parodontal, del conducto dentario y zonas que atraviezan -- las corticales interna y externa.

Las fuerzas oclusales que se transmiten desde el ligamento parodontal hacia la parte del alvéolo, son soportadas por el trabeculado esponjoso que a su vez es sostenido por las tablas corticales, vestibular y lingual.

La designación de todo proceso alveolar como hueso alveolar guarda armonía con su unidad funcional.

La forma del hueso es, según la anatomía de la raíz dentaria.

El hueso alveolar es el menos estable de los tejidos parodontales, su estructura está en constante cambio. La labilidad fisiológica del hueso alveolar se mantiene por un equilibrio delicado entre la formación ósea y la resorción ósea reguladas por influencias locales y generales.

El hueso se resorbe en área de presión y se forma en áreas de tensión.

## C A P I T U L O   I I

## ENFERMEDAD GINGIVAL

La forma más común de la enfermedad gingival es la inflamación de los tejidos gingivales en la que encontramos cambios degenerativos necróticos y proliferativos de la encía bajo el nombre de Gingivitis. Esta inflamación está presente en todas las formas de la enfermedad gingival, por lo que los irritantes locales que producen la inflamación como la placa dentaria, la materia alba, cálculos y los microorganismos y sus productos lesivos están siempre presente en el medio gingival. Su intensidad va a depender de la magnitud, duración y frecuencia de los irritantes locales, y cuando afecta a planos más profundos se le llama Parodontitis.

Existe una tendencia grande a denominar todas las enfermedades gingivales con el nombre de gingivitis, como si la inflamación fuera del único proceso que interviene. Sin embargo, en la encía ocurren procesos patológicos, que no son causados por la irritación local como la atrofia, la hiperplasia y neoplasia.

No todos los casos de gingivitis van a ser iguales por el hecho de que presente alteraciones inflamatorias, y con frecuencia es preciso distinguir entre la inflamación y otros procesos patológicos que pudieran hallarse en la enfermedad gingival.

La inflamación en casos aislados varía como sigue:

- 1) La inflamación es el cambio patológico primario y único. Este tipo de enfermedad gingival es la más frecuente.

- 2) La inflamación es la característica secundaria, superpuesta a una enfermedad gingival de origen general, - un ejemplo de esto sería; que se complique la hiperplasia gingival asociada al tratamiento con difenilhidantoinato de sodio.

**PAPILAR.-** Abarca las papilas interdentarias y con frecuencia se extiende, hasta la zona adyacente del margen gingival.

**DIFUSA.-** Abarca la encía marginal, encía insertada y papila interdentaria. También se puede describir combinando los nombres anteriores.

- 3) La inflamación como factor desencadenante de alteraciones clínicas en pacientes con estados generales que - por sí mismos no producen enfermedades gingivales detectables. Un ejemplo de esto sería la gingivitis del embarazo o gingivitis de la leucemia.

Evolución Duración y Distribución de la Gingivitis.

**GINGIVITIS AGUDA.-**

Esta gingivitis aguda es dolorosa, se instala repentinamente y es de corta duración.

**GINGIVITIS SUB-AGUDA.-**

Este tipo de gingivitis sub-aguda es de una fase menos grave que la afección aguda.

**GINGIVITIS RECURRENTE.-**

Esta Enfermedad que reaparece - después de haber sido eliminada por tratamiento, o que desaparece y reaparece espontáneamente.

**GINGIVITIS CRONICA.-**

Se instala con lentitud, es de larga duración e incolora salvo que se complique con exaservaciones agudas o sub-agudas.

La gingivitis crónica es una lesión fluctuante en la cuál las zona inflamadas persisten o se tornan normales y las zonas normales se inflaman.

**Según su distribución:**

**LOCALIZADA.-**

Se limita a la encía de un solo diente o de un grupo de dientes.

**GENERALIZADA.-**

Abarca toda la boca.

**MARGINAL.-**

Afecta el margen gingival pero

puede incluir una parte de en  
cía insertada contigua.

### Clasificación de los Agrandamientos Gingivales.

Los agrandamientos gingivales inflamatorios se clasifican según su etiología y patología como sigue:

#### 1.- AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO

##### a) Agudo

- 1) Absceso gingival
- 2) Absceso parodontal

##### b) Crónico

- 1) Localizado o generalizado
- 2) Circunscrito de aspecto tumoral.

#### 2.- AGRANDAMIENTO HIPERPLASICO NO INFLAMATORIO

a) Agrandamiento gingival hiperplásico ideopático o familiar, hereditario.

b) Hiperplasia gingival asociada en el tratamiento con el difenilhidantoinato de sodio.

#### 3.- AGRANDAMIENTO CONDICIONADO

##### a) Hormonal

- 1) Agrandamiento del embarazo
- 2) Agrandamiento de la pubertad

##### b) Leucémico

- c) Asociado a la deficiencia de la vitamina "C"
- d) Agrandamiento inespecífico.

#### 4.- AGRANDAMIENTO COMBINADO

#### 5.- AGRANDAMIENTO DE DESARROLLO

#### 6.- AGRANDAMIENTO NEOPLASICO

### AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO CRONICO

Este agrandamiento inflamatorio crónico comienza como un abultamiento leve de la papila interdientaria o de la encía marginal o ambas. En sus primeros estadios se produce un abultamiento alrededor del diente afectado, este abultamiento crece hasta cubrir parte de la corona, puede ser papilar o marginal, localizado o generalizado. Tiene un crecimiento lento e indoloro salvo que se complique con una infección aguda o por un trauma.

#### Circunscrito de Aspecto Tumoral

Este agrandamiento gingival evoluciona en forma de masa como su nombre lo dice circunscrito en forma de tumor, puede hallarse interproximal en el margen gingival o en la encía insertada. - Son características histopatológicas de éste agrandamiento gingival inflamatorio: el líquido inflamatorio y exudado celular, degeneración del epitelio y tejido conectivo, neoformación de capilares, ingurgitación capilar hemorrágica, proliferación de epitelio.

La etiología del agrandamiento gingival inflamatorio crónico, es la irritación local prolongada como son los factores extrínsecos o locales como: una higiene bucal insuficiente, relaciones anormales de dientes vecinos y antagonistas, falta de fun-

ción, caries en cuello, restauraciones mal adecuadas, prótesis mal adaptada, respiración bucal.

#### AGRANDAMIENTO HIPERPLÁSICO IDEOPÁTICO HEREDITARIO O FAMILIAR

Se le conoce a este agrandamiento también con los nombres de: elefantiasis, fibromatosis ideopática, hiperplasia hereditaria o ideopática y fibroma difuso. Su etiología es indeterminada, afecta a la encía insertada, a la encía marginal y papilas interdentarias siendo común que abarque las superficies linguales de los maxilares pero la lesión puede circunscribirse a un solo lado del maxilar.

Histopatológicamente hay aumento abultado del tejido conectivo relativamente avascular el cual se compone de haces colágenos y de numerosos fibroblastos. Este agrandamiento se produce en la erupción de la dentición temporal y permanente y puede involucionar después de la extracción dentaria. Ello indicaría que los dientes son un factor desencadenante. Su tratamiento consiste en la eliminación de irritantes locales y excisión quirúrgica; puesto que existen recidivas.

#### AGRANDAMIENTO CONDICIONADO

Esta clase de agrandamiento condicionado ocurre cuando el estado del paciente es tal que exagera o deforma la respuesta común de la encía a los irritantes locales, y produce una modificación correspondiente de las características clínicas corrientes de la gingivitis crónica. La diferencia que existe entre un agrandamiento gingival condicionado y una gingivitis crónica, depende de la naturaleza de la inflamación sistémica. Se precisa de la irritación local para que comience este tipo de crecimiento. Existen tres tipos de agrandamiento condicionado:

- a) Hormonal
- b) Leucémico
- c) Deficiencia de vitamina "C"

#### AGRANDAMIENTO HORMONAL

Dentro de éste agrandamiento hormonal tenemos al agrandamiento del embarazo. En el embarazo el agrandamiento gingival puede ser marginal o generalizado o presentarse como masa multiple de aspecto tumoral. Cuando sea agrandamiento marginal, el cual se presenta de un 10 a un 70% este se debe al resultado del agrandamiento de zonas anteriormente inflamadas, esto no se produce si no hay manifestaciones clínicas de la irritación local. El embarazo por si mismo no produce tal lesión, sino que se produce debido a su metabolismo, el cual por naturaleza propia se ve alterado intensificando así la respuesta de los tejidos gingivales a los irritantes locales.

Este agrandamiento comunmente es generalizado y tiende a ser más prominente en las zonas interproximales que en las caras vestibulares y linguales.

Sus manifestaciones clínicas normales es que la encía presenta un color brillante o color magenta, es blanda, friable de superficie lisa y brillante y tiende a sangrar espontáneamente.

#### AGRANDAMIENTO GINGIVAL DE ASPECTO TUMORAL

(Tumor del embarazo)

Este agrandamiento es solo una respuesta inflamatoria a la irritación local que va a ser modificada por el estado del paciente, se puede presentar después del tercer mes de embarazo, pero puede presentarse antes, su frecuencia es de 1.8 a 5%.

Se presenta como una masa esférica circunscrita, aplanada seme-

jante a un hongo, con mayor frecuencia desde el espacio proximal se ve unido por una base sésil o perpendiculada, se extiende en forma lateral y la presión de los labios y los carrillos le dan forma aplanada, es de color rojo oscuro o color magenta su superficie es lisa y brillante, a veces presenta manchas puntiformes de color rojo subido, es indoloro, salvo que se complique a causa de irritantes locales.

Histológicamente se compone de tejido conectivo cuya periferia está cubierta de epitelio escamoso estratificado con proliferación endotelial destacada, con formación de capilares e inflamación agregada.

La mayoría de las enfermedades gingivales en el embarazo pueden prevenirse, por medio de una higiene bucal adecuada y la eliminación de irritantes locales. Una vez finalizando el embarazo comunmente desaparece la lesión.

#### AGRANDAMIENTO DE LA PUBERTAD

Este agrandamiento también hormonal se presenta en hombres y mujeres, se observa habitualmente que el agrandamiento de la pubertad es más común en presencia de factores locales comparables. Siendo interdentario, marginal y se caracteriza por tener papilas interproximales abultadas.

Es el grado de agrandamiento y la tendencia a la repetición masiva en presencia de una irritación local relativamente pequeña lo que establece la diferencia entre agrandamiento gingival inflamatorio crónico. Después de que halla pasado la pubertad sufre una reducción este agrandamiento pero no desaparece hasta que quiten los irritantes locales.

#### AGRANDAMIENTO LEUCEMICO

Este agrandamiento leucémico se presenta como un agrandamiento exagerado de los tejidos gingivales. El agrandamiento leucémico verdadero ocurre en la leucemia aguda y subaguda cuando no hay irritantes locales. Desde el punto de vista clínico puede ser difuso, marginal, localizado o generalizado. Aparece como un agrandamiento difuso de la mucosa gingival, su coloración es roja azulada y su superficie brillante de una consistencia firme habiendo tendencia a la hemorragia espontánea.

#### AGRANDAMIENTO ASOCIADO CON LA DEFICIENCIA DE VITAMINA "C"

La deficiencia de la vitamina "C" no causa por sí misma la inflamación gingival pero si produce hemorragia, degeneración de colágena y edema en el tejido gingival.

Clínicamente se observa de color rojo azulado, es blanda con superficie lisa brillante, con hemorragia espontánea.

#### AGRANDAMIENTO INESPECIFICO CONDICIONADO

El agrandamiento inespecifico condicionado o granuloma es un agrandamiento de aspecto tumoral que se considera como una -- respuesta condicionada a un traumatismo pequeño.

Clínicamente varía desde un aspecto de masa circunscrita esférica de aspecto tumoral, como una base pedunculada, hasta un agrandamiento aplanado de aspecto también tumoral queloide. - Histológicamente los cambios más notables son la proliferación y la formación de la superficie y el exudado.

#### AGRANDAMIENTO COMBINADO

Este agrandamiento combinado es cuando la hiperplasia se aplica -

con alteraciones inflamatorias secundarias. Es decir que constan de dos componentes; una hiperplasia primaria o básica de tejido conectivo y epitelio cuyo origen no guarda relación con la inflamación y un componente inflamatorio sobreagregado, esto es que la hiperplasia gingival crea condiciones favorables para la acumulación de placa y de materia alba al acentuar la profundidad del surco gingival, al entorpecer las medidas higiénicas y al desviar las trayectorias normales de los alimentos.

#### AGRANDAMIENTO GINGIVAL DE DESARROLLO

Este agrandamiento aparece como una lesión abultada de los contornos vestibulares y marginal de la encía en las diferentes etapas de la erupción, se produce por la superficie de la encía a la prominencia normal del esmalte en la mitad gingival de la corona.

Con frecuencia el agrandamiento persiste hasta la adherencia epitelial, emigra desde el esmalte hasta la unión amelocementaria. Este agrandamiento es fisiológico y por lo común no da problemas posteriores.

Sus cambios en el contorno marginal se hallan relacionados con el agrandamiento gingival, pero también pueden producirse en otras circunstancias.

#### AGRANDAMIENTO NEOPLASICO

(Tumores Gingivales)

EPULIS.- Término que se emplea para designar a todos los tumores de la encía, sirve para la localización de un tumor pero de ninguna manera lo describe.

**FIBROMA.-** Los fibromas de la encía nacen en el tejido conectivo o del ligamento parodontal. Son tumores esféricos de crecimiento lento, que tienden a ser firmes y nodulares pero pueden ser blandos y vasculares, suelen ser pedunculados.

**FIBROMA DURO.-** Su composición es de haces de colágenos densos y de fibrillas de colágena bien formadas, es relativamente -- avascular.

**FIBROMA BLANDO.-** Existe mayor cantidad de fibroblastos y son de forma estrellada. Hay colágeno que es menos denso existente neoformación de hueso, siendo éste último un hallazgo habitual entre los fibromas.

**NEVUS.-** Puede ser pigmentado o no pero se han registrado algunos casos de nevus gingival. La lesión es benigna, y de -- crecimiento lento, su color varía de gris a pálido, al pardo-oscuro, puede ser plano o algo elevado sobre la superficie -gingival.

**MIOBLASTOMA.-** Es una lesión benigna nodular y algo elevada sobre la superficie gingival.

**HEMANGIOMA.-** Son tumores benignos de los vasos sanguíneos que se presentan a veces en las encías, son de tipo capilar o cavernoso, los más comunes son los primeros, son blandos sésiles o pedunculados indoloros. Pueden ser lisos o de color abultado irregular, su color varía de rojo oscuro a púrpura y empalidece a la presión. Estas lesiones que nacen en la papila gingival interdientaria se extienden en sentido lateral, hasta abarcar los dientes adyacentes.

**PAPILOMA.-** Es una protuberancia dura de aspecto berrugoso que sobresale de la encía, la lesión puede ser pequeña y circuns-

crita o presentarse como elevaciones duras y anchas con superficie finamente regular.

**GRANULOMA REPARATIVO DE CELULAS GIGANTES.-** Las lesiones de las células gigantes de la encía nacen en la zona interdientaria o del margen gingival, son más frecuentes en la superficie anterior vestibular, pueden ser sésiles o pedunculadas. Su aspecto varía desde una masa regular lisa hasta una protuberancia multilobular irregular. A veces se observan ulceraciones en los bordes, las lesiones son indoloras de tamaño variable y llegan a cubrir varios dientes, siendo éstas firmes y esponjosas, su color va de rojo oscuro a púrpura azulado. Esta lesión tiene la capacidad invasora local y produce destrucción del hueso subyacente. Su extirpación completa lleva a la recuperación total.

**GRANULOMA REPARATIVO CENTRAL DE CELULAS GIGANTES.-** Este tipo de lesiones se originan de los maxilares y producen cavidades centrales, en algunos llegan a deformar el maxilar afectado de modo que la encía parece agrandada.

**GRANULOMA DE PLASMOCITOS.-** Es una lesión benigna de la encía marginal, interdientaria o encía insertada. Se presenta como una masa localizada o generalizada. Su color es rojo, es friable y a veces granular, sangra con facilidad o va acompañada de destrucción de hueso adyacente. Su tratamiento es la eliminación de irritantes locales mediante el respaje, o la extirpación quirúrgica.

**LEUCOPLASIA.-** La leucoplasia gingival se presenta en forma de lesiones blanco grisáceas, aplanadas con variaciones que van hasta placas gruesas irregulares queratosas.

**QUISTE GINGIVAL.-** Los quistes gingivales microscópicamente son comunes pero raras veces alcanzan tamaño importante, cuando esto sucede aparecen como agrandamientos localizados que pueden afectar encía marginal y encía insertada, son frecuentes en la zona de los caninos y premolares inferiores con mayor frecuencia en la superficie lingual, son indoloros pero al expandirse pueden causar erosión de la superficie del hueso alveolar. Este quiste evoluciona a epitelio odontogénico o epitelio del surco, introduciéndose traumáticamente en la zona. La extirpación va seguida de curación sin contratiempos.

**MELANOMA MALIGNO.-** Es un tumor bucal raro, pero tiende a aparecer en la encía del sector anterior del maxilar superior. Este tumor es obscuro y con frecuencia lo precede una pigmentación localizada, puede ser plano o nodular, de crecimiento rápido y da metástasis temprana. Se genera a partir de los --ameloblastos de la encía, carrillos o paladar, provoca también metástasis hacia los nódulos linfáticos de cuello y axila.

**SARCOMA.-** El Sarcoma, Fibrosarcoma, Linfosarcoma o Reticulosarcoma son las neoplasias más comunes, sin embargo son raros en terminos de frecuencias clínica, como son todos los Sarcomas. Los Sarcomas como grupo, difieren de las neoplasias epiteliales malignas por su aparición característica en personas relativamente jóvenes y en su mayor tendencia a metastatizar por el torrente sanguíneo y no por los linfáticos, con lo que producen focos más difundidos de proliferación tumoral secundariamente.

#### ENFERMEDAD PARODONTAL

Hablaré muy brevemente de la enfermedad parodontal, debido a que es un tema que requiere dedicarle varios capítulos por

ser sumamente amplio. Lo que se expone a continuación son algunos de los casos que esta enfermedad presenta, pero creo -- que son suficientes para dar a conocer los diferentes cambios parodontales que sufren los tejidos cuando esta enfermedad es tá presente.

Las enfermedades del parodonto son muy comunes y causan en el adulto la pérdida de más dientes que cualquier otra enfermedad, estas enfermedades por lo regular comienzan como una alteración localizada menor, la cual salvo sea tratada avanza - en forma gradual hasta que el hueso alveolar se reabsorbe y - el diente cae. Asimismo, una serie de factores irritativos lo cales y situaciones orgánicas subyacentes son capaces de modi ficar el curso de la enfermedad.

Una bolsa parodontal es una profundización patológica del surco gingival, el avance progresivo de ésta enfermedad conduce a la destrucción de los tejidos parodontales de soporte, aflo jamiento y exfoliación de los dientes.

La parodontitis es la forma más común de la enfermedad parodontal, está relacionada a la irritación local.

Comienza como gingivitis marginal, por lo común avanza si no se trata adecuadamente, hasta convertirse en una parodontitis crónica grave, es más común en el adulto aunque se llega a presentar en niños, especialmente cuando no existe una buena higiene bucal adecuada, sus factores etiológicos en general son los mismos que en la gingivitis, pero pueden ser de mayor magnitud o duración. Los factores sistemáticos pueden desempeñar un papel mayor que en la etiología de la gingivitis.

Se presenta principalmente después de los 45 años, ya que casi

todas la personas presentan signos de pérdida ósea localizada o generalizada, presentándose mayormente en varones que en mu jeres.

La parodontitis se caracteriza por la pérdida rápida de hueso alveolar en más de un diente de la dentición permanente.

Su etiología puede ser por una deficiencia nutricional o un trastorno metabólico que subyace a la falta de elementos mesen quimatosos, sin embargo, es notable que la destrucción del te jido no es generada solamente por el factor predisponente pues siempre hay un factor local de importancia.

La parodontitis se produce en la adolescencia, entre los 12 y los 20 años pero prevalece entre los 18 y 25 años. Las muje-- res son más predisponentes que los hombres, puede aparecer en pacientes que presentan una higiene bucal impecable y que no tenga caries. El primer indicio que el paciente presenta es - un súbito desplazamiento patológico simétrico de los dientes, por lo común son los primeros molares permanentes y los dientes anteriores. A medida que avanza la parodontitis se observa la resorción ósea antes de que haya bolsas clínicas.

Su tratamiento es difícil de manejar y al mismo tiempo la corrección de los trastornos sistemáticos no siempre redundan - en una respuesta inmediata de la lesión parodontal por ello - el pronóstico es desalentador, pero puede haber cambios favorables en el estado general del paciente.

## C A P I T U L O    I I I

## DIFENILHIDATOINATO DE SODIO

## I.- HISTORIA

La difenilhidantofna fue utilizada por primera vez en la práctica médica para el tratamiento de la epilepsia por Putman y Merrit en 1938, este fármaco ha sido objeto de una investigación más extensa que cualquier otro medicamento anticonvulsivo.

En los animales de experimentación su mayor eficacia ha sido en inhibición de la diseminación de descargas eléctricas desde un foco epiléptico. Esta substancia no es sedante, por lo cual se infiere que los fármacos antiepilépticos no necesitan trastornar la conciencia. En clínica es tan eficaz como el fenobarbital en el tratamiento de convulsiones tonicoclónicas - generalizadas (Gran Mal), focales y psicomotoras. No es eficaz en el tratamiento de convulsiones simples por hipertermia o del pequeño mal.

## II.- COMPOSICION QUIMICA

El difenilhidantofnato contiene 98.5% aproximadamente de - -- C H O N cantidad calculada sobre su base anhídrida, con un peso molecular de 274.26.

Los componentes principales son el Benzaldehído y la urea. El primero se mezcla en una solución de cianuro sódico, se condensan dos moles de Benzaldehído (Condensación Benzóica) y forman un mol de Benzofna que posteriormente se trata con ácido -

nítrico o sulfato cúprico, la cual se oxida y se convierte en Benzilo (Dibencoilo). Después el Benzilo se calienta con urea en presencia de etóxido o isopropóxido de sodio con un exceso de alcohol, con la consiguiente formación de la Difenilhidantofina. En el último tiempo se efectúan dos reacciones: El Benzilo es convertido en éster de ácido benzílico, que es el ácido difenilglicólico que posteriormente se condensa con la urea.

La difenilhidantofina no es un barbitúrico, pero químicamente aparece en ese grupo y tiene propiedades terapéuticas similares. Es un ureído derivado de la urea. La difenilhidantofina sódica es un polvo blanco, inodoro, algo higroscópico, gradualmente absorbe dióxido de carbono cuando se le expone al aire y desprende difenilhidantofina. Es soluble en agua, y casi insoluble en cloroformo y éter.

#### Preparados

Se encuentra en capsulas de 100 mgr. para administración oral, hay suspensiones y otras formas de la sal o de la base insoluble para uso pediátrico. Para uso parenteral se encuentra con el difenilhidantofinato estéril.

#### III.- MECANISMO DE ACCION

La difenilhidantofina ejerce una actividad antiepiléptica sin causar la depresión general del SNC, en dosis excesivas produce signos de intoxicación y en dosis mortal rigidez de decerebración.

Es evidente su capacidad para limitar la actividad convulsiva; en base a esto, está determinada su capacidad de reducir la extensión del proceso convulsivo proveniente de un foco activo.

En la práctica clínica no es raro encontrar que la difenilhidantofina produce remisión del gran mal, de la epilepsia psicomotora u otros tipos de ataques parciales, pero no suprime el aura sensorial ni los demás signos prodrómicos. Al mismo tiempo puede haber mejoría en el patrón electroencefalográfico di fusamente anormal, pero con el foco en remanente actitud convulsiva.

Este fármaco no entorpece la capacidad de las fibras nerviosas para conducir impulsos de alta frecuencia, ni eleva el umbral o altera la excitación normal y las cualidades de las neuronas.

Se ha empleado la difenilhidantofina en neuralgia del trigémino y glossofaríngeo, y en algunos otros trastornos dolorosos - crónicos de supuesto origen periférico. La difenilhidantofina disminuye la actividad ventricular ectópica en las disrritmias producidas por la digital.

La difenilhidantofina tiende a disminuir la concentración intracelular de sodio en las células del cerebro y del músculo esquelético y cardíaco.

#### IV.- DOSIS Y ADMINISTRACION

La concentración sérica eficaz en casi todos los enfermos vade 10 a 20 g. por ml. Diversos estudios clínicos han demostrado una mejoría importante en el dominio de las convulsiones, - una reducción en las anomalías electroencefalográficas exis--tentes o ambos fenómenos en pacientes, cuando la concentración sérica es mayor de 10 a 12 g. por ml.

Existe notable variación entre la dosis administrada y la concentración sérica resultante, pero podemos hacer algunas generalizaciones. La Biotransformación y exresión de la difenilhi

dantofina aumenta con la edad y por esta razón, los niños de -  
muy corta edad necesitan relativamente una dosis mayor de los  
10 u gl por ml., los niños de menos de 20 kg. de peso suelen  
necesitar una dosis de 10 mg por kg al día, los que están en-  
tre 20 y 40 kg requieren una dosis de 5 a 7 mg al día, y los  
niños mayores de 40 kg., una dosis de 4 a 6 mg. por kg de pe-  
so al día.

En niños, suelen recomendarse dos dosis al día, si bien algu-  
nos datos recientes sugieren que incluso en este grupo de edad,  
basta una dosis diaria y no hará que aumenten los síntomas-  
tóxicos.

Después de comenzar la administración de difenilhidantofina, -  
se necesita una o dos semanas para alcanzar un nivel estable-  
o "MESETA" en la concentración plasmática. Una dosis de satu-  
ración de 4 veces la dosis diaria (incluso 20 mg. por kg. al  
día) para el primer día; y el doble de dosis diaria para --  
los siguientes dos días, harán que se alcance la concentración  
plasmática señalada y se conserve su nivel terapéutico en tér-  
minos de 24 horas.

#### V.- ABSORCION Y EXCRESION

Después de su ingestión la difenilhidantofina se absorbe en el  
duodeno. Al término de 4 u 8 horas de la ingestión de una so-  
la dosis se obtienen niveles máximos. La absorción después -  
de la aplicación intramuscular puede ser muy irregular y por-  
esta razón no se recomienda por esta vía. Después de la admi-  
nistración intravenosa suele alcanzarse concentración máxima-  
en suero en término de 15 minutos, pero a ella sigue un descen-  
so al distribuirse el fármaco a otros tejidos. En la penetra-  
ción a la circulación, la difenilhidantofina rápidamente se --  
une a protefina. Los datos de experimentación sugieren que el  
efecto anticonvulsivo guarda su mejor correlación con la con-

la concentración de difenilhidantoína no unida, esto es, en estado original.

En el hombre del 70 al 75% del fármaco puede estar ligado a proteínas. La unión con proteínas es mucho menor en prematuros y neonatos y, por esta razón los pequeños en estos grupos de edad pueden reaccionar en dosis menores, que en niños de mayor edad. La difenilhidantoína se distribuye rápidamente en todos los tejidos corporales, se une a fracciones subcelulares y se deposita en la grasa.

Después de la inyección intravenosa, rápidamente penetra al cerebro, y los niveles máximos aparecen en 15 minutos. Con la administración repetida, la concentración en el cerebro es 1.5 a 3 veces mayor de la del suero. Las concentraciones de líquido cefalorraquídeo reflejan los niveles séricos no ligados a proteína y aproximadamente son 10% de la concentración del suero.

La difenilhidantoína es metabolizada por las enzimas microscópicas hepáticas para formar metabolitos inactivos que, después de su conjugación con glucoronato, terminen por excretarse por la orina. Aproximadamente el 70% del fármaco aparece en la orina en forma de 5-(Hidroxifenil) 5-Fenilhidantoína (HPPH) en la orina y aproximadamente el 5% se excreta sin modificación.

#### VI.- TOXICIDAD

Los efectos tóxicos de la DFHNA, difieren según las dosis y el tiempo que dure la administración. Cuando se inyecta en una vena a razón de más de 50 mg. por min. en el tratamiento urgente de arritmias cardíacas o del estado epiléptico (accesos subintrales), los signos más notables son colapso cardio

vascular y depresión nerviosa central. La sobredosis aguda por vía bucal provoca signos referibles al cerebro y al aparato vestibular. La sobredosis crónica y la hipersensibilidad producen efectos moderados y pocas veces entorpecen el tratamiento y a menudo se alivian ajustando las dosis. Entre los efectos tolerables se comprende los que ocurren en el SNC, tubo digestivo, piel y encías; cuando ocurren efectos indeseables - más graves en la piel, el hígado y la médula ósea, conviene suspender la administración del medicamento.

#### Sistema Nervioso Central:

Existen una gran variedad de reacciones tóxicas transitorias de carácter central que pueden resultar de una sola dosis accidental de DFHNA, de la acumulación sucesiva de sobredosis, o por sensibilidad al medicamento; como consecuencia de lo anterior se producen diversas alteraciones, tales como trastornos posturales (ataxia, caídas, reflejos tendinosos hiperactivos, rigidez de los extensores), y signos vestibulooculares (nistagmo, vértigo, diplopía, oculogíria, visión borrosa, mi-driasis), manifestaciones convulsivas (frecuencia aumentada, ataques tónicos o clónicos de novo), alteraciones de la conducta (hiperactividad, alucinaciones, mentecatez, confusión, habla farfullada, desánimo, somnolencia), signos de origen autónomo y otros signos (náuseas y vómitos, anorexia, incontinencia urinaria, cefalalgia, disnea).

#### Tubo Digestivo:

Los trastornos gástricos causados por la alcalinidad de las sales de sodio pueden evitarse ingiriendo la dosis después de las comidas o con un ácido diluido, o en forma de suspensión o de la DFH neutra; o simplemente administrándolos en dosis fraccionadas. Los trastornos gástricos agudos son: Dolor epigástrico intenso, náuseas, vómito y anorexia.

**Piel:**

Conviene suspender la administración de la DFH o fármacos anticonvulsivos tan pronto como se manifieste cualquier signo de erupción cutánea.

**Encías:**

Es muy común encontrar y observar la hiperplasia gingival, la cual la mayor parte de las veces no es tan seria como para -- suspender el tratamiento con este fármaco, ya que éste ha demostrado excelentes resultados en el manejo de la crisis y es preferible que dicha alteración se corrija por medios quirúrgicos, haciendo resecciones periódicas de la encía sobrante, -- que suspender la administración de este medicamento.

**VII.- OTROS USOS DE LA DIFENILHIDANTOINA****Neuralgias del Trigémino**

La probabilidad de que las demás formas de neuralgias del trigémino como el dolor facial atípico o el tic doloroso atípico, se mejoren satisfactoriamente con la farmacoterapia de la difenilhidantoina o la resección quirúrgica, es considerada como menor. Por fortuna el dolor en estas neuralgias del trigémino no tienen la intensidad que tiene el tic doloroso clásico. Por lo que debe intentarse el manejo con la difenilhidantoina.

**Neuralgia Raquídeas**

Las neuralgias que afectan las extremidades y el tronco, son muy diversas y rebeldes al tratamiento médico o quirúrgico. -- Esto justifica, probar la carbamazapina y la difenilhidantoina después de la valoración diagnóstica minuciosa.

**Tabes Dorsal**

Era una enfermedad común en épocas pasadas, pero ahora requiere

re solo un comentario breve, dada su rareza. La carbamazepina o la difenilhidantoína suelen aliviar los dolores lancinantes de esta forma de sífilis. En caso de no lograr buenos resultados, la cordotomía alivia el trastorno, en forma definitiva.

#### VIII.- CONTRAINDICACIONES DE LA DIFENILHIDANTOINA

Se considera que solo la presencia de erupciones cutáneas u otros fenómenos de hipersensibilidad (poliarteritis) obligan a que se descontinúe el medicamento. Por lo demás, los efectos tóxicos pueden ser dominados disminuyendo la dosis.

## C A P I T U L O I V

HIPERPLASIA GINGIVAL PRODUCIDA POR  
EL DIFENILHIDANTOINATO DE SODIO

## I.- ETIOLOGIA

El agrandamiento gingival producido por el difenilhidatofnato de sodio se puede presentar en personas con bocas desprovistas de irritantes locales, y puede estar ausente en bocas con gran cantidad de irritantes locales. Es importante poder diferenciar entre la hiperplasia causada por el DFH y la inflamación sobre agregada cuyo origen son los irritantes. Las alteraciones secundarias se añaden a la lesión producida por el DFH y dando una coloración roja a roja azulada, borrando los límites lobulados y aumentando la tendencia a la hemorragia.

En muchos pacientes, el estado de la encía contribuye con la mala higiene produciendo halitosis.

## II.- CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Histológicamente se observa una hiperplasia pronunciada de tejido conectivo y epitelio, hay acantosis de epitelio y brotes epiteliales alargados que se extienden en la profundidad dentro del tejido conectivo.

Este presenta haces colágenos densos con aumento de fibroblastos y vasos sanguíneos. Las fibras oxitalámicas son numerosas por debajo del epitelio y en zonas inflamadas.

Los cambios estructurales del epitelio incluyen ensanchamiento de los espacios intercelulares de la capa basal edema citoplas

mático y rarefacción de desmosomas. El índice metabólico se ha ya desendido. Los agrandamientos recurrentes aparecen como tejido de granulación compuesto por capilares y fibroblastos jóvenes y fibrillas colágenas irregulares, con algunos linfocitos.

### III.- CARACTERISTICAS CLINICAS

La lesión comienza como un agrandamiento indoloro, periférico-en el margen vestibular, lingual y en las papilas interdentarias puede transformarse en un repliegue macizo de tejido que cubre una parte considerable de las coronas, la lesión es de un color rosa pálido y resilente con una superficie finalmente lobulada que no tiende a sangrar.

En una proporción variable también pueden encontrarse otros signos clínicos: como el aspecto de la cara y de la boca de algunos enfermos, puede estar alterado desde el punto de vista estético las masas gingivales que provocan encorvamiento de los labios y de la cara.

### IV.- GRADOS DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL

Los agrandamientos gingivales se pueden clasificar en 4 grados:

- 1.- Para aquellos agrandamientos gingivales que consisten en pequeñas tumoraciones interproximales múltiples, - con o sin aumento del grosor de la encía marginal. Esto solo cubren una pequeña parte de las coronas anatómicas.
- 2.- Se refiere a las hiperplasias que cubren aproximadamente  $\frac{1}{4}$  parte de las coronas anatómicas.

- 3.- A las hiperplasias que cubren más de un 50% de las coronas anatómicas.
- 4.- Hiperplasias masivas en las que se cubre un 75% o más de las coronas.

#### V.- MEDIDAS PREVENTIVAS.

La hiperplasia gingival causada por el DFH debe ser prevenida o aminorada a través de los siguientes métodos de prevención - dándole más atención a la higiene oral.

El control de placa dentobacteriana es un medio de prevención que ayuda a retirar la acumulación de placa dentaria y de otros depósitos sobre las superficies dentarias y gingivales adyacentes. Esta es una medida para prevenir la gingivitis siendo en consecuencia una crítica de los muchos procedimientos que intervienen en la prevención de la enfermedad periodontal.

El control se puede realizar por medio de una limpieza mecánica con el cepillo de dientes y dentífrico y otros auxiliares de la higiene como es water pik.

Esto es necesario ya que sin él no es posible alcanzar la salud bucal y mucho menos prevenirla. Es importante para poder realizar el control de esta placa dentaria que el cepillo dental -- sea adecuado. Dentro de las clases de cepillos dentales existen diversos tamaños, diseños, dureza de cerdas, longitud y distribución de las mismas.

Para esto el objetivo terminal del cepillo dental es el de limpiar eficazmente y proporcionar accesibilidad a todas las áreas de la boca. Su elección dependerá de cada paciente, la manipulación fácil por parte del paciente es un factor importante en

la elección del cepillo dental, su eficacia o su potencial lesivo dependerá en gran medida de la manera en que se use. Por tal razón es recomendable aconsejar al paciente que debe cambiar periódicamente su cepillo dental.

Existen varias técnicas de cepillado, pero un factor importante que determina la eficacia del cepillado, es la minuciosidad con que se lleve a cabo. Muchas veces las necesidades de los pacientes hacen que haya una combinación con los diferentes métodos haciendo caso omiso de la técnica enseñada.

El hilo o seda dental es necesario para la limpieza interproximal de las superficies de los dientes. Existe seda dental con cera y sin cera de alta tenacidad, con su nombre técnico que es el de Nylon 30. La finalidad del hilo dental es eliminar la placa dentaria sin desprender restos fibrosos de alimentos acuñados entre los dientes y retenidos en las encrías. La reten-ción de los alimentos será tratada recorriendo los contactos-interproximales y las cúspides; pues la eliminación de los alimentos retenidos con el hilo dental simplemente proporciona alivio temporal.

Los aparatos de irrigación (water pik), son eficaces como accesorios para la higiene bucal cuando se utiliza además el cepillado, proporcionan ventajas mayores que las que se obtienen mediante el cepillado exclusivamente; puesto que interviene mucho que el agua sea a presión debido a que se produce por medio de una bomba del mismo aparato o puede ser colocada directamente a la llave del agua.

Ayuda a la reducción de la inflamación gingival y a minorar la profundidad de las bolsas periodontales, retardando la acumulación de la placa y de cálculos dentarios, teniendo aumento de la queratinización gingival.

Los enjuagatorios o colutorios, pueden ser usados como auxiliares del cepillado y de otros accesorios. Hay que hacer hincapié en que el uso de éstos no es suficiente para mantener la salud bucal. El masaje gingival ayuda para mejorar la circulación y el aporte de nutrientes, da oxígeno a los tejidos gingivales, pero también es importante saber el riesgo de la lesión gingival a causa del masaje descontrolado al paciente se le debe explicar en lo que va a consistir su tratamiento, pues es importante la motivación del odontólogo hacia el paciente para que éste coopere.

La educación es de suma importancia ya que muchos creen que el cepillo dental es sólo para la limpieza de los dientes, y para ello hay que dedicarle una o varias citas hasta que tome conciencia de su gran importancia para la prevención de la enfermedad periodontal. El cepillado es un procedimiento terapéutico preventivo y auxiliar más importante proporcionado por el paciente.

El paciente juega un papel importante ya que eficazmente puede ayudar a la prevención y reducción de la gravedad de la enfermedad.

El control de placa se debe a una dieta adecuada, es importante hacerle saber al paciente que debe ingerir alimentos fibrosos duros, particularmente al final de las comidas, ya que éstos ayudan a la reducción de placa, así mismo estimula el ligamento periodontal y el hueso alveolar. La limitación de alimentos con sacarosa es importante ya que ésta aumenta la formación de placa, el polisacárido dextrán es el componente principal de la placa dentaria, es una substancia pegajosa que envuelve a las bacterias de la placa y la une a la superficie del diente. Las bacterias forman dextrán a partir de carbohidratos, particularmente la sacarosa. La profilaxis bucal se refiere a la limpieza de los dientes en el consultorio dental y, consiste en la remoción de la placa, materia alba, cálculos y pigmentos.

taciones dentarias, y el pulido de los dientes.

## VI.- TRATAMIENTO QUIRURGICO

(Diferentes técnicas de gingivectomía)

La gingivectomía es el tratamiento de elección más frecuente - para los pacientes epilépticos, que toman difenilhidantoinato de sodio.

La gingivectomía es un acto quirúrgico que consiste en la eliminación de la encía enferma y el raspaje y aislado de la superficie radicular. Esta se usa para eliminar bolsas supra---óseas profundas, agrandamientos gingivales, lesiones de furcaciones, abscesos periodontales, capuchones pericoronarios etc.

Antes de llevar a cabo la cirugía periodontal es necesario una preparación previa, que va a variar según el estado del paciente, ya que puede presentar este tipo de pacientes una inflamación aguda ligada a la hiperplasia.

En caso de que el paciente se encuentre aprensivo se premedicará por medio de sedantes. Al realizar la gingivectomía es necesario que se asegure que el paciente está bien anestesiado desde el principio de la operación, la anestesia puede colocarse regional o infiltrativa; por lo general se requiere de la inyección directa en la papila. La gingivectomía se realizará - por cuadrantes a intervalos semanales, tomando en cuenta si hay prioridades urgentes en una zona determinada. Si no principalmente se comenzará por el cuadrante inferior derecho, ya que se simplifica la primera sesión para el paciente, a continuación se trata la zona superior dejando el lado izquierdo libre para que el paciente pueda ingerir sus alimentos, y posteriormente pasadas unas semanas se tratarán los cuadrantes izquierdos. Es necesario mediante esta operación contar con un extractor quirúrgico, ya que proporciona mayor visibilidad del campo opera-

torio. Se marcan las bolsas con una pinza marcadora de bolsas del número 27 g. El instrumento se sostiene con la punta marcadora alineado con el eje mayor del diente. El extremo recto se introduce hasta la base de la bolsa y el nivel se marca al unir los extremos de la pinza produciendo un punto sangrate. - El corte de la encía puede llevarse a cabo por medio de bisturí, escapelo o tijeras, la remoción de la encía es parte importante de la gingivectomía pero el instrumento que se emplea no afecta el resultado del tratamiento. Su elección se basa en la experiencia individual de cada operador. Las incisiones -- pueden ser continuas o discontinuas según lo prefiera cada operador.

La incisión discontinua se comienza en la superficie vestibular del ángulo distal del último diente y avanza hacia el sector anterior, siguiendo el curso de las bolsas, extendiéndose a través de la encía interdientaria hasta el ángulo distovestibular del diente siguiente. Las incisiones individuales se repiten hasta alcanzar la línea media.

La incisión continua se comienza en la superficie vestibular del último diente y se lleva hacia el sector anterior sin interrupción, siguiendo el curso de las bolsas. Una vez terminada la superficie vestibular se repite en la superficie lingual.

La incisión distal. Una vez realizadas las incisiones vestibular y lingual, se unen por medio de una incisión en la superficie distal del último diente erupcionado, la incisión se realiza colocando el bisturí debajo del fondo de la bolsa y bice--lando de modo que coincida con las incisiones vestibular y lingual.

La incisión se hace por apical a los puntos que marcan el curso de las bolsas, entre la base de la bolsa y la cresta del --

hueso. La incisión se bicelará aproximadamente a 45° con la superficie dentaria, en la medida posible la incisión de crear la forma festoneada normal de la encía, pero ello no significa dejar la pared de la bolsa enferma ya que ésta se tiene que -- eliminar por completo, incluso si esto demanda apartarse de la forma normal de la encía.

Posteriormente se elimina el tejido de granulación antes de -- comenzar el raspaje para que la hemorragia que proviene de este tejido no entorpesca la operación del raspado. Esta elimina-- ción del tejido de granulación se realiza por medio de curetas.

El éxito de la gingivectomía depende en gran medida de la minu-- ciosidad con la que se raspe y aisle la raíz. Antes de colo-- car el apósito periodontal se observa la superficie de cada dien-- te para detectar restos de cálculo o tejido blando, posterior-- mente se lava la zona con agua tibia y se cubre con un trozo de gasa, la cual se deja hasta que cesa la hemorragia, ya que ésta interfiere en la adaptación y colocación del apósito periodon-- tal.

Antes de colocar el apósito la superficie debe estar cubierta-- por el coágulo que protege a la herida y proporciona un anda-- mio para los nuevos vasos sanguíneos y células de tejido conec-- tivo que se forman durante la cicatrización. Después de haber realizado la gingivectomía del cuadrante correspondiente, se -- le darán al paciente algunas indicaciones que deberá seguir -- respecto a la dieta, si tomara algún analgésico o antibiótico-- según el caso de cada paciente.

## C A P I T U L O V

## EPILEPSIA

## I.- HISTORIA CLINICA

Es evidente que el cirujano dentista debe de tener una historia clínica muy completa, de otra forma quedaría fuera de su dominio detectar enfermedades tan importantes como la Epilepsia. Por lo que ante una anomalía de cualquier tipo el dentista tiene la obligación de profundizar al máximo, para determinar aspectos que servirán de base para tratamientos posteriores, así como para la forma adecuada de tratar al paciente.

Cuando se ha detectado la anomalía concerniente a la epilepsia, será necesario estar en relación con el médico cirujano.

A continuación expondré una breve historia clínica que nos servirá de base a nosotros y de guía al médico:

Antecedentes Familiares Generales.

Antecedentes epilépticos en parientes. (padres, hermanos, otros).

Malformaciones genéticas en parientes, (padres, hermanos, otros) (tipo de padecimiento).

Otras enfermedades generales en familiares (padres, hermanos) como diabetes, hemofilia, etc.

Antecedentes Personales Predominantes.

Tipo de parto del paciente, así como complicaciones y métodos usados (forceps, cesarea, etc.).

Problemas personales como el lenguaje, infecciones graves, intoxicaciones, aprovechamiento escolar, vacunas, traumatismos craneales, trastornos en conducta, etc.

El tipo de crisis es una cosa que el Cirujano Dentista no debe tratar de esclarecer, pues este campo no le corresponde, pero sí como cuestión general indicaré algunos aspectos como son:

Tipo de Crisis

Momento en que se presenta generalmente.

Frecuencia.

Tratamientos que se han seguido y lugar, así como las referencias de médicos que atendieron el caso, (pues de este modo se podría investigar la historia del padecimiento del paciente, pudiéndose de este modo tener gran alcance hacia los logros deseados).

Vulvo a referir que todo esto debe ser llevado a cabo entre el M. C. y C. D.

II.- EXPLORACION CLINICA.

Para ser integrado el diagnóstico neurológico es muy importante la exploración clínica general. Citaré a continuación las consideraciones de mayor relevancia.

Como principio se debe observar la forma de caminar de la persona en nuestro consultorio dental, mientras se obtienen los datos del interrogatorio. Esta observación aporta una información suficiente para hacer el diagnóstico. Esta marcha puede revelar la típica postura flexionada, la falta de oscilación -

normal de los brazos, la marcha pesante, la postura hemipléjica, la marcha espástica que aparece en algunas lesiones de médula espinal y la marcha atáxica que es el resultado de la pérdida del sentido de la posición, y disfunción cerebelosa.

Se detecta con la observación la típica facies "en máscara", también el temblor que tiene en reposo el individuo, el estrabismo que aparece en la debilidad oculomotora, y la voz nasal, además el babeo que acompañan a la debilidad de los músculos. La hemianopsia homónima puede hacer que el paciente gire la - cabeza para ver directamente de frente.

### III.- ESTADO MENTAL.

La corriente y el contenido del pensamiento o durante el interrogatorio pueden aportar datos que nos dirijan hacia trastornos orgánicos y funcionales de la mente.

Las pruebas del estado mental como memoria, juicio, capacidad aritmética e ideación concreta están justificados si las molestias principales o algún dato causal de la conversación sugiere alguna deficiencia. Por ejemplo: se le puede pedir al - paciente que explique el significado de algún proverbio conocido, que realice una sencilla resta, etc.

Los efectos en cualquiera de estas indagaciones suelen indicar un trastorno orgánico de las funciones mentales.

### IV.- TRASTORNOS CONVULSIVOS

Como es general en todo padecimiento o trastorno, comenzaré - por tratar primeramente los de menos importancia, concluyendo por los más severos.

### Reacciones Concientes e Histéricas

Son simples anormalidades en la postura, como tics estando los individuos totalmente concientes.

### A Causa de Transtornos Metabólicos

Tal es el caso de la hipoglusemia, hiponatremia, enfermedad del hígado o riñón, y la inadecuada secreción de la - hormona antidiurética. Considerándose estas como tratables.

### En Presencia de Infecciones

Algunas enfermedades como son encefalitis, septicemia etc. acompañadas de epilepsia, pueden producir las convulsiones, aunque en ocasiones aún sin la presencia de ésta pueden - aparecer las convulsiones.

### Presentes en la Enfermedad Cerebrovascular

Este tipo de trastorno además de producir la convulsión - puede producir pérdida de la conciencia y signos focales.

### Por Insuficiencia del Fármaco

Esto generalmente se presenta cuando por algún tiempo no ha tomado el paciente sus medicamentos o ha tomado dosis mínimas.

### De Tipo Febril en Niños Pésquenos

Estas son muy comunes en lactantes y pequeños. Siendo generalizadas y durando menos de 15 minutos, su mayor frecuencia está entre los 6 meses y los tres años de edad.

Este suceso ocurre generalmente en presencia de infección aguda de vias respiratorias, y poco después del aumento - de la temperatura.

En la Abstención de Bebidas Alcohólicas.

Este tipo de pacientes sufren mayor tipo de convulsiones. Aunque generalmente estos sufren convulsiones cuando son tratados.

V.- PEQUEÑO MAL

Este tipo de ataques son tan breves que a veces pasan inadvertidos. Muchos pacientes pudieron tenerlos por años antes de que se haya reconocido su verdadera naturaleza.

El ataque consiste en la pérdida brusca de la conciencia. La persona está inmóvil con la mirada fija, con imposibilidad para hablar y responder a las órdenes, éstos son los únicos signos de anormalidad. En contraste con el gran mal, la falta de trastornos motores es característica, o cuando mucho solo se observan algunas contracciones ligerísimas de los párpados y de los músculos faciales, así como sacudidas de los brazos a la velocidad de unas tres contracciones por segundo. Regularmente el paciente no cae, y continúa siendo tan complejos como caminar y aún andar en bicicleta durante el ataque. Después de dos a quince o más segundos, la conciencia se recupera súbitamente, y el enfermo reanuda cualquier actividad que estuviera ejecutando antes del ataque. Para él solo hay un espacio en blanco, - "ausencia" en su conciencia.

Los episodios de este tipo son mucho más comunes en la infancia y en la adolescencia. Otra de sus características es su gran frecuencia. Aunque benignos, si son frecuentes, llegan a trastornar los procesos mentales y el aprovechamiento de un niño será deficiente. En raras ocasiones una serie de ataques repetidos interrumpen la conciencia por períodos mayores. Siendo este el pequeño mal.

Pudiendo presentarse como tipo único este ataque o combinándose con el gran mal o bien desapareciendo. Esto suele suceder generalmente a la edad de 16 años.

#### Epilepsia Psicomotora

Este tipo de ataques difieren de los anteriores. Puede aparecer como una alucinación compleja o una ilusión pudiendo el enfermo percibir un olor o sabor desagradable o bien - ver escenas en las que figuran personas, edificios, etc., tomadas generalmente de experiencias pasadas y que semejan un sueño. Quedando alterada la percepción de lo que ve y oye ante el mundo exterior. Los objetos o personas parecen estar muy lejos o ser irreales; otros que ven por primera vez, le parecen ya conocidos.

El paciente se comporta como si estuviera parcialmente -- consciente durante el ataque en vez de perder todo control de sus pensamientos y acciones. Suele levantarse y caminar, desabotonarse o quitarse sus ropas, intentar hablar o aún continuar actos tan habituales como conducir un auto. Si se le da una orden o se le hace alguna pregunta específica, será evidente que está fuera de contacto con el que - examina, y que no entiende.

Cuando se le sujeta puede reaccionar con gran energía y a veces ser violento. Este tipo de comportamiento se dice - ser automático.

Los movimientos convulsivos, cuando los hay, pueden consistir en movimientos de masticación, de tronar o lamerse los labios y menos frecuente se observan espasmos tónicos de los miembros de la cabeza, movimientos de los ojos hacia un lado.

En todos los casos se observan uno o varios de estos fenómenos.

Debido a que estos tres complejos sintomáticos suelen presentarse juntos, se les denomina: La triada psicomotora. Estos tipos de ataques varían en frecuencia y duración. - Algunos son muy breves, pues duran solo pocos segundos; - otros continúan por horas o días.

#### PRINCIPALES FORMAS DE CRISIS

##### VI.- GRAN MAL O EPILEPSIA MAYOR.

En esta forma de convulsión, el paciente percibe su posible -- aproximación por muchas sensaciones subjetivas. Durante algunas horas se siente apático, deprimido, irritable, o al contrario demasiado alerta y aún en éxtasis. La flatulencia, el estreñimiento y el dolor de cabeza son otros síntomas prodromicos, y las contorsiones mioclónicas, esto es, los movimientos que afectan uno y otro miembro o el tronco, a veces precede algunas horas a la convulsión. Hay algún tipo de sensación o movimiento de alguna parte del cuerpo antes de la pérdida de la conciencia o de la convulsión generalizada. Esto se denomina - "aura" y la forma en que se desarrolla proporciona la clave más útil para la localización de la enfermedad fundamental, el aura más frecuente es cierta molestia epigástrica, una sensación de sacudida, de hundimiento, de querer asirse de algo de estrangulación o de palpitación. El hormigueo y el entumecimiento de los dedos o de los labios, o de alguna otra parte del cuerpo, la visión de un resplandor, un gusto o dolor desagradable son otras formas de aura sensitiva bien conocidas, las contorsiones clónicas, las contracciones tónicas de los músculos de un miembro, el girar la cabeza y los ojos son auras somáticas-

motoras que al principio adoptan formas de epilepsia facial y terminan en crisis generalizadas. Generalmente, cuando ya todo un lado del cuerpo está afectado, el enfermo ha perdido la conciencia. El aura en realidad, es la primera parte del ataque y no un prodrómo. Rara vez dura más de unos cuantos segundos.

La convulsión generalizada, ataque o crisis, principia con -- pérdida brusca de la conciencia y con caída al suelo. Toda la musculatura experimenta un espasmo violento. La contracción del diafragma y de los músculos del tórax produce el grito característico.

Los ojos se vuelven hacia arriba o hacia un lado, la cara está contorsionada, el maxilar inferior fuertemente cerrado, a menudo con mordedura de lengua y escurrimiento de saliva o de sangre de los labios; los miembros toman posiciones muy variadas. Con el espasmo continuado de los músculos respiratorios la respiración se hace imposible, y el color de la piel y de las mucosas se vuelve grisáceo o cianótico.

Después de una fracción de minuto, el estado rígido o tónico de los músculos desaparece y da lugar a una serie de movimientos clónicos bruscos. El aire empieza a entrar a los pulmones en respiración cortas convulsivas, y se forma espuma sanguiinolenta en los labios por la mezcla de la saliva y la sangre que sale al morderse la lengua o los carrillos. Los brazos, las piernas, la cara y la cabeza se sacuden con violencia. Después de uno o dos minutos los movimientos se hacen más lentos, luego irregulares y finalmente cesan.

El paciente entonces entra en un período de relajación, respira profundamente y suda en forma profusa. A veces hay incontinencia urinaria y en ocasiones intestinal. Sobreviene un estado de coma profundo, y aún el dolor más intenso no provoca

respuesta. Los reflejos plantares a menudo son extensores. Puede ser que no reaccione una o ambas pupilas. Pocos minutos -- después el paciente se reanima y abre los ojos. Sus primeras frases o preguntas generalmente demuestran confusión mental. - Durante los siguientes minutos, o aún horas hay tendencia a la incoherencia y a la somnolencia. A menudo cae en un sueño profundo. El dolor de cabeza es otro sintoma frecuente después de los ataques.

El paciente mismo no se da cuenta de los momentos anteriores, -- cuando más, solo recuerda el aura. Puede volver en sí en el hospital o en otro sitio extraño, los únicos indicios de ataque sufrido, serán el hiato existente en su memoria, su aspecto desaliñado, la lengua mordida, y la dolencia de los músculos vigorosamente ejercitados. Pueden producirse lesiones durante la caída, y como consecuencia de la contracción muscular violenta, puede haber aplastamiento de una o varias vértebras. El esfuerzo violento desplegado durante el ataque puede descubrirse por las hemorragias periorbitarias subcutáneas.

Las convulsiones de este tipo suelen ocurrir, aisladas o en -- grupos de dos o tres, estando el paciente despierto o dormido. Otros sufren alguna vez ataques en serie, sin recuperar la conciencia entre dos accesos consecutivos. Esto se conoce como -- "estado epiléptico" y es un cuadro que requiere tratamiento urgente. En vez de toda la serie de acontecimientos anteriormente descritos, puede ocurrir solo parte del ataque. Por ejemplo hay aura sin pérdida de la conciencia o todo el ataque consiste en pérdida breve de la conciencia y espasmo momentáneo de los miembros.

#### VII.- PRONOSTICO

Este tipo de pronóstico, como en todas las enfermedades depen-

derá de algún caso que se trate en especial, además de la adaptación de la persona a los tratamientos, así como a los medicamentos.

Son sin duda alguna, muy importantes los tipos de mal del que se trate, así como la frecuencia con que se presentan, y la intensidad. Si la presencia de éstos es a edad muy temprana, el pronóstico será poco optimista. Además, como un dato que nos podría servir, es que el pequeño mal persiste después de la pubertad en las mujeres, siendo el caso contrario con los hombres.

Si bien he hablado del pronóstico y también hablaremos del tratamiento, no quiero decir de ninguna manera que el cirujano dentista deba intervenir en la cura de esta enfermedad, aunque desde luego si le servirá para saber la manera de atender su problema bucal, así también como para darle una buena orientación de lo que tiene que hacer y a quien debe recurrir.

#### VIII.- FARMACOTERAPIA

Con la farmacoterapia se busca que los medicamentos en el Status Epilepticus aminoren las convulsiones, se hagan menos graves y la forma en que se recupere la conciencia. Por eso el tratamiento a base de fármacos, es esencial conocer a fondo y tener por lo menos 3 ó 4 fármacos para no vernos complicados en nuestro ejercicio profesional.

Diazepan.- En adultos se puede inyectar directamente 10 ml. de diazepan diluidos en solución salina o glucosada, aplicados en un lapso de 1 min.; Dosis que puede repetirse después de 10 min. si persisten las convulsiones; En lactantes y niños la dosis es de 0.3 mg/kg. de peso corporal o una dosis única máxima de 10 ml. El diazepán puede originar hipotensión transitoria, bradicardia e hipotonia muscular si se administra con

gran rapidez o en una dosis muy grande. Entre los efectos graves están: la depresión respiratoria, hipotensión intensa y paro cardiaco. Sin embargo, son muy raros los efectos graves después de administrar la dosis recomendada. A excepción de los ancianos, o si el fármaco se aplica con otros sedantes, en particular con los barbitúricos. La eficacia del diazepam está comprobada para tratar el Status Epiléptico Generalizado.

Fenobarbital.- Con pocas excepciones, el fenobarbital es depresor no solo del SNC., sino también de otros sistemas. En el Status Epilepticus sugiero la administración parenteral de 220 mg. de fenobarbital diluido en 50 ml. de solución salina normal, administrados en un lapso de 10 min., dosis que puede repetirse en 10 mins., si persisten los ataques convulsivos. En niños puede utilizarse una dosis de 5 ml./Kg., de peso inicialmente, en la misma forma, y después de 20 min. administrar 3 mg/kg, si es necesario. En el adulto la dosis puede ir de 400 a 400 mg./24 hrs. En grandes dosis al igual que otros barbitúricos afines tienen la capacidad de deprimir la función del SNC. Se interrumpirá inmediatamente la administración de fenobarbital si cesa la convulsión o aparecen complicaciones como depresión respiratoria o hipotensión grave.

Difenilhidatoinato de Sodio.- Este anticonvulsivo debe ser disuelto por completo en el diluyente que suministra el fabricante y se inyectará la solución en forma directa al botellón de solución salina o glucosada a un ritmo de goteo de 25 a 25 mg/min. La administración intramuscular origina absorción insuficiente y bajos niveles sanguíneos. Para este goteo se usará venas de gran calibre, porque la solución es irritante y produce una sensación urente en el sitio en el que se inyecte. Y se interrumpirá cuando cesen las convulsiones o cuando se haya llegado a una dosis de 1000 mg.

Es necesario vigilar los signos vitales y la actividad cardiaca en personas que estén recibiendo DFH Na., por vía parenteral, y se interrumpirá inmediatamente el goteo si aparece depresión respiratoria o hipotensión.

Su ventaja sobresaliente es que no deprime la conciencia y no profundiza el coma. Sin embargo, su uso es peligroso en personas mayores y en presencia de arritmias cardiacas o cardiopatía grave, y por estas razones, no constituye el fármaco de primera elección en casi todos los casos de Status Epilepticus.

Paraldehido.- Es un fármaco muy peligroso para empleo parenteral, originando incluso la muerte por edema pulmonar agudo insuficiencia renal progresiva. Si el diazepam o los barbitúricos no son eficaces para dominar los síntomas en los adultos, con gran cautela puede añadirse el paraldehido al régimen anti convulsivo, y administrarse por vía intramuscular (5 ml. en cada glúteo) o intravenosa (4 ml. en 100 ml. de solución glucosada al 5%) por goteo lento en el lapso de una hora.

En niños también puede aplicarse por vía intramuscular 1 ml.- por año de edad hasta dar una dosis máxima de 5 ml. La razón por la cual mueren por edema pulmonar agudo e insuficiencia renal progresiva, es debida a que lo usan de una manera de transformación a acetaldehido, por haberlo expuesto a la luz y al aire. Por lo que se recomienda administrar el paraldehido solo de frasco de ampula, de adquisición reciente, con fecha de caducidad comprobada y deben de estar siempre en frasco de cristal sellados.

Anestesia General.- Cuando los demás métodos farmacológicos y complementarios no dominan el estado epiléptico generalizado, cabe recurrir a la anestesia general en el paciente convulsivo.

## C O N C L U S I O N E S

Los efectos causados por el Difenilhidantoinato de Sodio son:

- Hiperplasia Gingival
- Cambios Periodontales
- Gingivitis Crónica

El tratamiento de los agrandamientos gingivales son:

- Medidas preventivas:

Control de placa bacteriana por medio de técnica de cepillado y pastillas reveladoras. Como auxiliares de la higiene se encuentran:

- Enjuagatorios o colutorios, el hilo o seda dental.

Control de placa mediante dieta.

Profilaxis

Tratamiento Quirúrgico:

El tratamiento Quirúrgico: Gingivectomía

La elaboración de una historia clínica completa y de una exploración clínica son esenciales para realizar un diagnóstico diferencial de las crisis neuróticas; las cuales en la mayoría de los casos no ofrecen dificultad, ya que su gesticulación desordenada y sus llantos y gritos terminales son característicos.

Un paciente epiléptico para ser atendido, debe estar bajo control médico, evitando en esta forma serias complicaciones como

cuadros inesperados de crisis convulsivas.

En el caso de no evidenciar que el paciente presente cualquier entidad epileptógena, o que el paciente ignore su padecimiento; la mordedura de lengua y la crisis tónico-clónico son elementos valiosos para elaborar el diagnóstico presuncional.

En caso de que se desencadene una crisis convulsiva debido al stress o tensión emocional existente en el paciente durante el ejercicio profesional odontológico, las medidas de control que se llevará a cabo para resolver tal eventualidad son:

- a) Administración de medicamentos o anticonvulsivantes (por vía parenteral).
- b) Aplicación de mascarilla de oxígeno.
- c) Colocación de un protector de madera o batelenguas o una cánula.
- d) Mantener permeabilidad de las vías aéreas superiores.
- e) Colocar al paciente en posición de hiperextensión.
- f) Aflojamiento de ropas.
- g) Vigilancia de signos vitales.
- h) Control del paciente hasta que la crisis ceda.
- i) Dejar al paciente en reposo.
- j) Canalizarlo con el médico o neurólogo.

La elección del tratamiento que emplee el Cirujano Dentista - dependerá de la enfermedad preexistente o de los efectos subyacentes o de la medicación.

Las crisis histéricas van seguidas de un cortejo de trastornos espectaculares.

En las crisis simuladas es suficiente hacer una exploración - clínica adecuada para descartar patología orgánica de tipo -- epileptogénica.

Los anticonvulsivantes pueden disminuir la cifra de leucocitos los cuales a su vez aumentan la susceptibilidad a la infección.

El odontólogo juega un papel importante en el manejo integral de estos paciente, no sólo resolviendo las complicaciones, si no que además sensibilizará al paciente de su patología.

## B I B L I O G R A F I A

Periodontología Clínica : Glickman Irving : Editorial Interamericana : 8a. Edición.

Periodoncia : Orban Balint : Editorial Interamericana : 4a. Edición.

Enfermedad Periodontal Avanzada : Pichard John F. : Editorial Labor : 2a. Edición.

Gingival Hiperplasia in Epilepsy : Sr. Binkley : Br Dent - - Surg Assist 1978 Nov-Dic; 37(6); 104-6.

Diphenylhydantoinate : Dreyer WP & Thomas CJ : Oral Surg 1978 May; 701-6.

Medical Treatment of epilepsy : Livingston S. : Sout Med J - - 1978 Apr; 71(4); 432-47.

Epilepsia : Dr. Hernández Peniche Julio : Prensa Médica Mexicana : México, D.F. 2a. Edición.

Bases Farmacológicas de la Terapéutica : Goodman Louis S. y Gimán Alfred : Editorial Interamericana : 4a. Edición.

Neurología Clínica : Russell L. Brain : Editorial Marin : 4a. Edición. España 1976.

Diccionario Odontológico : Drante Avellanal S. 1976.