

29
30

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO EN NIÑOS EPILEP
TICOS.

Facultad: Odontología
Seminario: Odontopediatría
Profr. Titular: C.D. Angeles Mondragón
Alumno: Avila Torres Ma. Isabel

FALLA DE ORIGEN



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 está 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

	Pág.
TEMA I Introducción -----	1
TEMA II Epilepsia -----	2
II.1 Manifestaciones clínicas -----	4
TEMA III Drogas usadas en la epilepsia -----	6
III.1 Manifestaciones bucales provocadas por la difenilhidantoína y otros anticon- vulsivos -----	9
TEMA IV Aspectos odontológicos -----	12
Conclusiones -----	18
Bibliografía -----	20

T E M A I

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

La epilepsia es un síndrome clínico, con síntomas de trastornos de actividad electroquímica en las células motoras de los centros del cerebro, como resultado del cual ciertos grupos de células descargan en una proporción y potencia anormal y con efectos periféricos anormales.

Las alteraciones en los centros de razonamiento hacen a las personas que las padecen, ser objeto de una atención medrosa de las gentes y existen sobre ellos una serie de mitos los más difundidos son su peligrosidad y los que comúnmente se denominan "seguirle la corriente".

La ventana del epiléptico es ver poco del mundo, prefiere reconcentrarse en sí mismo, pero no como una actitud reflexiva, sino de encogimiento hostil y amargo, que se desatiende del mundo por la estrechez del campo. En todo esto ven y viven una injusticia centrípeta, siempre dirigida contra ellos. Reaccionan con frecuencia con explosiva rabia o furor.

La conducta estomatológica en el enfermo psiquiátrico tiene como primer punto liberar de su angustia al enfermo, demostrándole que se le dedica la máxima atención como paciente - que acude al servicio y que se le respeta como persona.

El paciente epiléptico se conduce en la consulta, exactamente igual que un paciente normal y nuestra conducta debe ser idéntica.

T E M A II

E P I L E P S I A

La epilepsia es un trastorno paroxístico recurrente de la función cerebral caracterizado por ataques súbitos, breves, - pérdida de la conciencia, actividad motora y fenomenos senso- riales alterados o de conducta inapropiada. Las crisis convul- sivas, la forma más común de ataques, comienza con pérdida de conciencia y control motor contracciones tónicas o clónicas - de todas las extremidades, pero cualquier tipo de atáque recu- rrente puede denominarse epilepsia.

ETIOLOGIA:

Etiológicamente la epilepsia se clasifica como sintomática o ideopática; el término sintomática implica que se ha identifi- cado una causa probable que a veces permite un curso específi- co de terapéutica.

Idiopática; su base es anormalidades metabólicas inexplicadas

CLASIFICACION DE LAS CRISIS EPILEPTICAS

- I. Crisis parciales (que empiezan localmente)
- A. Crisis parciales con sintomatología elemental (generalmen- te sin trastornos del conocimiento)
 - 1. Con síntomas motores (incluye crisis jacksonianas)
 - 2. Con síntomas especiales sensoriales o somatosensoriales:
 - 3. Con síntomas de sistema autónomo
 - 4. Formas compuestas.
- B. Crisis parciales con sintomatología compleja (generalmente con trastorno del conocimiento) (ataque del lóbulo tempo- ral o psicomotores)

1. Con transtornos únicamente de la conciencia
2. Con sintomatología cognositiva
3. Con sintomatología afectiva
4. Con sintomatología psicosensoial
5. Con sintomatología psicomotora (automatismo)
6. Formas compuestas

C Crisis parciales generalizadas secundariamente

II Crisis generalizadas (simétricamente bilateralmente y sin comienzo local)

1. Ausencias pequeño mal
2. Mioclono bilateral masivo epiléptico
3. Espasmos infantiles crisis crónica
4. Crisis clónicas
5. Crisis tónicas
6. Crisis tonicoclonicas (gran mal)
7. Crisis atónicas
8. Crisis asinéticas

-III Crisis unilaterales (predominantemente asi)

IV Crisis epilépticas no clasificadas (por datos incomple -
tos)

PRINCIPALES MANIFESTACIONES DE LA EPILEPSIA

Pequeño mal, con pérdida temporal de la conciencia, sin convulsiones.

Gran mal, con pérdida de la conciencia, con convulsiones tónicas y clónicas.

Epilepsia de Jackson, con convulsiones localizadas generalmente no acompañadas por coma.

Forma psicomotora, se manifiesta por automatismo y diversos transtornos psíquicos durante los ataques.

II.1 MANIFESTACIONES CLINICAS

Los ataques del pequeño mal consisten en una pérdida temporal de la conciencia que puede manifestarse en una variedad de formas. Puede haber un ligero tambor de los músculos del tronco y los miembros, caída o inclinación de la cabeza, un giro hacia arriba de los ojos o movimientos de los párpados. La evidencia clínica del pequeño mal raramente aparece antes de los tres años de edad y frecuentemente desaparece hacia la pubertad.

Los ataques del pequeño mal pueden ser procedidos -- por un aura momentánea o, en algunos casos, por un espasmo localizado o contracción de los músculos. - Esos ataques son convulsiones generalizadas, habitualmente con fases tónicas y clónicas de los espasmos musculares. El paciente cae al suelo, la pupila se dilata, los globos oculares se dan vuelta hacia arriba y al costado, la cara se distorciona, la glotis se cierra. La cabeza puede caer hacia atrás o al costado, los músculos abdominales y del torax se ponen rígidos y los miembros se contraen irregularmente o se endurecen. La lengua puede ser mordida gravemente como resultado de la contracción rápida de los músculos maxilares. A medida que la fase tónica del ataque continúa, la palidez facial es seguida rápidamente -- por su fusión; esta es seguida a su vez por cianosis producida por la detención de todos los movimientos respiratorios. La fase tónica suele durar aproximadamente medio minuto y es seguida por la fase clónica, - que consiste en espasmos en los cuales la rigidez y -

la relajación alternan en rápida sucesión. La fase clónica dura periodos variables.

—Después de la fase clónica de un ataque de gran mal, - las funciones corporales vuelven en periodos que van de 15 minutos a 8 horas. Típicamente, cuanto más frecuente un paciente tiene ataques, más rápido es el periodo de recobro después de la terminación de un ataque. Hay indicaciones que la ansiedad en forma de temores - específicos como la cercanía de una intervención odontológica tiende a tener un efecto de supresión del ataque sin embargo, en el caso extremadamente raro que un paciente sufra un ataque convulsivo antes o durante un tratamiento dental será sensato posponerlo para una fecha posterior.

T E M A III

DROGAS USADAS EN EPILEPSIA

Las drogas anticonvulsivas son aquellas depresoras centrales que tienen la propiedad de suprimir selectivamente las crisis de epilepsia en sus diversas formas impidiendo su aparición.

El antiepiléptico ideal, debe reunir las siguientes condiciones.

1. Ha de ser eficaz y específico para uno o más tipos de epilepsia.
2. Debe ser poco tóxico y con un índice terapéutico-
3. Ha de ser bien tolerado por vía bucal durante largos-
tratamientos.
4. Debe de ser de acción prolongada.
5. Debe suprimir los ataques, sin causar sedación ni otras reacciones indeseables.
6. Debe restaurar en lo posible, el electroencefalograma-anormal dentro del límite fisiológico

DROGAS USADAS EN EPILEPSIA

Drogas	Indicaciones	Dosis diaria Niños	Toxicidad
Fenitoíns	Crisis motoras generalizadas motoras parciales	5-10 mg/kg	Nistagmo, ataxia, - disartria, letargia anemiamela megaloblastica, hiperplasia gingival Idiosincrática: exantemas, dermatitis exfoliativa, convulsiones de gran mal.
Fenobarbital	Crisis motoras generalizadas, motoras parciales	4 años, - 5-10 mg/kg	Sedación, nistagmo, ataxia, dificultades para aprender Idiosincracia: anemia, exantema e hiperreflexia
Primidona	Crisis parciales complejas, motoras generalizadas	10-20 mg/kg aumentando lentamente	Ver fenobarbital
Carbamacepina	Crisis parciales complejas, motoras generalizadas	10-20 mg/kg aumentando lentamente	Nistagmo, diplopia, disartria, letargia náuseas. Idiosincrática: granulocitopenia, trombocitopenia, toxicidad epática.

Drogas	Indicaciones	Dosis Diaria Niños	Toxicidad
Etosuximida	Pequeño mal	6 años, 0.5 g dos veces al día 6 años, 0.5 g tres veces al día	Náuseas, letárgia, vértigo, cefalea
Trimetiadiona	Pequeño mal	6 años, 0.3 g dos veces al día 6 años, 0.3 g tres veces al día	Sedacción, náuseas
Clonacepam	Pequeño mal clási co o atípico, mio clono, crisis asi néticas, espasmos infantiles	Inicial: 0.005- .01 mg/kg tres- veces al día Sostén 0.03-0.- 06 mg/kg. tres veces al día	Somnolencia, ataxia anormalidades de -- conducta. Rara reacción grave pero es usual la to lerancia parcial o completa para los - efectos beneficiosos en uno o seis meses
Valproato	Pequeño mal, mio- clono convulsiones crisis motoras ge neralizadas, acinē ticas, motoras par ciales	15-30 mg/kg (El total adminis trado en tomas - divididas tres - veces al día Empezar lentamen te sobre todo si se están tomando otras drogas)	Náuseas y vómitos, - somnolencia pasaje ra, neutropenia pa- sajera.

III.1 MANIFESTACIONES BUCALES PROVOCADAS POR LA DIFENILHI
ANTOINA Y OTROS ANTICONVULSIVOS.

Patogénesis:

La Difenilhiantoína es capaz de producir reacciones adversas que en general no son graves y permiten continuar la medicación; sin embargo, algunas veces, se producen fenómenos serios que requieren de la suspención del tratamiento. Las reacciones adversas, además de las del sistema nervioso central, piel, hígado, - sangre y pulmón, se observan en el tracto digestivo- y especialmente en la mucosa gingival, provocando - cambios hiperplásicos combinados con reacciones inflamatorias, en algunos casos por causas locales de irritación.

En la tendencia ha desarrollar hiperplasia gingival, - que proviene de otras influencias como la edad, la dosis de Dph la duración de la medicación debe tomarse - en cuenta, ya que el aumento en el crecimiento parece ser más rápido durante el primer año de terapia.

Esta complicación de la hiperplasia gingival parece - ser la más difícil de explicar durante la medicación - con Dph.

Angelopoulus investigó que el papel de las células mástiles en la patogénesis de la Dph, concluyendo que las influencias combinadas de la Dph y factores irritantes locales sobre las células mástiles gingivales, darían por resultado la hiperplasia gingival.

Se han encontrado cambios orales en pacientes con deficiencia de ácido fólico precipitado por la terapia de drogas anticonvulsivas.

CUADRO CLINICO

Los primeros signos clínicos de la hiperplasia gingival hidantoínica se manifiestan días después de la administración del medicamento, observándose hiperemia gingival y tendencia aumentada a sangrar.

Súbitamente pequeñas granulaciones frágiles protuyen del margen gingival libre y la papila interdental. Posteriormente se vuelven firmes y exhiben un color y estructura superficial más normal, con aumento de tamaño y grosor cubriendo progresivamente las coronas clínicas de los dientes.

En etapas avanzadas, las coronas pueden estar completamente cubiertas por una masa sólida de tejidos firmes-elástico que no sangra fácilmente.

Las radiografía no rebelan ningún signo de resorción ósea - aunque ocasionales casos que implican rápido debilitamiento del hueso al veolar.

Clasificación en cuatro categorías a la hiperplasia, según el aspecto clínico

1. Mínima caracterizado por un aumento en la densidad de la encía con punteado marcado y una apariencia granular

2. Moderado: aumento en la papila interdental y un efecto "enrollado" del margen gingival.
3. Marcado: existe invasión de tejido gingival en la corona clínica del diente.
4. Muy severa: crecimiento suficiente de los tejidos para interferir con la función.

Aparentemente no hay diferencia de sexo con respecto a la incidencia de la hiperplasia gingival, sin embargo la incidencia es más alta en niños y jóvenes que en los adultos.

T E M A IV

ASPECTOS ODONTOLOGICOS

COMPORTAMIENTO DEL ODONTOLOGO EN CASO DE UNA CONVULSION.

Si el paciente sufre un ataque de gran mal, el objetivo principal del odontólogo es evitar que el niño se lesione. Deberá insertarse una ayuda bucal de caucho o plástico para evitar que se muerda la lengua, y deberá colocarse al paciente en una posición en que no pueda lesionarse. Probablemente, el lugar más adecuado sería un espacio libre de obstáculos en el suelo.

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO EN PACIENTES EPILEPTICOS

El odontólogo debe familiarizarse con el tipo y frecuencia de los ataques epilépticos del niño antes de iniciar el tratamiento como mencionábamos anteriormente, los trastornos pueden manifestarse en forma de ataques diferentes; el odontólogo deberá poder reconocer dos de ellos, y así estar preparado para hacer frente al problema.

INCAPACIDADES QUE HACEN AL PACIENTE PROPENSO AL TRAUMA

El problema dentario más común, específicamente en niños son los incisivos traumatizados y fracturados. Se han inventado muchas técnicas para el tratamiento, incluyendo la corona en cesta, y la regulización. Aunque el tratamiento con coronas y puentes puede restaurar esos dientes en forma efi

caz, la probabilidad de un nuevo traumatismo hace más razonable optar por las técnicas más baratas con grabado ácido y resina. Se ha sugerido como medida preventiva un casquete protector para los pacientes propensos al trauma.

Si se usan prótesis removibles en estos pacientes propensos al trauma, la utilización de acrílicos radiopacos es una ayuda para localizar fragmentos que pudieran ser inhalados tragados.

INCAPACIDADES ACOMPAÑADAS POR ATRICION Y ABRASION GRAVE

Algunos pacientes con epilepsia pueden tener algunos hábitos "bruxísticos" que producen una atrición o abrasión grave. Si se descubren antes que hay un daño serio y si el paciente acepta y puede tolerar con seguridad un aparato intrabucal, se pueden utilizar férulas o protectores nocturnos de vinilico y acrílico para detener el avance de la abrasión sobre todo por la noche.

Si las manifestaciones de estos mecanismos compensadores son inadecuadas, los dientes se perderán como consecuencia de enfermedad periodontal. El tratamiento requiere una reconstrucción total con prótesis fija o con aparatos removibles si amerita el caso.

En pacientes desdentados parcialmente, en quienes los dientes naturales tienen como antagonistas una dentadura de porcelana, suele ocurrir una abrasión intensa. En estos casos hay que poner coronas en los dientes naturales y reconstruir la dentadura con dientes de acrílico.

TERAPIA PULPAR

El odontólogo debe estar familiarizado con los problemas que pueden complicar la terapia pulpar en pacientes epilépticos. El tratamiento endodóntico completo exige precisión, -- puede requerir cirugía, insume tiempo y puede llevar muchas sesiones. Esos factores pueden comprometer el éxito o hacer imposible lograrlo, si el paciente es difícil de manejar o si se necesita anestesia general para el tratamiento. Las radiografías pueden ser difíciles de obtener, el uso correcto del instrumental suele estar comprometido y las sesiones múltiples pueden tensionar al paciente y al profesional. Sin embargo, cuando se requiere anestesia general e internación -- por problemas de conducta, el odontólogo puede encontrar que el tiempo necesario para completar la terapia endodóntica de uno o más dientes, exigiría mantener al paciente dormido mucho tiempo, lo que puede no ser conveniente, sobre todo si se necesitaran restauraciones complicadas.

MODIFICACIONES PARA LA ODONTOLOGIA RESTAURADORA DEL PACIENTE IMPEDIDO

La operatoria dental convencional puede ser ampliada con pequeños agragados, para acomodarse mejor y permitir el tratamiento restaurador de los diversos pacientes epilépticos y proteger al paciente y al odontólogo.

INMOBILIZACION Y PROTECCION DEL PACIENTE.

Las posibilidades de un daño accidental durante los procedimientos restauradores aumenta cuando el paciente es un problema de manejo o carece de las reacciones y reflejos normales. Muchos daños, como la laceración accidental por instrumentos de mano o la aspiración de restos o instrumentos, pueden ser evitados con el dique de goma.

Franks y Winter recomiendan el uso de espejos irrompibles, de acero, ya que los movimientos repentinos de cierre de ciertos tipos de epilepsia podrían resultar en la fractura de un espejo de de vidrio. Además, se recomienda que cuando se usen "clamps" para dique de goma, bloques de mordida, y gases en la boca, se aseguren con un trozo largo de hilo de seda dental que se extienda fuera de la boca, para retirarlos en caso de que se traguen o produzcan arca das.

Por cierto, no debe intentarse la administración de un anestésista local, salvo que el odontólogo tenga un control firme de la cabeza del paciente.

EQUIPO PARA INMOVILIZAR MAXILIARES

La capacidad para mantener la boca abierta durante el tratamiento de las lesiones de caries, es esencial no sólo para realizar una odontología de calidad, sino también para evitar la laceración del tejido blando y la exposición mecánica de la pulpa. Los abre bocas como el Molt, el McKesson y los dedales interoclusales, se pueden conseguir en el comercio. Además, se pueden confeccionar bloques de mordida de acrílico especiales, para un paciente determinado. Cuando se utiliza un dispositivo inmovilizador, el odontólogo y su asistente deben asegurar la estabilidad del abre bocas, porque su desplazamiento puede resultar en laceraciones del tejido blando o en la subluxación de dientes.

Si se presenta un ataque epiléptico retirar el abre boca y poner al paciente en un espacio libre y no impedir las contracciones, ponerlo de lado para que la saliva no cause

problemas y poner un abatelengua para que no se muerdan la lengua ó lastime los tejidos blandos.

PROTESIS PARA EL PACIENTE EPILEPTICO

Las condiciones del paciente epiléptico con frecuencia resultan en pérdida de dientes. Esto "puede" ser consecuencia directa de una ausencia congénita o indirecta debido a que el estado físico o mental de la persona la predispone a la pérdida de los dientes por trauma, enfermedad periodontal y/o caries.

La prótesis fijas están contraindicadas en niños y adolescentes jóvenes por la erupción parcial de los dientes, lo que resulta en coronas clínicas cortas y cámaras pulpares grandes que se exponen fácilmente durante la preparación dentaria. Si se usan restauraciones fijas en este grupo de pacientes, sólo pueden ser considerados como transitorias, principalmente para mantener el espacio y por razones estéticas. En una fecha posterior deben ser reemplazadas por restauraciones más permanentes.

El paciente epiléptico no suele presentar un problema especial en terapia periodontal, salvo que haya una historia de ataques mal controlados. El "stress" en un consultorio es a veces suficiente para iniciar ataques en algunos pacientes, pero no es probable que ocurran esos episodios si la terapia medicamentosa es adecuada. No obstante, si se produce un ataque de gran mal, la única cosa que el odontólogo puede hacer es impedir que el paciente se lastime, acostarlo sobre un costado o sobre el estomago

es lo mejor, porque esa posición en una persona inconsciente disminuye la posibilidad de obstrucción de la vía de aire con la lengua. Conviene no intentar poner un airebocas de ningún tipo durante el ataque, ya que frecuentemente causan más daño que la improbable mordida de la lengua. Una vez que ha pasado el ataque, el paciente puede quedar inconsciente, por un corto periodo y al despertar puede tener dolor de cabeza o estar mentalmente confundido (La hiperplasia gingival por fenitoína es el padecimiento bucal más común en los pacientes epilépticos.

Este padecimiento se trata como si fuera un paciente normal por medio de retajes y si se repite este problema se tiene que ver con el médico la posibilidad de cambiar el medicamento para tener menos problemas por esta reacción secundaria.

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

En el tratamiento de un paciente epiléptico, el odontólogo deberá de auxiliarse con un cuestionario de salud dental que el paciente o sus padres deberán completar, tendrían que incluir una pregunta sobre si alguna vez el paciente tuvo un ataque o una convulsión. Cualquiera respuesta positiva a esta pregunta debe ser investigada con más detalle. Como del 6 al 8 por ciento de todos los niños tienen una historia de una o más convulsiones febriles, la mayoría de respuestas positivas, especialmente en pequeños niños, serán las relacionadas con convulsiones agudas o no recurrentes que sucedieron en la infancia o comienzan en la niñez.

Sin embargo en aquellos casos en los que el paciente tiene convulsiones recurrentes o crónicas el odontólogo debe saber qué medicamento está tomando, la frecuencia de las convulsiones, qué factores desencadenan el ataque (si son conocidos) y si los ataques son bien controlados. En muchos casos es necesario la consulta con el médico del paciente para tener un conocimiento más profundo del caso individual.

Si pacientes epilépticos están en tratamiento odontológico de rutina se les debe aconsejar que continúen con su terapia medicamentosa habitual. Los ataques pueden producirse a veces como consecuencia de interrupción de su medicación. Hay que advertir a los adultos que no beban alcohol.

"para calmar sus nervios", porque el alcohol puede provocar un ataque, en algunos epilépticos una actitud tranquila irgaseguradora por parte del odontólogo y su personal es el medio más eficaz de producir el mismo efecto en el paciente - epiléptico en la eventualidad de un episodio convulsivo.

El tratamiento del paciente epiléptico no debe de reducirse a la administración de medicamentos exclusivamente, sino que también a la rehabilitación integral a la sociedad.

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

Dr. Kimura Fujihami T: El paciente psiquiátrico y su relación con la hiperplasia gingival hidantoinica.
ADMXXXIX/1 ENERO-FEBRERO: 8-16, 42, 42. 1982.

Nowak, Arthur J. Odontología para el paciente impedido
Editorial Mundi S.A. I.C. Y F. Pp 1-104, 282-285, 314, 316.
Buenos Aires 19879.

Dr. Berkow Robert. Epilepsia en ---
Manual Merck (diagnóstico y terapia)
Séptima Edición.
Editorial Interamericana, S.A. de C.V.
Pp. 1206-1214
México, D.F. 1986.

Nelsón Wald E. Epilepsia en Tratado-
de Pediatría.
12a. Edición Vo. I, II.
Editorial Interamericana
Pp. 73, 1590-1600
México, D.F. 1986.

Joan Weyman. Odontología para niños
Impedidos.
Editorial Mundi
Pp. 100-103
Argentina 1976.

V. Gondon Millichap M. D. Tratamien-
tos Modernos.
Editorial Científico-Médica.
Pp. 77-88
España 1969.

Dr. Sidney B. Finn. Odontología Pedia-
trica.
Editorial Interamericana
Pp. 505-506
México, 1985.

E. Feer H. Kleinschmidt. Tratado de -
Enfermedades de los Niños.
Editorial Manuel Marín
Pp. 468-473
España 1973.

Raymondl Braham. Odontología PEDIÁTRI-
ca.
Editorial Panamericana
Pp. 563.
Argentina 1984