

170
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**MANEJO DEL PACIENTE EPILEPTICO
Y CONSIDERACIONES PARA
PROTESIS FIJA**

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

ASESOR: C. D. M. O. IGNACIO VELAZQUEZ NAVA



MEXICO, D. F.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ignacio Velázquez'.

1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**MANEJO DEL PACIENTE EPILÉPTICO
Y CONSIDERACIONES PARA PRÓTESIS FIJA.**

A DIOS

ME RINDO ANTE SUS PIES PARA AGRADECER ETERNAMENTE TODO CUANTO ME HA DADO, POR TODAS Y CADA UNA DE LAS BENDICIONES QUE HA DERRAMADO SOBRE MI, POR HABERME PERMITIDO TERMINAR UNA CARRERA Profesional..

... GRACIAS SEÑOR.

A MIS PADRES :

CON TODO MI AMOR, RESPETO Y ADMIRACIÓN POR HABERME MOSTRADO EL CAMINO DE LA SUPERACIÓN CON SU INCANSABLE EJEMPLO DE TRABAJO, DEDICACIÓN Y CARÍÑO, GRACIAS. PORQUE TODOS MIS LOGROS SE LOS DEBO A USTEDES.

A MI ESPOSA :

PORQUE GRACIAS A EL TIEMPO QUE SUPISTE ESPERAR, A TU PACIENCIA, APOYO, COMPRESIÓN, CARÍÑO, E IMPULSO QUE SIEMPRE ME HAS DADO HOY VEO CULMINADO ESE SUEÑO QUE JUNTOS COMENZAMOS

GRACIAS. T.Q. M.

A MIS HIJOS :

PORQUE USTEDES SON MI MAS GRANDE RAZÓN DE VIVIR, PORQUE SON EL MOTIVO PARA CULMINAR LO QUE SOLO FUERAN SUEÑOS, POR EL TIEMPO QUE LES ROBE, POR SU PACIENCIA, POR EL TIEMPO DE ESPERA MIENTRAS YO ESTUDIABA, POR SU AMOR.

LOS ADORO A TI "MI DIEGO"
A TI AIMEÉ

A LA DRA. RINA FEINGOLD :

CON SINCERIDAD, POR SU CÁLIDA, AMABLE Y FIRME CONDUCCIÓN PARA LA
CULMINACIÓN DE MIS ESTUDIOS PROFESIONALES

MIL GRACIAS.

AL DR. IGNACIO VELAZQUEZ NAVA :

CON RESPETO, ADMIRACIÓN Y SINCERO AGRADECIMIENTO POR LA AMISTAD QUE ME
HA BRINDADO , ASÍ COMO POR EL APOYO Y COLABORACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS PARA
LA CULMINACIÓN EN MIS ESTUDIOS DE LICENCIATURA .

GRACIAS POR HABER SIDO MI ASESOR

AL DR. VICTOR MANUEL VARAJAS :

POR LA LA AMISTAD QUE ME HA BRINDADO Y CON PROFUNDO AGRADECIMIENTO
POR SU APOYO Y COMPRENSIÓN .

AL HONORABLE JURADO :

CON RESPETO Y ADMIRACIÓN A ESTOS QUE FUERON MIS MAESTROS EN EL SEMINARIO
DE TITULACIÓN QUE SON EJEMPLO DIGNO DE PROFESIONALISMO Y SUPERACIÓN .

A MIS HERMANOS :

A MARTÍN Y A POLO POR SU CONSTANTE APOYO FÍSICO Y MORAL CON EL QUE SIEMPRE HE CONTADO, PORQUE SIEMPRE ESTÁN EN EL MOMENTO PRECISO.
A SILVIA Y LETY QUE HAN SIDO EJEMPLO DE SUPERACIÓN CONSTANTE.

AL DR. JOSÉ Gp. V. C.

A LA DRA. JANINE D. A.

FOR LA AMISTAD QUE ME HAN BRINDADO SIEMPRE Y PARA SIEMPRE PORQUE AL CONOCER LOS SE QUE HAY AMIGOS, POR EL APOYO, CONFIANZA Y COMPAÑERISMO QUE SIEMPRE ME MOSTRARON EN LOS DÍAS DE ESTUDIO, Y EN LOS TIEMPOS DIFÍCILES

A MIGUEL A. P.

FOR ESA AMISTAD QUE ME HAZ BRINDADO, POR LA CONFIANZA Y APOYO QUE HAZ DADO EN LA ELABORACIÓN Y CULMINACIÓN DE MI CARRERA PROFESIONAL

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I

PRIMERA PARTE. LA EPILÉPSIA.

A) HISTORIA DE LA EPILÉPSIA	2
B) GENERALIDADES	5
C) DEFINICIÓN	7
D) CLASIFICACIÓN	8
E) ETIOLOGÍA	11
F) EPIDEMIOLOGÍA	13
G) MANIFESTACIONES CLÍNICAS	15
H) TRATAMIENTO	19
I) PRONÓSTICO.	21

SEGUNDA PARTE. MANEJO DEL PACIENTE EPILÉPTICO EN EL CONSULTORIO

22

A) COEFICIENTE INTELECTUAL	23
B) ASPECTOS EMOCIONALES	24
C) PERSONALIDAD Y CARÁCTER	24
D) INTEGRACIÓN FAMILIAR	25
E) HISTORIA CLÍNICA MÉDICA	26
F) CORRELACIÓN DENTAL Y CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DENTAL	28
G) OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN FÍSICA PSICOLÓGICA	31
H) COMO TRATAR UN PACIENTE QUE PRESENTA UNA CRISIS	35
I) EQUIPO DE EMERGENCIA	37

TERCERA PARTE. TRANSTORNOS Y TRATAMIENTO PARODONTAL DEL PACIENTE EPILÉPTICO

43

A) PERIODONTO SANO	44
B) FICHA PERIODONTAL	46
C) CLASIFICACIÓN DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL	47
E) AGRANDAMIENTO GINGIVAL INDUCIDO POR MEDICAMENTO	49
G) TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA GINGIVAL RELACIONADA CON FÁRMACOS	50
F) FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO GINGIVAL	51

CUARTA PARTE. PRÓTESIS FIJA EN EL PACIENTE EPILÉPTICO	52
A) PREPARACIÓN CON RELACIÓN AL MARGEN GINGIVAL	55
B) EVITAR EL TERCIO GINGIVAL	56
C) RETRACCIÓN GINGIVAL PARA TOMA DE IMPRESIONES	56
D) PROVISIONALES	57
E) CONTORNOS DE LAS RESTAURACIONES	57
F) EFECTOS DEL TERMINADO DE LOS MATERIALES RESTAURADORES SOBRE EL PERIODONTO	59
G) PÓNTICOS	59
H) CEMENTADO.	61
CONCLUSIONES	62
BIBLIOGRAFÍA	63

CAPITULO I

LA EPILÉPSIA

INTRODUCCION

LA PROFESIÓN DENTAL COMO CIENCIA DE LA SALUD COMPRENDE AL INDIVIDUO INTEGRALMENTE DE NINGUNA MANERA SE LIMITA A OBSERVAR Y EJERCER EN EL CONJUNTO DE ESTRUCTURAS BUCALES, SINO QUE ES LA DISCIPLINA QUE TOMA AL SER HUMANO COMO UNIDAD ORGÁNICA, EN DONDE EL EQUILIBRIO FÍSICO, PSÍQUICO Y SOCIAL DETERMINAN SU ESTADO DE SALUD.

LA EPILÉPSIA A LO LARGO DEL TIEMPO HA SIDO UN PROBLEMA DE SALUD Y SOCIEDAD DE GRAVES CONSECUENCIAS SU GRAN INCIDENCIA ASÍ COMO SU REFLEJO DENTRO DE LA UNIÓN FAMILIAR, INTELLECTUAL, SOCIAL Y AÚN EN EL ECONÓMICO, HA ORIGINADO QUE EL ORGANISMO QUE SE ENCARGA DEL CUIDADO DE LA SALUD TOMA CONSIDERACIONES MÁS AMPLIAS QUE PERMITA OFRECER UNA MEJOR ATENCIÓN A LOS PACIENTES EPILÉPTICOS UNA MEJOR Y HUMANITARIA ATENCIÓN

SE HAN ECHO MUCHOS ESTUDIOS ORIENTADOS CON LA INTENCIÓN DE FORMAR UN PROGRAMA TERAPÉUTICO, CLÍNICO Y RACIONAL QUE PERMITA EN LO POSIBLE UNA REHABILITACIÓN EN TODAS LAS ÁREAS DE LA SALUD DEL PACIENTE AFECTADO POR ÉSTA ENFERMEDAD.

LA EPILÉPSIA NO EXCLUYE EL ÁREA DE LA ODONTOLOGÍA; POCOS SON LOS CIRUJANOS DENTISTAS QUE ESCAPEN A LA RESPONSABILIDAD DEL TRATAMIENTO DENTAL DE UN PACIENTE CON ÉSTA ENFERMEDAD.

ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE EL ODONTÓLOGO CONOZCA LOS ORÍGENES, CARACTERÍSTICAS CUIDADOS Y TERAPÉUTICA CON RELACIÓN A LA EPILÉPSIA.

EL TRATAMIENTO DENTAL DE ÉSTOS PACIENTES NO ES PELIGROSO, COMPLICADO O INCÓMODO, PERO DEMANDA TIEMPO, CONOCIMIENTO Y PACIENCIA POR PARTE DEL PACIENTE Y DEL ODONTÓLOGO

POR EL COMPROMISO PROFESIONAL Y HUMANO DE SERVIR LO MEJOR POSIBLE A ÉSTOS PACIENTES ES QUE ELABORO ÉSTE TRABAJO CON EL OBJETIVO DE QUE EL CIRUJANO DENTISTA DESPIERTE SU CURIOSIDAD, INVESTIGUE, SE DOCUMENTE Y ENRIQUEZCA SU SABER CON RELACIÓN A ÉSTA ENFERMEDAD Y DE ESTA MANERA PUEDA DAR UNA ATENCIÓN ÓPTIMA A LOS PACIENTES QUE HAN TENIDO LA DESFORTUNA DE PADECER ÉSTA ENFERMEDAD

ESPERANDO CUMPLIR EL OBJETIVO PRINCIPAL ASÍ COMO DE ABARCAR LOS ASPECTOS BÁSICOS DEL TEMA Y DESPERTAR LA CONCIENCIA DEL FENÓMENO DE LA EPILÉPSIA EN EL LECTOR DE ÉSTA TESINA, LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DENTAL SE VERÁN DETERMINADOS CON LA ÓPTIMA RELACIÓN QUE PUEDA ESTABLECERSE ENTRE DENTISTA-- PACIENTE

HISTORIA DE LA EPILEPSIA

ÉSTA ENFERMEDAD SE PUEDE DECIR QUE ES CONOCIDA DESDE HACE CUATRO MIL AÑOS, YA QUE SE MENCIONA EN LAS TABLAS DE LA ESCRITURA CUNEIFORME DE NINIVE BAJO EL NOMBRE DE "LEBUSA"

LA EPILEPSIA DURANTE MUCHOS AÑOS FUÉ CONSIDERADA COMO "SAGRADA" SE CREÍA QUE ERA DE CARÁCTER SOBRENATURAL, DE ORIGEN DIVINO Y LOS QUE LA POSEÍAN HERAN CONSIDERADOS COMO ENVIADOS DE LA DIVINIDAD.

ÉSTA ENFERMEDAD POR LO GENERAL SIEMPRE FUÉ BAUTIZADA CON NOMBRES LLAMATIVOS, COMO POR EJEMPLO FUÉ BAUTIZADA CON EL NOMBRE DE "MORBUS DIVINUS" O "LUES DEIFICA".

HIPÓCRATES FUÉ EL PRIMERO QUE LA CONOCIÓ TAL Y CUAL ES ÉSTA ENFERMEDAD. ÉL ESCRIBIÓ UN LIBRO ACERCA DEL "MAL SAGRADO" TRATANDO DE DEMOSTRAR QUE LA EPILEPSIA NO ERA "SAGRADA" COMO SE CREÍA Y YA DESDE ÉSTE TIEMPO SE TRATÓ DE BORRAR ÉSTA CREENCIA, PERO MAS SIN EMBARGO POR MIEDO E IGNORANCIA HASTA LA FECHA EL PACIENTE EPILEPTICO SIGUE SIENDO OBJETO DE DISCRIMINACIÓN EN NUESTRA SOCIEDAD; EN ALGÚN TIEMPO HIPÓCRATES SEÑALÓ "EN CUANTO A LA ENFERMEDAD QUE LLAMAMOS SAGRADA HE AQUÍ LO QUE ES: ELLA NO ME PARECE MÁS SAGRADA NI MÁS DIVINA QUE OTRAS, ELLA TIENE LA MISMA NATURALEZA QUE EL RESTO DE LAS OTRAS ENFERMEDADES, Y POR ORIGEN LAS MISMAS CAUSAS QUE CADA UNA DE ELLAS. LOS HOMBRES HAN ATRIBUIDO UNA CAUSA DIVINA POR EL ASOMBRO QUE LES INSPIRA, PUES NO SE PARECE A LAS ENFERMEDADES COTIDIANAS".

DESDE EL MOMENTO EN QUE SE PENSABA QUE SU ORIGEN ERA DIVINO, POR SUPUESTO QUE SU CURACIÓN NO PODÍA SER HUMANO SINO QUE DEBERÍA DE SER SOBRENATURAL POR LO TANTO SE GENERARON UN SIN NÚMERO DE REMEDIOS Y RITUALES MÁGICOS DE ENTONCES.

A ESTOS PACIENTES SE LES PROHIBÍAN LOS BAÑOS, LA INGESTA DE ALGUNOS PESCADOS, LAS CARNES (ESPECIALMENTE LA DE CABRA), EL USO DE LA ROPA NEGRA, ASÍ COMO EL CRUZARSE DE MANOS, O LOS PIES, LO MAS ATROZ DE LAS PRESCRIPCIONES FUÉ LA DE LA UTILIZACIÓN DE LA SANGRE HUMANA QUE SE COMENZÓ EN EL SIGLO V A.C. Y SE CONTINUÓ HASTA LA ÉPOCA ROMANA CUANDO LOS ENFERMOS SE BEBÍAN LA SANGRE HUMANA QUE DERRAMABAN LOS GLADIADORES POR SUS HERIDAS DE BATALLA.

SE PRESCRIBÍA EL MURCIÉLAGO QUE SE RECOGE EN LUNA LLENA SIN LA UTILIZACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE HIERRO, PODRÍA CURAR LA EPILEPSIA SINO HABÍA TOCADO LA TIERRA, TAMBIÉN HABÍA UNDS AMULETOS VEGETALES, TALES COMO LA PEONIA Y LA MANDRAGORA,

DOS CORRIENTES FLORECIERON EN EL SIGLO XVII POR SILVIO Y WILLIS. A SILVIO SE DEBE LA CONCEPCIÓN DE QUE EXISTEN DIVERSAS CLASES DE EPILEPSIA, NO PODÍA DARSE UN SOLO TRATAMIENTO PARA TODAS ELLAS. WILLIS POR SU PARTE, CONSIDERABA LA POSIBILIDAD QUE LAS CONVULSIONES FUERAN PRODUCIDAS POR ACCIÓN REFLEJA DE LOS PARÁSITOS INTESTINALES, LAS DROGAS Y/O LOS HUMORES ÁCIDOS, LOS QUE CAUSAN ÉSTE EFECTO CUANDO IRRITABAN ALGUNA PARTE DEL S.N.C.

EL HECHO DE MASTURBARSE FUÉ CONSIDERADO COMO CAUSA DE LA EPILÉPSIA POR LO QUE SE EVITABA QUE ESTO OCURRIERA EN LOS PACIENTES PROPENSOS. EN ALGUNA FORMA SE RELACIONABA VENUS Y LA LUNA Y DE AHÍ DEBE HABER NACIDO LA RELACIÓN ENTRE LAS FASES DE LA LUNA, LA ACTIVIDAD SEXUAL Y LAS CRISIS CONVULSIVAS. LA ERA CRISTIANA: LA PRÁCTICA DE CURACIONES ERA UNA DEMOSTRACIÓN MESIÁNICA, Y ASÍ SE RELATAN CURACIONES REALIZADAS POR JESÚS DE NAZARETH. EN EL EVANGELIO DE MATEO 17:15-16 SE MENCIONA "SEÑOR TEN MISERICORDIA DE MI HIJO PORQUE PADECE MUCHO Y PORQUE A VECES CAE EN EL FUEGO Y MUCHAS VECES EN EL AGUA Y LO HE TRAÍDO ANTE TUS DISCÍPULOS, PERO NO LO HAN PODIDO SANAR "

SE HAN ENCONTRADO ALGUNOS ESCRITOS PRECORTESIANOS EN EL CONTINENTE AMERICANO. EN EL CÓDICE BADIANO SE HACE REFERENCIA A LAS ALTERACIONES EPILÉPTICAS Y SE LES DIVIDE EN DOS FORMAS, UNA DE LAS CUALES SE CARACTERIZA POR QUIETUD Y CONVULSIONES (GRAN MAL) A LA CUAL SE LE BAUTIZO CON EL NOMBRE DE HUAPAHUZZITLI Y LA OTRA QUE SE CARACTERIZABA POR TEMBLOR (CRISIS MIOCLÓNICA), A LA QUE SE LE DIO EL NOMBRE DE HIXHCAYOTL.

TAMBIÉN SE ENCONTRÓ QUE SE INTENTABA EL NO RELACIONAR ÉSTAS ENFERMEDADES CON ESPIRITUS MALIGNOS SINO QUE SE CONSIDERABAN COMO ENFERMEDADES CORPORALES

EN LA EDAD MEDIA SE ENCONTRARON UNOS ESCRITOS FARMACOLOGICOS CON EL NOMBRE DE JOANES MESSU, SE ESTABLECEN SEIS PASOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPILÉPSIA..

- 1.- QUE SE ADMINISTRE UN RÉGIMEN DIETÉTICO Y ALIMENTICIO
- 2.- QUE LAS SUBSTANCIA MÓRBIDAS SE PREPAREN PARA SER EVACUADAS
- 3.- QUE SEAN EVACUADAS
- 4.- QUE SE TENGA CUIDADO QUE EL RESÍDUO DE LAS SUBSTANCIAS MÓRBIDAS SE DIRIJAN A OTRAS PARTES DEL CUERPO
- 5.- QUE EL CEREBRO Y CUALQUIER OTRO ÓRGANO EN EL CUÁL SE ORIGINAN ENFERMEDADES SE RESTAUREN
- 6.- QUE LOS DIVERSOS SÍNTOMAS QUE SON INCIDENTALES A LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD, SE CORRIJAN.

EN MÉXICO EN LA ÉPOCA COLONIAL ENCONTRAMOS UN LIBRO POR PEDRO DE HORTA EN 1754 CON EL NOMBRE DE INFORME MÉDICO MORTAL DE LA PENOSÍSIMA Y VIGOROSA ENFERMEDAD DE LA EPILÉPSIA. EL CUAL CARECÍA DE ASPECTOS MÉDICOS, Y DESCRIPTIVOS.

EN EL AÑO DE 1870 TAMBIÉN EN MÉXICO DON LUIS HIDALGO CARPIO DIÓ ALGUNAS CONFERENCIAS DE LA EPILÉPSIA CONSIDERADAS DESDE EL PUNTO DE VISTA LEGAL, EN DONDE MENCIONA QUE UN INDIVIDUO NO ES APTO PARA LAS CARRERAS MILITARES Y QUE SI HABÍA ALGUNA DUDA SOLO TENÍAN QUE OBSERVAR LOS ATAQUES Y SABERLOS DISTINGUIR DE LOS QUE PODÍAN SER SIMULADOS.

TAMBIÉN SE MENCIONA DEL ESTADO DE EQUILIBRIO Y ALTERACIONES MENTALES LAS CUÁLES PARA UN TRÁMITE COMO LA DE UN TESTAMENTO NO PODÍA SER VÁLIDO DE UN PACIENTE CON ÉSTAS CARACTERÍSTICAS YA QUE SE CONSIDERABA QUE SUS FACULTADES MENTALES ESTABAN ALTERADAS.

LOS ADELANTOS MÁS NOTABLES QUE SE DIERON FUERON EN EL SIGLO XIX EN LA REVOLUCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS DE ENFERMEDADES MENTALES Y FUERON ENTRE ÉSTOS, LA HUMANIZACIÓN DEL TRATAMIENTO Y EL DESCUBRIMIENTO DE LOS REFLEJOS POR MARSHALL HALL EN 1833.

ENTRE 1861 Y 1870 APARECEN LOS CONCEPTOS NEUROLÓGICOS Y SURGE LA SEPARACIÓN DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS Y LOS ENFERMOS MENTALES.

POR ALGUNA RAZÓN EMPEZÓ EL INTERÉS DE ESTUDIO DE ÉSTOS PACIENTES EN PARTICULAR Y DE AHÍ SE PARTIÓ PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS PRIMEROS HOSPITALES, Y DE LOS CUALES SE DESTACÓ COMO LOS MÁS IMPORTANTES Y FAMOSOS, EL HOSPITAL NACIONAL PARA PARALIZADOS Y EPILÉPTICOS, QUE ESTÁ EN QUEEN SQUARE , EN LONDRES INGLATERRA, FUNDADO EN 1867 Y EL GALLIPOLIS EN ESTADOS UNIDOS FUNDADO EN 1861.

EN ÉSTOS HOSPITALES YA SE EMPEZÓ A ESTUDIAR EL FENÓMENO DE LA HERENCIA Y SURGEN ALGUNAS CLASIFICACIONES, MUCHOS FUERON LOS ESTUDIOS Y LOS ADELANTOS LOGRADOS EN ÉSTE TIEMPO, QUE SE INICIÓ COMO PRUEBA Y QUE FINALMENTE HAN LLEVADO LO MÁS POSIBLE A LA LUZ DEL CONOCIMIENTO DE LOS FENÓMENOS PATOLÓGICOS DE LA EPILÉPSIA ,

GENERALIDADES

EL TÉRMINO DE EPILÉPSIA EN LA ACTUALIDAD RESULTA UNA PALABRA ABSTRACTA Y GENÉRICA QUE NO PERMITE UNA ADECUADA COMPRENSIÓN, DESCRIPCIÓN Y CONCEPTUACIÓN DE LOS FENÓMENOS PATOLÓGICOS QUE INTENTA EXPRESAR.

BAJO LA DENOMINACIÓN DE UN SOLO VOCABLO SE INVOLUCRAN FENÓMENOS CLÍNICOS POLIMORFOS, COMPLEJA Y AMPLIA SINTOMATOLOGÍA, ASÍ COMO CAUSAS MÚLTIPLES Y VARIADAS. ÉSTO NOS LLEVA AL CONOCIMIENTO ERRADO DE ÉSTA ENTIDAD PATOLÓGICA

EL NOMBRE DE EPILÉPSIA EN NUESTRA SOCIEDAD GOZA DE UN INTENSO COMPONENTE EMOCIONAL Y DE UN CONTEXTO SOCIAL NEGATIVO.

DEBIDO A LAS LIMITACIONES DEL CONOCIMIENTO DEL FENÓMENO DE EPILÉPSIA E IGNORANCIA EN GENERAL DE ÉSTE, EN EL AMBIENTE SOCIAL Y FAMILIAR SE HA PROVOCADO UN TRAUMA EMOCIONAL DE TAL MAGNITUD QUE EN MUCHAS OCASIONES ES CAPAZ DE ALTERAR Y BLOQUEAR EL FUTURO DEL PACIENTE E IMPEDIR QUE SE DESARROLLE EN ACTIVIDADES FRUCTÍFERAS

COMO LA EPILÉPSIA EN UNA ALTERACIÓN PAROXÍSTICA DE LA ACTIVIDAD CEREBRAL, PUEDE MANIFESTARSE CON UNA GRAN VARIEDAD DE SÍNTOMAS Y SIGNOS DEPENDIENDO DE QUE SE AFECTE O NO TODO EL CEREBRO O SOLAMENTE UNA PARTE.

DEBIDO A QUE ÉSTA ENFERMEDAD HA ALCANZADO NIVELES CONSIDERABLES EN LOS DIVERSOS CONTINENTES DEL MUNDO, SE HA TRATADO DE ESTABLECER NIVELES CUANTITATIVOS.

DE LOS CUALES SE DESGLOSA QUE AL DERREDOR DE 5 X 1000 EN E.U.; 4.1 X 1000 EN INGLATERRA; 3.7 X 1000 EN ROCHESTER MINNESOTA. EN MÉXICO NO SE ENCONTRARON ESTADÍSTICAS OFICIALES PUBLICADAS.

EXISTEN RAZONES PARA PENSAR QUE EN MÉXICO EL PORCENTAJE DE EPILÉPSIA ES MÁS ALTO QUE EN OTROS PAÍSES DEBIDO PRINCIPALMENTE A QUE LA FRECUENCIA DE LA CISTICERCOSIS CEREBRAL ES AL DERREDOR DEL 3.4 DE LA POBLACIÓN TOTAL

LA EPILÉPSIA HA SIDO UNO DE LOS MÁS GRANDES PROBLEMAS DE LA HUMANIDAD, TANTO POR SU ALTA PREVALENCIA E INCIDENCIA COMO POR SUS CONSECUENCIAS MÉDICAS Y SOCIALES.

ES CARACTERÍSTICO DE LA EPILÉPSIA LA VARIABILIDAD DE LAS MANIFESTACIONES SEGÚN SEA EL SITIO DE DESCARGA, Y POR OTRO LADO LA IMPREDICIBILIDAD DE SU PRESENTACIÓN, ÉSTOS FENÓMENOS PAROXÍSTICOS TIENEN COMO CARACTERÍSTICA FUNDAMENTAL EL SER REPETITIVOS Y CRÓNICOS, DE NO SER ASÍ EL DIAGNÓSTICO CARECERÁ DE SIGNIFICADO, UNA CARACTERÍSTICA MÁS ES LA DE REPETIRSE BAJO UN MISMO MODELO, ES DECIR TODAS O LA MAYORÍA DE LAS CRISIS SON SEMEJANTES

LA EPILÉPSIA SE MANIFIESTA EN TODAS LAS EDADES EL 76% EN ADOLESCENTES, EL 16.3% EN EL ADULTO JOVEN, EL 5.2% CORRESPONDE A LOS ADULTOS, EL 1.7% A LOS ANCIANOS.

LA CREACIÓN DE UNA CLÍNICA DE EPILÉPSIA , EXTENSOS Y NUMEROSOS ESTUDIOS SOBRE LA EPILÉPSIA NO SOLAMENTE ATIENDE EL OBJETIVO DE PODER CONTROLAR LAS CRISIS, SINO TAMBIÉN LA DE RESOLVER CONDICIONES ADVERSAS QUE LO AFECTAN

DE TAL MODO QUE ES IMPORTANTE CONSIDERAR TODOS LOS ELEMENTOS BÁSICOS HASTA LA INFORMACIÓN MAS RECIENTE PARA PODER COMPRENDER EL FENÓMENO DE LA EPILÉPSIA, Y ASÍ EL DENTISTA PUEDA CONducIR CON CERTEZA Y SEGURIDAD AL PACIENTE CON ÉSTAS CARACTERÍSTICAS

DEFINICION

EPILEPSIA:

EXISTEN DIVERSAS DEFINICIONES DE ÉSTA PALABRA DE LAS CUÁLES HE TOMADO ALGUNAS YA QUE ME PARECIERON LAS MEJORES Y LAS CUÁLES SON:

A.- DERIVA DE UNA PREPOSICIÓN Y UN VERBO IRREGULAR GRIEGO " EPILAMBANEIN " QUE SIGNIFICA SER SOBRECOGIDO BRUSCAMENTE.

B.- DEL GRIEGO EPILÉPSIA, QUE SIGNIFICA " APARTARSE "

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD DEFINE LA EPILÉPSIA COMO " UN PROCESO CEREBRAL CRÓNICO DE ETIOLOGÍA DIVERSA, CARACTERIZADO POR CONVULSIONES REPETIDAS DEBIDAS A LA EXCESIVA DESCARGA DE LAS NEURONAS CEREBRALES "

SUTHERLAND Y EADIE HAN ACTUALIZADO ÉSTA DEFINICIÓN AFIRMANDO QUE " LA EPILÉPSIA DEBE DE SER CONSIDERADA COMO UN SÍNTOMA DEBIDO A UNA EXCESIVA CARGA NEURONAL, PRODUCIDA POR CAUSAS INTRA O EXTRACRANEALES, QUE SE CARACTERIZAN POR EPISODIOS DISCRETOS, QUE TIENDEN A SER RECURRENTES, EN LOS QUE SE PRODUCEN UNA ALTERACIÓN DEL MOVIMIENTO, SENSORIAL, DE LA CONDUCTA, LA PERCEPCIÓN Y/O LA CONCIENCIA "

STATUS EPILÉPTICO:

PROCESO EN EL QUE LAS CONVULSIONES SON EXCESIVAMENTE PROLONGADAS O TAN REPETIDAS QUE NO SE PRODUCE RECUPERACIÓN ENTRE LOS ATAQUES. EL STATUS EPILÉPTICO ES UNA EMERGENCIA MÉDICA VITAL.

TONICO / A:

CONTRACCIÓN MUSCULAR SOSTENIDA: EL PACIENTE APARECE RÍGIDO O INMÓVIL DURANTE LA FASE TÓNICA DE LA CONVULSIÓN

CLONICO / A :

CONTRACCIÓN Y RELAJACIÓN MUSCULAR INTERMITENTE: LA FASE CLÓNICA ES LA PARTE REALMENTE CONVULSIVA

ESTERTOREO / A :

CARACTERIZADO POR EL RONQUIDO, SE APLICA A LA DESCRIPCIÓN DE LA RESPIRACIÓN.

ICTUS :

CONVULSIÓN

CLASIFICACIÓN :

LAS CRISIS EPILÉPTICAS SE HAN CLASIFICADO DE ACUERDO CON SU EXPRESIÓN CLÍNICA Y ELECTROENCEFALOGRAFÍA, Y EN LA ACTUALIDAD SE CONSIDERAN OTROS ELEMENTOS COMO SU POSIBLE ETIOLOGÍA Y SI LA EDAD EN LA QUE SE PRESENTA DEBE DE TENERSE EN CUENTA O NO; LA NECESIDAD DE CLASIFICAR LAS CRISIS EPILÉPTICAS TIENE VARIAS RAZONES.

A.- LA EPIDEMIOLOGICA O ADMINISTRATIVA CON EL FIN DE PODER CUANTIFICAR EL PROBLEMA

B.- EL INTERÉS DE PODER EVALUAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO YA QUE HASTA LA FECHA LA SELECCIÓN DEL FÁRMACO DEPENDE DE LA VARIEDAD CLÍNICA DE LA CRISIS INDEPENDIENTEMENTE DE SU ETIOLOGÍA (PRIMARIA O SECUNDARIA).

EN LA DEFINICIÓN ACEPTADA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD ESTABLECE QUE PARA QUE UNA CRISIS EPILÉPTICA SEA CONSIDERADA COMO EPILÉPSIA AQUELLA TENDRÁ QUE SER RECURRENTE.

ASÍ PUES, MENCIONARÉ ALGUNAS DE LAS CLASIFICACIONES MÁS CONCRETAS A CONTINUACIÓN.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LA EPILÉPSIA :

1.- CRISIS PARCIALES : (FOCALES LOCALES)

ÉSTAS CRISIS SON LAS QUE EL PRIMER EVENTO CLÍNICO Y ELECTROENCEFALOGRÁFICO SEÑALA UNA ACTIVIDAD DE UN GRUPO DE NEURONAS EN UNO O AMBOS HEMISFERIOS, ÉSTAS CRISIS SE CLASIFICAN DE ACUERDO SI SE ALTERA LA CONCIENCIA O NO.

CUANDO LA CONCIENCIA NO SE ALTERA SE CLASIFICA COMO:

A.- CRISIS PARCIAL SIMPLE.

CUANDO, SI SE ALTERA SE CLASIFICA COMO:

B.- PARCIAL COMPLEJA

EL TRASTORNO DE LA CONCIENCIA PUEDE SER EL PRIMER SÍNTOMA, UNA CRISIS PARCIAL SIMPLE, SE PUEDE TRANSFORMAR EN COMPLEJA, EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA PUEDE PRESENTARSE ALTERACIONES DE LA CONDUCTA COMO AUTOMATISMOS. UNA CRISIS PARCIAL SIMPLE PUEDE REGRESAR A UNA GENERALIZADA.

LA ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA SE DEFINE PARA FINES DE ÉSTA CLASIFICACIÓN. COMO LA INCAPACIDAD DE RESPONDER NORMALMENTE A ESTÍMULOS EXTERNOS POR ALTERACIONES DE LA VIGILIA O DE CAPACIDAD DE RESPUESTA. HAY EVIDENCIAS DE QUE LAS CRISIS PARCIALES SIMPLES GENERALMENTE SE INICIAN EN UN HEMISFERIO (UNILATERAL) EN LOS PARCIALES COMPLEJOS SUELE TENER REPRESENTACIONES HEMISFÉRICAS BILATERALES.

LAS CRISIS PARCIALES SE PUEDEN CLASIFICAR EN:

A.- CRISIS PARCIAL SIMPLE

B.- CRISIS PARCIAL COMPLEJA

1.- CON ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA AL INICIO

2.- PARCIAL SIMPLE AL INICIO, SEGUIDO DE PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA .

C.- CRISIS PARCIALES QUE EVOLUCIONAN A CONVULSIONES TANTO CLÓNICAS GENERALIZADAS (C G T)

1.- SIMPLES QUE EVOLUCIONAN A (C T G)

2.- COMPLEJAS QUE EVOLUCIONAN A C T G A UN INICIO PARCIAL

2.- CRISIS GENERALIZADAS : (CONVULSIVAS O NO CONVULSIVAS)

SON AQUELLAS QUE LA PRIMERA MANIFESTACIÓN SEÑALA INCLUSIÓN DE AMBOS HEMISFERIOS, LA CONCIENCIA PUEDE ALTERARSE Y SER LA MANIFESTACION INICIAL, LAS MANIFESTACIONES MOTORAS SON BILATERALES.

EL PATRÓN ELECTROENCEFALOGRAFICO ICTAL ES BILATERAL AL INICIO Y PRESUMIBLEMENTE REFLEJA DESCARGA NEURONAL, QUE SE DESMINA A AMBOS HEMISFERIOS.

EN ESTE RANGO SE MENCIONA:

A.- CRISIS DE LA AUSENCIA

1.- CON DETERIORO DE LA CONCIENCIA

2.- CON LIGEROS MOVIMIENTOS CLÓNICOS

3.- COMPONENTE TÓNICO, ATÓNICO.

B.- AUSENCIA QUE PROGRESA A CONVULSIÓN TÓNICO - CLÓNICA GENERALIZADA.

C.- CRISIS TÓNICAS

D.- CRISIS TÓNICO CLÓNICAS

E.- CRISIS ATÓNICAS (CRISIS ESTÁTICAS)

3.- CRISIS EPILÉPTICAS NO CLASIFICADAS :

AQUÍ SE ENCUENTRAN TODAS LAS CRISIS QUE NO HAN PODIDO SER CLASIFICADAS DEBIDO A DATOS INADECUADOS O INCOMPLETOS. ÉSTAS INCLUYEN ALGUNAS CRISIS NEONATALES, POR EJEMPLO MOVIMIENTOS OCULARES RÍTMICOS, MASTICATORIOS Y MOVIMIENTOS DE NATACIÓN.

ETIOLOGÍA

AL HABLAR DE LAS CAUSAS QUE ORIGINAN LA EPILÉPSIA PODEMOS DECIR, SON MUCHAS LAS CAUSAS QUE DESENCADENAN ÉSTA ENFERMEDAD. AL CLASIFICAR LAS CONVULSIONES POR SU ORIGEN EXISTEN DOS GRUPOS PRINCIPALES QUE SON:

A.- PRIMARIA Y

B.- SECUNDARIA

MÁS DEL 65 % DE LAS PERSONAS CON CONVULSIONES RECIDIVANTES SE DICE QUE SU EPILÉPSIA ES IDEOPÁTICA O GENÉTICA, EN LA QUE NO ES POSIBLE ENCONTRAR LA CAUSA DEFINITIVA Y ESTA SE ATRIBUYE A UNA PREDISPOSICION GENETICA. ÉSTA SE DENOMINA PRIMARIA

LA EPILÉPSIA SECUNDARIA SE PRESENTA EN EL 35 % DE PERSONAS CON CONVULSIONES RECURRENTES. EL TÉRMINO SECUNDARIO IMPLICA QUE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE DEMUESTRA LA (S) PROBABLE (S) CAUSA (S) DE LAS CONVULSIONES.

LA EPILÉPSIA SECUNDARIA PUEDE DEBERSE A LO SIGUIENTE:

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1.- ANOMALÍAS CONGÉNITAS | 5.- TUMORES Y OTRA LESIONES OCUPANTES DE LUGAR |
| 2.- LESIONES PERINATALES | 6.- PROCESOS VASCULARES |
| 3.- PROCESOS METABÓLICOS Y TÓXICOS | 7.- PROCESOS DEGENERATIVOS |
| 4.- TRAUMATISMOS CRANEALES | 8.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS |

EN LOS PROCESOS CONGÉNITOS Y PERINATALES SE INCLUYE LA INFECCIÓN MATERNA (RUBEOLA), LOS TRAUMATISMOS LA HIPOXIA DURANTE EL PARTO.

LAS ALTERACIONES METABÓLICAS QUE PUEDEN PRODUCIR CONVULSIONES SON HIPOCALCEMIA, HIPOGLUCEMIA, FENICETONURIA O LA ABSTINENCIA DEL ALCOHOL O DE FÁRMACOS, DROGAS. LOS PROCESOS METABOLICOS SUPONEN EL 10-15 % DE TODOS LOS CASOS DE CONVULSIONES AGUDAS AISLADAS ,LOS FÁRMACOS, DROGAS Y LAS SUBSTANCIAS TÓXICAS SUPONEN APROXIMADAMENTE EL 4% DE LAS CONVULSIONES AGUDAS. LOS AGENTES TERAPÉUTICOS QUE MÁS SE ASOCIAN CON LA PRODUCCIÓN DE CONVULSIONES SON LA PENICILINA, LOS HIPOGLUCEMIANTES, LOS ANESTÉSICOS LOCALES, LA FISOSTIGMINA Y LAS FENOTIAZINAS. LA ABSTINENCIA DE DROGAS COMO LA COCAÍNA TAMBIÉN PUEDE DESENCADENAR CONVULSIONES.

EL TRAUMATISMO CRANEAL ES IMPORTANTE A CUALQUIER EDAD, SOBRE TODO EN LOS ADULTOS JÓVENES LA EPILÉPSIA POSTRAUMÁTICA ES MAS PROBABLE SI SE HA PENETRADO LA DURAMADRE MANIFESTÁNDOSE LAS CONVULSIONES A LOS DOS AÑOS DE LA LESIÓN Y SUPONE EL 5 AL 15 % DE TODOS LOS CASOS DE EPILÉPSIA ADQUIRIDA.

LOS TUMORES Y OTRAS LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO SE PRODUCEN A CUALQUIER EDAD PERO SON MÁS PROBABLES A LA EDAD MEDIA Y TARDÍA, MOMENTO EN QUE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS ES MÁS ELEVADO, EN LOS NIÑOS ES INFRECUENTE, SUPONE EL 0.5 AL 1 % DE LA EPILÉPSIA INFANTIL PERO SON LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE EPILÉPSIA ADQUIRIDA ENTRE LOS 35 Y 55 AÑOS, SUPONIENDO EL 10 % DE LOS CASOS DE EPILÉPSIA SECUNDARIA CON COMIENZO EN LA EDAD ADULTA

LAS ENFERMEDADES VASCULARES, AL IGUAL QUE SU IMPORTANCIA COMO PRODUCTORES DE CONVULSIONES AUMENTA CON LA EDAD Y SON LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE PRODUCIR CONVULSIONES A PARTIR DE LOS 60 AÑOS CUALQUIER PROCESO QUE AFECTE EL FLUJO DE SANGRE AL CEREBRO PUEDE PROVOCAR UNA CONVULSIÓN, CON UNA INCIDENCIA QUE AUMENTA CON LA EDAD. EN LOS PACIENTES ANCIANOS SUPONEN EL 25 AL 70 % DE LAS EPILÉPSIAS ADQUIRIDAS.

LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS PUEDEN PRODUCIRSE EN TODOS LOS GRUPOS DE EDADES Y SE CONSIDERAN CAUSAS REVERSIBLES. LAS INFECCIONES DEL S.N.C. COMO LA MENINGITIS BACTERIANA O LA ENCEFALITIS HERPÉTICA, SON CAUSAS FRECUENTES DE LAS CONVULSIONES Y SUPONE UN 3 % DE LAS EPILÉPSIAS ADQUIRIDAS.

EPIDEMIOLOGIA

EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO NO SE REDUCE AL SIMPLE RECUENTO DE PERSONAS CON CIERTA ENFERMEDAD EN UNA POBLACIÓN DETERMINADA, LA IMPORTANCIA RADICA EN LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS PARA PREVENIRLAS, EN EL ESTUDIO DE CONDICIONES EXTERNAS O AMBIENTALES QUE EN UN MOMENTO PUEDAN EJERCER UNA ACCIÓN DETERMINANTE EN EL ORIGEN, CURSO Y DESENLACE DE LA MISMA.

PREVALENCIA

SE PUEDE DEFINIR COMO LA CANTIDAD DE INDIVIDUOS CON CIERTA ENFERMEDAD Y / O CARACTERÍSTICAS DENTRO DE UNA POBLACIÓN LO CUÁL PERMITE CUANTIFICAR LA MAGNITUD DEL PROBLEMA DE SALUD EN ÉSA POBLACIÓN.

NO PODEMOS HABLAR DE NUMEROS EXACTOS YA QUE DE HACERLO SERÍA MUY AVENTURADO DEBIDO A LOS FALSOS PREJUICIOS DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES EPILÉPTICOS Y AÚN MÁS POR ÉSTOS MISMOS; POR LAS CIFRAS NO REGISTRADAS.

INCIDENCIA :

ES UN INDICADOR EPIDEMIOLÓGICO PARA MEDIR EL RIESGO DE SUFRIR UNA CIERTA ENFERMEDAD, LAS DIFERENCIAS REALES EN LA FRECUENCIA DE LA APARICIÓN DE NUEVOS CASOS (INCIDENCIA) ENTRE 2 POBLACIONES, DEBEN ATRIBUIRSE A LA PRESENCIA DE FACTORES O CARACTERÍSTICAS INHERENTES AL HUÉSPED O DERIVADOS DEL AMBIENTE. EN CONSECUENCIA, LA INCIDENCIA PERMITE IDENTIFICAR FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES O CONDICIONANTES DE TAL ENFERMEDAD.

LOS TRASTORNOS EPILÉPTICOS SURGEN CON MÁS FRECUENCIA EN LOS PRIMEROS AÑOS DE LA INFANCIA, PARTICULARMENTE ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA DÉCADA, PERO PUDIENDO APARECER EN CUALQUIER MOMENTO. LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS INDICAN QUE EL 0.5% DE LA POBLACIÓN DE ESTADOS UNIDOS, TIENE EPILÉPSIA CONVULSIVAS, 3 % HA TENIDO UNA CRISIS CONVULSIVA RECURRENTE EN ALGÚN MOMENTO DE LA VIDA Y 9% HA EXPERIMENTADO ALGUNA CONVULSIÓN EPILÉPTICA. LA PREVALENCIA ES MAYOR EN LAS REGIONES DEL MUNDO QUE TIENEN ALTA INCIDENCIA DE LESIÓN CEREBRAL,, DEBIDA A LA ELEVADA PROPORCIÓN DE INFECCIONES, ASISTENCIA PERINATAL DE MALA CLASE Y TRAUMATISMOS CRANEOCEFÁLICOS FRECUENTES

INCIDENCIA DE EPILÉPSIA SEGÚN EL SEXO

SEGÚN EL SEXO, EN LOS DIFERENTES ESTUDIOS, INFORMAN QUE GENERALMENTE LAS TASAS PARA EL HOMBRE SON MÁS ALTAS, SE HA ATRIBUIDO A QUE EL HOMBRE PRESENTA MAYOR RIESGO DE TRAUMA EN LA CABEZA.

EN EL ESTUDIO EFECTUADO POR OLIVARES EN CUATRO CLÍNICAS Y UN CENTRO HOSPITALARIO DEL AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, LA TASA DE PREVALENCIA ES DE 35 X 1000 Y FUE RATIFICADA POR EL CONSUMO DE FÁRMACOS ANTIÉPILÉPTICOS.

LA REVISIÓN HECHA POR RAMÍREZ Y COLABORADORES, NOS MUESTRA QUE EL SÉPTIMO LUGAR DE DEMANDA DE ATENCIÓN MÉDICA EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE LA CIUDAD DE MÉXICO ES POR EPILÉPSIA..

EN EL ESTUDIO EFECTUADO POR MÁRQUEZ Y SUS COLABORADORES, EN UNA COMUNIDAD RURAL DEL CENTRO DE MÉXICO DONDE SE ENCONTRÓ UNA TASA DE PREVALENCIA DE EPILÉPSIA DE 5.8 X 1000. Y SE RATIFICA QUE EL MAYOR NUMERO DE PACIENTES CORRESPONDE A MENORES DE 20 AÑOS (59 %) Y DE ÉSTOS MENORES DE 9 AÑOS.

EL INSUFICIENTE CONOCIMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA EPILÉPSIA EN MÉXICO Y EN LATINOAMÉRICA LIMITA LA VALORACIÓN DE LA MAGNITUD REAL DE LA MISMA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA Y POR TANTO, DIFICULTA LA PLANEACIÓN RACIONAL A NIVEL LOCAL, NACIONAL Y REGIONAL DE MEDIDAS PARA SU PREVENCIÓN Y CONTROL.

MANIFESTACIONES CLINICAS

AL HABLAR DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS, NOS REFERIMOS AL CONJUNTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE EL PACIENTE MANIFIESTA Y QUE SE PUEDE CORROBORAR CON UNA EXPLORACIÓN, O UNA SIMPLE OBSERVACIÓN CUIDADOSA

A CONTINUACIÓN TRATARE DE ENUMERAR LAS MANIFESTACIONES DE LA EPILÉPSIA EN UN PACIENTE EN SUS DIVERSOS GRADOS.

CONVULSIONES PARCIALES:

SE PRODUCE CUANDO LA CRISIS SE INICIA EN UNA ZONA LOCALIZADA DEL CEREBRO Y SÓLO AFECTA UN HEMISFERIO, Y ES SIMPLE CUANDO NO SE ALTERA LA CONCIENCIA, TAN SÓLO SE EXPERIMENTARÁ CONVULSIONES EN UN MIEMBRO DURANTE VARIOS SEGUNDOS MIENTRAS SIGUE TOTALMENTE ALERTA Y CONCIENTE EL INDIVIDUO.

SI LA DESCARGA NEURONAL ANÓMALA SE DISEMINA AL HEMISFERIO OPUESTO, SE ALTERARÁ LA CONCIENCIA Y SE AFECTARÁ LA CAPACIDAD DE RESPUESTA, ÉSTO SE DENOMINA CONVULSIÓN PARCIAL COMPLEJA Y SE ASOCIA CON PATRONES DE CONDUCTA A LOS QUE SE LES DENOMINA AUTOMATISMO. Y COMIENZA SÚBITAMENTE Y CON UN MAL SABOR DE BOCA, SEGUIDO DE UNA FALTA DE RESPUESTA, TEMBLOR DE MANOS FRUNCIMIENTO DE LABIOS. EL PACIENTE VUELVE A ORIENTARSE AL CABO DE APROXIMADAMENTE 1 MINUTO, VOLVIENDO A LA NORMALIDAD, EXCEPTO POR UN LIGERO LETARGO QUE DURA 3 MINUTOS.

LOS AUTOMATISMOS ESTÁN ASOCIADOS A LA ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA Y A LA PÉRDIDA DEL CONTROL VOLUNTARIO SUPERIOR. LA NATURALEZA DE LA CONDUCTA AUTOMÁTICA ESTÁ RELACIONADA CON EL GRADO DE DURACIÓN DE LA CONFUSIÓN Y CON LAS CONDICIONES PSICOLÓGICAS Y AMBIENTALES EN EL MOMENTO DEL ATAQUE. LAS ACTIVIDADES PRIMITIVAS NO COORDINADAS, SIN PROPÓSITO, COMO FRUNCIMIENTO DE LOS LABIOS, LOS MOVIMIENTOS DE MASTICACIÓN O LA SUCCIÓN, SE PRODUCEN EN EL PACIENTE CON NIVELES MODERADOS DE ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA.

POR EL CONTRARIO EN PACIENTES CON UNA CONFUSIÓN LEVE EL AUTOMATISMO, SE PUEDE MANIFESTAR COMO UNA CONTINUACIÓN MECÁNICA DE LAS ACTIVIDADES INICIADAS ANTES DE INICIARSE LAS CONVULSIONES, EL PACIENTE PUEDE SEGUIR MOVIENDO UNA CUCHARA HACIA LA BOCA, SI ESTÁ COMIENDO.

LA CONVULSIÓN COMPLETA DURA UNOS POCOS MINUTOS Y SÓLO PRODUCE UNA MOMENTÁNEA CONFUSIÓN POSTICAL Y AMNESIA DEL HECHO CONVULSIVO.

EL STATUS EPILÉPTICO:

EL STATUS FOCAL NO ES FRECUENTE, PERO ES RESISTENTE AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTICONVULSIONANTE, ES CARACTERÍSTICO QUE LA CRISIS CONVULSIVA DURE VARIAS SEMANAS, A PESAR DE LOS TRATAMIENTOS AGRESIVOS. POR FORTUNA, ÉSTE TIPO DE CRISIS NO AMENAZA LA VIDA DEL PACIENTE.

TANTO LAS CONVULSIONES SIMPLES COMO LAS COMPLEJAS PUEDEN EVOLUCIONAR A CRISIS TONICLÓNICAS GENERALIZADAS.

PETIT MAL (CRISIS DE AUSENCIA)

SE PRODUCEN FUNDAMENTALMENTE EN LOS NIÑOS , COMENZANDO ENTRE LOS 3 Y LOS 15 AÑOS , TIENE UN COMIENZO SUBITO, CARACTERIZADO POR UNA COMPLETA SUSPENSIÓN DE LAS FUNCIONES MENTALES, SE MANIFIESTA POR INMOVILIDAD, MIRADA EN BLANCO, PUEDE APRECIARSE AUTOMATISMOS SIMPLES Y MÍNIMOS MOVIMIENTOS CLÓNICOS FACIALES, COMO POR EJEMPLO, PARPADEOS DE 3 X SEGUNDO O LAS MUECAS, LAS CRÍISIS DE AUSENCIA PUEDEN PROLONGARSE DE 5 A 30 SEGUNDOS, MIENTRAS QUE EL STATUS DE PETIT MAL PUEDE DURAR HORAS O DÍAS. NO EXISTE PERÍODO DE PRÓDROMO NI POSTICTAL, EL EPISODIO ACABA DE LA MISMA FORMA SÚBITA COMO COMENZÓ

LA MIRADA REGRESA A LA NORMALIDAD, SI EL ATAQUE SE PRODUCE DURANTE UNA CONVERSACIÓN EL PACIENTE PUEDE SALTAR ALGUNAS PALABRAS O QUEDARSE A MEDIA FRASE DURANTE ALGUNOS SEGUNDOS.

LA AFECCIÓN DE ALERTA HACIA EL EXTERIOR, ES TAN BREVE QUE EL PACIENTE NO LA PERCIBE. LA AMNESIA DE LAS CRÍISIS ES FRECUENTE Y EL PACIENTE PUEDE EXPERIMENTAR UNA SENSACIÓN DE PÉRDIDA DEL TIEMPO

CONVULSIONES TONICOCLÓNICAS GENERALIZADAS.

SE PUEDEN CLASIFICAR EN TRES FASES CLÍNICAS DIFERENTES, LAS CUÁLES SON LAS SIGUIENTES.

- 1.- FASE PRODRÓMICA QUE INCLUYE:
 - A) LA FASE PREICTAL
 - B) LA FASE ICTAL O CONVULSIVA
 - C) LA FASE POSCONVULSIVA O POSTICÁL

1.- FASE PRODRÓMICA:

DURANTE UN PERÍODO DE TIEMPO VARIABLE (MINUTOS Y / O VARIAS HORAS) ANTES DE LA CRÍISIS CONVULSIVA, EL PACIENTE MUESTRA CAMBIOS SÚTILES O EVIDENTES EN SU ACTIVIDAD EMOCIONAL COMO MAYOR ANSIEDAD O DEPRESIÓN.

EL COMIENZO INMINENTE DE LA CONVULSIÓN ESTÁ MARCADO POR LA APARICIÓN DE UNA AURA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS (AUNQUE NO EN TODOS) EL AURA NO ES REALMENTE UN SIGNO DE ALERTA DE QUE VAYA A PRODUCIRSE LA CONVULSIÓN, SINO UNA PARTE DE LA MISMA. ÉSTE MISMO AURA SUELE PRODUCIRSE CON CADA CRÍISIS, SU DURACIÓN ES BASTANTE BREVE POR LO GENERAL SÓLO UNOS POCOS SEGUNDOS. EL AURA POR SÍ SOLA DEBE CONSIDERARSE COMO UNA CONVULSIÓN PARCIAL SIMPLE QUE PROGRESA A UNA CONVULSIÓN TÓNICA CLÓNICA GENERALIZADA PUEDE SER DE NATURALEZA OFTÁLMICA, VISUAL, GUSTATIVA O AUDITIVA.

A.- FASE PREICTAL :

INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL AURA, EL PACIENTE PIERDE EL CONOCIMIENTO SI ESTÁ DE PIE, CAE AL SUELO. SIMULTÁNEAMENTE SE PRODUCEN CONTRACCIONES MIOCLÓNICAS MAYORES BILATERALES GENERALIZADAS, GENERALMENTE EN FLEXIÓN, QUE DURAN VARIOS SEGUNDOS. EN ÉSE MOMENTO TIENE LUGAR EL DENOMINADO " GRITO EPILÉPTICO ", SE TRATA DE UNA VOCALIZACIÓN REPENTINA PRODUCIDA POR AIRE QUE SE EXPELE A TRAVÉZ DE UNA GLOTIS PARCIALMENTA CERRADA AL SUFRIR UN ESPASMO EL MÚSCULO DIAFRAGMÁTICO.

CON ÉSTA FASE INICIAL SE ASOCIAN CAMBIOS AUTONÓMICOS, ENTRE ELLOS, AUMENTO DE LA FRECUENCIA CARDÍACA Y TENSION ARTERIAL HASTA DOS VECES POR ENCIMA DE LOS VALORES BASELES, UN MARCADO AUMENTO DE LA PRESIÓN VESICAL, CONGESTIÓN VASCULAR CUTÁNEA Y PILOERECCIÓN, HIPERSECRECIÓN SALIVAL Y DESVIACIÓN OCULAR SUPERIOR CON MIDRIÁISIS Y APNEA.

B.- FASE ICTAL :

SE PRODUCEN UNA SERIE DE CONTRACCIONES GENERALIZADAS DE LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS, PRIMERO EN FLEXION, PARA LUEGO PROGRESAR A UNA RIGIDÉZ EXTENSORA TÓNICA DE EXTREMIDADES Y TRONCO, DURANTE ÉSTA FASE, TAMBIÉN SE AFECTAN LOS MÚSCULOS DE LA RESPIRACIÓN, PUDIÉNDOSE EVIDENCIAR DISNEA Y CIANÓISIS, QUE INDICAN QUE LA VENTILACIÓN NO ES LA ADECUADA. ÉSTA RIGIDÉZ TÓNICA SUELE PROLONGARSE 10-20 SEGUNDOS.

B.1.-FASE ICTAL COMPONENTE CLÓNICO :

LA FASE TÓNICA DEJA PASO AL COMPONENTE CLÓNICO, SE CARACTERÍZA POR MOVIMIENTOS CLÓNICOS GENERALIZADOS DEL CUERPO, A COMPAÑADOS POR UNA RESPIRACIÓN PESADA, ESTERTÓREA. LA ACTIVIDAD CLÓNICA SE MANIFIESTA POR UNA ALTERNANCIA EN LA RELAJACIÓN MUSCULAR Y VIOLENTAS CONTRACCIONES FLEXORAS, PUEDEN APARECER ESPUMA EN LA BOCA, CONSECUENCIA DE SALIVA Y AIRE, TAMBIÉN PUEDE APARECER SANGRE POR LESIÓN EN LOS TEJIDOS BLANDOS POR MORDEDURAS. EL CLONUS SUELE DURAR 2 - 5 MINUTOS, LOS MOVIMIENTOS CLÓNICOS SE VAN HACIENDO MENOS FRECUENTES PROLONGÁNDOSE LOS PERÍODOS DE RELAJACIÓN HASTA QUE EL ATAQUE FINALIZA CON UNA CONTRACCIÓN EN FLEXIÓN FINAL.

C.- FASE POSTICTAL :

AL CESAR LOS MOVIMIENTOS TONICOCLÓNICOS Y NORMALIZARSE LA RESPIRACIÓN, EL PACIENTE ENTRA EN LA FASE POSTICTAL, DURANTE LA CUÁL RECUPERA GRADUALMENTE EL CONOCIMIENTO.

EN LOS PRIMEROS MINUTOS DE LA FASE POSTICTAL SE PRODUCE UN PERÍODO TRANSITORIO DE FLACIDÉZ MUSCULAR, DURANTE EL CUÁL PUEDE PRODUCIRSE INCONTINENCIA URINARIA Y/O FECAL, PRODUCIDA POR EL RELAJAMIENTO ESFINTERIANO. CUANDO FINALIZA LA ACTIVIDAD CONVULSIVA EL PACIENTE SE RELAJA Y DUERME PROFUNDAMENTE, AL RECUPERARSE EL PACIENTE SUELE MOSTRARSE BASTANTE DESORIENTADO Y CONFUSO, NO SABE QUIÉN ES, QUE DÍA DE LA SEMANA ES.

EN APROXIMADAMENTE 2 HORAS SE PRODUCE UNA COMPLETA RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN CEREBRAL NORMAL PREICTAL.

STATUS DE GRAND MAL : (STATUS EPILÉPTICO)

SE DEFINE COMO UNA CONVULSIÓN CONTÍNUA O UNA RECURRENCIA REPENTINA DE CUALQUIER TIPO DE CONVULSIÓN SIN RECUPERACIÓN ENTRE LAS CRÍISIS.

EL STATUS DE GRAND MAL ES UNA SITUACIÓN DE URGENCIA VITAL, PUEDE PERSISTIR DURANTE HORAS O DÍAS Y ES LA PRINCIPAL CAUSA DE MORTANDAD DIRECTAMENTE RELACIONADA CON LOS PROCESOS COMICIALES.

LA CIFRA DE MORTANDAD OSCILA ENTRE EL 3 Y EL 23 % , LO CIERTO ES QUE LA INCIDENCIA DE STATUS DE GRAND MAL HA AUMENTADO DESDE LA INTRODUCCIÓN DE ANTICONVULSIONANTES EFICACES.

A FECTOS DE TRATAMIENTO CLÍNICO CUALQUIER CONVULSIÓN TONICOCLÓNICA (GENERALIZADA) QUE DURE 5 MINUTOS O MÁS SE CLASIFICA COMO STATUS DE GRAND MAL. EL PACIENTE NO RESPONDE (ESTA INCONSCIENTE) ESTÁ CIANÓTICO, SUDA PROFUNDAMENTE Y MUESTRA CONTRACCIONES CON UNA FASE CLÓNICA MUY BREVE O COMPLETAMENTE AUSENTE, AL EVOLUCIONAR EL GRAD MAL, EL PACIENTE SE ENCUENTRA HIPERTÉRMICO, CON UNA TEMPERATURA DE 3 A 5 °C O SUPERIOR . EL SISTEMA CARDIOVASCULAR ESTÁ MUY SOBRECARGADO, SE PRODUCEN TAQUICARDIAS Y ARRÍTMIAS, Y LA TENSIÓN ARTERIAL ESTÁ BASTANTE ELEVADA HASTA 300 / 150 Hg .

UN STATUS DE GRAND MAL QUE NO ACABAR PUEDE DAR LUGAR A LA MUERTE POR PARO CARDIÁCO.

TRATAMIENTO :

EL COMIENZO DE UNA DOSIS TERAPÉUTICA ANTIÉPILÉPTICA SERÁ EL IDENTIFICAR EL TIPO DE CRISIS. POR LO QUE EL MEDICO SE DEBERÁ VALER DE LA CLASIFICACIÓN YA EXISTENTE Y QUE SE HA MENCIONADO CON ANTERIORIDAD, ASÍ COMO DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS QUE REFIRIERA EL PACIENTE, PARA PODER ASÍ ELABORAR UN DIAGNOSTICO PRECISO.

UNA VEZ HABIENDO UBICADO AL PACIENTE EN DICHA CLASIFICACIÓN Y HABIENDO OBTENIDO UN DIAGNOSTICO, SE DETERMINARA LA TERAPÉUTICA HA SEGUIR SEGÚN SEA LA NECESIDAD DEL PACIENTE, EL NO UTILIZAR EL MEDICAMENTO ADECUADO DARÁ POR RESULTADO QUE LAS CONVULSIONES NO SE CONTROLEN O LLEGUEN A SER EXCESIVAS.

ALGUNAS CAUSAS DE LAS CONVULSIONES SE RELACIONAN Y SE DIRIGEN A LESIONES CEREBRALES QUE OCUPAN ESPACIO EN EL CRÁNEO, LAS CUALES SU TRATAMIENTO A SEGUIR ES TOTALMENTE QUIRÚRGICO; POR OTRA PARTE TAMBIÉN SE RELACIONAN CON ENFERMEDADES TOXICAS, METABOLICAS, INFECCIOSAS Y VASCULARES Y QUE ESTOS REQUIEREN DE UN TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO Y ES DE ESTE DEL CUAL HABLAREMOS.

LA FINALIDAD DEL TRATAMIENTO ES LA DE DEVOLVER AL PACIENTE UNA FUNCIÓN ÚTIL DE MANERA IDEAL, MEDIANTE LA ELIMINACIÓN COMPLETA DE LAS CONVULSIONES SIN PRODUCIR, O REDUCIENDO AL MÁXIMO LOS EFECTOS SECUNDARIOS. CASI EL 50 % DE LOS PACIENTES EPILÉPTICOS Y QUE SON TRATADOS YA SEA POR MEDIO QUIRÚRGICO O MEDICAMENTOSO LOGRAN QUEDAR LIBRES DE LAS CONVULSIONES POR TIEMPO INDEFINIDO.

A CONTINUACIÓN SE PRESENTARA UN CUADRO DONDE SE MENCIONAN LOS FÁRMACOS MAS UTILIZADOS PARA EL CONTROL Y TRATAMIENTO DE LAS CONVULSIONES EN LOS PACIENTES CON EPILEPSIA

FÁRMACOS QUE SE UTILIZAN EN EL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO EN LA EPILEPSIA

	DOSIS T DIARIA ADULTOS (mg/Kg)	DDOSIS T DIARIA NIÑOS (Mg/Kg)	No DE DDOSIS DIARIAS	NIVEL TERAPEUTICO EN SANGRE (µg/ml)	EFECTOS SECUNDARIOS
CONVULSIONES TÓNOCOCLONICAS GENERALIZADAS (GRAND MAL) Ó PARCIALES (FOCALES)					
FENITOINA (DILANTIL)	4-8	5-10 1-2 N	1a	10-20	MOLESTIAS G.I., ATAXIA, SEDACION, EXANTEMA HIPERTROFIA GINGIVAL
CARBAMAZEPINA (TEGRETOL)	5-25	15-25 2-4N	2 A	5-12	ATAXIA, SOMNOLENCIA, NAUSEAS
FENOBARBITAL	2-5	3-8	1 A, N	10-40	SEDACION, HIUPERACTIVIDAD EN NIÑOS ATAXIA, CONFUSION
PRIMIDONA (MYSOLINE)	5-20	10-25 3-4N	3 A	5-15	SEDACION, VERTIGO, MOLESTIAS G.I. ANOREXIA, MAREOS
ACIDO VALPROICO (DEPAKENE)	10-60	15-60 2-4 N	3 A	50-100	MOLESTIAS G.I. SEDACION, ATAXIA, GANANCIA DE PESO

CRISIS DE AUSENCIA (PETIT MAL)

ETOSUXIMIDA (ZORONTIN)	20-35	10-40 1-2 N	2A	40-100	MOLESTIAS G.I. SEDACION, MAREOS, CEFALEAS
ACIDO VALPROICO (DEPAKENE)	10-60	15-60	3A	50-100	MOLESTIAS G.I. SEDACION, ATAXIA, GANANCIA DE PESO
CLONAZEPAM (CLONAFIN)	0,05-0,2	0,1-0,2	2A 2-3 N	20-80 NG	SEDACION ATAXIA, CAMBIOS DE CONDUCTA, HIPOTENSION

CRISIS MIOCLÓNICA

PRONOSTICO

EN LA ACTUALIDAD ES MUY RARO QUE UN PACIENTE FALLEZCA EN ESTADO DE MAL EPILÉPTICO INCONTROLADO, QUE SERÍA CONSECUTIVO A UN RETRAZO EN LA INICIACIÓN DE LA TERAPÉUTICA O A LESIONES CEREBRALES EN ESTADÍO TERMINAL.

EN UN SERVICIO DE REANIMACIÓN, LA MORTALIDAD CONTINÚA SIENDO NO OBSTANTE ELEVADA Y REFLEJA FUNDAMENTALMENTE LA GRAVEDAD DEL PROCESO SUBYACENTE. MIENTRAS QUE NO SE OBSERVA FALLECIMIENTO ALGUNO EN LA EPILÉPSIA IDIOPÁTICA Y POSTRAUMÁTICA, LAS EVOLUCIONES FATALES CORESPONDEN A LOS ESTADOS DE MAL EPILÉPTICO REVELADORES DE LESIONES CEREBRALES EVOLUTIVAS Y LA MORTALIDAD ES PARTICULARMENTE ALTA EN CASO DE FALLO POLIVISCERAL.

AUN CUANDO EL ESTADO DE MAL EPILÉPTICO NO CONSTITUYE UN FACTOR INMEDIATO DE MORTALIDAD GRACIAS A LOS MÉTODOS TERAPÉUTICOS EXISTENTES, EN MUCHAS FORMAS SINTOMÁTICAS ES UN ÍNDICE DE SUFRIMIENTO CEREBRAL GRAVE, EN ESPECIAL EN ACCIDENTES ANÓXICOS, VASCULARES, INFECCIOSOS Y EN ALGUNAS ENCEFALOPATIAS METABÓLICAS COMO EL COMA HEPÁTICO.

LAS SECUELAS DEPENDEN ASÍMISMO DE LAS LESIONES CEREBRALES PREEXISTENTES. EN LA MEDIDA EN QUE SE CONTROLAN CON RAPIDEZ LAS CONVULSIONES, RARAMENTE SE OBSERVARÁ UNA AGRAVACIÓN NEUROLÓGICA RELACIONADA CON EL ESTADO DE MAL EPILÉPTICO.

	Nº DE PAC.	FALLECIM	MORTALIDAD
EDM	206	73	35,4 %
EPILÉPSIA CRÓNICA	56	5	9 %
IDIOPÁTICA	18	0	
POSTRAUMÁTICA	15	0	
TARDÍA	23	5	
EDM INAUGURALE	14	43	37,7 %
EDMI INTERCURRENTE	36	5	69,5 %
ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA	12	11	92 %
MENINGOENCEFALITIS	13	10	77 %
ANÓXIA CEREBRAL	29	14	74 %
ACCIDENTES VASCULARES	49	16	33 %
TUMORES CEREBRALES	13	5	
INSUFICIENCIA RENAL	7	3	
VARIOS FACTORES IMBRICADOS		4	

CAPITULO 2

**MANEJO DEL PACIENTE EPILÉPTICO
EN EL CONSULTORIO DENTAL**

MANEJO DEL PACIENTE EPILÉPTICO

EN LA ACTUALIDAD AL TRATAR A UN PACIENTE DE ALGÚN MAL, TAMBIÉN IMPLICARÁ EL MANEJO PSICOLÓGICO CON EL FIN DE QUE EL INDIVIDUO NO SE SIENTA AJENO O DIFERENTE A SU AMBIENTE DERIVADO DE SU ENFERMEDAD Y PUEDA DESARROLLARSE CON SEGURIDAD Y TRANQUILIDAD EN SU MEDIO

LA SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA DE UN PACIENTE EPILÉPTICO CON CRISIS CONVULSIVAS DEPENDE DE LAS ALTERACIONES EN:

- 1.- EL INTELLECTO QUE DERIVA DE CAMBIOS EN ALGUNAS FUNCIONES MENTALES COMO MEMORIA, ATENCIÓN, COMPRENSIÓN, DISCRIMINACIÓN, APRENDIZAJE, INTEGRACIÓN Y OTRAS.
- 2.- LOS ASPECTOS EMOCIONALES.
- 3.- LA PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO Y EL MUNDO EXTERIOR
- 4.- LA PERSONALIDAD Y EL CARÁCTER
- 5.- LA INTEGRACIÓN FAMILIAR
- 6.- LOS ASPECTOS EDUCACIONALES O LABORALES.

EL PSICODIAGNÓSTICO DE LA EPILÉPSIA ESTÁ BASADO EN LA EVOLUCIÓN DE CADA UNO DE ÉSTOS ASPECTOS. EL GRADO EN QUE SE VEN ALTERADOS DETERMINARÁ EL ESTADO PSICOPATOLÓGICO DEL PACIENTE MISMO QUE PODRÁ CORRESPONDER A DESADAPTACIÓN, NEUROSIS, Y PSICOSIS.

COEFICIENTE INTELECTUAL :

EL NIVEL INTELECTUAL SE MIDE POR MEDIO DE APLICACIONES DE PRUEBAS DE CAPACIDAD , O RESPUESTAS DE LOCALIZACIÓN, CALIDAD DE RESPUESTAS DE MOVIMIENTO, EL NIVEL DE EXACTITUD, FORMA, NÚMERO, ORIGINALIDAD, VARIEDAD DE CONTENIDO Y SUCESIÓN DE ÉSTAS PRUEBAS.

EL COEFICIENTE INTELECTUAL ES UN INDICADOR DE LA POSICIÓN QUE OCUPA EL INDIVIDUO EN RELACIÓN CON SU GRUPO DE EDAD , ENTRE LOS EPILÉPTICOS ES POSIBLE DISTINGUIR TRES GRUPOS:

- 1.- PACIENTES CON DEFICIENCIA MENTAL, QUE ACOMPAÑA O PRECEDE LA APARICIÓN DE CRISIS CONVULSIVAS
- 2.- PACIENTES CUYA INTELIGENCIA SE HA DETERIORADO A CAUSA DE SU PADECIMIENTO
- 3.- PACIENTES CON INTELIGENCIA NORMAL O SUPERIOR.

DEFICIENCIA :

DEPENDE DE VARIOS FACTORES QUE SON:

- A.- NATURALEZA DE LA LESIÓN CEREBRAL SUBYACENTE.
- B.- EDAD DE APARICIÓN DE LA EPILÉPSIA.
- C.- TIPO DE LA CRISIS CONVULSIVA.

DETERIOO :

EL DETERIOO OCURRE CUANDO LA CRISIS ES FRECUENTE EN FORMA CRÓNICA. ÉSTO DEPENDE DE LA FRECUENCIA DE LA CRISIS , DE SU TIPO, DEL TIEMPO DE APARICIÓN Y DE SU LOCALIZACIÓN.

INTELIGENCIA NORMAL O SUPERIOR :

LOS EPILÉPTICOS DE TIPO "IDEOPÁTICO" MUESTRAN GENERALMENTE UN NIVEL INTELECTUAL SUPERIOR A LOS OTROS GRUPOS. SIN EMBARGO PUEDE PRESENTARSE DIFICULTAD EN LA EXPRESIÓN VERBAL Y RAPIDEZ DE PENSAMIENTO Y GENERALMENTE SON PACIENTES CON TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO.

ES NECESARIO HACER EN FORMA REPETITIVA LAS PRUEBAS PSICOSOMÉTRICAS YA QUE LOS MEDICAMENTOS ANTICONVULSIVOS ALTERAN LA EXPRESION Y EJECUCIÓN DE LAS PRUEBAS AL DISMINUIR LOS ESTADOS DE ALERTA O DE ATENCIÓN.

ASPECTOS EMOCIONALES

LAS DIFERENTES REACCIONES EMOCIONALES ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LAS CRISIS CONVULSIVAS ES UN ASPECTO QUE SE OBSERVA CON CLARIDAD EN LA EPILEPSIA.

EL TIPO DE PERSONALIDAD Y EL PUNTO DONDE SE DESENCADENAN LAS CRISIS, DETERMINARÁN LOS ASPECTOS EMOCIONALES QUE EL INDIVIDUO PRESENTA ANTES Y DESPUÉS DE LAS CRISIS LAS CUALES PUEDEN SER:

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1.- MIEDO | 4.- ALUCINACIONES |
| 2.- EXTRAÑEZA | 5.- PLACIDÉZ |
| 3.- AGRESIVIDAD | 6.- IRRITABILIDAD |

LAS SITUACIONES DE AGOTAMIENTO, INSOMNIO, Y PRINCIPALMENTE LA TENSION EMOCIONAL, CONSTITUYEN UN FACTOR PREDISPONENTE PARA EL DESENCADENAMIENTO DE LA CRISIS, EN LAS MUJERES, DEBIDO AL CAMBIO HORMONAL ANTES Y DESPUÉS DEL PERIÓDO MENSTRUAL, FAVORECERAN LAS CRISIS.

PERSONALIDAD Y CARÁCTER

ALGUNOS AUTORES CONSIDERAN QUE LA IRRITABILIDAD ES UNA CARACTERÍSTICA PRIMORDIAL DEL CARÁCTER HABITUAL DE LOS EPILEPTICOS, AUNQUE POR OTRA PARTE SE DESTACA LA HABILIDAD DEL HUMOR, EL CUAL OSCILA ENTRE LAS REACCIONES DE CÓLERA Y UNA BENEVOLENCIA QUE LLEGA A LA AMABILIDAD MOLESTA.

LA PERSONALIDAD DE ESTOS PACIENTES SE CARACTERIZA POR TENER DOS POLOS, EL ADHESIVO Y EL EXPLOSIVO. EN EL ADHESIVO SE PRESENTA UNA AFECTIVIDAD CONCENTRADA, CONDENSADA, VISCOSA, QUE SE ADHIERE A LOS OBJETOS QUE LO RODEAN DE LOS QUE NO SE SEPARA FÁCILMENTE.

EN EL EXPLOSIVO NO SE PUEDE PREDECIR LA MAGNITUD Y EL MOTIVO DE LAS REACCIONES DE ENOJO.

ES IMPORTANTE MENCIONAR, QUE NO TODOS LOS PACIENTES EPILEPTICOS PRESENTAN CAMBIOS DE PERSONALIDAD, LOS CAMBIOS DE PERSONALIDAD SE PUEDEN ENCONTRAR EN PACIENTES CON INTELIGENCIA NORMAL; LOS CAMBIOS QUE SON MARCADOS TRANSTORNOS DE CONDUCTA GENERALMENTE TAMBIÉN PADECEN DAÑO CEREBRAL, Y LOS CAMBIOS DE PERSONALIDAD EN ADULTOS EPILEPTICOS SON FRECUENTES, PRODUCIDOS POR LAS MISMAS LESIONES CEREBRALES QUE OCACIONAN LAS CRISIS CONVULSIVAS.

INTEGRACION FAMILIAR

PODEMOS DECIR QUE ES LA CAPACIDAD DE UN GRUPO DE INDIVIDUOS DE COMPARTIR UN ESPACIO GEOGRÁFICO, UN CONJUNTO DE REGLAS, CREENCIAS, RESPONSABILIDADES, DERECHOS, Y CONCEDER A CADA INDIVIDUO UN ESPACIO EXTERIOR E INTERIOR NECESARIO PARA SU DESARROLLO PERSONAL.

DE ÉSTA MANERA PODEMOS DECIR QUE LA FAMILIA DE UN PACIENTE EPILÉPTICO SE ENCUENTRA DE CIERTA MANERA AFECTADA POR EL ELEMENTO QUE NO PUEDE PARTICIPAR DE LA MISMA FORMA QUE LOS DEMÁS; LAS CRISIS CONVULSIVAS CAMBIAN LA POSICIÓN DEL MIEMBRO AFECTADO EN UN CONJUNTO DE PRECEPTOS COMO SON LOS SIGUIENTES:

RESPONSABILIDAD :

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, EL INDIVIDUO CON EPILÉPSIA, ES RETIRADO DE SUS ACTIVIDADES ESCOLARES O LABORALES A PARTIR DE QUE COMIENZA A PRESENTAR LAS CRISIS Y CON ÉSTA ACTITUD EL PACIENTE SE SIENTE DIFERENTE A LOS DEMÁS, INCAPAZ Y TOMA CONCIENCIA DE ENFERMO; CON ÉSTA ACCIÓN SE LESIONA LA AUTOESTIMA DEL PACIENTE Y SE GENERA FRUSTRACIÓN Y AGRESIVIDAD.

DERECHOS :

DEBIDO A LAS ESCAZAS RESPONSABILIDADES QUE SE LE ASIGNA A UNA PERSONA CON EPILÉPSIA, SUS DERECHOS SON ESCAZOS YA QUE DEBIDO A SU ENFERMEDAD SE LE PRIVAN DE LAS FACULTADES MÁS ELEMENTALES, COMO LA EDUCACIÓN, AUTONOMÍA, RESPETO, CAPACIDAD DE DECISIÓN ETC.

POR REGLA GENERAL, A LOS PACIENTES CON EPILÉPSIA (SINTOMÁTICO) SE LES ASIGNA UNA PERSONA PARA QUE LOS CUIDE, QUE NO SE LASTIMEN EN EL MOMENTO DE UNA CRISIS Y NORMALMENTE ES LA MADRE; DICHA SITUACIÓN GENERA UNA RELACIÓN DE AMBIVALENCIA; LÁSTIMA, CORAJE POR PARTE DEL CUIDADOR Y AGRESIVIDAD POR PARTE DEL ENFERMO. SE CONSIDERA NEGATIVO DEBIDO A QUE NO FAVORECE EL DESARROLLO DE LAS PARTES, SINO QUE GENERA DEPENDENCIA INCOMPETENCIA Y SENTIMIENTOS DE CULPA.

HISTORIA CLÍNICA MÉDICA

NORMALMENTE Y POR REGLA GENERAL EL PRIMER PUNTO DE UN EXÁMEN EN LA HISTORIA DEL PACIENTE, ES LA HISTORIA CLÍNICA Y ÉSTA SE ORGANIZA DE TRES PARTES GENERALES:

- 1.- PADECIMIENTO PRINCIPAL
- 2.- HISTORIA DENTAL ESPECÍFICA
- 3.- HISTORIA SISTÉMICA GENERAL.

LA HISTORIA CLÍNICA ES LA ÚNICA CONSTANCIA DE LOS ANTECEDENTES DE UN PACIENTE QUE QUEDAN REGISTRADOS AL PASAR POR UN CONSULTORIO, DOCUMENTO QUE PUEDE SER CONSULTADO EN CUALQUIER MOMENTO.

EN LA HISTORIA CLÍNICA ENCONTRAMOS LAS SIGUIENTES PARTES:

- 1.- ENCABEZADO.-DONDE SE OBTIENEN DATOS PERSONALES DEL PACIENTE, FECHA EN QUE SE HA REALIZADO EL EXÁMEN Y NOMBRE DEL RESPONSABLE
- 2.-INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL DE SALUD DEL INDIVIDUO
- 3.- INFORMACIÓN RELACIONADA CON TODAS LAS ESTRUCTURAS DE LA BOCA
- 4.- ODONTOGRAMA
- 5.- ASPECTOS RELACIONADOS CON HÁBITOS ALIMENTICIOS Y DE OTRO TIPO
- 6.- DIAGNÓSTICO .
- 7.- PLAN DE TRATAMIENTO.

EN LA PARTE DE LA HISTORIA SISTÉMICA GENERALES DONDE CORRESPONDERÁ A LA RECOPIACIÓN DE DATOS SOBRE LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE, CON ÉSTE INTERROGATORIO PODREMOS DETECTAR ALGUNOS SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE NOS REFIERA EL PACIENTE , LO CUAL LO RELACIONARÁN CON CIERTA ENFERMEDAD, EN ESTE CASO CON LA EPILEPSIA.

NOS ENFOCAREMOS A SABER MÁS SOBRE LOS EPISODIOS EPILÉPTICOS CON UNA SERIE DE PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE DICHA ENFERMEDAD. PARA DETERMINAR LAS LIMITANTES Y CUIDADOS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA EPILEPSIA A LA QUE CORRESPONDA EL PACIENTE.

SE INICIA CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

MENCIONE LOS TRANSTORNOS QUE TENGA O HAYA TENIDO

- 1.- EPILEPSIA O CONVULSIONES
- 2.-DESMAYOS O AUSENCIAS

DE TENER RESPUESTAS AFIRMATIVAS A ÉSTAS PREGUNTAS, SE PROCEDERÁ A TRATAR DE SABER MÁS DEL PADECIMIENTO CON UN CUESTIONARIO MAS:

- 1.- HA TOMADO ALGÚN FÁRMACO O MEDICINA EN LOS DOS ÚLTIMOS DOS AÑOS
- 2.- QUÉ TIPO DE CONVULSIONES PADECE USTED
- 3.- CADA CUANDO SE PRESENTAN
- 4.- CUANDO TUVO LA ÚLTIMA CONVULSIÓN
- 5.- QUÉ SIGNOS PRECEDEN A SUS CONVULSIONES
- 6.- CUÁNTO DURAN SUS CONVULSIONES
- 7.- HA ESTADO HOSPITALIZADO A CAUSA DE SUS CONVULSIONES.

TODAS ÉSTAS PREGUNTAS SON REALIZADAS Y SUS RESPUESTAS ANOTADAS CON ROJO EN LA HISTORIA CLÍNICA CON EL FIN DE ELABORAR UN PLAN DE TRATAMIENTO ADECUADO PARA EL CASO, ASÍ COMO PARA ESTAR CONCIENTE Y PREPARADO PARA EL DESENLACE DE UNA POSIBLE CRISIS CONVULSIVA, TAMBIÉN PARA MODIFICAR EL PLAN DE TRATAMIENTO BUCAL SI ASÍ FUERA REQUERIDO POR LA HISTORIA DE LAS CONVULSIONES.

CORRELACION DENTAL

LA EPILÉPSIA ES UN PROCESO COMÚN QUE AFECTA A UN 0.5 % DE LA POBLACIÓN NORTEAMERICANA.

EL ODONTÓLOGO, AL PRESTARLE SERVICIO A UN PACIENTE EPILÉPTICO DEBERÁ HACER UN EXÁMEN ORAL MINUCIOSO DONDE PUEDE ENCONTRARSE CON LAS CONSECUENCIAS DE LOS TRAUMATISMOS OCACIONADOS POR Y DURANTE LAS CRISIS CONVULSIVAS, SE PONE DE MANIFIESTO LOS EFECTOS DE LOS FÁRMACOS ANTICOMICIALES. PUEDE ESTAR INDICADO DETERMINAR POR MEDIO DE PRUEBAS CORRESPONDIENTES. LOS NIVELES SÉRICOS DE FÁRMACOS ANTICOMICIALES CUANDO EL CONTROL DE LA CRISIS ES DEFICIENTE Y SI ESTÁ CONSIDERADO AÑADIR MEDICACIÓN ANTES DE UN TRATAMIENTO DENTAL.

LA HIPERPLASIA GINGIVAL ES UN FACTOR SECUNDARIO PROVOCADO POR LA ADMINISTRACIÓN DE "FENITOINA" Y AFECTA POR LO MENOS DE UN 40 A UN 50 % DE PACIENTES QUE UTILIZAN ÉSTE FÁRMACO DURANTE MÁS DE TRES MESES, LOS EFECTOS MÁS GRAVES PUEDEN NO APARECER HASTA DESPUÉS DE VARIOS AÑOS DE USO CONTÍNUO DEL MEDICAMENTO.

LA APARICIÓN DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL Y SU GRAVEDAD NO SE RELACIONA NECESARIAMENTE CON LA DOSIS O LA CONCENTRACIÓN DE "FENITOINA" EN EL SUERO, SALIVA O DURACIÓN DEL TRATAMIENTO CON LA DROGA; AUNQUE ALGUNOS AUTORES SEÑALEN UNA RELACIÓN DEFINIDA ENTRE LA DOSIS DE LA DROGA Y EL GRADO DE HIPERPLASIA GINGIVAL.

TANTO EL PROPIO MEDICAMENTO COMO LA IRRITACIÓN LOCAL DE LA PLACA, EL SARRO, LAS RESTAURACIONES O LOS APARATOS SON FACTORES CAUSALES.

LA PATOGENIA DE LOS CAMBIOS GINGIVALES CAUSADOS POR ÉSTE FÁRMACO, INDICAN QUE LA LESIÓN NO REPRESENTA HIPERTROFIA, HIPERPLASIA O FIBRISIS, SINO QUE SE TRATA DE UN CRECIMIENTO INCONTROLADO DE TEJIDO CONJUNTIVO DE COMPOSICIÓN APARENTEMENTE NORMAL EN CUANTO A CÉLULAS O FIBRAS

EL ASPECTO CLÍNICO SUELE SER CARACTERÍSTICO DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL PROVOCADA POR EL MEDICAMENTO "FENITOINA" Y EL ASPECTO PUEDE VARIAR SEGÚN SU LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN Y EL GRADO DE CAMBIOS INFLAMATORIOS SECUNDARIOS.

EL DIAGNÓSTICO SE BASA EN UNA HISTORIA DE USO DE "FENITOINA" Y EL ASPECTO CLÍNICO DE LAS LESIONES.

DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES Y ELIMINACIÓN DEL TEJIDO HIPERPLÁSICO NO HAY RECIDIVA.

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DENTAL

LA PRIMORDIAL CONSIDERACIÓN REFERIDA AL TRATAMIENTO DEL EPILÉPTICO EN EL CONSULTORIO DENTAL ES LA NECESIDAD DE ESTAR PREPARADO PARA ATENDER AL PACIENTE SI SE GENERARA UNA CRISIS.

POR LO QUE ES NECESARIO UN REGISTRO HISTÓRICO DE LAS CRISIS COMICIALES DEL PACIENTE. DICHA HISTORIA DEBE SER CORROBORADA SI ES POSIBLE POR EL MÉDICO DEL PACIENTE O ALGÚN FAMILIAR, Y DEBERÁ CONTENER TIPO DE CRISIS, FRECUENCIA, CUÁNDO, DÓNDE, QUÉ SUCEDE, ASÍ COMO EL REGISTRO DE HECHOS ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE LA CRISIS COMO EL DE DEJAR DE TOMAR EL MEDICAMENTO, EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS ADICIONALES COMO LOS CAUSANTES DEL DESENLAZQUE DE LA CRISIS, CONSUMO DE ALCOHOL ASOCIACIÓN DE LA CRISIS CON EL SUEÑO, CICLO MENSTRUAL, FIEBRE, STRESS, ETC.

EL STRESS PSÍQUICO Y LA FATIGA PUEDEN INCREMENTAR DE UNA MANERA MUY IMPORTANTE QUE SE PRODUZCA UNA CRISIS, SI EL PACIENTE REFIERE MIEDO AL TRATAMIENTO DENTAL, SE PUEDE CONSIDERAR LA PSICSEDACIÓN DURANTE EL TRATAMIENTO.

DEBIDO AL MAYOR GRADO DE CONTROL QUE TIENE SOBRE SUS ACTOS LA PERSONA QUE ADMINISTRA LA SEDACIÓN PUEDE SER GENERALMENTE, CON ÓXIDO NITROSO Y OXÍGENO, AUNQUE CON LA ADMINISTRACIÓN DE UN ANESTÉSICO LOCAL SE PUEDE TRATAR ADECUADAMENTE AL PACIENTE EPILÉPTICO.

MÁS AÚN, CUANDO SE ADMINISTRA CON EL 20 % DE OXÍGENO NO EXISTEN CONTRAINDICACIONES MÉDICAS PARA SU ADMINISTRACIÓN EN PACIENTES MUY APREHENSIVOS.

TAMBIÉN PODEMOS UTILIZAR MEDICAMENTOS ORALES EN LOS ASPECTOS MENOS APREHENSIVOS.

LAS BENZODIAZEPINAS COMO:

- DIAZEPAM, TERRAZOLAM, FLURACEPAM.

SON MUY RECOMENDABLES PARA PACIENTES ADULTOS Y PARA LOS NIÑOS, SE SUGIERE UTILIZAR LOS HIDRATOS DE CLORAL, PROMATOZINA O HIDROXIZINA.

EN EL PACIENTE MÁS APREHENSIVO SE PUEDEN UTILIZAR NIVELES DE SEDACIÓN MÁS PROFUNDOS, EMPLEANDO LAS VÍAS INTRAVENOSA O INTRAMUSCULAR SIGUIENDO SIEMPRE LAS PRECAUCIONES HABITUALES EN LAS TÉCNICAS DE SEDACIÓN PARENTERAL UTILIZANDO OXÍGENO SUPLEMENTARIO DURANTE EL TRATAMIENTO, ASÍ COMO EL PULSIOXÍMETRO Y EL ESTETOSCOPIO PRETRAQUEAL.

EL CONSUMO DE ALCOHOL ESTÁ TOTALMENTE CONTRAINDICADO EN LOS PACIENTES EPILÉPTICOS, YA QUE PUEDE DESENCADENAR UNA CRISIS CONVULSIVA POR LO QUE SE RECOMIENDA TOTALMENTE NO SOMETER A TRATAMIENTO DENTAL A UN PACIENTE EPILÉPTICO, SI HAY EVIDENCIA DE QUE HAYA INGERIDO RECIENTEMENTE ALCOHOL NI TAMPOCO EL CIRUJANO DENTISTA DEBE CONSIDERAR EL ALCOHOL COMO AGENTE SEDANTE EN ÉSTOS PACIENTES.

POR OTRA PARTE ES MUY IMPORTANTE CONSIDERAR EN LA HISTORIA CLÍNICA SI EL PACIENTE EPILÉPTICO ESTÁ CONTROLADO O NO, YA QUE EL PACIENTE EPILÉPTICO TÍPICO BIEN CONTROLADO TIENE UN RIESGO MUCHO MENOR MIENTRAS QUE LOS NO CONTROLADOS PUEDEN ELEVAR EL RIESGO AL MÁXIMO.

OTRO PUNTO A CONSIDERAR ES QUE EN EL TRATAMIENTO DENTAL, LA SOBREDOSIS DE ANESTÉSICO LOCAL ES UNA CAUSA NO EPILÉPTICA MÁS PROBABLE DEL DESENLACE DE UNA CONVULSIÓN., UNA EVALUACIÓN ADECUADA DEL PACIENTE , LA PREPARACIÓN Y EL CUIDADO EN LA SELECCIÓN DEL ANESTÉSICO LOCAL CONTRIBUYEN EN GRAN MEDIDA A PREVENIR ÉSTA COMPLICACIÓN. EL FACTOR MÁS IMPORTANTE PARA EVITARLA ES UNA TÉCNICA ADECUADA PARA ADMINISTRAR EL ANESTÉSICO LOCAL.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN FÍSICA Y PSICOLÓGICA

EL OBJETIVO A SEGUIR DE ÉSTA EVALUACIÓN, ES LA DE PODER VALORAR CON PRECISIÓN EL RIESGO POTENCIAL DE UN PACIENTE ANTES DE INICIAR SU TRATAMIENTO CON EL CUÁL BUSCAREMOS:

1.- DETERMINAR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA TOLERAR FÍSICAMENTE EL STRESS ASOCIADO AL TRATAMIENTO.

2.- DETERMINAR LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA TOLERAR PSICOLÓGICAMENTE EL STRESS QUE IMPLICA EL TRATAMIENTO.

3.- DETERMINAR SI HAY NECESIDAD O NO DE MODIFICAR EL TRATAMIENTO PARA QUE EL PACIENTE TOLERE MEJOR EL STRESS QUE IMPLICA EL TRATAMIENTO

4.- DETERMINAR SI ESTÁ O NO INDICADA LA PSICOSEDACIÓN

5.- DETERMINAR QUÉ TÉCNICA DE PSICOSEDACIÓN ES LA MÁS ADECUADA PARA EL PACIENTE

6.- DETERMINAR SI EXISTEN O NO CONTRAINDICACIONES PARA UTILIZAR ALGUNOS MEDICAMENTOS.

EL STRESS PUEDE SER DE NATURALEZA FISIOLÓGICA O PSICOLÓGICA, LOS PACIENTES CON PROBLEMAS MÉDICOS SUELEN SER MENOS CAPACES DE TOLERAR EL STRESS QUE SE ASOCIA AL TRATAMIENTO DENTAL.

EN ÉSTOS PACIENTES ES MENOS PROBABLE QUE SE PRODUZCA UNA EXACERVACIÓN DE SU PROBLEMA MÉDICO DURANTE EL PERÍODO DE STRESS, UN EJEMPLO DE ÉSTOS PROCESOS MORBOSOS ES LA EPILÉPSIA, TEMA PRINCIPAL DE ÉSTE TRABAJO DE TESIS,

GENERALMENTE LA MAYORÍA DE LOS ENFERMOS SON CAPACES DE TOLERAR CON SEGURIDAD EL TRATAMIENTO DENTAL. ES OBLIGACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA DETERMINAR, ANTES DE DAR INICIO A CUALQUIER TRATAMIENTO, SI EXISTE O NO ALGÚN PROBLEMA MÉDICO Y LA GRAVEDAD DEL MISMO.

EVALUACIÓN FÍSICA

LA EVALUACIÓN FÍSICA EN ODONTOLOGÍA, CONSTA DE TRES PASOS Y LOS CUÁLES SON:

1.- CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

2.- EXÁMEN FÍSICO

3.- HISTORIA CLÍNICA DENTAL

CON LOS DATOS APORTADOS MEDIANTE ÉSTAS TRES FUENTES EL CIRUJANO DENTISTA SE ENCONTRARÁ EN LAS MEJORES CONDICIONES DE :

1.- DETERMINAR EL ESTADO PSICOLÓGICO Y FÍSICO DEL PACIENTE Y POR LO TANTO ESTABLECER UNA CLASIFICACIÓN DEL FACTOR DE RIESGO PARA EL PACIENTE

2.- SOLICITAR UNA INTERCONSULTA SI FUERA NECESARIO

3.- INSTAURAR, HACER MODIFICACIONES ADECUADAS AL CASO DEL TRATAMIENTO DENTAL, SI ASÍ SE REQUIRIERA

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA :

EN LA CONSULTA DENTAL, GENERALMENTE NOS PREOCUPAMOS POR LA CAPACIDAD, ALTERACIÓN Y ESTADO ACTUAL FÍSICO, PERO POCOS O CASI NINGÚN CIRUJANO DENTISTA SE HA PREOCUPADO POR EVALUAR EL ESTADO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE.

LA HISTORIA MÉDICA TRADICIONAL MEDIANTE CUESTIONARIO CONTIENE UNA O DOS PREGUNTAS VAGAS COMO:

1.- HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA IMPORTANTE ASOCIADO CON TRATAMIENTOS DENTALES PREVIOS ?

2.- PADECE USTED DESVANECIMIENTO O CONVULSIONES ?

SIN EMBARGO, LA MAYORÍA DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS NO TIENEN PREGUNTAS SOBRE ÉSTE IMPORTANTE ASPECTO.

UNA EXTREMADA ANSIEDAD O MIEDO AL CIRUJANO DENTISTA PUEDE EMPEORAR LOS PROBLEMAS MÉDICOS TALES COMO LA EPILÉPSIA.

UNO DE LOS OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN, ES DETERMINAR SI ES CAPAZ O NO PSICOLÓGICAMENTE PARA TOLERAR EL STRESS ASOCIADO AL TRATAMIENTO DENTAL.

EXISTEN TRES MÉTODOS PARA RECONOCER LA EXISTENCIA DE ANSIEDAD :

1.- ES EL CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA

2.- ES EL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD

3.- ES LA OBSERVACIÓN

CUESTIONARIO DE HISTORIA MEDICA :

EN LA HISTORIA MÉDICA SE DEBEN DE INCLUIR PREGUNTAS QUE NOS INDIQUE LA ACTITUD DEL PACIENTE HACIA EL ODONTÓLOGO, LOS PACIENTES QUE VERBALMENTE NO ADMITEN SU MIEDO HACIA EL CIRUJANO DENTISTA, EN EL CUESTIONARIO SE PUEDE RECONOCER SU APREHENSIÓN.

POR MEDIO DE LAS PREGUNTAS Y UNA HISTORIA DIALOGADA MÁS PROFUNDA SE DETERMINARÁ LA CAUSA DEL MIEDO AL ODONTÓLOGO.

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD :

UNA AYUDA MÁS CONCRETA ES ÉSTE CUESTIONARIO DONDE HAY PREGUNTAS DIRECTAS, EXISTE UN CUESTIONARIO DISEÑADO POR CORHA . UTILIZADO DESDE 1973 CON ÉSTE SE RECONOCE LA ANSIEDAD . LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS INDIVIDUALES SE PUNTÚAN ENTRE 1 Y 5 , A=1, E = 5 LA PUNTUACIÓN MÁXIMA ES DE 20. UNA PUNTUACIÓN DE 8 O SUPERIOR INDICA UN NIVEL DE ANSIEDAD ODONTOLÓGICA SUPERIOR AL NORMAL Y DEBE SER CONOCIDO POR EL CIRUJANO DENTISTA ANTES DE COMENZAR EL TRATAMIENTO.

OBSERVACIÓN :

LA CUIDADOSA Y MINUCIOSA OBSERVACIÓN DEL PACIENTE PERMITIRÁ AL CIRUJANO DENTISTA RECONOCER LA EXISTENCIA DEL GRADO DE ANSIEDAD. POCOS PACIENTES ADMITEN ANTE EL ODONTÓLOGO EL MIEDO Y LA ANSIEDAD PERO NORMALMENTE LOS PACIENTES NO REFIEREN LA ANSIEDAD O MIEDO AL TRATAMIENTO, PERO ES OBLIGACIÓN DEL ODONTÓLOGO SABERLA DISTINGUIR LA EXCESIVA ANSIEDAD DE SUS PACIENTES.

EXISTEN DIVERSOS NIVELES EN QUE SE SUBDIVIDE LA ANSIEDAD PERO PARA EFECTO DEL PRESENTE TRABAJO SE CONSIDERAN SÓLO DOS:

- 1.- ANSIEDAD MODERADA
- 2.- ANSIEDAD GRAVE (NEURÓTICA)

LOS PACIENTES CON ANSIEDAD GRAVE NORMALMENTE NO LO OCULTAN Y DE HECHO HARÍAN TODO LO POSIBLE PARA NO ASISTIR A UNA CONSULTA DENTAL.

ÉSTOS PACIENTES CONSTITUYEN EL GRUPO DE ANSIEDAD GRAVE Y EN LA CONSULTA DEL CIRUJANO DENTISTA SE PUEDEN RECONOCER POR LOS SIGUIENTES SIGNOS:

- 1.- TENSIÓN ARTERIAL Y FRECUENCIA CARDIACA AUMENTADAS
- 2.- TEMBLORES
- 3.- SUDORACIÓN EXCESIVA
- 4.- PUPILAS DILATADAS

PO LO GENERAL ÉSTE TIPO DE PACIENTES SOLO ASISTEN AL CONSULTORIO DENTAL CUANDO TIENEN DOLOR INTENSO O INFECCIONES DENTALES.

LOS PACIENTES CON ANSIEDAD GRAVE SUELEN SER CANDIDATOS AL EMPLEO DE SEDACIÓN CON ANESTESIA GENERAL..

COMO TRATAR A UN PACIENTE QUE PRESENTA UNA CRISIS

EL CIRUJANO DENTISTA GENERAL PUEDE PRESTAR ASISTENCIA DENTAL A MUCHOS PACIENTES EPILÉPTICOS CON TODA SEGURIDAD, REDUCIENDO AL MÁXIMO EL RIESGO DE UNA CRISIS DURANTE LA VISITA DENTAL, Y ES DE GRAN IMPORTANCIA EL SABER QUÉ HACER ANTE LA PRESENCIA DE EL DESENLACE DE UNA CRISIS CONVULSIVA POR LO CUÁL DESCRIBIRÉ BREVEMENTE CÓMO TRATAR AL PACIENTE DURANTE UNA CRISIS.

LA MAYORÍA DE LAS CRISIS COMICIALES SON EPISODIOS BREVES Y AUTOLIMITADOS QUE NO PRODUCEN EFECTOS PERMANENTES SIEMPRE Y CUANDO ÉSTOS PACIENTES ESTÉN PROTEGIDOS DE LAS LESIONES QUE PUDIERAN PRODUCIRSE DURANTE EL PERÍODO DE INCONCIENCIA.

LAS CRISIS PARCIALES, QUE SE MANIFIESTAN COMO UNA ALTERACIÓN DEL CONOCIMIENTO, AUTOMATISMOS DURANTE EL ATAQUE Y EMISIÓN DEL LENGUAJE O SONIDOS INADECUADOS, DEJAN AL PACIENTE CONFUSO Y CANSADO PERO NO AFECTADO, NO ES NECESARIO SUJETARLOS EN ÉSTOS CASOS PORQUE PODRÍA DAR LUGAR A UNA RESPUESTA VIOLENTA DEFENSIVA.

SI SE PRODUCE UNA CRISIS PARCIAL O GENERALIZADA, EL PACIENTE DEBE SER COLOCADO DE CÚBITO SUPINO EN EL SILLÓN O EN EL SUELO, LA CABEZA DEL PACIENTE DEBE COLOCARSE HACIA UN LADO PARA QUE SALIVA Y VÓMITOS PUEDAN SALIR Y ASÍ REDUCIR LA POSIBILIDAD DE ASPIRACIÓN. SE DEBERÁ MANTENER PERMEABLE LAS VÍAS AÉREAS DEL PACIENTE MEDIANTE UNA POSICIÓN INCLINADA DE LA CABEZA Y DE SER NECESARIO, SUCCIONAR LAS SECRECIONES DE LA BOCA DEL PACIENTE PARA EVITAR LA BRONCOASPIRACIÓN. ALGUNAS VECES PRESENTARÁ PERÍODOS DE APNEA Y PODRÍA SER DE UTILIDAD LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO POR MEDIO DE UNA MASCARILLA..

NO ES RECOMENDABLE COLOCAR OBJETOS DUROS ENTRE LOS DIENTES DURANTE LA CRISIS GENERAL YA QUE SI SON MAL COLOCADOS PUEDEN OCASIONAR LESIONES EN LAS ESTRUCTURAS ORALES Y DENTALES. EL OBJETO PUEDE FRACTURARSE O FRACTURAR LOS DIENTES Y ÉSTOS SER ASPIRADOS POR EL PACIENTE. SE RECOMIENDAN OBJETOS BLANDOS, COMO PAÑUELOS, TOALLAS, GASAS, ASÍ COMO OBJETOS DE HULE, TAMBIÉN SE RECOMIENDA AFLOJAR LA ROPA APRETADA COMO CORBATAS, CINTURONES. COLLARES, PARA EVITAR LESIONES Y PARA AYUDARLE AL PACIENTE PUEDA RESPIRAR MEJOR..

EN LA FASE POSTCRÍTICA SE DEBE COMPROBAR QUE NO SE PRODUZCA DEPRESIÓN RESPIRATORIA NI OBSTRUCCIÓN EN LA VÍA AÉREA.

LA SITUACIÓN DE URGENCIA NO SE HA SUPERADO HASTA QUE TODAS LAS CONSTANTES VITALES SEAN NORMALES, EL PACIENTE ESTÉ EN VIGILIA Y BIEN ORIENTADO.

SE RECOMIENDA QUE EL PACIENTE SE RETIRE ACOMPAÑADO Y QUE POR EL RESTO DEL DÍA PERMANEZCA RELAJADO Y QUE NO REALICE ACTIVIDADES FATIGOSAS PORQUE PODRÍA EXISTIR EL RIESGO DE UNA NUEVA CRISIS.

SI UN PACIENTE SUFRE MÁS DE UNA CRISIS SIN RECUPERAR EL CONOCIMIENTO, HAY QUE CONSIDERAR LA POSIBILIDAD DE UN " STATUS EPILÉPTICO " Y HABRÁ QUE AVIZAR AL EQUIPO DE EMERGENCIAS MÉDICAS.

SE DEBERÁ ADMINISTRAR UNA SOLUCIÓN DE GLUCOSA AL 50 % POR VÍA INTRAVENOSA, SE ADMINISTRARÁ DIAZEPAM POR VÍA INTRAVENOSA, CON UNA DOSIS QUE NO SUPERE LOS 10 MGRS. DURANTE 2 MINUTOS, LA DOSIS DEBE REPETIRSE EN 20-30 MIN. SI LAS CONVULSIONES CONTINÚAN LOS BARBITÚRICOS POR VÍA INTRAVENOSA TAMBIÉN PUEDEN CONTROLAR LAS CONVULSIONES, PERO CUANDO SE ADMINISTRAN JUNTO CON DIAZEPAM, PUEDE PROVOCAR DEPRESIÓN RESPIRATORIA.

NO SE ACONSEJA EL USO DE BARBITÚRICOS, SALVO CUANDO SE DISPONGA DE UNA ELECTROCARDIOGRAFÍA.

UN FÁRMACO ANTEPIILÉPTICO COMO LA FENITOINA PUEDE SER UTILIZADA POR VÍA INTRAVENOSA, UNA VEZ QUE EL DIAZEPAM HAYA DETENIDO LA CRISIS, PERO NO SE USA COMO FÁRMACO

EQUIPO DE EMERGENCIA:

EN EL TRANSCURSO DE ÉSTE TRABAJO SE HAN TOCADO DIVERSOS PUNTOS Y SE HA TRATADO DE ALERTAR AL CIRUJANO DENTISTA DE LOS CASOS POSIBLES QUE PUDIERAN PONER AL PACIENTE EN UN SITUACIÓN DE EMERGENCIA. DESDE LA HISTORIA CLÍNICA, VALORACIÓN FÍSICA, PSICOLÓGICA, ASÍ COMO LOS FACTORES QUE PUDIERAN DESENCADENAR UNA URGENCIA MÉDICA, EN ÉSTE CASO, EL PACIENTE EPILÉPTICO, PERO A PESAR DE TODO ELLO EN ALGUNOS CASOS SE SUSCITARÁ LA EMERGENCIA MÉDICA, Y EN ÉSTA SITUACIÓN NOS DAREMOS CUENTA QUE UN ELEMENTO IMPORTANTE DEL EQUIPO DE EMERGENCIA, ES EL ENTRENAMIENTO DEL CIRUJANO DENTISTA Y EL PERSONAL QUE INTERVIENE EN LA URGENCIA MÉDICA EN EL CONSULTORIO EL CUÁL DEBERÁ ESTAR PERFECTAMENTE PREPARADO PARA AYUDAR A RECONOCER Y TRATAR CUALQUIER SITUACIÓN DE URGENCIA QUE PUEDA PRESENTARSE.

EL CIRUJANO DENTISTA Y EL PERSONAL DEBERÁ TENER UN ENTRENAMIENTO QUE DEBE DE INCLUIR LA COMPRENSIÓN Y LA CAPACIDAD PARA REALIZAR LOS PASOS DE SOPORTE VITAL BÁSICO (S.V.B) (REANIMACIÓN CARDIOVASCULAR) Ó R.C.P.

LA CAPACIDAD DEL CIRUJANO DENTISTA Y EL PERSONAL DE LA CONSULTA PARA REALIZAR EL S.V. B. ES EL ÚNICO Y MÁS IMPORTANTE PASO DE SU PREPARACIÓN PARA UNA URGENCIA MÉDICA, CASI TODAS LAS SITUACIONES DE URGENCIA QUE SE ORIGINAN EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA PUEDEN MANEJARSE MEDIANTE LOS PASOS DE S.V.B., EL EMPLEO DE FARMACOS TIENE UN PAPEL SECUNDARIO.

EN UNA EMERGENCIA MÉDICA HAY DOS ASPECTOS A CONSIDERAR A ÉSTE RESPECTO, EL PRIMERO ES:

1.-- A QUIÉN LLAMAR CUANDO SE REQUIERE AYUDA ?

2.- CUÁNDO LLAMAR ?

A QUIÉN LLAMAR ?

AUNQUE CASI TODAS LAS URGENCIAS EN EL CONSULTORIO DENTAL SON TRATABLES INMEDIATAMENTE POR EL EQUIPO DE URGENCIAS DE LA CONSULTA, PUDIERA SER NECESARIO PEDIR AYUDA ADICIONAL Y ES DE GRAN IMPORTANCIA QUE EL CIRUJANO DENTISTA HAYA PENSADO EN ELLO ANTES QUE SE PRODUZCA UNA SITUACIÓN DE URGENCIA POR LO QUE LOS NÚMEROS TELEFÓNICOS DEBEN ESTAR A LA VISTA Y RÁPIDAMENTE ACCESIBLES Y SON LOS DE UN SERVICIO MÉDICO DE URGENCIAS, AMBULANCIA Y/O MÉDICO CAPACITADO EN URGENCIAS.

CUÁNDO LLAMAR ?

ES PRUDENTE BUSCAR AYUDA EXTERIOR CUANDO EL CIRUJANO DENTISTA SIENTE QUE LA SITUACIÓN SE LE ESCAPA DE LAS MANOS; Y ÉSTO ES CUANDO EL ESTADO DEL PACIENTE NO MEJORA.

EQUIPO DE FÁRMACOS DE URGENCIA :

EL EQUIPO DE URGENCIA DE UN CONSULTORIO DENTAL NO DEBE SER COMPLICADO, HA DE SER LO MÁS SENCILLO POSIBLE, SE DEBE RECORDAR QUE :

- 1.- LOS FÁRMACOS NO SON NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO INMEDIATO DE LA MAYORÍA DE LAS URGENCIAS
- 2.- EL TRATAMIENTO PRIMARIO DE CUALQUIER SITUACIÓN DE URGENCIA ES EL SOPORTE BÁSICO (S , Y . B .)
- 3.- ANTE LA DUDA, HUNCA MEDICAR.

EL TRATAMIENTO DE LAS SITUACIONES DE URGENCIA SE GUIARÁ POR TANTO, EL PROTOCOLO A-B-C-D-; VÍA AÉREA, BOCA (VENTILACIÓN), CIRCULACIÓN, DROGAS (FÁRMACOS). TODOS LOS FÁRMACOS QUE SE INCLUYAN EN EL EQUIPO DE URGENCIA DEBERÁN SER CONSIDERADOS PARA SU MANEJO Y SOLO SERÁN SELECCIONADOS AQUELLOS CON LOS QUE EL CIRUJANO DENTISTA ESTE FAMILIARIZADO Y QUE PUEDA UTILIZAR.

LOS FÁRMACOS QUE SE DESCRIBIRÁN, SE PRESENTARÁN EN CUATRO NIVELES O MÓDULOS.

- 1.- MÓDULO UNO.- EQUIPO BÁSICO DE URGENCIAS, FÁRMACOS Y EQUIPO CRÍTICO.
- 2.- MÓDULO DOS.- FÁRMACOS Y EQUIPO NO CRÍTICO
- 3.- MÓDULO TRES.- SOPORTE VITAL AVANZADO
- 4.- MÓDULO CUATRO.- ANTÍDOTOS

CADA UNO DE LOS MÓDULOS SE DIVIDIRÁN EN DOS CLASES Y ÉSTAS SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- LOS INYECTABLES
- 2.- LOS NO INYECTABLES

MÓDULO UNO:

EQUIPO Y FÁRMACOS FUNDAMENTALES (ESENCIALES) EN ESTE MÓDULO EXISTEN FÁRMACOS INYECTABLES Y LOS NO INYECTABLES LOS CUÁLES SON:

FÁRMACOS INYECTABLES:

EXISTEN DOS TIPOS DE FÁRMACOS INYECTABLES QUE SE CONSIDERAN BÁSICOS EN UN EQUIPO DE URGENCIA Y AMBOS SE USAN EN LA MISMA URGENCIA ; ALERGIA AGUDA, SITUACIÓN MUY TEMIDA A LA QUE SE ENFRENTA EL CIRUJANO DENTISTA.

- 1.- ADRENALINA
- 2.- ANTIHISTAMÍNICOS

FÁRMACOS NO INYECTABLES:

ÉSTOS TAMBIÉN SON DOS LOS QUE SE CONSIDERAN BÁSICOS:

1.- OXÍGENO

2.- VASODILADORES

EQUIPO DE URGENCIA:

ÉSTOS ELEMENTOS BÁSICOS DE UNA URGENCIA SON:

1.- SISTEMA DE OXÍGENO

3.- TORNQUETES

2.- ASPIRACIÓN Y TERMINALES DE ASPIRACIÓN

4.- JERINGAS

MÓDULO DOS:

FÁRMACOS Y EQUIPO DE URGENCIA NO CRÍTICOS (SECUNDARIOS).SE INCLUYEN FÁRMACOS E INSTRUMENTOS QUE A PESAR DE SER IMPORTANTES Y ÚTILES EN LAS URGENCIAS, NO SE CONSIDERAN ELEMENTOS ESENCIALES O CRÍTICOS EN EL EQUIPO DE URGENCIAS DE UNA CONSULTA DENTAL, SÓLO PARA LOS ESPECIALISTAS QUE APLICAN SEDANTES PARENTERALES.

FÁRMACOS INYECTABLES SECUNDARIOS:

EN ÉSTE NIVEL SON SIETE GRUPOS DE FÁRMACOS:

1.- ANTICONVULSIONANTES

2.- ANALGÉSICOS

3.- VASOPRESORES

4.- ANTIHIPOGLUCÉMICOS

5.- CORTICOSTEROIDES

6.- ANTIHIPERTENSIVOS

7.- ANTICOLINÉRGICOS

FÁRMACOS NO INYECTABLES :

EXISTEN TRES GRUPOS DE FÁRMACOS NO INYECTABLES EN ÉSTE MÓDULO:

1.- ESTIMULANTES RESPIRATORIOS

2.- ANTIHIPOGLUCÉMICOS

3.- BRONCODILADORES

ÚTILES DE URGENCIAS:

Y ÉSTOS SON:

1.- DISPOSITIVOS DE CRICOTIROTOMÍA

2.- VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES

3.- LARINGOSCOPIO Y TUBOS ENDOTRAQUEALES

FÁRMACOS SECUNDARIOS NO INYECTABLES :

AQUÍ SE CONSIDERAN TRES FÁRMACOS NO INYECTABLES

- 1.- ESTIMULANTES RESPIRATORIOS
- 2.-ANTIHIPOGLUCÉMICOS
- 3.-BRONCODILADORES

EQUIPO SECUNDARIO DE URGENCIA :

EN ÉSTE EQUIPO SE INCLUYE A LOS COMPONENTES RELACIONADOS A LOS ÚTILES PRIMARIOS, PARA REALIZAR LAS TÉCNICAS BÁSICAS DE TRATAMIENTO DE LAS VÍAS AÉREAS, EN LOS ÚTILES SECUNDARIOS DEL EQUIPO DE URGENCIA ESTÁN LOS SIGUIENTES INSTRUMENTOS:

- 1.-BISTURÍO AGUJA DE CRICOTIROTOMÍA
- 2.- VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES
- 3.-LARINGOSCOPIO Y TUBOS ENDOTRAQUEALES.

MÓDULO TRES:

SOPORTE VITAL CARDÍACO AVANZADO, FÁRMACOS ESENCIALES, ÉSTE TERCER TIPO DE FÁRMACOS INYECTABLES, SÓLO SE RECOMIENDA LA INCLUSIÓN SI LOS MÉDICOS ESTÁN ENTRENADOS EN EL SOPORTE VITAL CARDÍACO AVANZADO Y LOS CUÁLES SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- ADRENALINA
- 2.-OXÍGENO
- 3.- LIDOCAÍNA
- 4.- ATRITOPINA
- 5.-DOPAMINA
- 6.-SULFATO DE MORFINA
- 7.-VERAPAMIL

MÓDULO CUATRO, ANTÍDOTOS:

HAY CUATRO TIPOS DE MEDICAMENTOS INYECTABLES ÚTILES PARA TRATAR LAS SITUACIONES DE URGENCIA QUE SE PRODUCEN COMO RESPUESTA A LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS PARA SEDACIÓN O ANALGESIA GENERAL, GENERALMENTE EMPLEADOS POR VÍA INTRA MUSCULAR E INTRA VENOSA.

LOS TIPOS DE ANTÍDOTOS SON:

- 1.- ANTAGONISTAS NARCÓTICOS
- 2.-ANTAGONISTAS DE LAS BENZODIAZEPINAS
- 3.- FÁRMACOS ANTIDELIRIO DE URGENCIA
- 4.- VASODILADORES.

UNA VEZ QUE SE HA MENCIONADO EL EQUIPO DE URGENCIAS GENERAL QUE HA DE TENERSE EN EL CONSULTORIO DENTAL PARA ATENDER CUALQUIER TIPO DE URGENCIA.

PASAREMOS A REVIZAR EL EQUIPO ESPECÍFICO PARA ASISTIR UNA EMERGENCIA DEL PACIENTE EPILÉPTICO, A CONTINUACIÓN SE DESCRIBIRÁ:

ÉSTOS SE ENCUENTRAN CLASIFICADOS EN EL MÓDULO DOS Y ES UN FÁRMACO DE URGENCIA NO CRÍTICO (SECUNDARIO) LOS CUALES SON INYECTABLES Y SON LOS SIGUIENTES :

INYECTABLES SECUNDARIOS

1.- ANTICONVULSIONANTES

FÁRMACO DE SELECCIÓN .- MIDAZOLANA

TIPO DE FÁRMACO .- BENZODIAZEPINA

FÁRMACO ALTERNATIVO .- DIAZEPAM.

EN EL CONSULTORIO DENTAL SE PUEDEN PRESENTAR PROCESOS COMICIALES EN DISTINTAS CIRCUNSTANCIAS COMO REACCIONES POR SOBREDOSIS DE ANESTÉSICOS GENERALES, CONVULSIONES EPILÉPTICAS.

NO ES NECESARIO UTILIZAR UN ANTICONVULSIONANTE PARA CORTAR LA ACTIVIDAD COMICIAL. EN EL PASADO SE USABAN LOS " BARBITÚRICOS " COMO PRIMER FÁRMACO DE ELECCIÓN PARA TRATAR LOS PROCESOS COMICIALES AGUDOS, PERO POR SU ACCIÓN EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CARDIORESPIRATORIO Y CARDIOVASCULAR, SEGUIDOS DE UN PERÍODO DE DEPRESIÓN ACENTUADO TIENDE A PRODUCIR COMPLICACIONES POSTCOMICIALES COMO PARO CARDÍACO.

LA APARICIÓN DE LAS BENZODIAZEPINAS QUE HACEN MÁS SENCILLA LA ELECCIÓN DEL FÁRMACO ANTICONVULSIONANTE ,HA DEJADO EN DESUSO LOS BARBITÚRICOS YA QUE ÉSTOS NO PRODUCEN UNA PRONUNCIADA DEPRESIÓN DE LOS SISTEMAS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES.

EL DIAZEPAM FUE UN ANTICONVULSIONANTE DE ELECCIÓN POR SU CAPACIDAD DE TERMINAR CON LAS CONVULSIONES Y NO PRODUCIR UNA DEPRESIÓN POSTICAL PROFUNDA, PERO AL NO SER HIDROSOLUBLE LIMITA SU ADMINISTRACIÓN A LA VÍA INTRAVENOSA Y POR LA DIFICULTAD QUE PUDIERA PRESENTAR LA VENO PUNCIÓN.

CON LA RECIENTE INTRODUCCIÓN DE UNA BENZODIAZEPINA HIDROSOLUBLE, EL MIDAZOLAM, SE DISPONE DE UN AGENTE ANTICONVULSIONANTE EFICÁZ POR PODERSE ADMINISTRAR EN FORMA INTRAVENOSA E INTRAMUSCULAR AUNQUE SE RECOMIENDA POR UNA VÍA INTRAMUSCULAR. EL MIDAZOLAM COMIENZA SU ACTIVIDAD CLÍNICA A LOS 10- 15 MINUTOS DE SU ADMINISTRACIÓN (EL COMIENZO DEPENDE DE LA TENSIÓN ARTERIAL Y DE LA PERFUSIÓN TISULAR).

ÉSTE MEDICAMENTO ACABA CON CONVULSIONES PROLONGADAS, STATUS EPILÉPTICOS Y CONVULSIONES POR ANESTÉSICOS LOCALES; HIPERVENTILACIÓN, TORMENTA TIROIDEA.

EFFECTOS SECUNDARIOS, CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

EL PRINCIPAL EFECTO SECUNDARIO DE LAS BENZODIAZEPINAS, ES LA DEPRESIÓN O PARO RESPIRATORIO, PERO UNA ADECUADA ADMINISTRACIÓN HARÁ QUE ESTO DIFÍCILMENTE SE PRODUZCA. EN COMPARACIÓN CON LOS BARBITÚRICOS, LA DEPRESIÓN RESPIRATORIA INDUCIDA POR LAS BENZODIAZEPINAS ES CONSIDERABLEMENTE MÁS LEVE.

PRESENTACIÓN:

MIDAZOLAM, 5MG/ML EN VIALES DE 1,2,5 Y 10 ML
JERINGAS PRECARGADAS CON 2 ML, 1 MG / ML EN VIALES DE 2,5 Y 10 ML

DIAZEPAM 5 MG / ML EN AMPOYETAS DE 2 ML Y VIALES DE 10 ML
JERINGAS PRECARGADAS CON 2 ML.

SE SUGIERE PARA EL EQUIPO DE URGENCIAS UN VIAL DE 5 ML DE MIDAZOLAM 5 MG / ML.

POR OTRA PARTE TENEMOS EL EQUIPO DE URGENCIA NO INYECTABLES Y QUE SE REFIERE A .

1.- OXÍGENO

QUE SE PUEDE ADMINISTRAR POR MEDIO DE UNA MASCARILLA NASAL O FACIAL EN EL CASO DE PRESENTARSE APNEA EN EL PACIENTE DURANTE UNA CRISIS.

2.- EQUIPO DE ASPIRACIÓN

PARA SUCCIONAR LAS SECRECIONES DE LA CABEZA DEL PACIENTE COMO PUDIERAN SER VÓMITOS, SALIVA Y ALGUNAS VECES SANGRE, POR LAS LESIONES QUE SE GENERAN DURANTE LA CRISIS Y ASÍ MANTENER PERMEABLE LA VÍA AÉREA DEL PACIENTE Y REDUCIR AL MÁXIMO LA POSIBILIDAD DE UNA BRONCO ASPIRACIÓN.

CABE MENCIONAR QUE EL EQUIPO DE URGENCIA NO DEBE DE SER COMPLICADO YA QUE POR ESO SE PRESENTAN CUATRO MÓDULOS Y EL CIRUJANO DENTISTA DEBERÁ TENER LOS MEDICAMENTOS DISPONIBLES, BIEN CLASIFICADOS Y ROTULADOS PARA EVITAR CUALQUIER CONFUSIÓN Y DE IGUAL MANERA DEBERÁN ESTAR A LA MANO CON FACILIDAD Y RAPIDEZ.

LOS MEDICAMENTOS DEBERÁN SER INCLUIDOS SÓLO AQUELLOS CON LOS QUE EL CIRUJANO DENTISTA ESTÉ FAMILIARIZADO COMPLETAMENTE , Y COMO MÍNIMO, EL MÓDULO UNO (FÁRMACOS Y ÚTILES CRÍTICOS) DEBERÁ ESTAR PRESENTE EN TODAS LAS CONSULTAS DENTALES.

SE DEBERÁ LLEVAR UN REGISTRO ESCRITO DE LA FECHA DE CADUCIDAD DE CADA UNO DE LOS FÁRMACOS DEL EQUIPO DE URGENCIA Y TODOS DEBERÁN SER SUSTITUIDOS ANTES DE QUE ALCANCEN LA FECHA DE CADUCIDAD, SE DEBERÁ COMPROBAR REGULARMENTE EL EQUIPO DE URGENCIA AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, Y COMPROBAR A DIARIO LOS ÚTILES DE URGENCIA SOBRE TODO LOS TANQUES DE OXÍGENO, PARA ASEGURARSE QUE ESTÉN LISTOS EN CASO DE UNA URGENCIA.

CAPITULO 3

**TRANSTORNOS Y TRATAMIENTO PARODONTAL
DEL PACIENTE EPILÉPTICO**

PERIODONTO SANO :

EN ÉSTE INCISO REVIZAREMOS UNO DE LOS PROBLEMAS QUE CON CIERTA FRECUENCIA SE LE PRESENTA A LOS PACIENTES EPILÉPTICOS Y EL CUÁL, ES EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL POR LA INGESTIÓN DE FENITOINA, PARA CONTROLAR LAS CONVULSIONES EPILÉPTICAS. CON MUCHA FRECUENCIA ÉSTOS PACIENTES ACUDEN AL CONSULTORIO DENTAL EN BUSCA DE AYUDA.

POR LO CONSIGUIENTE, PRIMERO TENEMOS QUE SABER DISTINGUIR LAS CARACTERÍSTICAS DE UN PERIODONTO SANO, PARA LUEGO PODER DIFERENCIAR LA ENFERMEDAD, Y PODER DAR UN DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO. A CONTINUACIÓN REVIZAREMOS LAS CARACTERÍSTICAS DE UN PERIODONTO SANO.

DEFINICIÓN DE PERIODONTO :

DEL GRIEGO " PERI "- QUE SIGNIFICA ALREDEDOR

" ODONTOS "-.DIENTE

EL PERIODONTO ESTÁ COMPUESTO POR LAS ENCÍAS, LIGAMENTO PERIODONTAL, CEMENTO HUESO DE SOPORTE Y HUESO ALVEOLAR. LOS CUALES SE ENCUENTRAN ORGANIZADOS EN FORMA ÚNICA PARA REALIZAR LAS SIGUIENTES FUNCIONES :

- 1.- INSERCIÓN DEL DIENTE A SU ALVÉOLO ÓSEO
- 2.-RESISTIR Y RESOLVER LAS FUERZAS GENERADAS POR LA MASTICACIÓN, HABLA Y DEGLUCIÓN.
- 3.-MANTENER LA INTEGRIDAD DE LA SUPERFICIE CORPORAL, SEPARANDO EL MEDIO AMBIENTE EXTERNO DEL INTERNO.
- 4.-COMPENSAR POR LOS CAMBIOS ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON EL DESGASTE Y ENVEJECIMIENTO, A TRAVÉZ DE LA REMODELACIÓN CONTÍNUA Y REGENERATIVA.
- 5.-DEFENSA CONTRA LAS INFLUENCIAS NOCIVAS DEL AMBIENTE EXTERNO QUE SE PRESENTAN EN LA CAVIDAD BUCAL.

ANATÓMICAMENTE LA ENCÍA SE ENCUENTRA DIVIDIDA EN MARGINAL, INSERTADA E INTERDENTAL. EL COLOR DE LA ENCÍA MARGINAL E INSERTADA ES GENERALMENTE ROSA CORAL. EL CUÁL ES GENERADO POR EL APORTE SANGUÍNEO, ESPESOR Y GRADO DE QUERATINIZACIÓN DEL EPITELIO, ASÍ COMO LA PRESENCIA DE CÉLULAS QUE CONTIENEN PIGMENTOS.

LA ENCÍA INSERTADA ESTÁ SEPARADA DE LA MUCOSA ALVEOLAR ADYACENTE, EN LA ZONA VESTIBULAR, POR UNA LÍNEA MUCOGINGIVAL DEFINIDA CLARAMENTE.

LA MUCOSA ALVEOLAR ES ROJA, LISA Y BRILLANTE Y NO ROSADA Y GRANULADA. EL COLOR VARÍA SEGÚN LAS DIFERENTES PERSONAS, Y SE ENCUENTRA RELACIONADA A LA PIGMENTACIÓN CUTÁNEA.

TAMAÑO Y FORMA

EL TAMAÑO DE LA ENCÍA ES EL CORRESPONDIENTE A LA SUMA DEL VOLÚMEN DE LOS ELEMENTOS CELULARES E INTERCELULARES Y SU VASCULARIZACIÓN, LA ALTERACIÓN DEL TAMAÑO ES UNA CARACTERÍSTICA COMÚN EN LA ENFERMEDAD GINGIVAL.

EL CONTORNO Y LA FORMA DE LA ENCÍA ES VARIABLE Y DEPENDE DE LA FORMA DE LOS DIENTES Y SU ALINEACIÓN EN LA ARCADA, DE LA LOCALIZACIÓN Y TAMAÑO DEL ÁREA DE CONTACTO PROXIMAL Y DE LAS DIMENSIONES DE LOS NICHOS GINGIVALES VESTIBULARES Y LINGUALES. LA ENCÍA MARGINAL RODEA A LOS DIENTES EN FORMA DE COLLAR SIGUIENDO LAS ONDULACIONES DE LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y LINGUAL.

CONSISTENCIA.

LA ENCÍA ES FIRME Y RESILENTE Y A EXCEPCIÓN DEL MÁRGEN GINGIVAL MOVIBLE, ESTÁ FUERTEMENTE UNIDA AL HUESO SUBYACENTE. LA NATURALEZA COLÁGENA DE LA LÁMINA PROPIA Y SU CONTINUIDAD AL MUCOPERIOSTIO EN EL HUESO ALVEOLAR, DETERMINARÁN LA CONSISTENCIA FIRME DE LA ENCÍA INSERTADA, LAS FIBRAS GINGIVALES CONTRIBUYEN A LA FIRMEZA DE ÉSTE MÁRGEN GINGIVAL.

TEXTURA:

LA ENCÍA PRESENTA UNA SUPERFICIE COMO UNA CÁSCARA DE NARANJA Y SE DICE QUE ES PUNTEADA. ÉSTE PUNTEADO SE OBSERVA MEJOR AL SECAR LA ENCÍA. LA ENCÍA INSERTADA ES PUNTEADA, LA ENCÍA MARGINAL NO LO ES. LA PARTE CENTRAL DE LAS PAPILAS INTERDENTALES ES GENEALMENTE AFILADA, PERO LOS BORDES MARGINALES SON LISOS. LA FORMA Y LA EXTENSIÓN DEL PUNTEADO VARÍA DE UNA PERSONA A OTRA, ASÍ COMO EN DIFERENTES REGIONES DE UNA MISMA BOCA, ES MENOS PROMINENTE EN LAS SUPERFICIES LINGUALES QUE EN LAS VESTIBULARES, Y PUEDE FALTAR, EN ALGUNOS PACIENTES, EL PUNTEADO VARÍA CON LA EDAD.

ÉSTE PUNTEADO NO EXISTE EN LA INFANCIA, APARECE EN ALGUNOS NIÑOS A LOS 5 AÑOS DE EDAD APROXIMADAMENTE, AUMENTA HASTA LA EDAD ADULTA Y CON FRECUENCIA COMIENZA A DESPARECER CON LA VEJÉZ.

EL PUNTEADO ES UNA FORMA DE ESPECIALIZACIÓN ADAPTATIVA Ó REFUERZO PARA LA FUNCIÓN. ES UNA CARACTERÍSTICA DE LA ENCÍA SANA Y LA PÉRDIDA O LA REDUCCIÓN DEL PUNTEADO, ES UN SIGNO COMÚN DE ENFERMEDAD GINGIVAL. CUANDO SE DEVUELVE A LA ENCÍA SU ESTADO DE SALUD DESPUÉS DEL TRATAMIENTO REAPARECE EL PUNTEADO.

POSICIÓN:

LA POSICIÓN DE LA ENCÍA SE REFIERE AL NIVEL EN QUE LA ENCÍA MARGINAL SE UNE AL DIENTE. CUANDO EL DIENTE ERUPCIONA EN LA CAVIDAD BUCAL EL MÁRGEN Y EL SURCO ESTÁ EN LA PUNTA DE LA CORONA, A MEDIDA QUE LA ERUPCIÓN AVANZA SE OBSERVA QUE EL MÁRGEN Y EL SURCO ESTÁ MÁS CERCA DE LA RAÍZ. DE MODO QUE ÉSTA POSICIÓN ES VARIABLE Y NO SE PODRÍA ESTABLECER UNA RELACIÓN DEFINITIVA EN EPITELIO Y DIENTE.

LOS PUNTOS A LOS QUE NOS REFERIMOS ANTERIORMENTE CORRESPONDEN A CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA ENCÍA Y PARODONTO NORMAL, Y EN ESTADO DE SALUD. ÉSTAS CARACTERÍSTICAS SE VEN ALTERADAS DURANTE LA INFLAMACIÓN O IRRITACIÓN. UNO DE LOS FACTORES DE CAMBIO ES LA INGESTA DE ANTICONVULSIVOS, COMO LA FENITOINA, LA CUAL PRODUCE ALTERACIONES COMO LA HIPERPLASIA GINGIVAL EN EL PACIENTE EPILÉPTICO.

FICHA PERIODONTAL :

ES EL REGISTRO DE UNA CANTIDAD CONSIDERABLE DE DATOS, Y LA REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE UNA BOCA AFECTADA PERIODONTALMENTE.

ÉSTE REGISTRO DE DATOS DEBE DE SER SISTEMÁTICO, EMPEZANDO EN LA REGIÓN MOLAR SUPERIOR O INFERIOR, AL REDEDOR DE LA ARCADA. ES IMPORTANTE PARA DETECTAR LOS PRIMEROS SIGNOS DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL.

LOS DIAGRAMAS O FICHAS PARA ARCHIVAR LAS OBSERVACIONES PERIODONTALES , PROVEEN UNA GUÍA PARA EL EXÁMEN COMPLETO Y EL REGISTRO DEL ESTADO DEL PACIENTE. TAMBIÉN SE UTILIZAN PARA EVALUAR LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y PARA COMPARACIONES EN CITAS POSTERIORES. SIN EMBARGO, UNA GRÁFICA DE LA BOCA, MUY COMPLICADA PUEDE OCASIONAR CONFUSIÓN EN LUGAR DE ACLARAR EL PROBLEMA DEL PACIENTE.

EL PERIODONTOGRAMA SATISFACE VARIAS NECESIDADES, TODAS MUY IMPORTANTES

1.- SE PROPORCIONA UNA BASE PARA EL TRATAMIENTO, YA QUE LA ENFERMEDAD REAL DEL ÓRGANO SE REGISTRA EN FORMA SISTÉMICA, Y POSIBILITA A LA VEZ UN PLAN DE TRATAMIENTO RACIONAL.

2.- PROVEE AL OPERADOR DE UN SISTEMA DE REFERENCIAS A TRAVÉZ DE TODO EL CURSO DEL TRATAMIENTO Y DESPUÉS DEL MISMO.

3.- SE ESTABLECE UN MOMENTO EN LA HISTORIA DEL PACIENTE. CUANDO LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS SON IGUALES A LOS REGISTRADOS Y PROPORCIONA UNA BASE , DESDE LA CUAL PUEDE DERIVARSE TODAS LAS VARIACIONES. LOS TÉRMINOS (MEJORÍAS) Y (RECIDIVA), SON RELATIVOS POR LO QUE UN PUNTO DE REFERENCIA ES MUY IMPORTANTE PARA QUE SEAN SIGNIFICATIVOS LOS JUICIOS DE ÉSTA NATURALEZA. LA NECESIDAD DE CONTAR CON UN REGISTRO BASICO CONTRA EL QUE PODAMOS COMPARAR LAS TENDENCIAS SE HACE EVIDENTE POR SÍ MISMO.

EL PERIODONTOGRAMA SE LLEVA ADELANTE, DESPUÉS DE LA REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA REAL, CON UNA VALORACIÓN DE LOS DATOS SISTÉMICOS GENERALES COMPARADOS CON LA IMÁGEN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y LOS DIVERSOS FACTORES IMPLICADOS EN EL CASO.

EL PLAN DE TRATAMIENTO MISMO, TAMBIÉN SE REGISTRA EN EL PERIODONTOGRAMA. PARA SER EFECTIVO EL PLAN DE TRATAMIENTO DEBERÁ CORRELACIONAR TODOS LOS DATOS ÚTILES RECABADOS EN EL EXÁMEN.

AGRANDAMIENTO GINGIVAL

EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL (AUMENTO DE VOLÚMEN) ES UN ASPECTO FRECUENTE DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL. EXISTEN DIVERSOS TIPOS DE AGRANDAMIENTO, QUE VARÍAN DE ACUERDO CON LOS FACTORES ETIOLÓGICOS Y LOS PROCESOS PATOLÓGICOS QUE LOS PRODUCEN.

EL TÉRMINO GINGIVITIS HIPERTRÓFICA NO ES APROPIADO PARA DESCRIBIR LOS AUMENTOS PATOLÓGICOS EN EL VOLÚMEN DE LA ENCÍA HIPERTRÓFICA. SIGNIFICA UN AUMENTO EN EL TAMAÑO DE LAS CÉLULAS QUE DAN COMO RESULTADO UN AUMENTO EN EL TAMAÑO DEL ÓRGANO. ESTO NO ES LO QUE SUCEDE EN EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL

CLASIFICACIÓN DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL

1.-AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO

A.-INFLAMATORIO CRONICO

B.-INFLAMATORIO AGUDO

2.-AGRANDAMIENTO HIPERPLÁSICO NO INFLAMATORIO (HIPERPLASIA GINGIVAL)

A.- HIPERPLASIA GINGIVAL INDUCIDA POR FÁRMACOS

B.- AGRANDAMIENTO HIPERPLÁSICO IDIOPÁTICO

3.- AGRANDAMIENTO COMBINADO

4.- AGRANDAMIENTO CONDICIONADO

A.- HORMONAL

B.- LEUCÉMICO

C.- ASOCIADO CON DÉFICIT DE VITAMINA C

D.-CONDICIONADO NO ESPECÍFICO (GRANULOMA PIÓGENO)

5.-AGRANDAMIENTO NEOPLÁSICO (TUMORES GINGIVALES)

A.- TUMORES BENIGNOS DE LA ENCÍA

B.- TUMORES MALIGNOS DE LA ENCÍA

6.-AGRANDAMIENTO DEL DESARROLLO.

CON EL CRITERIO DE LOCALIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN, EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL SE DESIGNA DE LA SIGUIENTE FORMA:

LOCALIZADO :

LIMITADO A LA ENCÍA ADYACENTE A UN DIENTE O GRUPO DE DIENTES

GENERALIZADO:

INCLUYE LA ENCÍA DE TODA LA BOCA

MARGINAL:

LIMITADO A LA ENCÍA MARGINAL

PAPILAR :

LIMITADO A LA PAPILA INTERDENTARIA

DIFUSO:

INCLUYE LA ENCIA MARGINAL E INCERTADA Y LA PAPILA

DISCRETA:

UN AGRANDAMIENTO EN FORMA DE TUMOR PEDUNCULADA O SÉSIL.

HIPERPLASIA GINGIVAL INDUCIDA POR MEDICAMENTOS :

EL AGRANDAMIENTO DE LA ENCIÓN POR EL CONSUMO DE FENITOINA, QUE ES UN ANTICONVULSIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA, OCURRE EN PACIENTES QUE RECIBEN ÉSTE MEDICAMENTO. LA INCIDENCIA INFORMADA VARÍA DE 3 A 84.5 % Y OCURRE MÁS FRECUENTEMENTE EN PACIENTES JÓVENES, SU PRESENCIA Y GRAVEDAD NO SE RELACIONAN NECESARIAMENTE CON LA DOSIS DEL FÁRMACO EL GRADO DE HIPERPLASIA GINGIVAL.

CARACTERÍSTICAS :

LA LESIÓN COMIENZA CON UN AUMENTO DE VOLUMEN INDOLORA, EN LOS MÁRGENES GINGIVALES, BUCAL Y LINGUAL Y LA PAPILA INTERDENTAL, A MEDIDA QUE PROGRESA LA ENFERMEDAD, LOS AUMENTOS DEL MÁRGEN Y LA PAPILA SE UNEN Y SE FORMA UNA GRAN CANTIDAD DE TEJIDO QUE PUEDE CUBRIR A LOS DIENTES E INCLUSO INTERVENIR EN LA OCLUSIÓN. CUANDO NO SE COMPLICA CON INFLAMACIÓN, LA LESIÓN TIENE FORMA DE MORA ES FIRME, ROSA PÁLIDO Y RESILIENTE, CON UNA SUPERFICIE LOBULADA EN PEQUEÑAS PARTES Y SIN TENDENCIA A LA HEMORRAGIA.

EL AUMENTO GINGIVAL ASOCIADO AL CONSUMO DE FÁRMACOS ANTICONVULSIVOS , SE PUEDE DESARROLLAR SIN NECESIDAD DE QUE ESTÉN PRESENTES LOS IRRITANTES LOCALES Y EN OTRAS OCASIONES NO HAY AUMENTO GINGIVAL AUNQUE HAY ABUNDANCIA DE IRRITANTES LOCALES., EL AGRANDAMIENTO ESTÁ MUY MARCADO EN LA REGIÓN ANTERIOR DE LOS MAXILARES, AUNQUE ES GENERALIZADA COMÚNMENTE. SE PRESENTA EN LAS ÁREAS DONDE HAY PRESENCIA DE DIENTES Y NO DONDE NO HAY.

CUANDO SE EXTRAEN LOS DIENTES DESAPARECE TAL AGRANDAMIENTO, ES RARO VER AGRANDAMIENTO EN PACIENTES DESDENTADOS.

EL AGRANDAMIENTO ES DE CRECIMIENTO LENTO Y CRÓNICO, AL SUSPENDER LA INGESTIÓN DEL MEDICAMENTO DESAPARECE ESPONTÁNEAMENTE EL AGRANDAMIENTO.

CUANDO SE PRESENTA EL AGRANDAMIENTO PUEDE LLEGAR A INTERVENIR CON LA OCLUSIÓN, Y AL EXTIRPARSE, POSTERIORMENTE VUELVE APARECER.

EL EXCESIVO AGRANDAMIENTO HACE DIFÍCIL EL CONTROL DE LA PLACA, POR LO QUE SE ORIGINA UN PROCESO INFLAMATORIO SECUNDARIO, Y ÉSTO COMPLICA LA HIPERPLASIA GINGIVAL CAUSADA POR EL MEDICAMENTO, PRESENTANDO UNA COLORACIÓN ROJIZA O ROJA AZULADA Y CREA MAYOR TENDENCIA A LA HEMORRAGIA.

EL AGRANDAMIENTO SE INICIA CON EL CONSUMO DEL FÁRMACO Y COSECUENTEMENTE TIENE UNA INFLAMACIÓN.

DEBERÁ DE EXISTIR UNA PREVIA INFLAMACIÓN PARA QUE SE DESARROLLE TAL CRECIMIENTO, POR LO QUE SI ELIMINAMOS IRRITANTES LOCALES Y MANTENEMOS UNA HIGIENE ÓPTIMA, SE PUEDE PREVENIR.

LA FENITOINA ESTIMULA LA PROLIFERACIÓN DE CÉLULAS SIMILARES A FIBROBLASTOS Y DE EPITELIO. Y SE PRESENTA EN LA SALIVA, NO HAY CONCENSO SOBRE SI LA GRAVEDAD DE LA HIPERPLASIA SE RELACIONA CON EL NIVEL DEL MEDICAMENTO EN EL PLASMA O EN LA SALIVA.

TRATAMIENTO

LA ADMINISTRACIÓN DE CIERTOS FÁRMACOS, PRODUCEN UN AGRANDAMIENTO GINGIVAL, COMO EFECTO SECUNDARIO, ENTRE ÉSTOS FÁRMACOS SE ENCUENTRA LA FENITOINA USADA PARA EL CONTROL DE CONVULSIONES EN PACIENTES EPILÉPTICOS, HABIÉNDOSE DESCRITO A FINES DE LA DÉCADA DE 1930

EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL POR FENITOINA NO OCURRE EN TODOS LOS PACIENTES QUE TOMAN ÉSTE MEDICAMENTO PERO CUANDO SE PRESENTA PUEDE SER DE TRES TIPOS

TIPO I.- HIPERPLASIA NO INFLAMATORIA.

EL ÚNICO MÉTODO EFECTIVO PARA ELIMINAR ÉSTA HIPERPLASIA ES LA SUSPENSIÓN DEL FÁRMACO, ÉSTA DESAPARECE EN POCOS MESES, ÉSTE METODO SE DEBERÁ DISCUTIR CON EL NEURÓLOGO.

LA PRESENCIA DE HIPERPLASIA GINGIVAL MODERADA O GRAVE NO SERÍA RAZÓN PARA SUSPENDER LA ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO, Y DE SER ASÍ, LA HIPERPLASIA SE TRATARÁ POR OTROS MEDIOS.

TIPO II.- AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO CRÓNICO. SIN RELACIÓN CON LA FENITOINA

ÉSTE ES PRODUCIDO POR IRRITANTES LOCALES. EL TRATAMIENTO ES CON RASPADO Y CURETAJE, SI SON FIBRÓTICAS ÉSTAS LESIONES Y QUE NO RESPONDEN AL RASPADO Y CURETAJE, LA SIGUIENTE ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO SERÍA LA ELIMINACIÓN QUIRÚRGICA

TIPO III.- AGRANDAMIENTO COMBINADO.

ES UNA MEZCLA DE HIPERPLASIA POR EL CONSUMO DE FENITOINA, E INFLAMACIÓN POR IRRITANTES LOCALES, ÉSTE TIPO ES EL MÁS FRECUENTE EN LOS PACIENTES TRATADOS CON ÉSTE MEDICAMENTO.

EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN ES QUIRÚRGICO Y ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FUENTES DE IRRITACIÓN LOCAL, MAS UN CONTROL DE PLACA POR PARTE DEL PACIENTE.

EXISTEN DOS TIPOS DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS Y SON:

- 1.- LA GINGIVECTOMÍA
- 2.- LA OPERACIÓN DE COLGAJO.

LAS LESIONES PEQUEÑAS O MODERADAS TAMBIÉN SE ELIMINAN QUIRÚRGICAMENTE CON LA TÉCNICA DE GINGIVECTOMÍA

PARA LESIONES MUY VOLUMINOSAS SE RECOMIENDA LLEVAR A CABO LA ELIMINACIÓN POR MEDIO DE LA TÉCNICA DE COLGAJO, YA QUE POR MEDIO DE GINGIVECTOMÍA PRESENTA VARIAS DESVENTAJAS Y ÉSTAS SON:

- 1.- NO ELIMINA LA TOTALIDAD DEL TEJIDO HIPERPLÁSICO
- 2.- PUEDE PRODUCIR PÉRDIDA DE TODA LA ENCÍA INSERTADA Y CREAR UN PROBLEMA MUCOGINGIVAL.
- 3.- DEJA UNA HERIDA AMPLIA DE TEJIDO CONECTIVO EXPUESTO, QUE SE CUBRE DE EPITELIO CON LENTITUD Y ES DOLOROSA.

FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL

EL AGRANDAMIENTO GINGIVAL SE PUEDE REDUCIR POR MEDIO DE FÁRMACOS ESCARIÓTICOS, PERO NO ES LA FORMA RECOMENDADA DE ATACAR ÉSTE PROBLEMA.

ÉSTOS MEDICAMENTOS SON ALTAMENTE DESTRUCTIVOS Y AL SER UTILIZADOS PRODUCEN DAÑO AL TEJIDO SANO Y SUPERFICIES RADICULARES, RETRAZA LA CICATRIZACIÓN Y PROVOCA DOLOR EXCESIVO POSTOPERATORIO, ÉSTAS COMPLICACIONES SE EVITAN CUANDO SE DETERMINA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LA ELIMINACIÓN DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL POR MEDIO DEL BISTURÍ.

LA ELIMINACIÓN DEL AGRANDAMIENTO GINGIVAL POR CUALQUIER MÉTODO O TÉCNICA, DEBERÁ SER SEGUIDA POR UNA ELIMINACIÓN DE LOS IRRITANTES LOCALES Y UN EXCESIVO CONTROL DE PLACA PERSONAL.

CAPITULO 4

PRÓTESIS FIJA EN EL PACIENTE EPILÉPTICO

PRÓTESIS

ES LA COLOCACIÓN DE UNA COSA SOBRE OTRA, DELANTE DE OTRA Y TAMBIÉN EN LUGAR DE OTRA.

DERIVA DEL GRIEGO:

PRO.- DELANTE DE, EN LUGAR DE
TESIS- COLOCAR

LA PALABRA PRÓTESIS EN CIENCIAS MEDICAS ES LA PARTE DE LA TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA QUE TIENE POR OBJETO REEMPLAZAR MEDIANTE UNA PREPARACIÓN ARTIFICIAL UN ÓRGANO PERDIDO TOTAL O PARCIALMENTE U OCULTAR UNA DEFORMACIÓN DEL CUERPO HUMANO.

DEL COMPENDIO DE ESTA DEFINICIÓN QUE ES MUY AMPLIA, QUEDAN COMPRENDIDAS LAS RAMAS DE LA PRÓTESIS, CUYO CONOCIMIENTO Y EJERCICIO COMPETEN DIRECTAMENTE AL CIRUJANO DENTISTA, DENTRO DE ESTAS RAMAS QUE TRATA EL DENTISTA SON LA PRÓTESIS DENTAL, LA ORTOPEDIA, DENTO-MAXILO-FACIAL,

UNA PARTE DE LA PRÓTESIS ES LA PROSTODONCIA PALABRA QUE PROVIENE DE LAS RAÍCES GRIEGAS

PROTHOS.- QUE ES RELATIVO A LA PRÓTESIS

ODONCIA.- RELATIVO A LOS DIENTES

ASÍ QUE EL TÉRMINO ES EL RESULTADO DE LA FUSIÓN DE ESTAS DOS RAÍCES Y NOS DA LA IDEA FUNDAMENTAL QUE VIENE A SER LA REPOSICIÓN ARTIFICIAL TOTAL DE LOS ÓRGANOS DENTALES

OTRA PARTE DE LA PRÓTESIS ES LA PRÓTESIS FIJA Y SE DEFINE COMO EL APARATO QUE SUSTITUYE A LOS DIENTES PERDIDOS PARCIALMENTE Y QUE VA UNIDO POR MEDIO DE CEMENTACIÓN A LOS DIENTES SOPORTE, NO SE PUEDE RETIRAR DE LA BOCA DEL PACIENTE POR EL MISMO.

OTRA DE LAS PARTES ES LA PRÓTESIS REMOVIBLE Y SE DEFINE COMO EL APARATO QUE SUSTITUYE A LOS DIENTES PERDIDOS PARCIALMENTE, Y QUE DICHO APARATO SE MANTIENE EN POSICIÓN DENTRO DE LA CAVIDAD BUCAL POR MEDIO DE ANCLAJES, RETENEDORES (GANCHOS) ASÍ COMO TAMBIÉN ADITAMENTOS DE PRECISIÓN Y SEMI PRECISIÓN, BAJO PRESIÓN MASTICATORIA, QUE PUEDE SER REMOVIDO POR EL PACIENTE, PARA LIMPIARLO Y/O INSPECCIONARLO.

PRÓTESIS PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE

ES EL ARTE Y LA CIENCIA DE RESTAURAR CON METAL COLADO, ACRÍLICO O PORCELANA LOS DIENTES DAÑADOS Y REEMPLAZAR LOS QUE FALTAN MEDIANTE PRÓTESIS CEMENTADA O REMOVIBLE.

AL HABLAR DE PRÓTESIS FIJA NOS REFERIMOS A LA RESTAURACIÓN DESDE UN SOLO DIENTE HASTA LA REHABILITACIÓN TOTAL DE LAS ARCADAS, REESTABLECIENDO ASÍ, LA COMPLETA EFICACIA FUNCIONAL, ALCANZANDO UN MEJOR EFECTO ESTÉTICO MEJORANDO EL CONFORT, LA CAPACIDAD MASTICATORIA DEL PACIENTE Y CON ÉSTO TAMBIÉN EN MUCHOS CASOS SE REESTABLECE EL CONCEPTO QUE TIENE DE SÍ MISMO EL PACIENTE.

ES LÓGICO QUE SALTE LA DUDA DE QUE SI PODEMOS UTILIZAR LA PRÓTESIS REMOVIBLE, CÓMO Y CUANDO SELECCIONAR ÉSTE TRATAMIENTO, DE ÉSTO PUEDO MENCIONAR QUE EN LOS CASOS DE CRISIS CONVULSIVAS CLÓNICOS Y TÓNICOS- CLÓNICOS, ÉSTE TIPO DE PRÓTESIS ÉSTA TOTALMENTE CONTRAINDICADO POR PONER EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE. NO ASÍ EN LOS CASOS DE CRISIS PARCIALES, DONDE SOLO EL PACIENTE PRESENTA ALUCINACIONES, SÍNTOMAS AUTOSÓMICOS, AUSENCIAS O CONVULSIONES ASINÉTICAS, ÉSTOS CASOS QUEDARÁN A CRITERIO DEL CIRUJANO DENTISTA.

EL ELEGIR EL TIPO DE TRATAMIENTO PROTÉSICO DEPENDERÁ DE VARIOS FACTORES QUE EL CIRUJANO DENTISTA DEBERÁ TENER EN CUENTA, COMOSON :

- 1.- POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DEL PACIENTE
- 2.- CONTEXTO FAMILIAR
- 3.-DE SUS HÁBITOS DE HIGIENE
- 4.- DE LAS CONDICIONES BUCALES QUE PRESENTA

ES POR ESO QUE SI EL PACIENTE ES EPILÉPTICO Y PRESENTA ALGÚN GRADO DE DEFICIENCIA MENTAL Y UNA FAMILIA QUE TENGA POCO CUIDADO CON EL PACIENTE, DE ANTEMANO SABEMOS QUE UNA PRÓTESIS FIJA TENDRÍA MUY POCAS POSIBILIDADES DE ÉXITO

POR OTRO LADO EL PACIENTE DEBIDAMENTE CONTROLADO, AUTOSUFICIENTE Y CON HÁBITOS DE HIGIENE, LA PRÓTESIS FIJA SERÁ LA MEJOR ELECCIÓN.

PARA INICIAR EL TRATAMIENTO PROTÉSICO, SE TENDRÁ QUE HACER UN COMPLETO ESTUDIO DE LAS CONDICIONES DENTALES DE DICHO,PACIENTE, TOMANDO EN CUENTA TODAS LAS ESTRUCTURAS ORALES, COMO LOS TEJIDOS DUROS Y LOS BLANDOS, RELACIONANDO ÉSTOS DATOS CON LA SALUD GENERAL Y LA PSICOLOGÍA DEL PACIENTE.

UNA VEZ TENIENDO TODA LA INFORMACIÓN SE PODRÁ PROCEDER A LA OBTENCIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, BASADO EN LAS NECESIDADES DENTALES TOMANDO EN CUENTA EL ESTADO PSICOLÓGICO Y PERSONAL DEL PACIENTE.

LOS ELEMENTOS BÁSICOS PARA PODER ELABORAR UN PLAN DE TRATAMIENTO DE PRÓTESIS, SON:

- 1.- HISTORIA CLÍNICA
- 2.- MODELOS DE ESTUDIO
- 3.- EXÁMEN INTRAORAL
- 4.- EXÁMEN RADIOGRÁFICO.

EL CIRUJANO DENTISTA DEBERÁ TOMAR EN CUENTA CADA UNO DE LOS ELEMENTOS MENCIONADOS, Y EN BASE A LA RECOPIACIÓN DE DATOS SE TOMARÁ LA DECISIÓN DE ELECCIÓN DEL TIPO DE PRÓTESIS A ELABORAR, PUDIENDO SER UNA PRÓTESIS FIJA O REMOVIBLE.

LA INQUIETUD DE ESTE TRABAJO ES ACERCA DE LA PRÓTESIS FIJA, DE TAL MODO QUE MENCIONARÉ LAS CONSIDERACIONES BÁSICAS EN LA ELABORACIÓN DE UNA PRÓTESIS FIJA EN UN PACIENTE EPILÉPTICO QUE HA PRESENTADO PROBLEMAS DE AGRANDAMIENTO GINGIVAL.

ANTES DE COMENZAR LOS PROCEDIMIENTOS RESTAURATIVOS, SE DEBERÁ DE ELIMINAR LOS PROBLEMAS DE ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL DEBIDO A LAS SIGUIENTES RAZONES.

1.- LA MOVILIDAD Y EL DOLOR INTERFIEREN CON LA MASTICACIÓN Y FUNCIÓN DE LOS DIENTES RESTAURADOS.

2.- LA INFLAMACIÓN DEL TEJIDO PERIODONTAL AFECTA LA CAPACIDAD DE LOS DIENTES DE SOPORTE, PARA ALCANZAR LAS DEMANDAS FUNCIONALES SOBRE ELLOS

3.- CUANDO HAY ENFERMEDAD PERIODONTAL, LA POSICIÓN DE LOS DIENTES, ESTÁ ALTERADA Y AL SOLUCIONARSE LA INFLAMACIÓN Y LA REGENERACIÓN DE LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PERIODONTAL, PROVOCA QUE LOS DIENTES SE VUELVAN A MOVER Y LAS RESTAURACIONES DISEÑADAS PARA LOS DIENTES PUEDAN PRODUCIR TENSIONES Y PRESIONES NOCIVAS SOBRE EL PERIODONTO TRATADO

4.- LAS PRÓTESIS CONSTRUÍDAS SOBRE MODELOS TOMADOS DE IMPRESIONES DE ENCIÓN ENFERMA NO AJUSTAN DE MANERA ADECUADA, UNA VEZ QUE SE REESTABLECE LA SALUD PERIODONTAL, EL CONTORNO DE LA ENCIÓN Y LA MUCOSA ADYACENTE SE MODIFICA CUANDO CESA LA INFLAMACIÓN.

5.- PARA LOCALIZAR CORRECTAMENTE EL MÁRGEN GINGIVAL DE DICHAS RESTAURACIONES, SE DEBERÁ ESTABLECER LA POSICIÓN DEL SURCO GINGIVAL SANO ANTES DE PREPARAR EL DIENTE.

TALLADO DEL DIENTE EN RELACIÓN CON EL MÁRGEN GINGIVAL

LAS RESTAURACIONES DENTALES Y LA SALUD PERIODONTAL , ESTÁN ESTRECHAMENTE RELACIONADAS, LA ADAPTACIÓN DE LOS MÁRGENES, LOS CONTORNOS DE LAS RESTAURACIONES, LOS CONTACTOS PROXIMALES Y LO LISO DE LAS SUPERFICIES, TIENEN UN IMPACTO BIOLÓGICO CRÍTICO SOBRE LA ENCÍA Y LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE SOPORTE.

DE TAL MODO QUE LAS RESTAURACIONES TIENEN UNA FUNCIÓN IMPORTANTE EN EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD PERIODONTAL COMO IRRITANTES LOCALES.

UN PUNTO IMPORTANTE EN LA PREPARACIÓN DE UNA CORONA O CUALQUIER RESTAURACIÓN, ES LA ADECUADA COLOCACIÓN DEL MÁRGEN GINGIVAL CON RELACIÓN AL SURCO GINGIVAL, LA PREPARACIÓN SE TERMINARÁ SIEMPRE Y CUANDO LA ENCÍA TENGA TOTAL SALUD.

LAS BOLSAS PERIODONTALES NO SE DEBERÁN DEJAR CON EL PROPÓSITO DE ESCONDER LOS MÁRGENES DE LAS RESTAURACIONES NI PRETENDER CUBRIR ÉSTOS MARGENES CON LA ENCÍA INFLAMADA, YA QUE AL RECUPERARSE LA ENCÍA SE VOLVERÁN VISIBLES ÉSTOS.

LAS RESTAURACIONES, ASÍ COMO SUS MÁRGENES, DEBERÁN MANTENERSE LEJOS DE LA ENCÍA SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, LAS RESTAURACIONES Y SUS MÁRGENES SOLO SE DEJARÁN DENTRO DEL SURCO GINGIVAL TOMANDO EN CUENTA DIVERSOS PUNTOS. SI HAY UNA INDICACIÓN DEFINITIVA, COMO LA EXISTENCIA DE UNA RESTAURACIÓN PREVIA QUE SE EXTIENDE AL MÁRGEN GINGIVAL , LA PRESENCIA DE CARIES EN ESTA ZONA, LA NECESIDAD DE EXTENDERSE HASTA ÉSTE PUNTO PARA OBTENER MAYOR RETENCIÓN CUANDO LA ESTÉTICA EN DIENTES ANTERIORES ES PRIMORDIAL PARA EL PACIENTE.

SI SE TOMA LA DECISIÓN DE QUE EL MÁRGEN GINGIVAL QUEDE DENTRO DEL SURCO SE LE DIFICULTARÁ EL PROCEDIMIENTO DE HIGIENE BUCAL AL PACIENTE Y HABRÁ MENOR CONTROL DE LAS BACTERIAS QUE COLONIZAN EL ÁREA.

POR LO QUE EL MÁRGEN SOLO SE DEJARÁ DE 1 A 2 MILÍMETROS DENTRO DEL SURCO SIEMPRE Y CUANDO SEA POSIBLE PARA PERMITIR EL ACCESO AL MÁRGEN GINGIVAL Y TENER UNA HIGIENE BUCAL. ÉSTA MEDIDA ADOPTADA DÁ ESPACIO PARA QUE SE PUEDA RETOCAR EL MÁRGEN EN SU PREPARACIÓN Y PARA PODER TOMAR UNA IMPRESIÓN.

EVITAR EL TERCIO GINGIVAL

EL USO DE LA CORONA TOTAL ES MUY FRECUENTE YA QUE REÚNE TODOS LOS REQUISITOS DESEADOS EN UNA RESTAURACIÓN AÚN CUANDO SE TIENE UNA RELACIÓN IDEAL CON EL SURCO GINGIVAL, LA CORONA PUEDE PROVOCAR UNA INFLAMACIÓN GINGIVAL, YA QUE ESTÁN HECHAS DE MATERIALES EXTRAÑOS Y DIFERENTES A LA PARED NATURAL DEL SURGO GINGIVAL, LOS MATERIALES POR SÍ SOLOS NO SON IRRITANTES PERO PROMUEVEN EL ACÚMULO DE PLACA Y SI ÉSTA NO ES RETIRADA INMEDIATAMENTE, SE CALSIFICA Y SE FORMAN CÁLCULOS.

LA UNIÓN DE LA RESTAURACIÓN CON EL DIENTE, AÚN EN UN PERFECTO SELLADO PUEDE PROVOCAR UNA CIERTA LÍNEA EXTREMADAMENTE DELGADA DE CEMENTO QUE PROPICIARÁ EL ACÚMULO DE PLACA.

ÉSTOS PROBLEMAS DE IRRITACIÓN, SE EVITARÁN CON LA CONFECCIÓN DE LA TERMINACIÓN DE LA RESTAURACIÓN POR ENCIMA DEL MÁRGEN GINGIVAL.

CUANDO SEA POSIBLE EL USO DE OTRO TIPO DE RESTAURACIONES COMO SON LAS INCRUSTACIONES CON PINS, CORONAS TRES CUARTOS COMO RESTAURACIONES INDIVIDUALES Y RETENEDORES PARA PRÓTESIS FIJA, ASÍ EVITANDO LAS CORONAS TOTALES, CON ÉSTO NO SE PRETENDE SUSTITUIR LAS CORONAS TOTALES CUANDO ESTÉN INDICADAS.

PERO POR TODOS LOS MEDIOS SIEMPRE Y CUANDO SE PUEDA TENER OTRA ALTERNATIVA DIFERENTE A LAS CORONAS TOTALES Y LA INCIDENCIA DE ALTA CARIES NO ES UN PROBLEMA EL TERCIO GINGIVAL DEL DIENTE NO SE DEBERÁ ABARCAR EN LA RESTAURACIÓN.

RETRACCIÓN GINGIVAL PARA TOMA DE IMPRESIONES

PARA LA TOMA DE IMPRESIÓN CON MATERIALES ELÁSTICOS SE NECESITA RETRAER LA ENCÍA PARA PODER ENCONTRAR EL SURGO GINGIVAL DE LA PREPARACIÓN, POR LO QUE ES DE SUMA IMPORTANCIA HACERLO EN SALUD GINGIVAL.

EXISTEN DIVERSOS MÉTODOS PARA LOGRAR LA RETRACCIÓN GINGIVAL PARA LA TOMA DE IMPRESIONES Y ÉSTAS PUEDEN SER:

- 1.- POR MEDIO DE CIRUGÍA
- 2.- POR ELECTROCIRUGÍA
- 3.- POR MEDIO DEL USO DEL HILO RETRACTOR.

POR CIRUGÍA.-

ÉSTE MÉTODO ES EL PREFERIDO POR MUCHOS DENTISTAS PARA LLEGAR AL MÁRGEN GINGIVAL, EL CUAL SE LLEVA A CABO BAJO UNA PREVIA ANESTESIA LOCAL UTILIZANDO UN BISTURÍ PERIODONTAL O UNA HOJA BARD- PARKER No 11.

LA HEMORRAGIA SE CONTROLA CON UNA TORUNDA IMPREGNADA DE EPINEFRINA Y PRESIÓN EN LA REGIÓN INCIDIDA, LA ENCÍA SE REGENERA Y SE POSICIONA NORMALMENTE, PERO SI ÉSTA TÉCNICA SE LLEVA A CABO SOBRE ENCÍA ENFERMA, LO MÁS, COMÚN ES QUE AL RECIBIR LA SALUD SE CONTRAERÁ Y DEJARÁ EXPUESTA LA SUPERFICIE DENTARIA JUNTO CON EL MÁRGEN DE LA PREPARACIÓN.

DE MANERA QUE ÉSTA TÉCNICA SE LLEVARÁ A CABO SOBRE UNA ENCÍA COMPLETAMENTE SANA.

ELECTROCIRUGÍA

ES UN MÉTODO DE RETRACCIÓN GINGIVAL QUE EVITA EL PROBLEMA DEL SANGRADO.

SE REALIZA PARA DISMINUIR EL DAÑO SOBRE LOS TEJIDOS DE LA ENCÍA, LA CORRIENTE DEBERÁ DE SER LA ADECUADA PARA PRODUCIR UNA ELECTROSECCIÓN Y NO UNA CUAGULACIÓN.

ALGUNOS ESTUDIOS DEMUESTRAN QUE AL LLEVAR A CABO ESTA ELECTROSECCIÓN . SE PROVOCA POCO O NINGÚN DAÑO RESIDUAL EN LA ENCÍA AL SER UTILIZADO SUPERFICIALMENTE. EN LOS PACIENTES CON UNA DELGADA CAPA DE ENCIA Y HUESO ALVEOLAR SOBRE LA ENCÍA , NO SE DEBERÁ UTILIZAR ÉSTE MÉTODO YA QUE LA PÉRDIDA DE TEJIDO DE LA SUPERFICIE INTERNA O SURCAL PUEDE PRODUCIR RESECCIÓN GINGIVAL, EN ÉSTOS CASOS LA RETRACCIÓN GINGIVAL SE HARÁ CON HILO RETRACTOR.

HILO PARA RETRACCIÓN

ÉSTOS HILOS PARA QUE LOGREN LA RETRACCIÓN GINGIVAL, DEBEN ESTAR IMPREGNADOS DE CIERTAS SUBSTANCIAS COMO PUEDE SER LA EPINEFRINA , QUE ES UN VASOCONSTRUCTOR Y ÉSTE DEBERÁ DE SER AL 8%, ÉSTOS CAUSAN UNA ELEVACIÓN TRANSITORIA DE LA PRESIÓN SANGUINEA Y LA GLUCEMIA, POR LO QUE ESTÁ CONTRAINDICADO SU USO EN PACIENTES CON AFECCIONES CORONARIAS, HIPERTIROIDISMO O DIABETES, EL USO DEL HILO TAMBIÉN PRODUCE ISQUEMIA LOCAL.

OTRAS SUBSTANCIAS DE LAS QUE ESTÁN IMPREGNADOS LOS HILOS SON CORROSIVOS COMO CLORURO DE ZINC AL 8 % ACIDO TÁNICO AL 10 % Y ACIDO TILCLORACÉTICO AL 10 %.

TAMBIÉN SE USAN ASTRINGENTES COMO SULFATO DE ALUMINIO AL 14 %.

LOS HILOS IMPREGNADOS CON CUALQUIERA DE ÉSTAS SUBSTANCIAS, PROVOCAN QUE LA ENCÍA SE RETIRE DEL DIENTE Y SE EXPONGA EL MÁRGEN DE LA PREPARACIÓN. NORMALMENTE DESPÚES DEL USO DEL HILO, LA ENCÍA REGRESA A SU POSICIÓN NORMAL, SIEMPRE Y CUANDO HAYA SALUD GINGIVAL., LOS HILOS IMPREGNADOS NO SE DEBERÁN USAR CUANDO HAYA ENFERMEDAD DE LA ENCÍA

PROVISIONALES

GENERALMENTE LAS RESTAURACIONES SON LA CAUSA DE LA INFLAMACIÓN PERIODONTAL Y LA RECESIÓN GINGIVAL. POR LO QUE LOS PROVISIONALES DEBERÁN HACERSE CON EL FIN DE DISMINUIR EL DAÑO A LA ENCÍA, MIENTRAS ÉSTOS ESTÉN PRESENTES EN LA BOCA.

ES DE MUCHA IMPORTANCIA QUE LOS PROVISIONALES SE DEBAN ELABORAR CON EXTREMO CUIDADO Y UNA EXCELENTE ANATOMÍA APEGADA A LA RESTAURACIÓN FINAL. TOMANDO EN CUENTA QUE LA TERMINACIÓN DEBERÁ ESTAR LO MEJOR AJUSTADA AL MÁRGEN GINGIVAL, PARA EVITAR AL MÁXIMO CUALQUIER IRRITANTE POSIBLE EN LA ENCÍA MARGINAL.

EL PULIDO ES OTRO FACTOR DE MUCHA IMPORTANCIA YA QUE DEBERÁ DÁRSELE UN ALTO BRILLO PARA CON ÉSTE SE EVITAR EL ACÚMULO DE LA PLACA DENTAL Y SEA MÍNIMA LA PLACA QUE SE ADHIERA. POR OTRO LADO EL CONTORNO DEBERÁ SER COMPATIBLE CON LOS TEJIDOS GINGIVALES.

ÉSTOS FACTORES NO DEBERÁN ALTERARSE O CAMBIARSE Y SE TOMARÁN EN CUENTA SIEMPRE EN LA ELABORACIÓN DE UN PROVISIONAL SIN IMPORTARNOS SI ÉSTOS ESTARÁN POCO O MUCHO TIEMPO EN LA BOCA DEL PACIENTE.

CONTORNOS DE LAS RESTAURACIONES

LOS CONTORNOS BUCALES Y LINGUALES TIENEN UNA GRAN IMPORTANCIA EN LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD GINGIVAL..

GENERALMENTE LAS RECONSTRUCCIONES DE LOS DIENTES SON MÁS ANCHAS QUE LOS DIENTES NATURALES EN SENTIDO BUCOLINGUAL, EN LA PORCIÓN DEL TERCIO GINGIVAL LO QUE HACE INCAPAZ LA HIGIENE ADECUADA, POR LO QUE LA PLACA SE ACUMULA EN ÉSTAS ÁREAS Y PROVOCA UNA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA.

ÉSTOS SOBRECORNOS SE ELABORAN YA QUE SE TIENE UNA ERRÓNEA CREENCIA DE QUE LOS DIENTES NATURALES PRESENTAN UNA PRONUNCIADA PROTUBERANCIA SUPRAGINGIVAL EN ÉSTE TERCIO.

SE HA VISTO QUE UN INSUFICIENTE CONTORNO NO ES MUY DAÑINO COMO LO ES EL SOBRECORNOS. NORMALMENTE EN LAS CORONAS TOTALES ES DONDE SE PRESENTA ÉSTE SOBRECORNOS DEBIDO A QUE EL TÉCNICO BUSCA UN ESPESOR ADECUADO PARA LA PORCELANA Y BUSCA ASÍ OCULTAR EL METAL Y DAR UNA APARIENCIA TOTAL Y MAYOR ESTÉTICA A LA CORONA. OTRO FACTOR ES QUE LA ELIMINACIÓN DE TEJIDO DENTARIO ES INSUFICIENTE YA QUE SE REQUIERE DE DOS MILÍMETROS PARA ÉSTAS RESTAURACIONES.

EFFECTOS DE MATERIALES UTILIZADOS SOBRE EL PERIODONTO

LOS MATERIALES USADOS PARA LAS RESTAURACIONES BUCALES TIENEN UN GRADO DE RUGOSIDAD DIFERENTE, UNOS SON DE SUPERFICIES RUGOSAS MAYORES QUE OTROS POR LO QUE SE RECOMIENDA EL PULIDO PARA LOGRAR SUPERFICIES LO MÁS LISAS POSIBLE PARA ASÍ EVITAR EL ACÚMULO DE PLACA BACTERIANA Y POR LO CONSIGUIENTE LA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA.

LA PORCELANA, EL ACRÍLICO Y EL ORO AÚN CON UN EXCELENTE PULIDO OCASIONAN UN ACÚMULO DE PLACA, SE HA DEMOSTRADO QUE LA PORCELANA PUEDE ACUMULAR MENOS PLACA QUE EL ORO, DEBIDO A LAS DIFERENCIA EN LAS PROPIEDADES INHERENTES DE ESTOS MATERIALES, PERO LA RUGOSIDAD DE ÉSTOS PARECE SER EL FACTOR MÁS IMPORTANTE EN EL ACÚMULO DE LA PLACA.

LA ACUMULACIÓN DE LA PLACA OCURRE MÁS RAPIDO EN LAS RESTAURACIONES COMPUESTAS QUE TIENEN UNA SUPERFICIE MAS RUGOSA DEBIDO A LOS PROCEDIMIENTOS DE TERMINADO.

NO SE HA DETERMINADO LA RELACIÓN EXACTA ENTRE EL GRADO DE SUPERFICIE RUGOSA Y LA ACUMULACIÓN DE PLACA, SIN EMBARGO EN LAS SUPERFICIES RUGOSAS DE LAS RESTAURACIONES SE PUEDE ESPERAR QUE HAYA UNA IMPORTANTE ACUMULACIÓN DE PLACA. POR LO QUE SE RECOMIENDA QUE TODOS LOS MATERIALES QUE SE USEN EN EL MEDIO GINGIVAL DEBERÁN PULIRSE AL MÁXIMO, TANTO COMO SEA POSIBLE.

PÓNTICOS

LOS PÓNTICOS DEBERÁN REUNIR ALGUNOS REQUISITOS BÁSICOS, LOS CUALES SON:

- 1.- CUMPLIR CON LA ESTÉTICA
- 2.- PROPORCIONAR RELACIONES OCLUSALES QUE SEAN FAVORABLES A LOS DIENTES PILARES, ANTAGONISTAS Y AL RESTO DE LA DENTADURA
- 3.- DEVOLVER LA EFECTIVIDAD MASTICATORIA DE LOS DIENTES QUE SE REEMPLAZAN
- 4.- SER DISEÑADO CON EL OBJETO DE DISMINUIR LA ACUMULACIÓN DE LA PLACA DENTAL, PERMITIR EL ACCESO TOTAL A LA LIMPIEZA
- 5.- PROPORCIONAR NICHOS PARA EL PASO DEL ALIMENTO

LA PLACA DENTAL TIENDE A ACUMULARSE DEBAJO DE LOS PÓNTICOS Y AL REDEDOR DE LOS PILARES, LO CUAL FORMA PLACA Y POR LO TANTO ES UN FACTOR LOCAL DE IRRITACIÓN QUE PROVOCARÁ LA INFLAMACIÓN DE LA ENCÍA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

LA SALUD GINGIVAL DE LAS ZONAS DONDE EXISTE UNA PRÓTESIS FIJA DEPENDERÁ GRAN PARTE DEL GRADO DE HIGIENE QUE SE TENGA, LOS MATERIALES CONTRIBUYEN EN POCA MEDIDA PERO EL FACTOR MÁS IMPORTANTE ES EL DISEÑO DEL PÓNTICO YA QUE CON ÉSTE SE LOGRARA O NO EL ACCESO A ÉSTAS ZONAS PARA LOGRAR UNA MALA O BUENA HIGIENE

LAS SUPERFICIES QUE PUDIERAN CUBRIR LOS TEJIDOS DEBERÁN DE SER DE DISEÑO CONVEXO, TANTO COMO SEA POSIBLE, ELIMINANDO TODAS LAS CONCAVIDADES, LA CONVEXIDAD PERMITE QUE LA HIGIENE BUCAL SEA EFECTIVA PARA CONSERVAR EL TEJIDO DEL REBORDE EN COMPLETO ESTADO DE SALUD.

LAS SUPERFICIES CON CONCAVIDAD FAVORECEN EL ACÚMULO DE ALIMENTOS Y CON ÉSTO LA FORMACIÓN DE BACTERIAS Y POR CONSECUENCIA LA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS.

EL PÓNTICO ESFENOIDAL EN FORMA DE BALA ES EL MÁS HIGIÉNICO DESPUÉS DEL TIPO HIGIENICO. EL CONTORNO FINAL DEBERÁ SER EL APROPIADO YA QUE ES DE SUMA IMPORTANCIA POR QUE LA FALTA DE PROTECCIÓN DE UN DIENTE PROXIMAL AUMENTA EL RIESGO DE ACUMULACIÓN DE ALIMENTO BAJO EL PÓNTICO.

EN LA PARTE POSTERIOR DE LA BOCA, EL PÓNTICO MÁS APROPIADO ES EL DE FORMA DE BALA. Y EN LOS DIENTES ANTERIORES POR ESTÉTICA PRINCIPALMENTE SE PUEDE UTILIZAR EL DISEÑO DE BORDE MODIFICADO. ÉSTE PÓNTICO TENDRÁ UNA SUPERFICIE CONVEXA EN LA ZONA QUE REVISTE AL TEJIDO, EN LA PUNTA DEL PÓNTICO APENAS TOCARÁ LA MUCOSA EDÉNTULA.

EL DISEÑO DEL PÓNTICO HIGIÉNICO ES EL MENOS DAÑINO YA QUE DEBE DE EXISTIR POR LO MENOS TRES MILÍMETROS DE ESPACIO ENTRE LA MUCOSA Y EL PÓNTICO LO QUE PERMITE A LA LENGUA Y CARRILLO, ELIMINAR CUALQUIER RESIDUO DE ALIMENTO QUE SE ENCUENTRE EN ÉSTA ZONA.

LOS PÓNTICOS EN FORMA DE SILLA DE MONTAR SON LOS MENOS INDICADOS, POR LA FORMA IMPIDEN EL ACCESO AL CEPILLO DENTAL E IMPIDEN EFECTUAR UNA BUENA HIGIENE, POR LO QUE SE DEBEN EVITAR AL MÁXIMO.

LA REDUCCIÓN DE LOS PÓNTICOS EN LA ZONA DE CONTACTO PROXIMAL DE LOS DIENTES POSTERIORES, CAUSAN RESECIÓN E INFLAMACION DE LA ENCÍA INTERDENTAL, AL CREAR UNA ÁREA DE CONTACTO NORMAL, SE EVITARÁ LA INFLAMACIÓN. EL ANCHO OCLUSAL ES IMPORTANTE PARA DESVIAR LA COMIDA DE FORMA LATERAL PARA QUE ÉSTA NO SE ACUMULE EN EL TEJIDO AL REDEDOR DE LA BASE DEL PÓNTICO.

LAS CÚSPIDES DEBERÁN TENER ARMONÍA CON RELACIÓN AL RESTO DE LA DENTADURA. LAS RELACIONES ANORMALES PONEN EN RIESGO AL RESTO DE LOS DIENTES ANTAGONISTAS, ASÍ COMO EL PERIODONTO DE LOS DIENTES DE SOPORTE.

CEMENTACIÓN

LA CEMENTACIÓN ES EL PASO FINAL DE L TERMINADO DEL TRATAMIENTO DE UNA PRÓTESIS FIJA, POR LO QUE NO DEJA DE TENER SUMA IMPORTANCIA. SE DEBE DE CHECAR QUE AL CEMENTAR NO SE EXCEDA EL MÁRGEN GINGIVAL Y EN LAS UNIONES INTERPROXIMALES DE LOS PÓNTICOS Y PILARES, YA QUE ÉSTAS PARTICULAS RETENIDAS IRRITARÁN A LA ENCÍA POR LO QUE HABRÁ QUE RETIRARLAS Y ASÍ EVITAR LAS POSIBLES IRRITACIONES QUE SE PRODUCIRÁN EN UN TIEMPO DETERMINADO .

DURANTE LA CEMENTACIÓN SE DEBE DE CUIDAR QUE SE HAGA LO MÁS CERCAÑO A LA PREPARACIÓN DEL DIENTE PARA LOGRAR EL MÁXIMO SELLADO BUSCANDO DISMINUIR LA LÍNEA DE CEMENTADO, ÉSTO SE LOGRará SI SE APLICA UNA FUERZA AXIAL CONSTANTE EN EL MOMENTO DE LA CEMENTACIÓN.

EL CEMENTADO DEFINITIVO NO DEBERÁ ESPERAR MUCHO TIEMPO CON EL OBJETO DE EVALUAR DIENTES O TRATAMIENTOS DUDOSOS YA QUE SE COTRAINDICA POR VARIAS RAZONES

- 1.- INTERFIERE CON LA ADAPTACIÓN DE LA ENCÍA AL MÁRGEN DE LA RESTAURACIÓN
- 2.- LA FILTRACIÓN POR DEBAJO DE LAS RESTAURACIONES CEMENTADAS TEMPORALMENTE.
- 3.- FOMENTA LA INDECISIÓN EN EL DIAGNÓSTICO
- 4.- ES UNA CARGA INNECESARIA PARA EL PACIENTE QUIEN NO FINALIZA CON EL TRATAMIENTO

CONCLUSIONES

EN EL PRESENTE TRABAJO SE HA MENCIONADO Y DESARROLLADO PASO A PASO DIVERSOS FACTORES TALES COMO LA DEFINICIÓN, HISTORIA, DATOS ESTADÍSTICOS DE EPIDEMIOLOGÍA, TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO, ESTADO PSICOLÓGICO, ASÍ COMO DE LA RELACIÓN E IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO DENTAL

TAMBIÉN SE HABLA DE LA ESTRECHA RELACIÓN QUE EL CIRUJANO DENTISTA SOSTIENE CON EL PACIENTE EPILÉPTICO, POR LO QUE ES VITAL CONOCER EL ESTADO DE SALUD, ASÍ COMO SUS LIMITANTES O AFECCIONES PSICOLÓGICAS PARA PODER EVALUAR, TRAZAR Y /O MODIFICAR LA TÉCNICA DE ATENCIÓN,

LA RELACIÓN CON DICHOS PACIENTES DEBERÁ DE SER DE UNA MANERA PERSONALIZADA, ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA LOGRAR CON ÉXITO UN EXCELENTE TRATAMIENTO BUCAL.

TODO ESTO SE DEBERÁ DE INICIAR DESDE LA PRIMERA VEZ QUE EL PACIENTE LLEGA A NUESTRO CONSULTORIO DENTAL, CON LA HISTORIA CLÍNICA, Y UN ANÁLISIS MENTAL Y FÍSICO

ESTOS PACIENTES POR LO GENERAL TIENDEN A MODIFICAR SU CARÁCTER Y PERSONALIDAD POR DIVERSOS FACTORES COMO LO SON ; EL MIEDO, LA DISCRIMINACIÓN DE LA QUE SON SUJETOS POR LA SOCIEDAD ASÍ COMO POR SUS MISMOS FAMILIARES, TAMBIÉN POR LA FALTA DE CONFIANZA E INSEGURIDAD, DEBIDO LAS LIMITACIONES QUE SE LES HAN MARCADO,

ALGO MUY IMPORTANTE ES LA MANIPULACIÓN QUE ESTOS PACIENTES PUEDEN EJERCER SOBRE LAS PERSONAS QUE LOS RODEAN TOMANDO COMO PRETEXTO SU ENFERMEDAD

POR TODOS ESTOS FACTORES EL CIRUJANO DENTISTA DEBERÁ DE ESTAR CAPACITADO PARA PODER ESCUCHAR Y COMPRENDER LAS INQUIETUDES, QUEJAS Y COMENTARIOS DE ESTOS PACIENTES, YA QUE COMO SE HA MENCIONADO GENERALMENTE ESTOS PACIENTES SON PERSONAS REPRIMIDAS Y CON CIERTAS DEFICIENCIAS,

CON ESTO EL CIRUJANO DENTISTA LOGRARA ENTABLAR UN AMBIENTE DE CONFIANZA, CON LO QUE SE TRATARA DE MODIFICAR LOS RESELOS Y TEMORES QUE EL PACIENTE PUDIERA EXTERIORIZAR, SIEMPRE CON UNA CONDUCTA DE RESPETO Y COMPRENSIÓN HACIA ESTE,, PARA TRATAR DE INFLUIR TANTO EN EL INDIVIDUO COMO EN SUS FAMILIARES PARA MODIFICAR CIERTAS ACTITUDES ERRÓNEAS PARA CON EL .

DE ESTE MODO EL CIRUJANO DENTISTA LOGRARA CONCRETIZAR UN DIAGNOSTICO Y EL PLAN TRATAMIENTO A SEGUIR

POR OTRO LADO MENCIONARE QUE ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE EL DENTISTA ESTE CAPACITADO TEÓRICA Y PRÁCTICAMENTE PARA OTORGAR UNA ATENCIÓN DE EMERGENCIA CON SEGURIDAD Y EFICACIA EN EL CASO DE QUE SE PRESENTARA EN EL CONSULTORIO DENTAL

FINALIZANDO DESTACARE QUE LO MAS IMPORTANTE PARA EL CIRUJANO DENTISTA ES QUE TRATE Y LOGRE OTORGAR AL PACIENTE EPILÉPTICO LOS RECURSOS TERAPÉUTICOS QUE MAYOR BENEFICIO LE APORTE

BIBLIOGRAFIA

JAMES B. WYNGAARDEN, M.D.
LLOYD H. SMITH, JR., M.D.
CECIL TRATADO DE MEDICINA INTERNA
DIESIOCHOAVA EDICIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA, MCGRAW-HILL
VOLUMEN 2

JHON L. JENKINS, M.D.
JOSEPH LOSCALSO, M.D.
MANUAL DE MEDICINA DE URGENCIAS DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
2ª REIMPRESION 1995 EDITORIAL SALVAT

LOUIS F. ROSE ,D.D.S.,M.D.
DONALD KAYE, M.D.
MEDICINA INTERNA EN ODONTOLOGIA
TOMO 2
SEGUNDA EDICIÓN
EDITORIAL SALVAT EDITORES, S.A.

MAHLON H. DELP, M.D.
ROBERT I. MANNING, M.D.
LA PROPEDEUTICA MEDICA DE MAJOR
MOYENA EDICIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA

BIBLIOGRAFIA

MAURICE GOULON
MANUAL DE RAANIMACIÓN MEDICA
EDITORIAL MASSON, D.A.
1988

R.H. SALTER BSC. MBBS (LOND) FREP
URGENCIAS MÉDICAS COMUNES GUIA PARA MÉDICOS RECIÉN EGRESADOS
CUARTA EDICIÓN
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.

STANLEY F. MALAMED, D.D.S. (*)
URGENCIAS MEDICAS EN LA CONSULTA DE ODONTOLOGIA
CUARTA EDICIÓN
EDITORIAL MOSBY / DOYNA LIBROS.

GEORGE W. THORN, M.D.,M.A.
RAYMOND D. ADAMS, B.A,M.A., M.D.
EUGENE BRAUNWALD. A.BB.,M.D.
MEDICINA INTERNA HARRISON
QUINTA EDICIÓN EN ESPAÑOL
OCTAVA EDICIÓN EN INGLESEEDITORIAL EDICIONES CIENTIFICAS , LA PRENSA MEDICA
MEXICANA, S.A.
MEXICO