

01421  
48



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON  
EPILEPSIA EN EL CONSULTORIO DENTAL

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A

ALEJANDRA BULLE GOYRI DIAZ

DIRECTORA: C.D. VICTORIA HERRERA VEGA

MÉXICO, D.F.

2003

*No. 60*  
*[Signature]*



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

## **AGRADECIMIENTOS**

*Gracias a ti mi señor por tu bendición y compañía en los triunfos y fracasos que tuve durante mi formación profesional.*

*A mis padres por que siempre estuvieron conmigo, brindándome apoyo y fuerza en todo momento, por sus consejos, por ser mi impulso de superación, y por todo el esfuerzo para que este deseo mio de ser Cirujano Dentista fuera realidad, mil gracias.*

*A ti hermana por ser una gran amiga, un ejemplo para salir adelante, y ser punto de partida de mis metas.*

*A la C.D. Victoria Herrera Vega, por su dedicación y esfuerzo, para la realización de ésta tesina.*

*A todos los doctores que me brindaron su experiencia y consejos durante la carrera.*

*Les doy las gracias por su amistad y consejos a mis amigos: Karla I. Carbajal Lara, Sandra Luz Sánchez, Portillo, Karina Rulz Vergara y Miguel García Raya.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON EPILEPSIA EN EL CONSULTORIO DENTAL

## INDICE

### INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes .....	1
2. Incidencia y prevalencia.....	3
3. Definiciones.....	4
• Epilepsia	
• Convulsiones	
• Ataque epiléptico	
• Status epiléptico	
4. Clasificación .....	6
• Crisis parciales	
• Crisis generales	
• Status epiléptico	
5. Etiología.....	11
6. Factores Predisponentes.....	12
7. Diagnóstico.....	12
8. Diagnóstico diferencial.....	13
9. Atención odontológica.....	14
o 9.1 Sistema de Clasificación del Estado Físico.....	14
o 9.2 Historia Dialogada.....	17
10. Plan de tratamiento odontológico.....	19
o 10.1 Tratamiento frente a una crisis epiléptica.....	19
o 10.2 Características clínicas de la hiperplasia gingival.....	22
o 10.3 Traumatismos bucales poscrisis.....	24
o 10.3.1 traumatismo dentales.....	27
o 10.3.2 traumatismos de las estructuras de soporte.....	28

C

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

o 10.4 Lesiones de la encía y mucosa oral.....	32
11. Técnicas de modificación de la conducta .....	34
✓ 11.1 Desensibilización.....	34
✓ 11.2 Modelamiento.....	35
✓ 11.3 Manejo de la contingencia.....	35
✓ 11.4 Manejo de las conductas interruptivas de los niños.....	36
12. Tratamiento farmacológico.....	37
13. Causas de recurrencia de crisis epiléptica.....	38
CONCLUSIONES.....	39
ANEXOS	
o Historia clínica.....	40
o Enfoque social y psicológico de la epilepsia.....	42
o Glosario.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	49

<p>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>
--------------------------------------

## INTRODUCCION

El cirujano dentista debe saber manejar al paciente pediátrico con epilepsia en el consultorio dental, conocer los procedimientos para actuar si se llegará a presentar una crisis en el consultorio dental, llevar a cabo el tratamiento de las lesiones bucales producidas por ésta y controlar la hiperplasia gingival producida por medicamentos antiepilépticos.

Desarrollaremos la etiología, clasificaremos los tipos de epilepsia, para conocerlas con más amplitud, daremos a conocer los factores predisponentes, que pudieran desencadenar la crisis.

Este profesional obtendrá datos en base a la Historia Clínica, el examen físico, y realización de la historia dialogada y se realizarán las modificaciones necesarias, y evaluará el riesgo en el consultorio dental. Se deberá conocer las técnicas de manejo de conducta, e indicaremos cuáles están indicadas y contraindicadas en los pacientes epilépticos.

Deberá determinar el tipo de convulsiones del paciente, la frecuencia e incidencia, y los fármacos con los que están controlando al paciente.

Por último se abarcará el entorno psicológico y social del paciente, con la finalidad de establecer los lineamientos de un trato más humano para el paciente epiléptico.

## 1. ANTECEDENTES

Desde la más remota antigüedad, la epilepsia se ha considerado como un azote de la humanidad. Durante el reinado de Adad-Aplaidina, (1067 a 1047 A.C.), se editó el primer texto de medicina Babilónica, llamado Sakikk que significa *todas las enfermedades*; el texto incluía 40 tablas, dentro de los cuáles, en el número 26, se describen con gran acuciosidad las características clínicas del *Antashubba*, que en sumerio significa *enfermedad de las caldas* (epilepsia). En esta tabla Asiria se hace una descripción detallada de lo que ahora llamamos: crisis epilépticas tonico-clónicas, crisis generalizadas de tipo de ausencia, e inclusive las crisis epilépticas gelásticas (crisis de risa incontrolables), así como fenómenos prodrómicos y posictales. También se describen factores desencadenantes de los ataques epilépticos como son las emociones, la falta de sueño, etc. (Wilson, Kinnier, 1990). Esta descripción clínica antecede por lo menos 600 a 700 años, a los primeros escritos hipocráticos sobre la: *enfermedad sagrada*.

En varios períodos de la historia la epilepsia ha sido vista como un signo de castigo o motivo de persecución, de hechizo, de posesión del demonio o como una enfermedad contagiosa.

Hipócrates al referirse a la epilepsia en el año 400 A.C. mencionó:

*"Ella no parece más sagrada ni más divina que las otras, ella tiene la misma naturaleza que el resto de las otras enfermedades; y por origen, las mismas causas que cada una de ellas. A los hombres les causa asombro, pues no se parece en nada a las enfermedades ordinarias".<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Feria Velasco Alfredo. *Epilepsia. Aspectos neurobiológicos, médicos y sociales*. Editores. 1ra. Edición. 1997. p.1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



En México, Martín de la Cruz, médico azteca del siglo XVI, en el Códice Badiano, mencionó un tratamiento contra la epilepsia, como son "la flor de corazón y "el tumba vaqueros". En el año de 1802, XIX, Heberden describió algunas características clínicas que se pueden presentar en forma diferente en el niño y en el adulto. En 1815, Jean Etienne Dominique Esquiral acuñó los términos de gran mal y petit mal. En 1861, Hughlings Jackson en Londres publicó más de 300 artículos sobre la epilepsia, describió la epilepsia jacksoniana. En 1862, Jean Martin Charcot hizo observaciones sobre el diagnóstico diferencial entre la epilepsia y la histeria.

En 1969, la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), publicó el cuadro de clasificación y terminología, pero para nuestra investigación no la consideró como tal por motivos prácticos. Desde entonces el criterio para identificar las crisis epilépticas se facilitó a nivel mundial y mejoró la comunicación entre los clínicos y entre los investigadores.

La clasificación al principio se dirigió particularmente a describir los síntomas iniciales y diferenciar las crisis orgánica primaria de las de base histérica primaria.

La clasificación de 1969, distingue las crisis generalizadas desde el inicio y aquellas que son parciales o focales al inicio y que se vuelven secundariamente generalizadas.

Feria hace referencia a Ruy Pérez Tamayo sobre "El concepto de la enfermedad", recuerda que desde el siglo XVIII Hoffman consideró que esta irritabilidad de la materia viva, era el elemento básico de la enfermedad, con manifestaciones de espasmos y atonías; de esta manera la vida es movimiento y la muerte es la ausencia de movimiento. La salud es movimiento normal y la enfermedad es un trastorno del movimiento; todo esto gracias al fluido nervioso

que secreta el cerebro y que regula el tono de todos los tejidos; así nace hace 300 años el concepto de los medicamentos antiespasmódicos, para combatir los espasmos, y los medicamentos estimulantes, para combatir la atonía.<sup>2</sup>

## 2. INCIDENCIA Y PREVALENCIA

La epilepsia es uno de los grandes problemas de la humanidad, por su alta prevalencia e incidencia.

- a) 12 por 1000 en el período neonatal
- b) 50 por 1000 en los preescolares
- c) 7 por 1000 en los escolares.<sup>3</sup>

Las tasas de incidencia más elevadas se producen en los primeros años de vida, y disminuyen en la adolescencia, la probabilidad en que desaparezcan las convulsiones en la epilepsia infantil es del 50%, y la recidiva en esta etapa después del retiro de medicación es del 30%.<sup>4</sup>

Aunque se manejan datos epidemiológicos, internacionalmente se acepta en promedio una cifra de prevalencia de 1-2% proveniente en su mayoría de pacientes que están bajo supervisión continua. Es muy complicado establecer cifras exactas, ya que este tipo de condición suele esconderse.<sup>5</sup>

La epilepsia de grand mal, denominada normalmente como convulsiones tonicoclónicas generalizadas, se presenta en el 90% de los epilépticos, este tipo de convulsión aparece por igual en ambos sexos y cualquier edad, aunque más de las dos terceras partes de esta se producen en la pubertad.

---

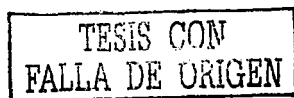
<sup>2</sup> Ib. p. 3

<sup>3</sup> Ib. p. 256

<sup>4</sup> Malamed F. Stanley. *Urgencias médicas en la consulta odontológica*. Ed. Mosby/Doyma. Madrid.

4ta. edición. 1994, p. 208

<sup>5</sup> Feria Velasco Alfredo. Op. cit. p. 391



La epilepsia de petit mal o ausencia se encuentra en el 25% de los epilépticos, este tipo de convulsiones tienen una incidencia inferior al 5% de los epilépticos pediátricos, casi siempre en pacientes entre los 3 y los 15 años. El ejercicio reduce la incidencia de convulsiones de petit mal.<sup>6</sup>

### 3. DEFINICIONES

Etimológicamente, la palabra epilepsia deriva de una preposición y un verbo irregular griego, *epiambaneim*, que significa "Ser sobrecogido bruscamente".

- En el año de 1973, la Organización Mundial de la Salud y la Liga Internacional contra la Epilepsia, la definieron como una afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes, debida a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales (crisis epilépticas), asociadas eventualmente con diversas manifestaciones clínicas y paraclínicas, mencionaron que para que una crisis epiléptica sea considerada como epilepsia, está tendrá que ser recurrente.
- Se define a la epilepsia, como un grupo diverso de desórdenes, pero todas ellas caracterizadas por ataques recurrentes debido a descargas neuronales anormales o excesivas del Sistema Nervioso Central (SNC), cuyas manifestaciones clínicas pueden incluir cambios en la conducta, en la actividad mental, en la actividad motora y/o actividad sensorial. Estos ataques deben de ser recurrentes y estar asociados con una anomalía o alteración del SNC.<sup>7</sup>
- Merck la define como, un trastorno paroxístico y recidivante de la función cerebral que se caracteriza por episodios súbitos y breves de alteración del nivel de conciencia, actividad motora, fenómenos

<sup>6</sup> Malamed F. Stanley, Op. cit. p. 281

<sup>7</sup> Feria Velasco Alfredo, Op cit. pp. 19, 254

sensitivos o de conducta inadecuada, causados por una excesiva descarga anormal de las neuronas cerebrales.

- Kurkland define como epilépticos, a aquellos pacientes que hablan sufrido dos o más crisis, que tenían alteraciones en el Encefalograma (EEG) y que hablan presentado cuando menos una crisis cinco años y medicación antes del estudio.
- Convulsiones, son descargas eléctricas involuntarias anormales del SNC que normalmente se manifiestan por una actividad muscular estereotipada o por cambios anatómicos por un problema neonatal frecuente y grave.<sup>6</sup>
- Ataque epiléptico, es un grupo de síntomas que implican una descarga súbita, excesiva y desordenada de neuronas, que puede ser desencadenada por una gran variedad de procesos patológicos, de origen genético o adquirido.
- Status epiléptico, es la situación de crisis epilépticas constantes, repetitivas o tan prolongadas, que crean una condición epiléptica continua, de por lo menos 30 minutos de duración, aún cuando el estado de conciencia del enfermo se encuentre preservado.

---

<sup>6</sup> El Manual de Merck. Ed. Harcourt Brace. Madrid. 9na. Edición. 1994 . p. 2222

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4. CLASIFICACION

Dentro de las clasificaciones se mencionan diversas subclasificaciones, pero para nuestra investigación y entenderlas de una mejor manera, hay que clasificarlas en dos grandes grupos:

Crisis parciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <i>Simple</i></li> <li>&gt; <i>Compleja</i></li> </ul>
Crisis generales	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; <i>Gran mal</i></li> <li>&gt; <i>Pequeño mal</i></li> </ul>

La crisis parcial es la presencia de trastornos cerebrales focales por causas limitadas, dentro de las parciales simples, se conserva la consciencia y hay una descarga convulsiva localizada en un solo hemisferio,<sup>9</sup> pueden abarcar manifestaciones sensitivas, autosómicas o motrices, son breves, empiezan y desaparecen de forma brusca, pero puede afectarse muy poco el nivel de consciencia o no presentarse.

Las manifestaciones sensitivas como, parestesias, vértigos, afecciones visuales o auditivas. Dentro de los síntomas autosómicos como náuseas, malestar epigástrico, vómitos, sudación y alteraciones psíquicas, como el temor la irritabilidad, depresión y despersonalización.

Las crisis parciales complejas, se presentan trastornos de la conciencia, con movimientos irregulares de los miembros, gritos y caldas, hay presencia de síntomas psíquicos consistentes en cambios afectivos, automatismos, confusión, alteración de la ideación y pérdida de la memoria, Jenkins nos refiere que es frecuente que se presente un aura que precede el inicio de la crisis y se presenta con una gran variedad de sensaciones somáticas vagas

<sup>9</sup> Feria Velasco Alfredo. Op. cit. pp 230,290

hasta sueños elaborados, se producen cambios autosómicos típicos, que van seguidos de automatismos, con movimientos rápidos de los labios o movimientos de masticación o succión, dura unos cuantos minutos y termina con la confusión postictal momentánea y amnesia de los sucesos perictales.

Las crisis generalizadas se clasifican en pequeño mal y gran mal, se menciona que la crisis de ausencia (petit mal) tienen una duración de menos de 30 segundos, no se presentan caídas ni convulsiones, se presenta pérdida de la conciencia momentánea, es muy frecuente en la infancia entre la edad de los 5 y 12 años, y pueden desaparecer en la adolescencia.

Jenkins cita, que la crisis de gran mal, la edad de comienzo esta entre los 10 y 20 años, dura más de 5-10 minutos, hay confusión, evidencia de incontinencia fecal u urinaria, y lesiones periorales. La crisis tonicoclónica, se presentan las sacudidas mioclónicas generalizadas bilaterales generalmente en flexión y duran varios segundos, siendo esta la fase preictal, los cambios anatómicos se presentan en esta fase y son máximos en la fase tónica y disminuyen estos en la fase clónica (taquicardia, hipertensión, distensión de la vejiga, piloerección, hipersecreción glandular, midriasis y apnea). Por lo que las crisis tonicoclónicas (gran mal), son la forma más frecuente y severa para el odontólogo.<sup>10</sup>

Las contracciones tónicas, se presentan primero en flexión y luego en la extensión, presentándose así la fase ictal, la rigidez con duración de 10-20 segundos, los temblores tónicos son de una frecuencia lenta y de mayor amplitud cuando se acerca la fase clónica que se manifiesta con la alternancia de relajación muscular y contracciones violentas, la fase clónica con una duración de 30 segundos normalmente, durante los cuáles los ciclos de relajación aumentan progresivamente en su duración hasta que la crisis finaliza con una sacudida en flexión. Las lesiones de la cavidad oral son frecuentes

---

<sup>10</sup> Ib.pp. 230, 290



durante la fase clónica, mientras que la incontinencia urinaria y fecal son típicas del período postictal inmediato.<sup>11</sup>

Se presentan tres fases clínicas diferentes: fase prodrómica, que incluye la fase preictal, la fase ictal o convulsiva y la fase posconvulsiva o postictal.

#### *Fase prodrómica*

El paciente presenta ansiedad o depresión, que pueden ser observados por el personal odontológico o por familiares de la persona, si observamos estos cambios antes de la cita, se deberá preparar el tratamiento de la convulsión, posponiendo para una fecha posterior, en la mayor parte de estas crisis se presenta el aura que debe ser considerada una convulsión parcial simple que progresa a una convulsión tonicoclónica generalizada, el aura puede ser de tipo olfatoria, visual, gustativa o auditiva, la duración de esta es de unos pocos segundos.

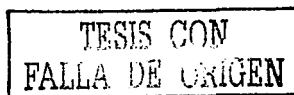
#### *Fase preictal*

Después del aura el paciente presenta pérdida del conocimiento, y si está de pie el paciente cae al suelo, hay contracciones mioclónicas mayores bilaterales generalizadas, por lo general en flexión, que duran varios segundos, en este momento se presenta el grito epiléptico, que es el aire que se expela a través de la glotis parcialmente cerrada al sufrir un espasmo del músculo diafragmático, se presentará aumento de la frecuencia cardíaca y tensión arterial hasta dos veces por encima de los valores basales, piloerección, hipersecreción salivar y desviación ocular superior con midriasis y apnea.

#### *Fase ictal : componente tónico*

Presencia de contracciones generalizadas de los músculos esqueléticos, primero en flexión, y luego progresa a una rigidez extensora tónica de extremidades y tronco, se puede presentar disnea y cianosis, por que están

<sup>11</sup> Jenkins Jon L., Loscalzo Joseph. Manual de Medicina de Urgencia. Barcelona. Ed. Braen Masson-Little, Brown S.A. 2da.edición. 1996. pp. 322,324



afectados los musculos de la respiración, la duración está entre los 10 y 20 seg.

*Fase ictal: componente clónico*

Hay una alterancia en la relajación muscular y violentas contracciones flexoras, puede aparecer espuma en la boca (mezcla de saliva y aire), puede aparecer sangre en la boca por la lesión de los tejidos blandos, al morderse la cara interna de las mejillas o la parte lateral de la lengua durante la fase clónica de la convulsión. El clonus suele durar 2-5 min, comienzan a prolongarse los movimientos de relajación, hasta que finaliza el ataque con una contracción de flexión final, la fase ictal cesa cuando los movimientos respiratorios vuelven a la normalidad y cesan los movimientos tonicoclónicos.

*Fase postictal*

En los primeros minutos de la fase postictal se produce un período transitorio de flacidez muscular, en la cuál se produce incontinencia urinaria o fecal producida por la relajación esfinteriana, al cesar la actividad convulsiva, el paciente se relaja y duerme profundamente, al recuperar la consciencia el paciente se encuentra desorientado y confuso, hay una amnesia total de las fases ictal y postictal. En aproximadamente dos horas se produce una completa recuperación de la función cerebral normal preictal.<sup>12</sup>

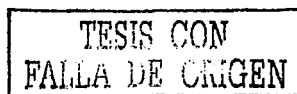
## STATUS EPILEPTICO

Es considerado como una urgencia médica y neurológica mayor que requiere de un tratamiento energético y temprano para prevenir daño significante al tejido cerebral y la muerte. Sin embargo, a pesar de los tratamientos tempranos y técnicas mejoradas de manejo, el status epiléptico aún se asocia con una morbi-mortalidad significativa. Con un 10% de mortalidad aguda.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Malamed F. Stanley. Op. cit. pp. 288, 289

<sup>13</sup> Jenkins, Jon L, Loscalzo et al .Op. cit. p. 327





Es una actividad crítica prolongada y se ha definido como una sola crisis o crisis recurrentes que se mantienen por más de 30 minutos, tiempo en el que no se recupera la conciencia. Hay status epilepticus que duran más de 60 minutos, a pesar de un tratamiento óptimo y agresivo, este se define como status epiléptico refractario.

Entre las sustancias que tienen alta capacidad de producir status epilépticos, sobretodo en niños se consideran:

*Anfetaminas, sobredosis de antiepilépticos, alcanfor, monóxido de carbono, cocaína, cianuro, antidepresivos, agentes hipoglucemiantes, isoniazida, plomo, lidocaína, nicotina, penciclina, fenilpropanolamina.*

El cuadro clínico del status epiléptico, aparece un incremento de la actividad nerviosa simpática vegetativa, durante los primeros minutos de crisis, el paciente puede presentar taquicardia, hipertensión arterial, hipertensión cerebral, hiperglucemia, hiperpirexia, puede también presentarse acidosis metabólica secundaria. El status epiléptico prolongado, dura más de una hora, y se complica con hipercalemia, hipoglucemia, hipotensión, acidosis respiratoria y muerte.

El paciente presenta dificultad para deglutir, para expulsar secreciones de la faringe, emésis y con frecuencia neumonía por aspiración. El trauma en las extremidades, en la orofaringe y en la cabeza no son raros y pueden resultar o dar lugar a lesiones importantes y aun a la muerte.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Feria Velasco Alfredo. Op. cit. pp. 231,236,237

## 5. ETIOLOGIA

Del nacimiento a los 2 años de edad:

- Hipoxia perinatal
- Isquemia
- Infección aguda del SNC
- Alteraciones metabólicas por hipoglucemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, deficiencia de vitamina B6
- Malformaciones congénitas, genéticas, cromosómicas y metabólicas heredadas.

De la edad de los 2 a 12 años su causa puede ser:

- Idiopática
- Infección aguda del SNC
- Trauma craneal
- Crisis febriles <sup>15</sup>

La epilepsia idiopática se inicia generalmente entre los 2 y 4 años de edad.

<sup>16</sup>

El status epiléptico la etiología más frecuente es idiopática en un 24%, traumas craneales 24%, y abstinencia del alcohol 11%.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Ib. p. 252

<sup>16</sup> El Manual de Merck .Op. cit. p. 1600

<sup>17</sup> Feria Velasco Alfredo. Op. cit. p. 252

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 6. FACTORES PREDISPONENTES

Hay factores que pueden precipitar la frecuencia de actividad comicial, estos factores pueden ser la hipoxia, hipoglucemia, e hipocalcemia es más probable que se produzcan en los grupos de edad más jóvenes. Otros factores pueden ser el sueño o con los ciclos menstruales, luces destellantes, que desencadenan especialmente crisis de petit mal, la fatiga o descenso en el estado de salud del paciente, olvidar las comidas, la ingesta de alcohol o el estrés psíquico o emocional.<sup>18</sup>

## 7. DIAGNOSTICO

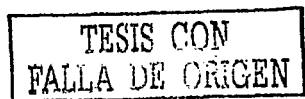
El diagnóstico temprano y el inicio tratamiento oportuno mejora sensiblemente el pronóstico. En el caso de la epilepsia, el diagnóstico temprano, depende del diagnóstico clínico y electroencefalográfico de la primera crisis epiléptica, así como de otro factores que ayudarán a decidir si se inicia o no, el tratamiento.<sup>19</sup>

- Se presenta como un inicio súbito de alteraciones paroxísticas transitorias y recurrentes, de las funciones cerebrales, seguidas generalmente con alteración de la conciencia.
- Los signos clínicos suelen variar, desde anomalidades conductuales, hasta convulsiones prolongadas o continuas.
- Existencia de alteraciones estructurales o funcionales del SNC.
- Puede haber historia familiar de epilepsia.<sup>20</sup>

<sup>18</sup> Malamed F. Stanley. Op. cit. pp. 283,284

<sup>19</sup> Feria Velasco Alfredo. Op. cit. p. 9

<sup>20</sup> Ib. p. 256



Hay que realizar estudios complementarios como son:

Hemograma, estudio toxicológico, análisis de orina, radiografías de cráneo y de tórax, Encefalograma (ECG), glucosa, perfil hepático y magnesio. Además el estudio de tomografía axial computerizada (TAC) en donde se revela la prevalencia de áreas de disfunción cerebral.<sup>21</sup>

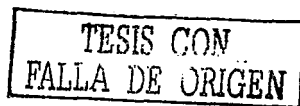
## 8. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Existen un grupo de trastornos recurrentes que deben diferenciarse de las crisis epilépticas:

- Crisis de apnea (del recién nacido)
- Espasmos del sollozo
- Síncope: cardíaco, vagal, de tos, de micción, por hipotensión ortostática o por isquemia cerebral transitoria, (anóxico-isquémico)
- Trastornos del sueño: enuresis, terror nocturno, sonambulismo, mioclonus nocturno, rechinar los dientes, (bruxismo), narcolepsia-cataplexia.
- Trastornos del movimiento: tics, conductas estereotipadas motoras
- Vértigo: paroxístico de la infancia, posicional
- Psicológicos: crisis pseudoepilépticas, masturbación, crisis por simulación
- Crisis febriles: crisis convulsivas de duración breve producidas por elevación de la temperatura del niño sano<sup>22</sup>

<sup>21</sup> El Manual de Merck. Op. cit. p. 1601

<sup>22</sup> Feria Velasco Alfredo. Op. cit. p. 6



## 9. ATENCION ODONTOLÓGICA

Para la atención odontológica llevaremos a cabo la evaluación del paciente, que se realiza mediante:

- Historia clínica
- Exámen físico
- Historia dialogada

Nosotros podremos ser capaces de evaluar el estado físico y psicológico de nuestro paciente, debemos consultar con el médico tratante y en caso necesario modificar el plan de tratamiento odontológico.

Es de interés, mencionar que antes de realizar cualquier tratamiento odontológico debemos llevar a cabo una historia clínica (ver anexo), y hacer preguntas específicas sobre las crisis que ha presentado el paciente(historia dialogada).

La inspección visual que llevaremos a cabo debemos fijarnos en los movimientos corporales involuntarios ya que en los pacientes conscientes suelen ser indicativos de alteraciones graves, el habla de los pacientes epilépticos es lenta (por medicamentos), como los barbitúricos, las respuestas rápidas nos indican ansiedad (indicativos de sedación). Por lo tanto, debemos saber reconocer la ansiedad porque está puede desencadenar la crisis convulsiva.

### **9.1 SISTEMA DE CLASIFICACION DEL ESTADO FISICO**

La American Society of Anesthesiologist, adoptó en 1962 lo que actualmente se suele conocer como Sistema ASA del clasificación del estado físico, es utilizado para evaluar el riesgo que presenta un paciente en el que pretendemos administrar anestesia para realizar una técnica quirúrgica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>CLASIFICACION ASA</b>
<b>ASA I</b> : paciente sin enfermedad sistémica; paciente sano normal
<b>ASA II</b> : paciente con enfermedad sistémica leve (epilepsia bien controlada)
<b>ASA III</b> : paciente con enfermedad sistémica grave que limita su actividad, pero no es incapacitante (epilepsia no totalmente controlada)
<b>ASA IV</b> : paciente con enfermedad sistémica incapacitante que afecta constantemente su vida normal (epilepsia incontrolada, con historia de hospitalización)
<b>ASA V</b> : paciente moribundo, que no se espera que sobreviva en 24 horas, con o sin intervención
<b>ASA E</b> : intervención de urgencia, en cualquier categoría; la E precede al número que indica el estado físico del paciente

En caso de pacientes que se encuentren clasificados dentro de ASA III, IV, V y E, nunca los atenderemos en el consultorio dental. Por lo que solo describiremos la clasificación ASA I, II y III, está última esperando que el médico tratante controle por completo la epilepsia.

#### ASA I

No suele ser necesario establecer modificaciones en el tratamiento de los pacientes de este grupo. Estos pacientes suelen subir un tramo de escalera sin sufrimiento respiratorio. Ellos constituyen una "luz verde" para el tratamiento.

#### ASA II

Estos pacientes constituyen una luz amarilla, se puede realizar procedimientos dentales electivos sin que ello suponga un mayor riesgo para el paciente. Hay que considerar ciertas modificaciones posibles, por lo general son capaces de realizar actividades normales sin experimentar sufrimiento, como fatiga indebida, disnea o dolor precordial.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### ASA III

Es igual que para los pacientes ASA II es decir seguir con precaución, no está contraindicado el tratamiento dental electivo, ya que el paciente no tiene un riesgo considerablemente mayor durante el mismo.<sup>23</sup>

Para reconocer la ansiedad debemos detectar:

- Tensión arterial y frecuencia cardiaca elevadas
- Temblores
- Sudoración excesiva
- Papilas dilatadas.

Al recibir al paciente cuando llega a la consulta sentiremos las palmas de las manos frías, sudoración, postura rígida, están en alerta, se sientan en el borde del sillón, observaremos el síndrome de los nudillos blancos, ya que el paciente agarra con fuerza el reposabrazos del sillón y los nudillos se observan blancos. Dentro de las recomendaciones que debemos dar antes de la consulta es que el paciente debe descansar adecuadamente la noche anterior a la cita, cuando nosotros no podemos controlar la ansiedad, el médico tratante podrá prescribir un ansiolítico o un fármaco hipnótico sedante (triazolam o fluorazepam), una hora antes de acostarse, habrá ocasiones en que el medicamento se tenga que administrar una hora antes del tratamiento.

Se sugiere citar al paciente en las primeras horas de la mañana, reducir el tiempo de espera, pues el paciente puede fantasear cosas terribles, en base a los olores o ruidos dentro del consultorio. También controlar el dolor es un aspecto muy importante pues si este no es manejado adecuadamente aumentamos el estrés y por tanto, el riesgo de que se presente una crisis convulsiva.

---

<sup>23</sup> Malamed F. Stanley. Op. cit. pp.11,23,36,41,43

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La duración del tratamiento para un paciente ASA I o II, el paciente suele preferir menor número de citas aunque estas se extiendan un poco más, pero los pacientes que estén comprometidos medicamente lo aconsejable es realizar citas cortas, pues lo expondremos a un riesgo innecesario, cuando nosotros excedamos el tiempo el paciente comenzará a fatigarse, presentará inquietud, sudoración y malestar evidente.<sup>24</sup>

### **9.2 HISTORIA DIALOGADA PARA PACIENTES EPILÉPTICOS**

A un paciente que sufre convulsiones se le deben realizar las siguientes preguntas:

1. ¿Cuándo ocurrió el primer ataque?
2. ¿Fue precipitado por algún accidente o asociado a alguna enfermedad aguda?
3. ¿Cuánto tardó en presentarse el segundo ataque?
4. ¿Cuál es el intervalo habitual entre los ataques?
5. ¿Aumentan en frecuencia?
6. ¿Los ataques se producen en brotes?
7. ¿Ha tenido el paciente una serie de ataques sin recuperar la conciencia?  
¿Ocurren los ataques a alguna hora especial del día?
8. ¿Se presentan solamente de día o de noche?
9. En caso de las mujeres, ¿Tiene alguna relación con los períodos menstruales? ¿Hay algún factor conocido que precipite los ataques?
10. ¿Cómo comienza el ataque?
11. ¿Es su comienzo local o general, gradual o repentino?
12. ¿Se pierde la consciencia?
13. ¿Ocurren movimientos convulsivos?
14. En caso positivo ¿son ellos simétricos o asimétricos?

---

<sup>24</sup> Ib. pp. 38-40, 286, 287



15. ¿Se ha herido el paciente alguna vez durante el ataque?, ¿Se ha mordido la lengua u orinado?
16. ¿Cuánto dura el ataque?
17. ¿En que condiciones queda el paciente después?
18. ¿Los ataques son seguidos de cefaleas, somnolencia, parálisis o perturbaciones mentales, tales como automatismos?
19. ¿Qué tratamientos ha recibido y cómo a respondido a ellos?
20. ¿Ha sufrido alguna vez traumatismo craneano?
21. Si los ataques no comenzaron en la niñez, ¿sufrió de convulsiones infantiles?
22. ¿Existen en la familia antecedentes de epilepsia, de desmayos o de trastornos mentales?<sup>25</sup>

Después de obtener datos del paciente al llevar a cabo un examen exhaustivo del estado físico y realización de la historia dialogada evaluaremos el estado del paciente y realizaremos modificaciones al tratamiento en caso necesario, y se evaluará el riesgo de tratamiento en el consultorio dental.

Cuando nosotros realicemos el cuestionario dentro de este debemos saber si el paciente presenta nerviosismo y si el a tenido alguna mala experiencia.

Es muy frecuente que se presenten convulsiones dentro del consultorio dental, incluso en pacientes epilépticos controlados por el estrés que ellos puedan presentar en ese momento.

Debemos de determinar el tipo de convulsiones de nuestro paciente, la frecuencia e incidencia, y los fármacos con los que están controlando al paciente.

---

<sup>25</sup> Brain Lord. Enfermedades del sistema nervioso. Librería el Ateneo. Argentina. 2da. Edición. 1965.p.635

## 10. PLAN DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Dentro del papel que nosotros tenemos como odontólogos debemos de saber tratar:

1. La crisis epiléptica
2. Tratamiento de la hiperplasia gingival
3. Traumatismos
4. Lesiones en labios, carrillos y lengua
5. Preferir siempre aparatología fija que removible.

### 10.1. TRATAMIENTO FRENTE A LA CRISIS EPILÉPTICA

El tratamiento del paciente durante la fase tonicoclónica de una convulsión generalizada está enfocado a prevenir las lesiones y a garantizar la ventilación, durante la fase convulsiva el paciente presenta grados de depresión del SNC, cardiovascular y respiratorio, que pueden requerir un tratamiento de apoyo adicional.

En estos pacientes por lo general, tendremos conocimiento previos de sus crisis por lo que debemos nosotros ya estar preparados para esta situación.

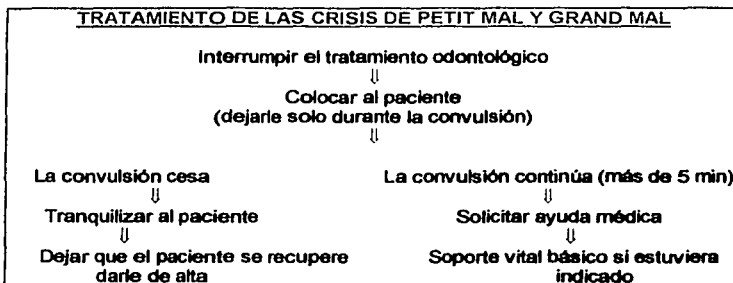
Dentro de las convulsiones de petit mal y convulsiones parciales no existe riesgo para el paciente, la duración es tan corta que el personal no se da cuenta que se ha producido.

Dentro de las características que se presentan en la crisis de petit mal y las parciales son:

- Comienzo súbito de inmovilidad y mirada en blanco
- Comportamiento automático sencillo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Parpadeo lento
- Escasa duración (petit mal 5-30 sg y una convulsión parcial de 1-2 min.)
- Rápida recuperación



Dentro de las pistas diagnósticas para las convulsiones tonicoclónicas generalizadas (grand mal):

- Existencia de una aura previa a la pérdida de conocimiento
- Pérdida de conocimiento
- Contracción muscular tonicoclónica
- Dientes apretados, lengua mordida<sup>26</sup>
- Incontinencia

<sup>26</sup> Malamed F. Stanley. Op. cit. p.291

**TRATAMIENTO DE LAS CONVULSIONES TONICOCLONICAS  
GENERALIZADAS (GRAND MAL)**

**FASE PRODRÓMICA**

**Interrumpir el tratamiento odontológico**

**FASE ICTAL**

⇓

**Colocar al paciente (supino, con las piernas ligeramente elevadas)**

**Solicitar ayuda médica**

⇓

**Proteger al paciente frente a las lesiones**

⇓

**Soporte vital básico, si estuviera indicado**

⇓

**Administrar oxígeno**

⇓

**Monitorizar los signos vitales**

**FASE POSTICTAL**

⇓

**Proporcionar soporte vital básico, si estuviera indicado**

⇓

**Tranquilizar al paciente y dejar que se recupere**

⇓

**Dar de alta al paciente**

⇓

**A su domicilio**

**al hospital**

⇓

**a su médico**

<sup>27</sup> Ib, pp.291, 295

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## 10.2 CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA HIPERPLASIA GINGIVAL

La encía adherida aparecerá con nódulos firmes con aspecto granular en la superficie labial, el agrandamiento gingival se da como un festón o media luna marginal lo que reduce la longitud de la corona clínica, es poco frecuente la migración apical del epitelio de unión por lo que crean pseudobolsas.<sup>28</sup>

La hiperplasia se da sobretodo en la zona vestibular, (por la respuesta exagerada del tejido conectivo por la alteración de la función corticoadrenal). La encía es extremadamente fibrosa, la hiperplasia puede ocasionar retardo en la erupción de los dientes permanentes y apertura de la oclusión por el abultamiento del tejido gingival.

Las zonas en frecuencia más afectadas son:

- Zona vestibular anterior superior
- Zona superior vestibular anterior inferior
- Zona vestibular superior posterior
- Zona vestibular inferior posterior<sup>29</sup>

El agrandamiento gingival es uno de los factores colaterales más frecuentes y molestos de la fenitoína, y está se incrementa cuando la fenitoína se combina con otros fármacos antiepilépticos, además la fenitoína provoca alta incidencia de caries, pérdida dental, alteración masticatoria, provoca además la fascie hidantoinica (agrandamiento de labios e hipertricosis facial).<sup>30</sup> el fenobarbital

<sup>28</sup> Genco, J. Robert. *Periodoncia*. México, Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 1ra. edición. 1993. pp. 186,284

<sup>29</sup> Baer N. Paul. *Enfermedades periodontales en niños y adolescentes*. Ed. Mundi. Paraguay. 1989. p. 88

<sup>30</sup> Hernández Pérez Miguel Angel. *Principios generales de la atención odontocestomatológica del paciente epiléptico*. Servicio de Neurología. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. 2000. pp. 1-7

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

provoca un agrandamiento circular uniforme sin lobulación, mientras que la fenitoína hay crecimiento de la papila interdental y lobulaciones.<sup>31</sup>

El agrandamiento gingival no solo se da por la fenitoína sino también por el ácido valproico y el fenobarbital.<sup>32</sup> ,en el caso de fenobarbital, la higiene personal del paciente y un control de placa adecuado, esta en relación a la hiperplasia gingival.<sup>33</sup>

Todas las razas y sexos son susceptibles, los afectados con mayor frecuencia son los adolescentes y adultos jóvenes de 30 años más que personas de edad media y ancianos. Es clínicamente evidente, el agrandamiento en los primeros 6 a 9 meses de tratamiento como extrusión y sobrecrecimiento de las papilas interdentales, formando masas de tejido firme, móviles y triangulares; ni la prevalencia ni la gravedad se correlacionan de manera positiva con la dosis del fármaco; se menciona que la dosis del fármaco y la duración del tratamiento tiene importancia dudosa sobre la hiperplasia gingival.

La higiene bucal es muy difícil en estas zonas por lo que hay acúmulo de placa provoca infecciones y caries cervical y esmalte, el paciente frecuentemente produce halitosis.

Realizar profilaxis frecuente, higiene rigurosa y cuidadosa ,disminuir el compuesto inflamatorio del crecimiento, y necesidad de resección quirúrgica, (con escalpelo o electrocirugía). Enjuagues con clorhexidina.

<sup>31</sup> Kamali F. Mc Laughlin. *The effect of multiple anticonvulsant therapy on the expression of phenytoin-induced gingival overgrowth.* Journal of Clinical Periodontology. Vol. 26. 1999. pp. 802-803

<sup>32</sup> Anderson, H. Howard. *Gingival overgrowth with valproic acid.* Journal of dentistry for children. Vol.64. Number 4. 1994. pp. 294-297.

<sup>33</sup> Gregoriou Androniki. *Phenobarbital-induced gingival overgrowth.* Journal of dentistry for children. Vol. 63. number 6. 1996. pp.408-413

Para llevar a cabo el tratamiento de la hiperplasia gingival se menciona el procedimiento de la gingivectomía en el consultorio con anestésico local, la cicatrización se dará sin problema y se espera recurrencia de 1 a 2 años sobretodo en los pacientes menores de 25 años, pero incrementa la recurrencia en menor tiempo si la higiene es inadecuada,<sup>34</sup> se menciona, también la eliminación de factores irritativos.<sup>35</sup>

Reemplazar si es posible la fenitoína en interconsulta con el neurólogo, puede presentarse regresión del tejido agrandado en dos meses si la higiene del paciente es buena.



FIGURA 1, 2 y 3 . Hiperplasia inducida por medicamentos antiepilépticos

### 10.3 TRAUMATISMOS BUCALES POSCRISIS

Las lesiones dentales en un niño con epilepsia, son muy frecuentes, ya que el niño sufre pérdida de la conciencia y no hay manera que pueda reaccionar ante ello, y el cirujano dentista debe estar preparado para tratarlas

<sup>34</sup> Genco J. Robert. Op. cit. pp. 284,285,287

<sup>35</sup> Barr N Paul. Op. cit. p. 88 pp.

Nosotros como odontólogos debemos:

- Conocer las técnicas para tratar las lesiones traumáticas
- Estar disponible durante y luego de las horas de consulta a fin de dar el tratamiento indicado al paciente.<sup>36</sup>

En todos los casos debemos completar la historia del traumatismo y realizar un examen completo.

Salud general. Documentar si el trauma causo inconsciencia, amnesia, cefalea, vómitos, hay que preguntar a los padres sobre problemas médicos como sería el caso de la epilepsia.<sup>37</sup>

Dentro del diagnóstico, debemos hacer tres preguntas fundamentales:

¿Cuándo?, tiempo transcurrido del accidente y la atención, por lo tanto, el tratamiento inmediato en las primeras seis horas, y el tratamiento tardío después de este tiempo.

¿Dónde?, dependiendo del lugar y la presencia de restos sangrantes en los tejidos blandos, se instituirá la profilaxia antitetánica.

¿Cómo?, investigar con la madre o responsable, la manera de cómo ocurrió el accidente.

Evaluaremos si el tratamiento lo llevaremos a cabo en el consultorio dental o si remitimos al paciente al hospital.

<sup>36</sup> Pinkham, J.R. Odontología pediátrica. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. México. 1ra. Edición. 1991. p. 175

<sup>37</sup> Koch D.H. Odontopediatría, enfoque clínico. Ed. Médica Panamericana. Argentina. 1994. pp.167, 168

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## EXAMEN CLINICO

### EXAMEN EXTRAORAL

Debemos palpar el esqueleto facial para establecer alguna falta de continuidad en los huesos de la cara. Registraremos las heridas y los hematomas extraorales y palpar la articulación temporomandibular, en la cuál registraremos tumefacciones, chasquidos o crepitaciones.

### EXAMEN INTRAORAL

Examinaremos el diente para observar sino presenta fracturas, exposiciones pulpares, dislocaciones, desplazamiento de los dientes, movilidad horizontal, vertical, o ambas, se registrará la respuesta de los dientes tanto a la palpación y percusión. En la dentición primaria, no se efectúan los procedimientos para evaluar la vitalidad pulpar, ya que los niños carecen de la capacidad para comunicarnos de manera objetiva sus reacciones a la pruebas pulpares.<sup>38</sup>

### EXAMEN RADIOGRAFICO

Las radiografías son una parte importante del diagnóstico para realizar un buen tratamiento, observaremos fracturas radiculares, estado de la raíz en desarrollo, dimensión de la cámara pulpar, radiolucidez periapical, reabsorción interna o externa, grado de dislocación, posición de los dientes no erupcionados, fracturas maxilares y presencia de fragmentos dentarios u otros cuerpos extraños en los tejidos blandos.<sup>39</sup>

Cuando nosotros necesitemos establecer la presencia de cuerpos extraños, como el caso de fragmentos dentarios en los labios o en la lengua, colocaremos la película por debajo del tejido a examinar.

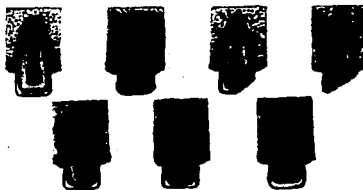
<sup>38</sup> Pinkham, J.R. *Odontología Pediátrica*. Op. cit. pp. 180,181

<sup>39</sup> Reynaldo, de Figueroa Walter Luiz. *Odontología para el bebé*. Venezuela. 1era. Edición. 2000. p. 188

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 10.3.1 TRAUMATISMOS A LOS DIENTES

- Fracturas del esmalte.
- Fracturas del esmalte y dentina
- Fracturas que afectan la pulpa
- Fracturas radiculares.<sup>40</sup>



**FIGURA 4.** Clasificación de lesiones en tejidos duros dentales y de la pulpa

**FRACTURAS DEL ESMALTE.** Se tratará eliminando bordes con discos de lija o fresas de diamante de baja.<sup>41</sup>

**FRACTURAS DEL ESMALTE Y DENTINA.** Se cubrirá con hidróxido de calcio, se restaurará con resina compuesta.

<sup>40</sup> Pinkham J.R. *Odontología Pediátrica*. Op. cit. pp.181, 185

<sup>41</sup> Koch D.H. Op. cit. p. 170

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **FRACTURAS QUE AFECTAN LA PULPA:**

Hay que considerar:

*La vitalidad pulpar, tamaño de la exposición, tiempo transcurrido desde la exposición, grado de maduración radicular del diente fracturado, posibilidad de restaurar la corona fracturada.*

La finalidad del tratamiento es preservar una pulpar vital, para permitir el cierre fisiológico del ápice radicular en dientes inmaduros. No siempre es posible conservar tejido vital en todo diente, hay disponibles tres opciones: Recubrimiento pulpar directo, pulpotomía, pulpectomía.

**FRACTURAS RADICULARES.** El tratamiento dependerá del nivel en que se encuentre la fractura, dentro de las que se encuentran con un pronóstico favorable son las que están en el tercio apical.

El tratamiento apropiado de las fracturas radiculares en la dentición permanente comprende la reubicación de la porción coronal del fragmento dental (si esta desplazado) y la inmovilización firme con férula durante dos a seis meses, no debemos realizar un tratamiento endodóntico si no hay evidencias los signos clínicos y radiográficos de necrosis o resorción.<sup>42</sup>

### **10.3.2. TRAUMATISMO A LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE**

- Concusión
- Movilidad
- Lesiones intrusivas
- Lesiones extrusivas y luxaciones laterales
- Avulsiones

<sup>42</sup> Pinkham J.R. Op. cit. pp.177, 185, 428, 427, 430, 431, 433

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**FIGURA 5. Lesiones de los tejidos periodontales**

**CONCLUSIÓN.** El diente no está móvil, ni desplazado, el ligamento periodontal absorbe la lesión y presenta inflamación. Cuando el niño se queja de dolor, es necesario sacar el diente de oclusión.

**MOVILIDAD.** El diente se encuentra flojo pero no se desliza del alveólo. Se dan indicaciones para que el niño no coma con los dientes afectados, en un mes se llevará a cabo un exámen de seguimiento.

**INTRUSIÓN.** El diente se introduce en su alveólo, el ligamento está comprimido, y causa a menudo una fractura de compresión en el alveólo. La afectación del germen de los incisivos superiores permanentes puede afectarse por la intrusión de los temporales.

Se mencionan tres tratamientos para la intrusión, aguardar la resorción espontánea, reubicar ortodómicamente o llevar de nuevo el diente a su posición original con fórceps.

**EXTRUSION Y LUXACIÓN LATERAL.** La extrusión es una dislocación central del diente a partir de su alveólo.

La luxación lateral el diente se desliza en dirección labial, lingual o lateral, con frecuencia rompe el ligamento y puede haber fracturas en el alveólo de soporte.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se sugiere la extracción de los dientes temporales por el potencial daño subsecuente a los gérmenes de los dientes permanentes en desarrollo.

En los casos de dientes permanentes jóvenes, reubicaremos el diente y ferulizaremos durante dos a tres semanas, en caso de que tengan ápices cerrados los dientes sufren necrosis pulpar por lo que se iniciará el tratamiento endodóntico luego de ferulizarlos, en caso de ápices abiertos pueden conservar su vitalidad, y por tanto, se pospondrá el tratamiento endodóntico, hasta que no presente el diente signos clínicos o radiográficos de necrosis.

Cuando los dientes permanentes jóvenes presentan luxación lateral hay que reubicar los dientes y los fragmentos alveolares, por lo que colocaremos una férula de tres a ocho semanas, dependiendo del daño, tener una exhaustiva higiene, la regeneración del hueso alveolar en niños se da aproximadamente en ocho semanas, cuando los ápices están cerrados, la pulpa sufre necrosis, por lo que después de ferulizar hay que hacer tratamiento endodóntico, y en dientes con ápices abiertos hay que tenerlo en vigilancia hasta que se presenten signos y síntomas de necrosis.

*AVULSIONES.* El diente se desprende de manera completa del alveolo. Se corta el ligamento periodontal pero pueden ocurrir fracturas alveolares. No se reimplantarán los dientes primarios avulsionados, debemos informar a los padres sobre la posible lesión de los dientes permanentes, y que los dientes primarios se pierdan de manera prematura, la erupción de los dientes permanentes puede retrasarse por uno o dos años, por la producción de tejido cicatrizal fibrótico.

En pronóstico de dientes permanentes jóvenes avulsionados va a mejorar conforme más rápido se le trate.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Procedimiento de reimplantación:

1. Es preciso sostener al diente por la corona para no dañar el ligamento
2. Se enjuagará el diente con cuidado con suero fisiológico, no tallar o esterilizar el diente
3. Es necesario reimplantarlo por medios manuales en su alveólo.
4. Debemos llevar a cabo un control radiográfico
5. Ferulizar el diente
6. Administrar antibioticoterapia para prevenir la resorción radicular inflamatoria y la invasión bacteriana de la pulpa<sup>43</sup>

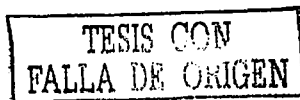
Cuando no es posible reimplantar de inmediato, el mejor medio de transporte es la leche, ya que es aséptica y su osmolaridad es más favorable que la solución salina, la saliva o el agua corriente para preservar la vitalidad de las células del ligamento periodontal.

En dientes permanentes jóvenes con ápices cerrados, se usa una férula de siete a diez días, se coloca hidróxido de calcio después de una semana, impedirá esto la resorción radicular inflamatoria. En dientes inmaduros con ápices abiertos, se feruliza por dos semanas lo que permitirá que los tejidos neurovasculares se reanastomosen, y esperaremos a que se presenten los signos y síntomas de necrosis antes de un tratamiento endodóntico.

En los pacientes epilépticos es importante que evaluemos en forma exhaustiva, la posibilidad de reimplantación ya que el paciente puede presentar una hiperplasia gingival que no nos permita tener una buena guía de reimplantación, y no se pueda realizar una buena ferulización por la invasión de tejido gingival en la corona dental.

---

<sup>43</sup> Ib. pp.173, 174, 179



#### 10.4 LESIONES DE ENCIA Y MUCOSA ORAL

Es frecuente que el paciente epiléptico sufra de lesiones de mucosa, labios o lengua tienen que ser suturadas después de un cuidadoso desbridamiento y limpieza de cuerpos extraños. En caso de presentarse una laceración de la encía es necesario que coloquemos en una exacta posición los tejidos para asegurar su curación, se aconseja que el paciente realice enjuagues con clorhexidina, para reducir el riesgo de infección durante la cicatrización de la herida.

Los hematomas submucosos en la región vestibular o en el piso de la boca pueden indicarnos fracturas de la mandíbula y está indicado un cuidadoso exámen radiográfico.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Koch Göran. Op. cit. p.185



**FIG. 6, 7, 8. LESIONES EN LENGUA.** Lesión por mordedura de lengua, después de un ataque epiléptico, la herida se encuentra abierta y cubierta con sustancia sebosa. En la segunda figura mordisco de lengua, con relación con los dos molares



**FIG. 9 y 10. MORDEDURA DE CARRILLO Y LABIO RESPECTIVAMENTE**



**FIG.11, 12, 13. LESIONES EN LABIO,** con colocación de apósito de fibrina, bajo anestesia local.

<sup>45</sup> Strauberg, M. *Maxilar oral. Atlas a color de enfermedades.* Martin Libros. 3era. Edición. 1996. pp. 733, 735, 764, 774



## 11. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Se manejan tres técnicas las cuáles son desensibilización, el modelamiento, y el manejo de la contingencia, que son efectivas para el tratamiento de la ansiedad, por lo que están indicadas en el paciente epiléptico.

La desensibilización, el modelamiento y el manejo de la contingencia son métodos efectivos para el control en la conducta del niño durante la visita inicial y las consecuentes, cuando utilizamos las técnicas en conjunto nos dan resultados excelentes y consultas muy satisfactorias.

### 11.1 DESENSIBILIZACION

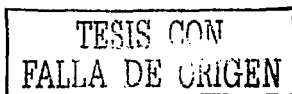
Consiste en inducir al paciente a un estado de profunda relajación muscular y a describir, mientras se encuentra relajado, escenas imaginarias vinculadas con sus temores, se presentará al paciente las escenas por jerarquía, por lo que las que provocan mínima ansiedad serán descritas al principio.<sup>46</sup>

Es eficaz en las siguientes situaciones:

- Durante la visita odontológica inicial del niño
- En las visitas subsiguientes cuando se van a llevar a cabo procedimientos que son nuevos para el niño
- Cuando se tratan de pacientes referidos que no han sido familiarizados con las técnicas odontológicas

La técnica de Decir-Mostrar-Hacer, el objetivo de esta técnica es luchar contra el temor de un niño de los objetos y personas extrañas que lo rodean.

<sup>46</sup> Ripe, Louis W. Manejo de la conducta odontológica del niño. Ed. Mundi. Buenos Aires, Argentina. 1984, pp. 63-70



Primero el odontólogo debe decirle al niño sobre la situación y lo que se va a realizar, luego, se le mostrará el nuevo ambiente (se le volverá a hablar sobre él) y, finalmente, se hará lo que se le dijo (y se le hablará nuevamente sobre ello), este procedimiento deberá ser continuo durante todo el tratamiento, para presentar un nuevo instrumento o procedimiento, así como, una nueva persona, para orientar al niño gradualmente a los estímulos que provocan ansiedad, y para que el niño sea capaz de enfrentar la situación.

Debemos de emplear un lenguaje que el niño nos pueda comprender, la amistosidad, la empatía y los intentos de hacer la cita lo más agradable para el niño nos servirán para llevar a cabo una inhibición recíproca de los estímulos que provocan ansiedad.

Como mencionamos anteriormente debemos de jerarquizar los tratamientos por lo que Ripa sugiere es la introducción, la orientación, el examen, la profilaxis y la aplicación de fluoruros, las radiografías, el tratamiento operatorio y por último los procedimientos quirúrgicos.

### 11.2. MODELAMIENTO

En esta técnica se le permite al paciente que observe a uno o varios individuos que muestren una conducta apropiada, el paciente frecuentemente imitará la conducta del modelo cuando sea colocado en una situación similar, el modelo puede estar presente (vivo) o filmado (simbólico).<sup>47</sup>

### 11.3 MANEJO DE CONTINGENCIA

Esta técnica consiste en la presentación o retiro de reforzadores. Existen dos tipos de reforzadores, positivos y negativos. El reforzador positivo es uno cuya presentación contingente aumenta la frecuencia de la conducta. Un reforzador

---

<sup>47</sup> Ib.pp. 80-85 .

negativo es uno cuyo retiro contingente aumente la frecuencia de una conducta. Así, un reforzador negativo es comúnmente la terminación de un estímulo adversivo.

Los reforzadores se clasifican en materiales sociales o de actividad. Los materiales son considerados como los más efectivos para los niños, los sociales probablemente representan la mayor parte de todos los eventos reforzadores efectivos, debido a que la gente ha aprendido a valorar a otras personas, los de actividad implican la oportunidad o el privilegio de participar en una actividad preferida después de la realización de una conducta menos deseada.

Estas técnicas se llevarán a cabo en el paciente epiléptico para producir tranquilidad en el paciente y reducir la ansiedad del paciente, y por tanto, poder llevar a cabo un tratamiento exitoso, sin riesgos en el consultorio dental.

#### 11.4 MANEJO DE LAS CONDUCTAS INTERRUPTIVAS DE LOS NIÑOS

Estas técnicas son:

1. control de voz
2. restricción física
3. técnica de la mano sobre la boca y sus variaciones
4. hipnosis
5. analgesia con óxido nítrico
6. premedicación
  - a) sedantes hipnóticos
  - b) drogas ansiolíticas y antihistaminas
  - c) combinaciones de droga
7. anestesia general.<sup>48</sup>

---

<sup>48</sup> Ib. pp. 63-92

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Nunca técnicas de control de voz, restricción física ni la técnica mano sobre boca serán llevadas a cabo en un paciente epiléptico, pues incrementan el estrés. La premedicación siempre será llevada a cabo con interconsulta con el neurólogo, y la anestesia general, nunca las llevaremos a cabo en el consultorio dental.

La hipnosis se ha comprobado que reduce la ansiedad en niños al recibir el tratamiento dental, junto con la técnica de sedación por inhalación y con las técnicas adecuadas para llevar a cabo el manejo del niño.<sup>49</sup>

## 12. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En el caso de :

**Convulsiones tónicoclónicas generalizadas (grand mal) o parciales focales:**

*fenitoína, carbamazepina, fenobarbital, primidona, ácido valproico.*

**Crisis de ausencia (petit mal):** *etosuximida, ácido valproico, clonazepam.*

**Crisis mioclónicas:** *ácido valproico, clonazepam.*<sup>50</sup>

Los anestésicos no van a interactuar con la medicación antiépiléptica y no van a incrementar el riesgo de que nuestro paciente presente una crisis.<sup>51</sup> La mayor parte de los analgésicos son estimulantes cerebrales, lo que puede inducir a una ataque epiléptico, por lo que siempre al colocar anestesia local al paciente debe estar bien controlado.<sup>52</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<sup>49</sup> Shaw J. Andrew. *The use of hypnosis in a sedation clinic for dental extractions in children.* Journal of dentistry. 1996. pp.418-420

<sup>50</sup> Malamed F. Stanley. Op. cit. p.285

<sup>51</sup> Bennett Richard. *Anestesia local y control del dolor en la práctica general.* Ed. Mundi. Argentina. 5ta. Edición. 1974. pp. 252, 253

<sup>52</sup> Roberts D.H. *Analgésia local en odontología.* Ed. El manual moderno. México. 1982. p.66

### 13. CAUSAS DE LA RECURRENCIA DE LAS CRISIS.

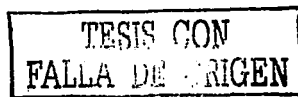
En el caso especial de los antiepilépticos el paciente puede suspenderlos o reducir la dosis al comenzar a notar que no han recurrido las crisis, que se siente bien y que el medicamento no sólo tiene un valor preventivo o supresivo, observa que no hay consecuencias inmediatas de omitir una o dos tomas del medicamento.

Los errores de obediencia suelen ocurrir por lo común en los extremos de la edad: con los niños pequeños se presentan por quejas de sabor o deglución, las madres piensan que es una dosis excesiva o que la severidad de la epilepsia no es tal.

La politerapia es otro factor que contribuye a la recurrencia de las crisis ya que las numerosas tomas por día o características físicas del medicamento favorecen a la pobre obediencia a la prescripción. La aparición de efectos colaterales, que los pacientes lo relacionan con el medicamento es una excusa para que ellos abandonen el tratamiento, por lo que el debe recibir una explicación breve pero precisa de los efectos colaterales que puedan presentarse.

La familia contribuye de manera importante en el seguimiento del tratamiento puesto que debe supervisar las tomas de los medicamentos, especialmente cuando se asocian a la epilepsia o deficiencia mental o trastornos orgánicos de la personalidad.<sup>53</sup>

<sup>53</sup> Feria Velasco, Alfredo. Op. cit. pp. 296-298



## CONCLUSIONES

El cirujano dentista será capaz de saber tratar al paciente epiléptico durante una crisis epiléptica en el consultorio dental, evaluar el riesgo que implica la atención odontológica en estos pacientes y se realizarán las modificaciones en caso necesario, basándonos en la historia clínica y la historia dialogada.

Nunca llevaremos a cabo el tratamiento odontológico cuando el paciente no se encuentre controlado, o se dude de un tratamiento adecuado, por lo que será necesario la interconsulta con el neurólogo, y en caso que necesitemos la premedicación el será la única persona indicada para llevarlo a cabo.

En esta tesina se intento realizar una investigación sobre el manejo del paciente pediátrico en el consultorio dental en instituciones hospitalarias, para tener un enfoque más real sobre la situación, pero solo nos fue posible obtener información teórica y no práctica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANEXOS

- o HISTORIA CLINICA
- o ENTORNO PSICOLÓGICO Y SOCIAL DEL PACIENTE  
EPILÉPTICO
- o GLOSARIO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ENTORNO SOCIAL Y PSICOLÓGICO DEL EPILÉPTICO.

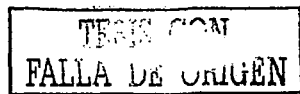
La estigmatización es un concepto que se utiliza para señalar y poner un membrete a una persona y generalmente se irradia a sus familiares; conlleva un significado negativo para la persona a quien se adjudica dicho estigma o etiqueta.

El estigma se define como los atributos personales que marcan a la gente como entes indeseables, por lo que la estigmatización se convierte, así, en un verdadero prejuicio social y se puede manifestar, entre otros, a través del encierro o aislamiento, que refleja una actitud de distanciamiento y frialdad de parte de la sociedad, de rechazo y temor hacia el epiléptico.

El paciente siempre presentará temor aunque este bien controlado, también esto es padecido por la familia. El temor puede ser también al rechazo, al ridículo y a la exclusión, por lo que el paciente tiende a aislarse.<sup>55</sup>

Se presentan conductas antisociales, la desobediencia patológica, la crueldad con los animales y severas alteraciones del sueño y del despertar, como son el sonambulismo y el bruxismo, son alteraciones observadas más frecuentemente en los preescolares con ataques epilépticos, que en la población normal, por lo que constituyen, a veces, una mayor limitación social y escolar que la misma epilepsia, entre los problemas sociales de los niños epilépticos se encuentra una alta incidencia de padres divorciados, uniones ilegítimas y de madres solteras.

<sup>55</sup> Feria Velasco Alfredo. Op. cit. pp.393,394





**FALTA**

**PAGINA**

**41**

## ENTORNO SOCIAL Y PSICOLÓGICO DEL EPILÉPTICO.

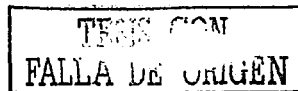
La estigmatización es un concepto que se utiliza para señalar y poner un membrete a una persona y generalmente se irradia a sus familiares; conlleva un significado negativo para la persona a quien se adjudica dicho estigma o etiqueta.

El estigma se define como los atributos personales que marcan a la gente como entes indeseables, por lo que la estigmatización se convierte, así, en un verdadero prejuicio social y se puede manifestar, entre otros, a través del encierro o aislamiento, que refleja una actitud de distanciamiento y frialdad de parte de la sociedad, de rechazo y temor hacia el epiléptico.

El paciente siempre presentará temor aunque este bien controlado, también esto es padecido por la familia. El temor puede ser también al rechazo, al ridículo y a la exclusión, por lo que el paciente tiende a aislarse.<sup>55</sup>

Se presentan conductas antisociales, la desobediencia patológica, la crueldad con los animales y severas alteraciones del sueño y del despertar, como son el sonambulismo y el bruxismo, son alteraciones observadas más frecuentemente en los preescolares con ataques epilépticos, que en la población normal, por lo que constituyen, a veces, una mayor limitación social y escolar que la misma epilepsia, entre los problemas sociales de los niños epilépticos se encuentra una alta incidencia de padres divorciados, uniones ilegítimas y de madres solteras.

<sup>55</sup> Feria Velasco Alfredo, Op. cit. pp.393,394



Las tensiones crónicas en la familia de un niño epiléptico y los efectos de la incertidumbre y de las restricciones necesariamente impuestas sobre el niño, aumentan o agravan los ataques epilépticos.

En los hogares de estos niños se vive el estrés y la infelicidad lo que aumenta la labilidad de presentar los ataques, se vive un ambiente de ansiedad excesiva; por ello, debe darse un consejo adecuado al grupo familiar de prevenir estas situaciones.

El niño con epilepsia puede ser un extraño y estar restringido y a veces hasta ridiculizado por sus maestros y compañeros, los maestros temen a la epilepsia, pero ellos desempeñan un papel importante para ayudar al niño epiléptico y el dará imagen apropiada o no de la epilepsia a otros niños.

El niño epiléptico suele presentar problemas de aprendizaje, en la forma de defectos de memoria, alteraciones en el desarrollo del lenguaje y de las funciones motoras y perceptuales. Presenta problemas por la misma terapia y por sus efectos colaterales, como lo son la somnolencia desencadenada por los medicamentos, el niño no es raro que presente tensión excesiva.

El paciente epiléptico hasta la fecha sigue siendo indiscriminado en las escuelas, desplazado en su trabajo y con frecuencia se aísla en el seno de su propia familia, por los conceptos equivocados que se han venido arrastrando de generación en generación y que tenemos la obligación de corregir, para poder establecer las bases legales, y poder ofrecerle al enfermo con epilepsia los mismos deberes y derechos que tenemos los miembros de la sociedad.

El objetivo del manejo integral es asegurar que el paciente reciba no solo el mejor tratamiento farmacológico o quirúrgico sino también se le ayude a resolver los problemas sociales y ambientales que genera su enfermedad en la mayor parte de los casos, es importante acabar con los prejuicios y los conceptos que tiene nuestra sociedad sobre la epilepsia y esto nosotros lo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

lograremos con un programa de educación para el paciente, familia y en general para la sociedad.

El enfermo con epilepsia debe tener una vida sana, tener un hábito de sueño de por lo menos 7 a 8 horas, lo que permitirá en cerca del 90% de los casos que el paciente con epilepsia pueda asistir normalmente a sus labores.<sup>56</sup>

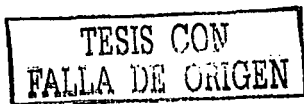
Por lo tanto, debemos manejar al paciente epiléptico de forma integral por lo que:

- Parte de la labor preventiva y terapéutica es disminuir el prejuicio social que existe hacia la epilepsia
- Los paciente con epilepsia deben de estar motivados para interactuar y relacionarse con otras personas
- Con buenos cuidados, medicamentos apropiados y educación, deben desarrollarse como entes sociales plenos
- El manejo de la epilepsia requiere mucho más que tomar el medicamento y atender a la consulta médica
- Hay poca información científica sobre los efectos sociales reales que afectan al epiléptico y a su familia
- Reconocerlos sistemáticamente y resolverlos es tan importante como establecer la dosis adecuada del fármaco apropiado y, tan necesario, como el control mismo de la crisis
- Los niños y adolescentes con epilepsia son discriminados en guarderías, escuelas públicas y privadas y clubes deportivos
- No se proporciona tratamiento antiepiléptico a pacientes detenidos en reclusorios y aislados en casas hogar
- Algunas instituciones asistenciales no cuentan con un adecuado servicio para atender a pacientes con epilepsia<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup> Ib. pp.20-22,262, 264

<sup>57</sup> Ib.pp. 398,399.,424



## GLOSARIO

- **Acidosis metabólica:** acidosis en la que existe un exceso de ácido en los líquidos corporales o un déficit de bicarbonato.
  - **Acidosis:** Aumento anormal de la concentración de hidrogeniones en el cuerpo, como consecuencia de la acumulación de ácido o de la pérdida de una base.
  - **Anorexia:** ausencia o disminución del apetito.
  - **Ansiedad:** sentimiento de intranquilidad, desasosiego, agitación, incertidumbre y miedo, que aparece al prever una situación de amenaza o de peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo y cuya causa puede ser desconocida o no admitida.
  - **Ansiolítico:** relativo a toda circunstancia que se transmite a través de un autosoma.
  - **Ansiolítico:** sedante o tranquilizante menor que se emplea fundamentalmente para el tratamiento de los episodios de ansiedad. Algunos tipos de ansiolíticos son los barbitúricos, las benzodiazepinas, la clomezanona, la hidroxicina, el meprobanato.
  - **Apnea:** ausencia de respiración espontánea.
  - **Apnea:** ausencia de respiración espontánea.
  - **Atonia:** ausencia anormal de tono o tensión muscular.
  - **Aura:** sensación a modo de luz o calor, que puede preceder a una migraña o a una crisis epiléptica.
  - **Autosoma:** todo cromosoma que no es un cromosoma sexual y que aparece en las células somáticas como por homólogo.
  - **Cefalea:** dolor de cabeza de cualquier causa.
  - **Cianosis:** coloración azulada de la piel y de las mucosas producida por un exceso de hemoglobina desoxigenada en la sangre o por un defecto estructuralmente en la molécula de hemoglobina, como a metahemoglobina.
- 

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- **Despersonalización:** sentimiento de extrañeza o irrealidad con respecto a uno mismo o su ambiente, a menudo debido a ansiedad.
- **Dieta cetogénica:** dieta rica en grasas y pobre en carbohidratos.
- **Distensión:** lesión, habitualmente muscular, que se debe a un esfuerzo físico exagerado.
- **Emésis:** vómito.
- **Enuresis:** incontinencia de orina, especialmente de noche y en la cama.
- **Espasmo:** contracción muscular involuntaria de aparición brusca, como contracciones habituales, hipo, tartamudeo, tic. 2. convulsión 3. contracción brusca y transitoria de un vaso sanguíneo, bronquio, esófago, píloro, uréter u otros órganos huecos.
- **Focal:** perteneciente a un foco.
- **Foco:** localización específica, como el lugar de una infección o el punto en el que se origina un impulso electroquímico.
- **Gingivectomía:** extirpación quirúrgica del tejido gingival infectado y enfermo, realizada para evitar el desarrollo
- **Hemograma:** registro escrito o gráfico del recuento sanguíneo diferencial que pone énfasis en el tamaño, la forma, las características especiales y el número de los elementos sólidos de la sangre.
- **Hiperglucemia:** concentración de glucosa en sangre superior a lo normal.
- **Hiperpirexia:** temperatura extremadamente elevada que a veces aparece en las enfermedades infecciosas agudas, especialmente en niños pequeños.
- **Hiperplasia:** aumento del número de células de una parte del cuerpo.
- **Hipertensión:** aumento de la presión sanguínea, enfermedad común, a menudo asintomática, sin causas conocidas.
- **Hipnótico-sedante:** fármaco que deprime de forma reversible la actividad del sistema nervioso central, utilizado principalmente para inducir el sueño y aliviar la ansiedad.
- **Hipoglucemia:** concentración de glucosa en sangre inferior a lo normal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

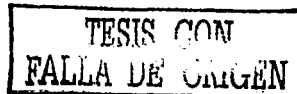
- **Hipomagnesemia:** concentración plasmática de magnesio anormalmente baja, que produce náusea, vómito, debilidad muscular, temblores, tetania y letargia.
- **Hipotensión ortostática:** descenso importante de la tensión arterial que se produce cuando el individuo se pone de pie.
- **Hipotensión:** enfermedad en que la presión sanguínea no es la adecuada para la perfusión y oxigenación normal de los tejidos.
- **Hipoxia:** tensión de oxígeno celular inadecuada, disminuida caracterizada por cianosis, taquicardia, hipertensión, vasoconstricción periférica, desvanecimiento y confusión mental.
- **Ictal:** convulsión.
- **Incontinencia:** incapacidad para controlar la evacuación.
- **Involuntario:** que sucede sin control o dirección consciente.
- **Isquemia:** disminución del aporte de sangre a una parte u órgano del cuerpo frecuentemente marcada por dolor y disfunción orgánica.
- **Midriasis:** trastorno caracterizado por la contracción del músculo dilatador, apareciendo unas pupilas ampliamente dilatadas.
- **Mioclono:** espasmo de un músculo o de un grupo de músculos.
- **Narcolepsia:** síndrome caracterizado por súbitos ataques de sueño, cataplejas, parálisis durante el sueño y alucinaciones visuales o auditivas al quedarse dormido y se acompaña de pérdida de tono muscular durante las horas de vigilia (catapleja) o mientras la persona está despierta.
- **Parestesia:** cualquier sensación subjetiva, experimental como entumecimiento, hormigueo o sensación de "pinchazos".
- **Paroxismo:** aumento noable, habitualmente episódico de los síntomas.  
2. convulsión, crisis, o espasmo.
- **Poliuria:** excreción de una cantidad anormalmente elevada de orina.
- **Postictal:** relativo o perteneciente al período que sigue a una convulsión.
- **Pródromo:** signo precoz de un proceso o enfermedad en evolución.
- **Recidivante:** relativo al retorno de una enfermedad después de un período de curación aparente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Sialorrea: flujo exagerado de saliva, que puede ir asociado a diversas alteraciones, como inflamación aguda de la boca, retraso mental, embarazo, dentición, alcoholismo o malnutrición.
- Sincope: breve pérdida de la consciencia provocada por una hipoxia cerebral transitoria.
- Síndrome: complejo de signos y síntomas provocados por una causa común o que aparecen, en combinación, para presentar el cuadro clínico de una enfermedad o anomalía hereditaria.
- Somático: V.soma, psicossomático.
- Tonicoclónico: perteneciente a espasmos musculares que a veces son tónicos y otros clónicos.<sup>58</sup>

---

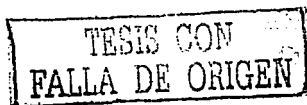
<sup>58</sup> Mosby. Diccionario médico. Disco compacto. 2000.





## BIBLIOGRAFÍA

- o Anderson, H. Howard. Gingival overgrowth with valproic acid. Journal of dentistry for children. Vol. 64. Number 4 . 1994. 294-297 pp.
- o Baer Paul N. Enfermedad periodontal en niños y adolescentes. Ed. Mundi. Paraguay. 1998. 85-93 pp.
- o Bates Barbara. Propedeútica médica. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México. 5ta. Edición. 1992. 96, 97, 702 pp.
- o Bennett Richard. Anestesia local y control del dolor en la práctica general. Ed. Mundi. Argentina. 5ta. Edición. 1974. 252, 253 pp.
- o Brain Lord. Enfermedades del sistema nervioso. Ed. Librería el Ateneo. Argentina. 2da. Edición. 1965. 633-649 pp.
- o De Figueroa Walter Reynaldo Luiz. Odontología para el bebé. Ed. Actualidades Médico Odontológicas. Venezuela. 2000. 155-181 pp.
- o Diccionario Mosby. Ed. Harcourt. Disco compacto. 2000.
- o Douglas A. Rund. Lo esencial de las urgencias médicas. Ed. El manual moderno. México. 2da. Edición. 1989. 247-251 pp.
- o El Manual de Merck. Ed. Harcourt Brace. Madrid. 9na. Edición. 1994. 1601-1610, 1630, 2222, 2223 pp.
- o Feria velasco Alfredo. Epilepsia, aspectos neurobiológicos, médicos y sociales. Ed. Trillas. 1997.



INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
LIBRERÍA EDITORIAL

- Feria Velasco Alfredo. Un enfoque interdisciplinario. Ed. Trillas. México. 2da. Edición. 1995. 19-26, 248-269 pp.
- Fujikami Kinura Takao. Atlas de cirugía ortognática maxilofacial pediátrica. Ed. Actualidades Médico Odontológicas. Venezuela.1995.
- Genco J. Robert. Periodoncia. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. México. 1993. 283-287, 770 pp.
- Giglio J.Máximo. Semiología en la práctica odontológica. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. Chile. 2000. 290-292 pp.
- Gregoriou Androniki. Phenobarbital-induced gingival overgrowth. Journal of dentistry for children. Vol. 63. Number 6 . 1996. 408-413 pp.
- Guía profesional de medicamentos. Ed. El manual moderno. 4ta. Edición. 1991. 245-258 pp.
- Hernández Pérez Miguel. Principios generales de la atención odontoestomatológica del paciente epiléptico. Servicio de Neurología. Hospital de Ntra. Señora de Candelaria. Tenerife. 2000. 1-7 pp.
- Jenkins L. Jon. *ed. al.* Manual de medicina de Urgencia. Ed. Braen Masson-Little, Brown. S.A. barcelona. 2da. Edición. 322-331 pp.
- Kaban B.Leonard. Cirugía Bucal y maxilofacial en niños. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. México. 1992. 154,155 pp.
- Kamali F. Mc. Laughlin. The effect of multiple anticonvulsant therapy on the expression of phenytoin induced gingival overgrowth. Journal of clinical periodontology. Vol. 26. 1999. 802-805 pp.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Katzung G Bertram . Farmacología básica y clínica. Ed. El manual moderno. México. 5ta.edición. 1994. 411-434 pp.
- Koch Goran. Odontopediatría, enfoque clínico. Ed. Médica Panamericana. Argentina. 1994. 34,35,36 pp.
- Kruger O Gustav. Cirugía Bucomaxilofacial. Ed. Médica Panamericana. México. 1998.
- Malamed F. Stanley. Urgencias médicas en la consulta odontológica. Ed. Mosby/Doyma. Madrid. 10,14,36,153-156,279-294 1994.
- Malamed F. Stanley. Local anestesia. Ed. Mosby. United states of America. Third edition. 1990. 120 pp.
- Pinkham J.R. Odontología Pediátrica. Ed. Interamericana Mc Graw Hill. México. 2da. Edición. 175-187,271-288,340-341,425-435. 1994.
- Ripa Louis W. Manejo de la conducta odontológica del niño. Ed. Mundi. Buenos Aires, Argentina. 1984. 63-92 pp.
- Roberts D.H. Analgesia local en odontología. Ed. El manual moderno. México. 1982. 66 pp.
- Salter. R.H. Urgencias médico odontológicas. Ed. El manual moderno. México. 4ta. Edición. 1989. 86-90 pp.
- Urgencias odontológicas. Ed. Médica Panamericana. Colombia. 2da. Edición. 1998. 175,176 pp.
- Varela Morales Margarita. Problemas bucodentales en Odontopediatría. Ed. Ergon. Madrid. 1999. 87-108.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Zamudio Tiburcio Alvaro. Manual de Urgencias de la Cruz Roja. Técnica y procedimiento. Ed. Trillas, México. 2da. Edición. 1992. 95-97 pp.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN