



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE QUE  
PRESENTA CONVULSIONES PSICÓGENAS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A   D E N T I S T A

P R E S E N T A:

DANIELA ALEJANDRA PEREZ SALINAS

TUTOR: Mtra. ISABEL MARTÍNEZ SANABRIA

MÉXICO, Cd. Mx.

2021



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.

## **Agradecimientos**

Agradezco a mi Universidad por haberme brindado las herramientas y los conocimientos necesarios para formarme profesionalmente, siendo hoy uno de los días más importantes de mi vida agradezco a mi madre por enseñarme lo que es vivir amando lo que estudiaste, seguir sus pasos ha sido un privilegio y nunca me dejado sola, ha estado conmigo incondicionalmente, tanto en mis tropiezos haciéndome más fuerte para levantarme, como en mis victorias alentándome a salir adelante.

Doy gracias a el CD ESP. Israel Pardiñas López por orientarme en mi formación académica brindándome su conocimiento y tiempo en enseñanzas, para hacer de mí una mejor estudiante. En este proceso ha sido un excelente un guía y un gran ejemplo a seguir.

A la Mtra. Isabel Martínez Sanabria con gratitud, respeto y profunda admiración, por haber sido mi maestra y mi tutora de Tesina, la cual me alentó día a día concluir este trabajo.

Gracias a mi familia y amigos el que nunca me dejaran sola y me apoyaran incondicionalmente en todo momento, el que estuvieran conmigo en cada etapa de este proceso se agradece de todo corazón.

## Resumen

El bienestar psicoemocional y social son componentes de la salud, que al verse comprometido en su función por factores orgánicos no responde a la correcta interacción con el entorno, desarrollando así trastornos o enfermedades mentales como respuesta ante estímulos estresores.

El factor etiológico que interviene en el bienestar y compromete la salud es el estrés psicológico como trastorno psiquiátrico, que afecta de manera inconsciente la disociación de las emociones, el estado de conciencia, el proceso de la percepción y el estado de alerta. El cuadro clínico en estos casos de patología psiquiátrica incluye síntomas críticos de tipo psicológico o psicógeno que pueden complicar el cuadro con el desencadenamiento de crisis convulsiva, por alteraciones mentales donde los episodios convulsivos son representados por expresiones de inadaptación al medio en el que se desarrollan.

Los síntomas de inadaptación pueden desencadenar durante la consulta odontológica un cambio de conducta del paciente que pueda progresar a una crisis convulsiva psicógena, debido a esta posibilidad; el profesional de la salud debe estar preparado para poder identificar los factores que pudieran causar los síntomas psicóticos dentro del consultorio dental y reducir esos estímulos estresores para que la consulta no se convierta en una emergencia.

Esta revisión bibliográfica pretende identificar los estresores que pueden afectar a pacientes como este problema de salud y sugerir una recomendación para llevar a cabo el protocolo de acción ante la posible emergencia médica de convulsiones psicógenas en el consultorio dental.

## Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	2
<b>Resumen</b> .....	3
<b>Introducción</b> .....	6
<b>Planteamiento del problema</b> .....	7
<b>Justificación:</b> .....	7
<b>Hipótesis</b> .....	7
<b>Objetivos</b> .....	7
Objetivo general .....	7
Objetivos específicos .....	8
<b>1 Capítulo I: Generalidades y efectos desencadenantes de crisis convulsiva en pacientes con trastornos psiquiátricos</b> .....	9
1.1 Salud .....	9
1.2 Enfermedad y trastornos mentales.....	10
<b>2 Estrés</b> .....	10
Características del estrés según sus efectos.....	11
2.1 Trastornos neuroendocrinos.....	13
2.2 Trastornos del estrés .....	14
2.3 Estrés en la consulta odontológica.....	14
<b>3 Psicosis</b> .....	15
3.1 Trastornos psicóticos .....	15
<b>4 Crisis convulsivas</b> .....	15
<b>5 Crisis convulsivas psicógenas</b> .....	16
5.1 Convulsiones disociativas:.....	16
5.2 Convulsiones facticias .....	17
5.3 Manifestaciones comunes .....	17
5.4 Terminología .....	18
5.5 Etiología .....	19
5.6 Clasificación semiológica.....	19

5.7	Mecanismos psicopatogénicos.....	19
5.8	Síntomas somáticos.....	20
5.9	Cambios morfológicos .....	20
5.10	Síntomas Neurológicos relacionados a factores psicológicos.....	20
5.11	Patrones de conectividad estructural y funcional.....	21
5.12	Trastornos contribuyentes .....	21
5.13	Neurobiología.....	23
5.13.1	Estructuras cerebrales implicadas en las convulsiones psicógenas no epilépticas .....	23
5.14	Diagnóstico.....	24
5.15	Prevalencia.....	24
5.16	Origen.....	24
5.17	Factores de riesgo .....	25
5.17.1	Factores desencadenantes.....	25
5.18	Diagnóstico diferencial.....	27
5.19	Manifestaciones clínicas .....	27
<b>6</b>	<b>Capítulo II Manejo Odontológico de pacientes que presentan convulsiones psicógenas .....</b>	<b>30</b>
6.1	Urgencia y emergencia psiquiátricas.....	30
6.2	Abordaje de las crisis convulsivas psicógenas .....	31
6.3	Medidas básicas. ....	31
6.4	Primeros Auxilios .....	32
6.5	Tratamiento farmacológico .....	33
<b>7</b>	<b>Conclusiones .....</b>	<b>34</b>
<b>8</b>	<b>Bibliografía .....</b>	<b>36</b>

## Introducción

El equilibrio biopsicosocial que corresponde a la completa salud integral del paciente se puede ver alterado por diversos factores como biológicos, genéticos, neurofisiológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos o ambientales. Estas alteraciones que se conocen como enfermedades y/o trastornos mentales, en donde la integridad biológica o psicológica se pierde, alterando los niveles de conciencia y comprometiendo la salud de la persona que lo padece.

En sus manifestaciones pueden intervenir múltiples factores: orgánicos, sociales y psicológicos.

Uno de los factores orgánicos que intervienen en la salud es el estrés psicológico como trastorno psiquiátrico, el cual tiene un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos mentales ante una amenaza o peligro, lo que lleva a desencadenar psicosis asociado a estrés ambiental presentes durante la consulta dental.

Las alteraciones causadas por los estresores provocan que se afecten los sentidos y la percepción, provocando desorientación y cambios repentinos de humor y ánimo.

Las alteraciones psicóticas desencadenan crisis convulsivas psicógenas, que son eventos paroxísticos que simulan una crisis epiléptica asociada a un trastorno mental de origen psicológico de signos y síntomas somáticos multifocales, que afectan principalmente las funciones sensoriales y motoras que controlan los movimientos voluntarios y las áreas de asociación del cuerpo. Estas crisis suelen ser de duración prolongada, ya que pueden aparecer y desaparecer en minutos u horas, por lo que será necesario que el profesional de la salud de manera preventiva, esté preparado para evaluar la situación, diagnosticar y actuar de manera inmediata para contrarrestar la emergencia.

## **Planteamiento del problema:**

¿Es el estrés causado por la consulta odontológica un desencadenante de crisis convulsivas psicógenas en pacientes con trastornos psiquiátricos, convirtiéndose esta condición en una emergencia médica odontológica?

## **Justificación:**

Dentro de las emergencias que pueden ocurrir en el consultorio dental se encuentran las crisis convulsivas psicógenas que pueden presentar los pacientes con trastornos psiquiátricos debido a los procedimientos odontológicos que pueden ser estresores desencadenantes. Es por eso que el reconocimiento de los pacientes susceptibles a presentar esta complicación es primordial en el profesional de la salud y de la Odontología, así mismo la importancia en la identificación del protocolo preventivo y de soporte vital básico y búsqueda de servicios médicos de emergencia, es una manera oportuna de disminuir la posibilidad de riesgo.

## **Hipótesis:**

Los pacientes con trastornos psiquiátricos que se someten a a estrés de la consulta odontológica ppueden sufrir crisis convulsivas psicógenas debido al estrés que presentan en la consulta odontológica.

## **Objetivos:**

### ***Objetivo general***

- Identificar los factores desencadenantes y predisponentes de los pacientes con trastornos psiquiátricos que pueden presentar crisis convulsivas



psicógenas en el consultorio odontológico y describir el protocolo de emergencias a seguir.

### ***Objetivos específicos***

- 1- Identificar los factores estresores desencadenantes durante la consulta odontológica que puede provocar unas crisis convulsivas psicógenas en pacientes psiquiátricos.
- 2- Identificar los factores predisponentes de los pacientes con trastornos psiquiátricos que pueden presentar crisis convulsivas psicógenas.
- 3- Describir el protocolo de emergencias a seguir cuando se presente una crisis convulsiva psicógena durante la consulta odontológica.

# 1 Capítulo I: Generalidades y efectos desencadenantes de crisis convulsiva en pacientes con trastornos psiquiátricos.

## 1.1 **Salud**

La salud mental es un componente integral de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) figura que es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>1</sup>

La salud puede ser afectada por factores psicosociales que alteran el estado de alerta y la de capacidad para interactuar con el entorno y consigo mismo provocando la pérdida de funciones motoras conscientes que influyen en el comportamiento, el procesamiento de las emociones y la conducta, también puede verse comprometida o afectada por alteraciones físicas que tiene que ver con la genética, desbalances hormonales y disfunciones bioquímicas a nivel cerebral, lo que repercute en la función mental.

La función mental está determinada por la conciencia, implicada en la comprensión y el procesamiento de las experiencias vividas y la interacción que tienen con la información ambiental, cuando esta se ve comprometida afecta los procesos en la recepción de la información, pudiendo desarrollar enfermedades y trastornos mentales que pueden afectar zonas del cerebro al experimentar varios síntomas o alteraciones persistentes asociados a trastornos psíquicos.<sup>2</sup>

Cuando el organismo se encuentra bajo presión constante se ve involucrado en situaciones que activan un estado de alerta, activando los mecanismos de emergencia, cuando los recursos fisiológicos y psicológicos se agotan, este tipo de situaciones provocan estrés que en muchos casos termina convirtiéndose en una patología.

## 1.2 Enfermedad y trastornos mentales

La salud mental como otros aspectos de la salud, llega a verse comprometida y el estado de equilibrio llega a verse alterado por múltiples factores ya sean biológicos, genéticos, neurofisiológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos o ambientales, lo cual da lugar a originar alteraciones que se conocen como enfermedades y trastornos mentales, en donde la integridad biológica o psicológica se pierde, alterando los niveles de conciencia y haciendo que el estado de completo bienestar físico, mental y social de la persona se vea comprometido. <sup>2</sup>

Uno de los factores orgánicos que intervienen en el bienestar y la salud es el estrés psicológico como trastornos psiquiátricos, el cual tiene un rol importante en el desencadenamiento y evolución de los trastornos mentales ante una amenaza o peligro constante. Lo que lleva a ocasionar psicosis que es una enfermedad mental caracterizada por síntomas continuos que distorsionan el pensamiento, alterando la percepción, las emociones y la conducta. <sup>6</sup>

## 2 Estrés

Es el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales capaces de responder ante amenazas o peligro que pueda interferir en su integridad biológica, física o psicológica, alterando la percepción de las cosas.

Las acciones de nuestra vida cotidiana pueden provocarnos sensaciones positivas, negativas o imaginarias que ante estímulos estresores, condiciones o situaciones que son capaces de detonarlo. <sup>3</sup>

## Características del estrés según sus efectos

Cuando una persona enfrenta situaciones agobiantes, amenazantes o peligrosas el organismo reacciona buscando el equilibrio perdido para recuperar la reacción homeostática presentándose el síndrome de adaptación que consta de tres fases:

- Fase de alarma
- Fase de resistencia
- Fase de agotamiento. <sup>3</sup>



[http://www.aeemt.com/contenidos/Recursos/Guia\\_Manejo\\_Estres/GuiaManejoEstres.pdf](http://www.aeemt.com/contenidos/Recursos/Guia_Manejo_Estres/GuiaManejoEstres.pdf)

### Primera fase del estrés: Alarma de reacción



- Reacción natural del organismo frente a un factor estresante. Éste se prepara para hacer frente a lo que considera una agresión externa que exige un esfuerzo.
- Se libera adrenalina y otras hormonas que pueden provocar síntomas como aceleración del ritmo cardíaco y la respiración, mayor presión arterial y ansiedad.
- Generalmente fase de corta duración.
- Esta fase se hace presente cuando el cuerpo detecta el estímulo estresor.



## Segunda fase del estrés: Adaptación

- Si la situación o agresión externa se prolonga en el tiempo, el organismo pasa a un estado de resistencia activa frente a dicho estrés para evitar el agotamiento.
- El cuerpo se estabiliza y los síntomas se reducen cuando la situación empieza a estar bajo control.
- Toma de medidas defensivas hacia el agresor buscando llegar a un equilibrio.
- La duración de esta fase puede ser muy variable, dependiendo de la resistencia al estrés de la persona, en la que influyen tanto factores biológicos como psicosociales.
- Si los factores estresantes se prolongan demasiado en el tiempo, se pasa a la siguiente fase.



## Tercera fase: Agotamiento

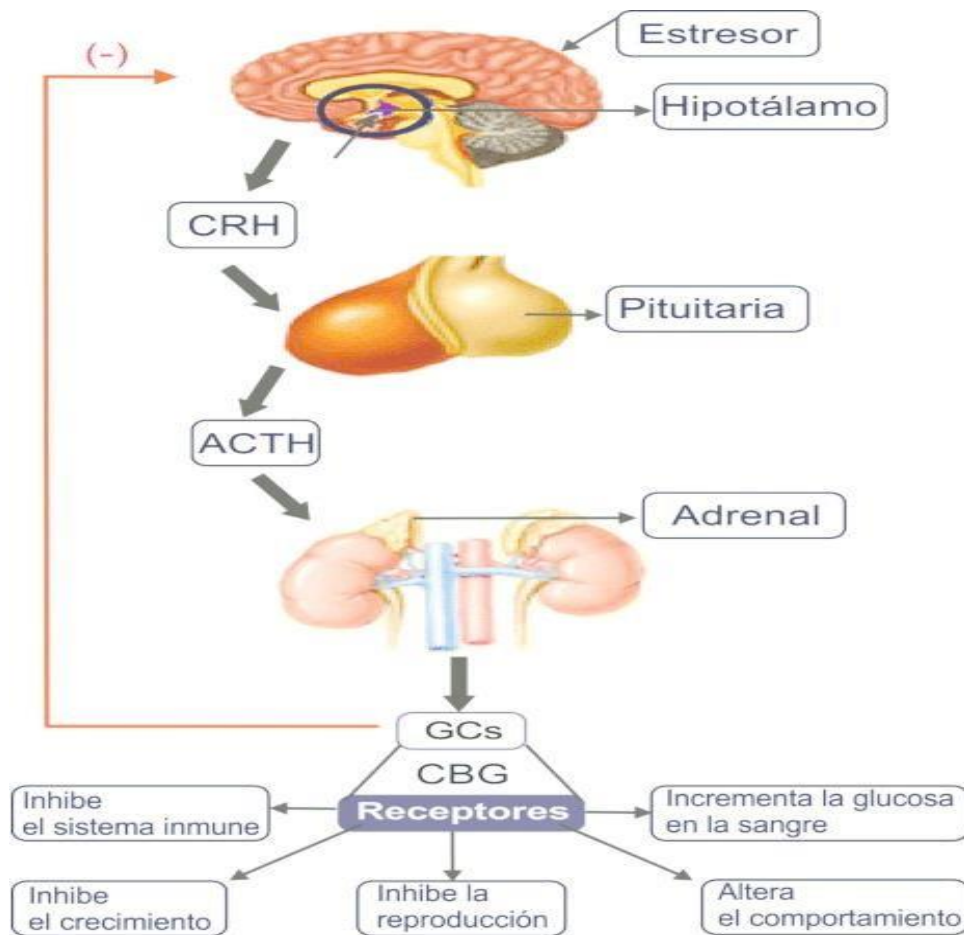
- Última fase del estrés. Caracteriza por un agotamiento de los recursos fisiológicos.
- Fase de agotamiento físico y mental, en la que el organismo ya no puede seguir resistiendo las agresiones del entorno y que puede ocasionar consecuencias serias para la salud si se produce de modo repetitivo y prolongado.
- Consecuencias serias para la salud si se produce de modo repetitivo y prolongado.
- El trabajador rinde por debajo de sus capacidades tanto física como mentalmente y puede volverse fácilmente irritable o perder toda motivación.
- Una exposición excesiva a esta fase de agotamiento puede terminar por reducir la resistencia natural al estrés.

La forma y duración de estas fases dan lugar a dos tipos de estrés: físico, emocional o psicológico que puede llegar a convertirse en estrés agudo o crónico (3)

## 2.1 Trastornos neuroendocrinos.

La activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal es la respuesta originada por situaciones de estrés, los cuales tienen efectos negativos para la salud, ya que incrementan los niveles de cortisol y adrenalina, hormonas presentes en la génesis de la enfermedad relacionada con el estrés.<sup>3</sup>

Figura número 1 Esquema del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal



[https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Ruta-de-activacion-del-eje-hipotalamo-pituitaria-adrenal-HPA-desde-que-es\\_fig8\\_298807968](https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Ruta-de-activacion-del-eje-hipotalamo-pituitaria-adrenal-HPA-desde-que-es_fig8_298807968)

## 2.2 Trastornos del estrés

Los síntomas que presentan las personas por trastorno (singular) están asociados a distanciamiento y pérdida de la reactividad emocional, en el que un momento vivido pasado se vuelve a acontecer, lo que lo hace recordar el o los episodios que generaron miedo o angustia y es donde la experiencia se hace presente de nuevo, en consecuencia, estos pacientes tienden a evitar los estímulos que precipitan el recuerdo del acontecimiento traumático. <sup>4</sup>

Este trastorno (singular) hace que se vea comprometido el bienestar físico y mental de la persona impidiendo su correcto funcionamiento, lo que repercute en la salud y en la respuesta fisiológica inmediata para mantener la homeostasis frente a agentes psíquicos y estímulos externos que alteran el equilibrio del organismo por un intento por recuperarse.

El mecanismo se desencadena en respuesta al estímulo que regula el comportamiento y los impulsos, con base al procesamiento de las emociones, pero al ocasionarse un desbalance impactan negativamente en el buen funcionamiento de la percepción, cognición y la conciencia. Esto no permite analizar los estresores ambientales de manera adecuada y trae como consecuencia la incorrecta elección de respuesta ante la emergencia.<sup>4</sup>

## 2.3 Estrés en la consulta odontológica

El tratamiento dental representa procedimientos altamente estresantes que pueden afectar tanto a niños como a adultos a causa de miedo al dolor, ya sea por antecedentes traumáticos debido al entorno de la consulta dental en general, siendo así los factores de riesgo de tipo externos e internos.

El estrés es un factor emocional transitorio y los pacientes presentan alteraciones mentales se manifiestan con diversidad de síntomas ocasionados por estresores. Los estresores son definidos como: situaciones determinadas que son percibidos

como amenazantes que pueden desencadenar alteraciones en la conducta o en el comportamiento del paciente.

El profesional de la salud debe de conocer este tipo de situaciones para poder identificar, manejar y reducir los factores causantes del estrés dentro del consultorio, para el desencadenamiento de una crisis convulsiva psicógena a fin de determinar cuáles son los factores de riesgo para prevenirlas y manejarlas en caso de que se presenten durante la consulta como una emergencia dental.

### **3 Psicosis**

La psicosis es una enfermedad mental asociada con el deterioro en el funcionamiento emocional, cognitivo y social, extendiéndose al pensamiento lo que a largo plazo conduce a una discapacidad. Si no se trata oportunamente puede desencadenar complicaciones físicas por periodos de irritabilidad, estrés, disforia, alucinaciones, delirio, desorganización del lenguaje, alteración de la conducta y trastornos en la sensopercepción, las cuales producen alucinaciones, automatismos y perturbaciones de la conciencia que en presencia de síntomas críticos de tipo psicológico o psicógeno dan lugar a manifestar crisis convulsivas psicógenas.<sup>5 6</sup>

#### **3.1 Trastornos psicóticos**

Comprenden trastornos del estado de ánimo con características psicóticas, los cuales presentan síntomas negativos como apatía, pérdida de la voluntad, alogia, disfunciones cognitivas, de la memoria, del procesamiento del lenguaje, la cognición social y la resolución de problemas.<sup>5 6</sup>

### **4 Crisis convulsivas**

Las crisis convulsivas aparecen por síntomas y alteraciones psiquiátricas que se caracterizan por la pérdida en el funcionamiento mental dando como resultado un conjunto de reacciones psicológicas, que se manifiestan a través de convulsiones



por alteraciones mentales o como el resultado de la interacción de mecanismos biosociopsicológicos frente a estrés psicológico externo.<sup>6</sup>

## **5 Crisis convulsivas psicógenas**

Son trastornos paroxísticos no epilépticos que se definen como cambios en el comportamiento y la conciencia de naturaleza psicológica de origen psicógeno, el cual es generado por distintos mecanismos psicopatogénicos que pueden influir en la aparición de los síntomas convulsivos.

El término “no epiléptico” no es sinónimo de psicógeno, el término “psicógeno” sólo hace referencia al origen del cuadro, más no denota algún tipo de patología psiquiátrica específica.

Estos eventos son súbitos y transitorios que pueden ser de corta o larga duración con manifestaciones motoras no coordinadas sensoriales, autonómicas, cognitivas, emocionales o de comportamiento, en donde los episodios convulsivos psicóticos son representados por expresiones de inadaptación al medio en el que se desarrollan, lo que puede afectar en la conciencia y la percepción de las cosas.<sup>7</sup>

Las convulsiones psicógenas pueden ser de tipo disociativas o de tipo facticias.

### **5.1 Convulsiones disociativas:**

La disociación se da través de emociones, pensamientos y conductas las cuales están asociadas a experiencias vividas. En episodios de estrés, algunos de ellos podrían funcionar de forma aislada e independiente y de manera inconsciente podrían afectar la conciencia y el control voluntario de las áreas de asociación relacionadas con funciones emocionales, lo que predispone a desarrollar trastornos disociativos representados por factores ambientales en donde la pérdida de control sobre la propia conducta es consecuencia de un defecto en el funcionamiento.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición, refiere como características esenciales de los trastornos disociativos la interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento.<sup>8</sup>

Estos trastornos se relacionan con traumas y factores de estrés y la nueva categoría de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.<sup>8</sup>

## 5.2 Convulsiones facticias

Puede manifestarse en forma de movimientos involuntarios asincrónicos, sensaciones o experiencias cognitivas anormales que ocurren en presencia de factor desencadenante de tipo emocional no consciente, lo que resulta de un proceso psicógeno con trastornos facticios.<sup>9</sup>

Es importante reconocer los síntomas semejantes a convulsiones que están siendo producidos voluntariamente con el fin de falsificar intencionalmente síntomas médicos o psiquiátricos ya que estos pueden ser autoinducidos exagerando, debido a la necesidad patológica que mantiene el paciente.<sup>9</sup>

La simulación no se considera una enfermedad mental, mientras que el trastorno facticio sí lo es.

## 5.3 Manifestaciones comunes

- Durante la convulsión
- Después de la convulsión

Tabla 4 Movimientos o ataques / crisis convulsivas
<u>Durante la convulsión:</u>
Rigidez muscular involuntaria, convulsiones y sacudidas
Pérdida o alteración de la conciencia
Rigidez
Confusión
Incontinencia urinaria o intestinal
Entumecimiento
<u>Después de la convulsión:</u>
Fatiga
Adormecimiento
Somnolencia
Dolores musculares
Dolor de cabeza

#### 5.4 Terminología

En la literatura podemos encontrar diversidad de títulos para describir a las convulsiones desencadenadas por síntomas psicóticos por factores de estrés. <sup>6</sup>

Como son:

- Convulsiones por estrés
- Convulsiones disociativas
- Trastorno neurológico funcional (FND)
- Convulsiones psicógenas
- Pseudoconvulsiones
- Pseudocrisis

- Pseudoepilepsia
- Convulsiones no epilépticas (CPNE)
- Trastorno de ataque no epiléptico (NEAD)

La variedad de la terminología podría deberse a una falta de definición y criterios diagnósticos aceptados internacionalmente. Por otro lado, la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) adoptó sistemáticamente el término de “crisis no epilépticas psicógenas” para referirse a este trastorno específico.<sup>7</sup>

## 5.5 Etiología

La etiología es incierta, pero en la actualidad se considera una condición comprendida dentro de los trastornos de conversión y neurobiológicos funcionales, en donde los episodios convulsivos pueden deberse a problemas emocionales basados en alteración del funcionamiento fisiológico, en el que la respuesta a un estímulo da como consecuencia una respuesta automática involuntaria y no consciente con antecedentes psicóticos.<sup>8</sup>

## 5.6 Clasificación semiológica

Las convulsiones psicógenas manifiestan alteraciones motoras, no motoras o conductuales la clasificación semiológica describe términos de "motor" frente a "no motor" con o sin "falta de respuesta".<sup>8</sup>

## 5.7 Mecanismos psicopatogénicos

Son poco conocidos, estos eventos son el resultado de una disfunción inhibitoria emocional que resulta del estrés crónico, la excitación y factores que comprometen el procesamiento de las emociones, la regulación y la conciencia.<sup>8</sup>

## 5.8 Síntomas somáticos

El trastorno de síntomas somáticos (TSS) se definen como la presencia de malestares físicos que interfirieren en el funcionamiento del individuo denotando mayores afecciones en la percepción del individuo, centrándose en conflictos psíquicos inconscientes frente a situaciones vulnerables o estresantes.

La persona que lo padece convierte repentinamente e involuntariamente un conflicto emocional en uno o más síntomas neurológicos como consecuencia del sentido de la realidad distorsionado y en respuesta a situaciones vitales estresantes que manifiestan diversos síntomas neurológicos y físicos. Durante este periodo se puede tener dificultad para comprender lo que es y lo que no es real.<sup>8</sup>

## 5.9 Cambios morfológicos

En las regiones cerebrales por disminución significativa de la fuerza de conectividad funcional, la atención y procesamiento de las interacciones sensoriales y motoras se ven comprometida y da como el resultado una hiperconectividad incapaz de inhibir las salidas conductuales en respuesta a la desregulación de estímulos emocionales y procesos disfuncionales que implican procesos disfuncionales asociados con autoconciencia/conciencia.<sup>8</sup>

## 5.10 Síntomas Neurológicos relacionados a factores psicológicos

Los trastornos neurológicos están relacionados con el modo en el que funciona el cerebro.

La base neurobiológica de las crisis convulsivas psicógenas, interviene en la conectividad estructural y los pacientes que presentan inestabilidad de la red y de patrones de conectividad vinculados a los sistemas emocional y ejecutivo funcional neurofisiológico por carencia de mecanismos dissociativos lo que permite que las emociones influyan en el control y produzcan síndromes. Estos trastornos afectan

los movimientos y/o los sentidos y la gravedad de los síntomas puede variar y estos pueden ser de corta o larga duración.

La presencia de conexiones funcionales entre las regiones que controlan el procesamiento emocional y las áreas a cargo de la planificación motora, no tienen el control motor consciente y las interpretaciones son facilitadas por la presencia de sistemas cognitivo-emocional-atención inestables pudiendo ser un desencadenante que facilita los episodios paroxísticos vinculados a un malestar psíquico que guardan una relación estrecha con estrés y el proceso de relación entre las situaciones de vida y la forma en que son percibidas, aumentando la probabilidad de riesgo de presentar disociación con síntomas somáticos y/o alteraciones sensomotoras.<sup>8</sup>

### 5.11 Patrones de conectividad estructural y funcional

Los patrones de conectividad de las distintas regiones del cerebro juegan un papel esencial en la producción y modulación de los procesos emocionales. Cuando existen alteraciones de la conectividad funcional de las regiones cerebrales asociadas con la atención, la memoria, el procesamiento de las emociones y las funciones tanto sensoriales como motoras, las conexiones cerebrales tienden a ser más fuertes emocionalmente más disminuidas en la conectividad y funcionalidad asociada a la modulación de la inhibición de la respuesta y probablemente esto se da como resultado de experiencias vividas que generan incapacidad en el control sensitivo consciente del individuo, lo que quiere decir que las crisis convulsivas psicógenas son producidas por alteraciones en los mecanismos cognitivo-emocionales-conductuales ya que resultan de experiencias de vida adversas y / o aprendizaje experiencial desadaptativo.<sup>8</sup>

### 5.12 Trastornos contribuyentes

Se pueden presentar de forma individual o pocas veces juntos.

Tabla 5 Síntomas que presentan los pacientes que presentan convulsiones psicógenas

**Psicológicos**

Abandono de sí mismo

Ideas delirantes

Descuido de las responsabilidades

Síntomas maníacos

Alteración de las emociones

Susplicacia

Desorganización del lenguaje

Agresividad

Catatonía

Alogia

Conducta fuera de lo normal

**Físicos**

Movimientos asincrónicos de las extremidades

Actividad clónica desfasada

Movimientos de agitación rítmica con episodios de inactividad

Movimientos de la cabeza de lado a lado

Movimientos pélvicos

Posturas distónicas del cuerpo

Cierre de ojos

Patrones convulsivos no estereotipados

Vocalización en diferentes intensidades de tono durante el evento

Movimientos hipermotores y se caracterizan por movimientos rítmicos y amplitudes variables

## 5.13 Neurobiología

La conectividad estructural - funcional en los pacientes que presentan convulsiones psicógenas sufren inestabilidad y alteraciones de la conectividad funcional, por la presencia de sistemas inestables cognitivo-emocionales que son caracterizadas por episodios de comportamiento disfuncional. La disfunción de estos mecanismos presenta alteraciones y anomalías en las sinapsis comprometiendo el funcionamiento de las redes neuronales que procesan la información en las estructuras cerebrales responsables de la identificación y la regulación de las funciones ejecutivas, las emociones y la respuesta motora. <sup>8</sup>

### 5.13.1 Estructuras cerebrales implicadas en las convulsiones psicógenas no epilépticas

Tabla 7 - Estructuras cerebrales implicadas y alteración

Corteza orbitofrontal	Cambio estructural y aumento de volumen disímil en el espesor del tejido nervioso
Corteza insular	Cambio estructural y aumento de volumen disímil en el espesor del tejido nervioso.
Giro precentral	Disminución del tamaño y del espesor cortical
Giro poscentral	Disminución del tamaño y del espesor cortical
Corteza cingulada anterior	Disminución del tamaño y del espesor cortical
Área motora suplementaria	Disminución del tamaño y del espesor cortical

*Alteraciones registradas en pacientes que experimentan CPNE respecto de las personas sanas.*



## 5.14 Diagnóstico

La historia clínica, la anamnesis y la exploración física, siguen siendo una herramienta para la elaboración de un diagnóstico adecuado, ya que, se obtienen datos fundamentales, para el diagnóstico de la enfermedad actual tanto sistémica como bucal.<sup>10</sup>

La comprensión de los mecanismos del trastorno y su etiología es fundamental para encaminar que tratamiento que se va a emplear sea adecuado y dirigido a la causa específica de la enfermedad, mejorando así el pronóstico.<sup>10</sup>

Las crisis convulsivas psicógenas simulan un estado epiléptico convulsivo genuino debido a la similitud de los síntomas clínicos, lo que hace complicado su diagnóstico, pero un error en este llegaría a amenazar la vida del paciente.<sup>10</sup>

## 5.15 Prevalencia

Las crisis psicógenas tienen dos picos de presentación: la adolescencia y la adultez temprana [25 - 35 años de edad].<sup>5</sup>

Los factores neurobiológicos, sociales y de vulnerabilidad se observan predominantemente en mujeres con mayor frecuencia predominante en el sexo femenino.<sup>8</sup>

La prevalencia tiene limitaciones significativas ya que existen inconsistencias con respecto a la edad de los pacientes, estandarización de los criterios diagnósticos que son algunas de las limitaciones significativas para dar cifras prevalentes. Se estima que padecen crisis convulsivas psicógenas de 100.000 personas entre 2 y 33 personas lo padecen.<sup>8</sup>

## 5.16 Origen

Se presentan clínicamente como cambios súbitos en el comportamiento conductual, relacionados con distintos mecanismos psicológicos que se clasifican según su origen en fisiológicos o psicógenos. El origen fisiológico está relacionado con el funcionamiento biológico que se relacionan con la vida mental y la conducta normal o patológica, mientras que el origen psicógeno es la enfermedad o trastorno producido por factores psicológicos o emocionales. <sup>11</sup>

Muchos trastornos psiquiátricos distintos comparten factores de riesgo genéticos individuales y agregados. Hasta la fecha, el único factor de riesgo genético reconocido para el desarrollo de convulsiones psicógenas es de género. <sup>8</sup>

## 5.17 Factores de riesgo

Los factores de riesgo es cualquier rasgo que aumente la posibilidad de padecer una enfermedad

### 5.17.1 Factores desencadenantes

Ocurren durante los segundos o minutos previos al evento.<sup>7</sup>

Tabla 10 Factores de riesgo

<u>Factores predisponentes:</u> Aquellos que aumentan la vulnerabilidad al desarrollo de las crisis convulsivas psicógenas.
Genéticos
Demencia
Abuso de sustancias
Condiciones psicosociales
Consumo de antidepresivos
<u>Factores precipitantes:</u> Generan un entorno propicio para el desarrollo del evento y ocurren días o meses previos al inicio de estos eventos.
Historial de abuso físico, emocional o sexual
Lesión o experiencia traumática
Historia de lesión cerebral traumática
Conflicto o estresores ambientales
<u>Factores desencadenantes:</u> Ocurren durante los segundos o minutos previos al evento.
Estrés
Ansiedad
Ataques de pánico
Trastornos afectivos
Trastornos obsesivo-compulsivos
Trastornos de conversión / somatización o disociativos / despersonalización
Fobia
<u>Factores de perpetuación:</u> Aquellos que hacen propensa la recurrencia de los eventos y hacen difícil la recuperación o agravan esta condición.
Aislamiento
Depresión
Retraso en el diagnóstico

## 5.18 Diagnóstico diferencial

La información clínica y semiológica puede ayudar a distinguir las crisis convulsivas psicógenas de las crisis epilépticas.<sup>7</sup>

Las crisis convulsivas psicógenas son frecuentemente confundidas por con crisis epilépticas que son episodios paroxístico autolimitados a nivel cerebral de origen multifactorial asociados a trastornos clínicos que se presentan de maneras no provocadas y sintomáticas con manifestación clínica transitoria de síntomas motores, sensitivos, sensoriales, autonómicos y/o psíquicos debidos a una actividad anormal excesiva y sincrónica del cerebro en el sistema nervioso central autónomo.

Estos episodios se manifiestan de forma brusca como movimientos anormales, alteración del tono, disminución del nivel de conciencia o comportamiento alterado.

Las manifestaciones y características clínicas son variadas según el tipo de convulsiones por lo que distinguen unas de otras. Es importante que el odontólogo cuente con información y conocimiento necesario para poder identificar qué crisis padece el paciente durante la consulta dental y así poder actuar en caso de que se presente alguna de ellas y dar un correcto y oportuno tratamiento.<sup>12</sup>

## 5.19 Manifestaciones clínicas

Las crisis convulsiones psicógenas y la epilepsia presentan estrecha relación entre signos y síntomas, estos elementos clínicos no se combinan al azar, estos eventos pueden ser clasificados grupos teniendo en consideración las características semiológicas principalmente visibles.<sup>7</sup>

Las manifestaciones clínicas se dividen en:

Tabla 11 Manifestaciones clínicas entre Epilepsia y Crisis convulsivas psicógenas

	Características clínicas	Epilepsia	Crisis convulsivas psicógenas
Factores asociados	Sexo F/M	1/1	3/1
	Edad de inicio	Todas las edades, con preferencia a niños y adolescentes.	Todas las edades, con preferencia de 15 a 35 años.
	Historia psiquiátrica previa	Ocasionalmente.	Comúnmente.
	Auras	Comúnmente en crisis focales.	Ocasionalmente, más referidas como síntomas de pánico.
	Automatismos	Comúnmente en crisis focales.	Raro
	Motor	Movimientos bilaterales usualmente sincrónicos.	Comúnmente con movimientos de inicio gradual, asincrónicos, curso, violento y fluctuante. Movimientos de cabeza de lado a lado, empuje pélvico.
	Duración	Menor de 2 -3 minutos.	Prolongado, mayor a 3 minutos.
	Ojos cerrados	Raro.	Comúnmente.

Manifestaciones objetivas	Ocurrencia en Vigila/sueño	Ocurrencia en ambos.	Siempre en vigila (si el inicio del evento ocurre en aparente sueño- ojos cerrados y ausencia de motricidad verificar con EEG el estado de vigila ).
	Estado post-ictal	Frecuentemente en crisis generalizadas.	Muy raro.
	Recuerdo del evento	Muy raro (crisis focales sin trastorno de consciencia).	Comúnmente.
	Llanto ictal	Muy raro	Ocasionalmente
	Mordedura de lengua.	Comúnmente (lateral).	Muy raro (Punta).
	Variabilidad de la frecuencia cardiaca.	De inicio súbito, durante la crisis.	Elevación gradual antes del evento, y descenso durante el evento.
Manifestaciones subjetivas	Lenguaje relativo	Normalizan eventos.	Catastrofizan eventos.

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3796/4276>

Tabla 12 Diagnóstico diferencial entre crisis epilépticas y crisis psicógenas

	<i>Seudocrisis o crisis psicógenas</i>	<i>Crisis epilépticas</i>
Edad de inicio	Más de 6 años	Variable
Desencadenantes	Habituales (estrés, frustración, ansiedad)	Raramente (salvo en epilepsias reflejas)
Se inducen por sugestión	Sí	No
Durante el sueño	Excepcional	Frecuente
Pródromos	Frecuentes	Ocasionales (auras)
Comienzo de la crisis	Gradual	Brusco
Estado de conciencia	Conservada o ligeramente afectada	Afectada parcial o totalmente
Vocalizaciones	Intermitentes, con contenido emocional	Continuas y monótonas, en algunos tipos de crisis
Movimientos	Variables, intermitentes, arrítmicos, variables de una crisis a otra	Rítmicos, análogos en todas las crisis; se identifican progresivamente
Sacudidas pélvicas	Sí	No
Rotación de los ojos	Habitual	Excepcional
Desviación de la mirada	Habitual	Ocasional
Cianosis	Rara	Frecuente
Enuresis	Excepcional	Frecuente
Mordedura de la lengua	Excepcional, de la punta de la lengua	Frecuente, en los lados de la lengua
Resistencia a inmovilización	Habitual	No
Protección con las manos	Habitual	No
Autolesiones	Excepcionales	Posibles
Llanto	Posible	No durante la crisis
Respuesta a estímulos dolorosos	Sí	No
Finalización de la crisis	Gradual	Brusco
Postcrisis	Normalización	Confusión o sueño
Obtención de un beneficio con la crisis	Habitual	Excepcional
EEG durante la crisis	Normal	Patológico, con excepciones
Video-EEG	Artefactos en el EEG durante la crisis	Actividad paroxística durante la crisis

<https://www.pediatruiintegral.es/publicacion-2020-10/portada-2020-10/>

## 6 Capítulo II Manejo Odontológico de pacientes que presentan convulsiones psicógenas

### 6.1 Urgencia y emergencia psiquiátricas

Urgencia se consideran como aquella situación en la cual existe un riesgo alto de daño a la integridad física y emocional del paciente, al no actuar de manera adecuada se puede ver comprometida la vida del paciente pudiéndose convertir en una emergencia médica- odontológica dentro en el consultorio, por lo que se requerirá una intervención inmediata por parte de los profesionales de la salud. <sup>1</sup>

## 6.2 Abordaje de las crisis convulsivas psicógenas

Los pacientes con trastornos mentales y enfermedades mentales son muy vulnerables a situaciones de estrés pudiendo desencadenar situaciones de emergencia psicológica y psiquiátrica.

La mayoría de las crisis no constituyen emergencia médica, pero se pueden convertir en emergencia cuando su duración es mayor a 5 minutos o si se producen dos crisis seguidas sin recuperación plena del medio. Las convulsiones psicógenas suelen tener una duración mayor a la que sufren los pacientes con epilepsia ya que pueden aparecer y desaparecer en minutos u horas, por lo que será necesario tener en el consultorio dental, fármacos, equipo necesario y conocimientos básicos para proporcionar un diagnóstico y tratamiento preventivo adecuado para la atención específica del paciente que sufre convulsiones no epilépticas.

## 6.3 Medidas básicas.

Para poder actuar ante una emergencia es necesario:

- Conocer las emergencias que se producen con mayor frecuencia.
- Seguir los protocolos establecidos de acción ante emergencias.
- Adoptar medidas básicas de acción inmediata.
- Actuar de manera oportuna.
- Contar con información de los servicios de urgencia cercanos al consultorio dental que atiendan el tipo de emergencia.
- Disponer del Equipamiento y material necesario para la atención de emergencias médicas.
- Capacitar a todo el personal clínico para estar preparados y organizados.
- Realizar simulacros para tener control sobre los protocolos y corregir deficiencias.

<https://www.epilepsy.com/living-epilepsy/epilepsy-and/latinos/primeros-auxilios-para-crisis-epil%C3%A9pticas>



## 6.4 Primeros Auxilios

- Siga estos pasos para dar primeros auxilios básicos.
- Mantenga la calma
- Poner en marcha el protocolo de emergencias medico dentales específicos para crisis convulsivas.
- Mantener permeable la vía aérea. Verificar si existe obstrucción por instrumental.
- Mantenga a salvo a persona apartando cualquier objeto, instrumentos y materiales odontológicos, con el que pueda lesionarse.
- Colocar el sillón en una posición cómoda y supina lo más cercana al suelo
- No interferir en sus movimientos.
- Permanezca con la persona y tome el tiempo de la crisis para determinar su duración.
- Asegúrese de que esté lo más cómoda posible.
- Quédese con la persona hasta que haya finalizado la crisis convulsiva.
- En dado caso de que la convulsión duré más de 5 minutos, llamar al número de emergencia.

<https://www.epilepsy.com/living-epilepsy/epilepsy-and/latinos/primeros-auxilios-para-crisis-epil%C3%A9pticas>

### Lo que no se debe hacer durante una crisis convulsiva:

- Restringir ni sujetar a la persona, a menos que estén en una situación peligrosa y necesiten ayuda para estar seguros
- No poner nada en la boca
- Darle agua, comida o pastillas para tomar

<https://www.epilepsy.com/living-epilepsy/epilepsy-and/latinos/primeros-auxilios-para-crisis-epil%C3%A9pticas>

## 6.5 Tratamiento farmacológico

Es importante tener el diagnóstico correcto ya que si se incurre en el riesgo de la administración de medicamentos antiepilépticos afectaría el manejo de la patología, además de presentar un riesgo para el paciente al presentar efectos secundarios.

El tratamiento de las crisis convulsivas no epilépticas aún no está claro ya que no hay pruebas sólidas suficientes para respaldar ningún tratamiento específico.<sup>8</sup>

A pesar de la seguridad relativa de la mayoría de los antidepresivos utilizados comúnmente, su uso óptimo requiere de una interpretación clara de sus mecanismos de acción, farmacocinética, interacciones farmacológicas potenciales y el diagnóstico diferencial de enfermedades psiquiátricas.<sup>14</sup>

## 7 Conclusiones

De acuerdo a la pregunta de investigación revisamos que el estrés puede ser un factor orgánico que puede ser causante de convulsiones psicógenas convirtiéndose en una emergencia médica odontológica.

La salud del paciente odontológico puede verse comprometida al ser expuesto a situaciones de estrés ya que los tratamientos dentales representan una serie de procedimientos que involucran percepciones de dolor, sensaciones de molestia y miedo. Los pacientes con enfermedades o trastornos mentales pueden experimentar crisis de estrés o ataques de pánico al percibir una situación amenazante o peligrosa.

La consultado Odontológica se puede transformar en un cúmulo de agentes estresores ambientales, antecedentes traumáticos ocurridos en el pasado durante la consulta odontológica, siendo remembranza de factores predisponentes para el desarrollo de crisis convulsivas psicógenas, por lo que es importante que el odontólogo(a) conozca los factores de riesgo y los desencadenantes asociados a la consulta odontológica, que puedan ser causar situaciones emergentes.

La importancia del Odontólogo(a) recae en restablecer la salud y la integridad del paciente, por ese motivo es importante tener conocimiento de la diferenciación de crisis convulsivas para dar un tratamiento adecuado, aunque no se encuentren delimitados los protocolos específicos para crisis convulsivas psicógenas. Esta revisión permite identificar el cuadro clínico y el diagnóstico de crisis convulsivas psicógenas, también tiene elementos que diferencian las convulsiones psicógenas de las crisis epilépticas, así como tener presente los factores ambientales y procedimentales propios de la Odontología que pueden complicar a los pacientes psiquiátricos con una emergencia convulsiva psicógena, así también las similitudes en el manejo del paciente y las diferencias puntuales que existen entre el manejo de crisis convulsivas, especificando la prevención y protocolo de contención de emergencia en dicho caso, haciendo énfasis en el manejo distinto que debe llevarse a cabo de forma preventiva con estos pacientes ya que en el actuar del

Odontólogo(a) ante la emergencia está el resolver positivamente la situación de urgencia o agravarla si no se conocen los protocolos de contención.

## 8 Bibliografía

1. Camargo E, Rizo J. conamed. [Online].; 2016 [cited 2021 Enero 7. Available from: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin14/importancia\\_panorama.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin14/importancia_panorama.pdf).
2. Valencia M. scielo. [Online].; 2007 [cited 2021 Enero 7. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252007000200075&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252007000200075&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
3. Iniestra A. Guía sobre el manejo del estrés desde medina del trabajo. [Online].; 2016 [cited 2021 Febrero 8. Available from: [http://www.aeemt.com/contenidos/Recursos/Guia\\_Manejo\\_Estres/GuiaManejoEstres.pdf](http://www.aeemt.com/contenidos/Recursos/Guia_Manejo_Estres/GuiaManejoEstres.pdf).
4. Trucco M. scielo. [Online].; 2002 [cited 2021 Febrero 6. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272002000600002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600002).
5. Gigante B, D'Alessio L, Silva W, Kochen S. Scielo. [Online].; 2007 [cited 2021 Febrero 14. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a15.pdf>.
6. OMS. GI-mhGAP. [Online].; 2010 [cited 2021 11 Marzo. Available from: <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>.
7. Quille A, Herrera M, Burneo J. Eventos no epilépticos psicógenos: El desafío constante de su diagnóstico y tratamiento. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2020 Julio; 83(3).
8. Anzellotti F, Dono F, Evangelista G, Di Pietro M, Carrarini C, Russo M, et al. Frontiers en Nerurología. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 20. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2020.00461/full>.
9. Abbasi O, Aw T. Psychiatric Times. [Online].; 2021 [cited 2021 Febero 22. Available from: <http://www.ojclinico.net/sitio/wp-content/uploads/2017/07/PSY06Julio.pdf>.
10. Sanchez B, Díaz A, Cortez E, Cruz M. Valoración y clasificación de pacientes en la consulta dental. Revista Odontológica Lationoamericana. 2016; 8(1).

11. Gallego I, Ezquiaga E, Betancor D, Sola R, Pastor J. Unidad de Neurología RGS. [Online].; 2011 [cited 2021 Febrero 25. Available from: <https://neurorgs.net/investigacion-index/cirugia-epilepsia-preoperatorios/crisis-no-epilepticas-de-origen-psicogeno-en-una-unidad-de-cirugia-de-la-epilepsia/>.
12. Martínez R, Mazagatos D. Curso de Actualización pediatria. [Online].; 2015 [cited 2021 8 Marzo. Available from: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p333-345.pdf>.
13. Epilepsy Foundation end Epilepsy Together Primeros Auxilios Para Crisis Epilépticas. [Online]. [cited 2021 10 Marzo. Available from: <https://www.epilepsy.com/living-epilepsy/epilepsy-and/latinos/primeros-auxilios-para-crisis-epil%C3%A9pticas>.
14. Laurence L, Bruce A, Björn C. Las bases farmacológicas de la terapéutica 12ª Edición. In C.V MHIESAd, editor. Tratamiento farmacológico de la depresión y los trastornos de ansiedad. México: Mcgraw-hill; 2012. p. 397-455.