

UNIVERSIDAD DE CUENCA.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

**“PREVENCION DE PATOLOGIA
ESTOMATOLOGICA EN PACIENTES CON
EPILEPSIA QUE ACUDEN AL CENTRO REGIONAL
DE EPILEPSIAS DE CUENCA”**

Tesis previa a la obtención del título
de doctor/a en odontología.

AUTORES:

Jhoana Rodríguez Andrade

Mauricio Merchán Farez

DIRECTOR: Dr. Hernán Muñoz Lucero

CUENCA – ECUADOR

2005

AGRADECIMIENTO.

Nuestro sincero agradecimiento va dirigido al Dr. Hernán Muñoz Lucero, quien con su sabiduría y apoyo nos ha sabido guiar en la realización de esta investigación.

Nuestra gratitud además a la Dra. Noemí Lisanti, especialista del Centro de Epilepsias de Cuenca, quien a colaborado incondicionalmente durante la realización de esta investigación.

DEDICATORIA.

A Dios por darme la vida y la salud para culminar mi carrera. A mis padres por su amor, confianza y dedicación incondicional.

A mis hermanos por comprenderme y a mis amigas por ser mi eterno apoyo.

Jhoana

Dedico este trabajo a mi madre por todo su esfuerzo y sacrificio a mi padre que me guía desde el cielo y a mi hijo Sebastián que es la luz de mi vida.

Mauricio.

INDICE DE CONTENIDOS.

CAPITULO I.

Introducción	1
Marco Teórico	
<u>La epilepsia</u> .- Concepto.....	3
Clasificación Internacional de la Epilepsia.....	5
Factores desencadenantes de las crisis epilépticas.....	7
Tratamiento de la epilepsia.....	8
Pronóstico.....	9
Recomendaciones antes de iniciar una intervención dental.....	10
Actitud ante el desencadenamiento de una crisis en el sillón dental.....	11
Complicaciones odontológicas en pacientes epilépticos.....	13
<u>Patología Bucal</u>	14
Patologías de tejido dentario	14
Caries.....	14
Fracturas dentales.....	14
Abrasiones dentales.....	15
Atrición dental.....	16
Abfracción.....	16
Bruxismo.....	16
<i>Tratamiento</i>	17

Patología Gingival	18
Gingivitis.....	18
Agrandamientos gingivales.....	19
<i>Agrandamiento inflamatorio</i>	19
<i>Agrandamiento de volumen fibrótico</i>	21
<i>Naturaleza de la lesión</i>	21
<i>Tratamiento</i>	22
<i>Expansión Combinada</i>	23
Enfermedad Periodontal	23
Periodontitis.....	23
Trauma Oclusal.....	25
Articulación temporo-mandibular	26

CAPITULO II

Materiales y métodos.....	28
---------------------------	----

CAPITULO III

Resultados.....	33
-----------------	----

CAPITULO IV

Discusión y Conclusiones.....	53
Recomendaciones.....	57
Bibliografía	59

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es un problema que afecta a por lo menos cinco millones de personas en Latinoamérica¹. Esta enfermedad implica para quienes la padecen un serio problema de salud tanto por el daño provocado a si mismos por las crisis, como por el uso de algunos de los medicamentos anticonvulsivantes, además el daño psicológico que la epilepsia implica como es la aparición, muchas veces repentina de las crisis, sumado a esto la serie de incertidumbres que la falta de conocimiento de esta enfermedad conlleva, como el desconocer su gravedad, el tiempo que debe tomar la medicación o si debe hacerlo durante toda la vida, e incluso si puede o no llevarlos a la muerte. Todas estas son preguntas que se hace el paciente y que aún la intervención médica no permite aclarar totalmente por la particularidad de cada caso, que no deja hacer generalizaciones sobre esta patología.

Ya que la epilepsia es un problema que afecta también a las familias de quienes la padecen y por el estigma y prejuicios impuestos, la epilepsia constituye un grave problema médico y social² y es muy posible que quienes la padecen le den poca importancia a otro tipo de patologías que les afectan como son las patologías bucales.

Con este estudio queremos evaluar las patologías de los pacientes epilépticos en boca, tejidos blandos (lengua, mucosa yugal, labios, gingiva, periodonto), en tejidos duros (dientes) y en la articulación temporo-mandibular en los pacientes epilépticos que acuden al Centro regional de Epilepsias de Cuenca.

En este estudio se deberá considerar la medicación antiepiléptica usada en cada paciente, así como el tipo de crisis que padecen. Además se tendrá en cuenta la higiene bucal del

¹ ARTURO CARPIO – NOEMI LISANTI, “*Neurología temas de Investigación*”, Segunda Edición, Cuenca Ecuador, 2003, pagina 173.

² ARTURO CARPIO – NOEMI LISANTI, “*Neurología temas de Investigación*”, Segunda Edición, Cuenca Ecuador, 2003, pagina 173.

paciente y los accidentes traumáticos que envuelven el sistema masticatorio por los que a pasado cada paciente.

El objetivo final de este estudio es elaborar una guía de prevención de Patología Bucal que permita a los pacientes de este centro conocer mejor las alteraciones en su cavidad bucal y una posible relación entre esta patología y la medicación antiepiléptica o las crisis epilépticas, e informarles de los cuidados que deberán tener para minimizar el riesgo de daño en boca teniendo en cuenta su enfermedad sistémica.

Marco teórico

LA EPILEPSIA

La epilepsia es una de las principales enfermedades neurológicas crónicas, con crisis recurrentes de etiología variable, que representa un complejo sintomático, caracterizada por la actividad excesiva e incontrolada de una parte o de todo el sistema nervioso central. El paciente que está predispuesto a la epilepsia sufre ataques cuando el nivel basal de excitabilidad del sistema nervioso se eleva por encima de un umbral crítico, por debajo de este las crisis no se presentan³.

La crisis epiléptica es una manifestación clínica debida a una descarga neuronal brusca, excesiva y anormal por su intensidad e hipersincronía, de un agregado neuronal del cerebro⁴.

Las manifestaciones clínicas consisten en fenómenos anormales repentinos y transitorios que pueden incluir desde alteraciones del nivel de conciencia (cuadros de ausencias), trastornos motores (crisis tónicas), sensitivas (parestias), sensoriales (alucinaciones auditivas, visuales) hasta crisis generalizadas tónica-clónicas. Cuando las crisis epilépticas se hacen recurrentes (más de dos) se habla de epilepsia.

Existen varias formas de presentación de las crisis epilépticas. Las crisis generalizadas pueden manifestarse con pérdida brusca de conocimiento con caída al suelo, contractura de los músculos de las extremidades y de la cara seguidas de sacudidas rítmicas. En otras oportunidades, especialmente en niños y adolescentes, las crisis se presentan con una pérdida de su estado de conciencia, sin caída al suelo ni convulsiones, de segundos de duración, con rápida recuperación.

³ GUYTON-HALL, “*Tratado de Fisiología Médica*”, Novena Edición, Tomo I, McGraw Hill Interamericana, México 1999, Página 828-830.

⁴ www.infomed.es/coetf/profes/temas/epilepsia.htm “*Principios generales en atención odontológica en pacientes con epilepsia*”, DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ PEREZ, Hospital Nuestra Sra. De la Candelaria Santa Cruz , Tenerife España, 2003

Las crisis parciales pueden presentarse con sensaciones subjetivas extrañas o difíciles de describir o con fenómenos auditivos, visuales, sensación de hormigueo, etc.

Etiología

Los estudios realizados en Latinoamérica sobre etiología de la epilepsia son escasos y poco comparables entre sí, puesto que no se dispone de definiciones precisas. No se diferencia, por ejemplo, entre crisis sintomáticas agudas y crisis no provocadas, o entre crisis epilépticas y epilepsia (crisis recurrentes). Estas distinciones tienen importancia desde el punto de vista conceptual, puesto que implican una etiología y sobre todo un pronóstico diferente.

En un estudio multicéntrico prospectivo de cohorte, con un seguimiento de 3 años (1997-2000), que se realizó en 5 hospitales generales del Ecuador en 312 pacientes incidentes con diagnóstico de epilepsia, se pudo observar que el 63,5% de casos tuvieron etiología idiopática/criptogénica, mientras que en el 36,5% la causa fue sintomática. Entre las principales causas sintomáticas se reportaron los trastornos perinatales (9%) y la neurocisticercosis (8%), seguido de trauma cráneo-encefálico, enfermedades cerebrovasculares e infecciones del sistema nervioso central (4% para cada una de ellas)⁵.

Desde el punto de vista ***epidemiológico*** se acepta una incidencia de 25 a 50 nuevos casos por 100 mil habitantes cada año⁶.

Estos pacientes sufren una mortalidad incrementada por causa de la yatrogenia de los fármacos y de los accidentes durante las crisis.

⁵ ARTURO CARPIO – NOEMI LISANTI, “*Neurología temas de Investigación*”, Segunda Edición, Cuenca Ecuador, 2003, pagina 177.

⁶ “*La Epilepsia en Latinoamérica*”, Primer Congreso Latinoamericano de Epilepsia, Santiago-Chile, 2000, Editor: Marcelo Devilat, Editorial IKU, Página 85.

En la provincia del Azuay la tendencia a padecer epilepsia ha variado de 397 casos en el año 1999, 456 en el año 2000, 367 en el año 2001, y 399 en el año 2002⁷.

Las cifras más altas tanto de incidencia como de prevalencia específicas por edad en los países latinoamericanos, se hallan en los jóvenes y en la edad media de la vida⁸.

Genéticamente la epilepsia se puede presentar por:

- ❖ Predisposición convulsiva: en situaciones como fiebre, estrés, o privación del sueño.
- ❖ Síndromes epilépticos genéticamente comprobados: como un rasgo genético transmitido por la herencia.
- ❖ Enfermedades hereditarias del SNC que cursan con crisis epilépticas: en este caso la epilepsia es un elemento más del cuadro clínico, junto a otras manifestaciones neurológicas o generales.⁹

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE EPILEPSIAS, SINDROMES EPILEPTICOS Y CRISIS SITUACIONALES

1.- Epilepsias y síndromes epilépticos relacionados a una localización (parcial, focal)

1.1.- Epilepsias parciales idiopáticas

1.2.- Epilepsias Parciales Sintomáticas

1.2.1.- Epilepsias según localización lobar

1.3.- Epilepsias parciales criptogénicas

2.- Epilepsias y síndromes epilépticos generalizados

2.1.- Epilepsias generalizadas idiopáticas

⁷ Fuente epi 2 Departamento de epidemiología del Azuay.

⁸ “*La Epilepsia en Latinoamérica*”, Primer Congreso Latinoamericano de Epilepsia, Santiago-Chile, 2000, Editor: Marcelo Devilat, Editorial IKU, Página 84.

⁹ GUYTON-HALL, “*Tratado de Fisiología Médica*”, Novena Edición, Tomo I, McGraw Hill Interamericana, México 1999, Página 829.

2.2.- Epilepsia generalizadas criptogénicas

2.3.- Epilepsias generalizadas sintomáticas

3.- Epilepsias y síndromes epilépticos en los que no es posible determinar si son generalizados o focales

4.- Síndromes especiales¹⁰

Descripción

1.- Epilepsias y Síndromes Epilépticos relacionados a una localización (parcial, focal)

Son aquellos tipos de epilepsia que ocurren sin lesión anatómica demostrable y llegan a remitir en forma espontánea. Los pacientes no presentan déficit neurológico ni intelectual.

2.- Epilepsias y Síndromes Epilépticos Generalizados

Se caracterizan por crisis generalizadas, es decir, crisis en las que las primeras manifestaciones tienen la participación inicial de ambos hemisferios cerebrales. Varias de las crisis clasificadas dentro de los síndromes epilépticos generalizados se desarrollan durante los primeros días, meses o años de vida, pudiendo posteriormente existir o no epilepsia.

3.- Epilepsias y Síndromes Epilépticos en los que no es posible determinar si son generalizados o focales

Estos tipos de epilepsia presentan crisis generalizadas y focales a la vez, o simplemente no es posible reconocer si son generalizadas o focales.

4.- Síndromes Especiales

Como las crisis aisladas, a las cuales no se les consideran realmente como epilepsias, o aquellas causadas por convulsiones febriles, o crisis relacionadas a eventos metabólicos o

¹⁰ www.epilepsiahoy.com “Avances en la Clasificación de las epilepsias y los síndromes epilépticos” DR. JOSEPH ROGER, MARCO TULLO MEDINA, PIERRE BENTON, CAHRLLOTTE DRAVET MECHELLE BUREAU, 2002.

tóxicos agudos como el abuso de alcohol, ciertos medicamentos, hipoglucemia, o una lesión aguda como neurocisticercosis o diversos síndromes malformativos cerebrales, etc.

FACTORES DESENCADENANTES DE LAS CRISIS

- ***Ansiedad y estrés:*** son situaciones frecuentes que se originan en la consulta odontológica y de ser necesario, se deben tomar medidas de relajación con psicoterapia o farmacología para su control.
- ***Supresión del tratamiento antiepiléptico habitual:*** por el hecho de ser sometido a una intervención dental el paciente puede pensar que debe suspender el tratamiento. El odontólogo debe asegurarse de la correcta administración de los fármacos.
- ***Proceso infeccioso intercurrente:*** la existencia de un proceso febril puede elevar el riesgo de desarrollar crisis epiléptica.
- ***Privación de sueño:*** constituye un factor de riesgo epiléptico importante. Se debe aconsejar al paciente que evite la privación voluntaria del mismo.
- ***Consumo de alcohol o excitantes:*** su ingesta abundante y prolongada puede desencadenar convulsiones en el período de deprivación. La asociación de bebidas alcohólicas con los medicamentos anticonvulsivantes potencia los efectos tóxicos del alcohol y los efectos indeseables de los medicamentos.
- ***Hipoglucemia:*** la hipoglucemia puede ser incluso de forma aislada un factor desencadenante de crisis. Se debe recomendar medidas conducentes a la prevención de la hipoglucemia.
- ***Deshidratación:*** es otro factor que puede desencadenar crisis sobretodo en niños.

- **Hiperventilación:** el aumento de la cantidad de aire que penetra en los pulmones, disminuye el nivel de CO₂ en la sangre y produce alcalosis respiratoria, que de forma mantenida puede desencadenar crisis epilépticas.
- **Luces intermitentes:** la fotoestimulación con una determinada frecuencia de disparo puede desencadenar crisis. Al igual que la hiperventilación se utiliza en Neurofisiología para el electroencefalograma.
- **Trastornos gastrointestinales:** tales como el vómito y la diarrea, pueden interferir en la absorción de fármacos antiepilépticos.
- **Fármacos:** determinados medicamentos pueden ejercer un efecto epileptógeno, especialmente por vía intravenosa y en altas dosis, entre ellos: antibióticos (ciprofloxacinas), analgésicos narcóticos (fentanilo, pentazocina, meperidina). La depresión respiratoria inducida por estos últimos puede ser potenciada por ciertos medicamentos tomados por epilépticos (benzodiazepinas, neurolépticos).
- **Actividad física:** la respiración agitada favorece en algunos pacientes la presentación de sus descargas anormales. La práctica de cualquier deporte es permisible siempre y cuando se haga con vigilancia sin llegar al agotamiento.
- **Reflejos específicos:** existe un tipo de epilepsia de etiología idiopática que puede producir crisis de carácter reflejo, que son desencadenadas por la deglución o la masticación, etc.

Tratamiento

Aproximadamente un 70% de los pacientes epilépticos se pueden controlar totalmente si llevan un tratamiento adecuado. Un 20% se controlan parcialmente y un 5-10% son refractarios al tratamiento con drogas anticonvulsivantes. Se debe tener en cuenta que aún no existe el medicamento ideal, que tenga una acción prolongada, que sea útil para todas

las formas clínicas de epilepsia, que carezca de efectos colaterales y que normalice en su totalidad el electroencefalograma.

El tratamiento para pacientes epilépticos comienza en la elección de la medicación anticonvulsivante así como su dosis, teniendo en cuenta principalmente el tipo de epilepsia y la etiología de la misma.

El efecto de la medicación anticonvulsivante se da primariamente a nivel de la corteza motora en donde inhibe la diseminación de las crisis convulsivas.

En general se inicia con dosis en cantidades menores a las que se desea administrar, y va aumentando progresivamente cada semana hasta llegar a ser permanente, aunque si se consigue los resultados deseados con dosis menores a la que se pensaba administrar, estos niveles se deben conservar.

En otras ocasiones se disminuye la dosis para valorar las mejoras en el paciente.

La medicación anticonvulsivante, entre las cuales se pueden elegir están: Fenitoína, Carbamazepina, Oxicarbazepina, Ácido valproico, Gabapentina, Clorhidrato de Sertralina, Clobazam, Fenobarbital, Diazepam, Primidona.

Pronóstico: Un estudio con un seguimiento de 3 años (1997-2000), se realizó en el Ecuador con 312 pacientes con epilepsia. El riesgo de recurrencia en pacientes con crisis sintomáticas (52%) fue mayor que en los de crisis idiopáticas (38%). De igual forma, los pacientes con tomografía cerebral normal tuvieron una recurrencia menor (35%) que aquellos con tomografía cerebral anormal. No se encontraron diferencias significativas en el riesgo de recurrencia según el sexo, edad, electroencefalograma y tipo de crisis. De

acuerdo a información de estudios realizados en países subdesarrollados, la mortalidad asociada con epilepsia es dos a tres veces mayor que la de la población en general¹¹.

RECOMENDACIONES ANTES DEL INICIO DE UNA INTERVENCION DENTAL

Es aconsejable realizar una breve historia clínica de las crisis al paciente, conocer la existencia de pródromos o aura, así como posibles factores desencadenantes de las crisis y medicación antiepiléptica. En ocasiones, puede solicitarse información complementaria al neurólogo que este tratando regularmente al paciente.

Se ha de intentar evaluar aspectos generales del paciente: lesiones provocadas por traumatismos o caídas debidas a las crisis epilépticas, efectos de la medicación (alopecia, hirsutismo, rash cutáneos, etc.). En la exploración bucal se valorará especialmente la existencia de anomalías en la cavidad oral, patología en las encías (agrandamiento gingival) y condiciones de higiene bucal.

Se deberá tomar ciertas medidas tanto generales como específicas antes de la intervención dental, como son:

1. Medidas generales

1. Posponer la cita dental si han habido crisis recientes (minutos u horas previas), o si el paciente ha estado expuesto a factores desencadenantes ya que puede existir riesgo de que se presente una crisis, especialmente si el paciente no esta siendo debidamente controlado.
2. Evitar la administración de fármacos que puedan ser desencadenantes de crisis.
3. Controlar trastornos de ansiedad.
4. Consentimiento escrito de pacientes o familiares.

¹¹“*La Epilepsia en Latinoamérica*”, Primer congreso Latinoamericano de Epilepsia, Santiago-Chile, 2000, Editor: Marcelo Devilat, Editorial IKU, Página 86.

5. Citarlo a primeras horas de la mañana o de la jornada laboral, sin hacerle esperar excesivamente; de esta forma el paciente y el propio especialista se encuentran en mejores condiciones.

6. Planificación del tratamiento, se ha de procurar realizar sesiones cortas de tratamiento que eviten la ansiedad y cansancio por parte del paciente. Se ha de planificar adecuadamente cada una de las intervenciones estableciendo los tiempos y programar los tratamientos que requieren anestesia.

II. Medidas específicas

1. El uso de ansiolíticos en caso de ansiedad moderada o severa una hora antes de la intervención. Por ejemplo: Diazepam 5-10mg vía oral.

2. Conseguir una adecuada analgesia, la existencia de dolor puede conllevar a una situación de irritabilidad, nerviosismo, hiperventilación, etc. que puedan precipitar la aparición de crisis epilépticas.

3. Evitar dosis altas de anestésicos locales con vasoconstrictores si el paciente recibe antidepressivos, pues puede producir hipertensión prolongada.

ACTITUD ANTE EL DESENCADENAMIENTO DE UNA CRISIS EN EL SILLON DENTAL

Ante el desencadenamiento de crisis en un paciente epiléptico, existen ciertas medidas que el odontólogo debe tomar, para evitar, en lo posible un daño mayor.

A éstas las podemos clasificar en medidas generales, medidas específicas, medidas terapéuticas y medidas a tomar en la fase poscrítica de la crisis. Estas son:

I. Medidas generales

1. Retirar todos los instrumentos y objetos con los que el paciente pueda dañarse.

2. Retirar de la boca del paciente aparatos protésicos u ortodóncicos removibles si fuera posible.

3. Colocar al paciente en decúbito dorsal en el sillón o en el suelo con una protección en la cabeza para evitar que se haga daño.

II. Medidas específicas

1. Si hubiera la oportunidad, colocar cuñas de goma en la boca para evitar lesiones en la mucosa o en el tejido dentario, pero es contraproducente forcejear cuando ya los maxilares se encuentran firmemente cerrados.

2. Asegurar una buena oxigenación aflojando la ropa y colocando la cabeza de lado para permitir que la salivación excesiva y la acumulación de flemas obstruyan la vía respiratoria, aspirar estas secreciones si fuera posible.

3. Esperar a que la crisis cese sola, lo cual suele ocurrir en 3 a 5 minutos.

III. Medidas terapéuticas en una convulsión

- ***Si las crisis se prolonga más de 5 minutos***

1. Administrar oxígeno con mascarilla.

2. Administrar benzodiacepina por vía intravenosa: diazepam 10-20mg en adultos o 0,1-0,3mg/kg en niños o por vía rectal: diazepam (10 -20mg).

3. Si las crisis epilépticas persisten después de 10 minutos o se sabe con certeza que se trata de una persona embarazada, se deberá trasladar al paciente a un servicio de urgencias hospitalarias.

IV. Medidas en la fase poscrítica de las crisis epilépticas

1. No dejar solo al paciente pues después de la crisis el enfermo no recordará qué le ha pasado y se sentirá muy confuso. Valorar el grado de vigilia y orientación.

2. Vigilar la frecuencia respiratoria.

3. Administrar 1 ampolla intravenosa de glucosa al 50% de existir, caso contrario, una ampolla de 10%.
4. Administrar 100mg de tiamina intravenosa si el paciente es alcohólico.
5. Puede revertirse el efecto de las benzodiazepinas con flumazenil (lanexat).
6. Curas locales si existen heridas orales o linguales.

COMPLICACIONES ODONTOLÓGICAS EN PACIENTES EPILEPTICOS

Al realizar el examen bucal a pacientes epilépticos se podrán observar ciertas manifestaciones que podrían estar en relación con las crisis epilépticas; como son:

- ❖ Amplias cicatrices en labios, mucosas y particularmente en la lengua.
- ❖ Fracturas en piezas dentarias.
- ❖ Agrandamientos gingivales causados por la administración de ciertos medicamentos usados en el tratamiento de esta enfermedad. Este aumento de volumen fibrótico deberá ser diferenciado de otro tipo de agrandamientos gingivales, tales como:

1. Incremento de volumen inflamatorio
2. Incremento de volumen combinado (inflamatorio + fibrótico).
3. Incrementos de volumen relacionados con estados o enfermedades sistémicas.
4. Incremento de volumen neoplásico (tumores gingivales).¹²

- ❖ Traumas en la Articulación temporo-mandibular, pues se sabe que un alto porcentaje de los pacientes que padecen epilepsia, como consecuencia del estado estresante

¹² CARRANZA-NEWMAN, “*Periodontología Clínica*”, Octava Edición, McGraw Hill Interamericana, México 1998, Página 250.

que la enfermedad implica, sumado a un posible trauma oclusal, dará como resultado bruxismo o rechinar de dientes¹³.

PATOLOGÍA BUCAL

PATOLOGIAS DEL TEJIDO DENTARIO

CARIES

La caries dental es la descomposición molecular de los tejidos duros del diente que involucra un proceso histoquímico y bacteriano, el cual termina con descalcificación y disolución progresiva de los materiales inorgánicos y desintegración de su matriz orgánica. Es un proceso patológico de etiología multifactorial en la que intervienen varios factores involucrados en el desarrollo de la misma como bacterias, huésped, dieta y tiempo, todos ellos imprescindibles para su aparición.



IMAGEN N° 1: Paciente con caries dental causada por una mala higiene bucal.

FRACTURAS DENTALES

Diversos tipos de lesiones provocan fractura de los dientes. La causa frecuente de una fractura suele ser un golpe. Sin embargo, un molar o un premolar pueden fracturarse

¹³ LESTER W. BURKET, “*Medicina Bucal*”, Sexta Edición, Interamericana, México 1973, Pagina 375.

debido a las fuerzas de la masticación cuando el individuo muerde un objeto duro en forma inadvertida. Estas pueden además presentarse como consecuencia de un proceso carioso grande.

La fractura dentaria, puede ocurrir en pacientes epilépticos, al tener una crisis convulsiva que envuelve el aparato masticatorio, debido a la fuerte contracción de los músculos masticadores.

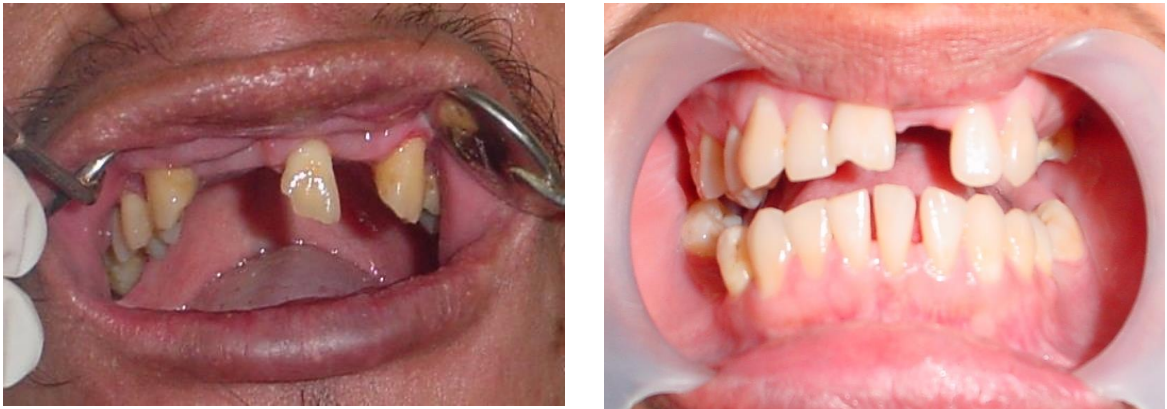


IMAGEN N° 2-3: Pacientes con fracturas dentales provocadas en crisis epilépticas.

ABRASIONES DENTALES

Representa el desgaste patológico de la estructura dentaria. La ubicación de la pérdida de esta estructura dentaria está de acuerdo con la naturaleza de la etiología o el hábito responsable de la abrasión excesiva, como por ejemplo en personas que sostienen objetos con sus dientes encontramos surcos de los incisivos superiores e inferiores, la abrasión cervical se produce en individuos que se cepillan los dientes excesivamente en el plano horizontal. Se observan focos aislados de abrasión en pacientes con contactos oclusales prematuros que aparecen como facetas de desgaste de la cúspide.

ATRICION DENTAL

Representa la pérdida de la estructura dentaria causada por el contacto de los dientes entre sí. La pérdida es característica por el hecho de que el esmalte y la dentina se abrasionan en sus caras oclusales, incisales y proximales de un modo generalizado. Una cierta cantidad del deterioro dental es fisiológica, pero el desgaste acelerado puede prevalecer con factores funcionales inusuales o anatómicos anormales. Las superficies desgastadas por la atrición se llaman facetas, cuando se observan a estas, brillantes, lisas y curviplanas, suelen ser el mejor indicador de la actividad por fricción activa. Debido a que la atrición funcional se relaciona con la edad, esto sugiere que cuando aparece la atrición en un adulto joven, difícilmente se da a partir del desgaste funcional y puede ser consecuencia de la actividad bruxista.

ABFRACCION

Es el desgaste que se da a nivel de cuellos dentarios, pues el esmalte a nivel cervical es más delgado y por tanto los prismas se fracturan más fácilmente. Inicialmente se observa una zona de desgaste pequeño, liso y brillante, tomando luego forma de copa de color amarillento o pardo. Las abfracciones se observan comúnmente en pacientes bruxistas.

BRUXISMO

Es el apretamiento o machacamiento de los dientes cuando la persona no se encuentra masticando o deglutiendo. El bruxismo puede acontecer como contracciones rítmicas fuertes y breves de los músculos mandibulares durante los desplazamientos excéntricos laterales de la mandíbula o en la intercuspidización máxima. Generalmente cuando el bruxismo ocurre durante el día, este se da en máxima intercuspidización (Bruxismo

Céntrico), si este sucede en la noche suele ser en posición excéntrica (Bruxismo en Excéntrica).

Por lo general el bruxismo sucede sin algún trastorno o defecto neurológico y puede considerarse que está presente en gente sana, este no a de ser catalogado como una disfunción cerebral sino como inestabilidad idiopática del sistema nervioso central¹⁴.

Los informes muestran que la mayor tensión del músculo masetero se relaciona de modo directo con las situaciones estresantes en el transcurso del día.

Tratamiento: la coronoplastía forma parte de los tratamientos oclusales, sin embargo las alteraciones invasivas de la oclusión en la forma de un ajuste oclusal extenso, la reconstrucción o el régimen de ortodoncia están contraindicadas como medio para controlar el bruxismo. Las férulas son más importantes en el tratamiento de los efectos destructivos del bruxismo.



IMAGEN N° 4-5: Abrasiones dentales en pacientes epilépticos que padecen bruxismo.

¹⁴ CARRANZA-NEWMAN, “Periodontología Clínica”, Octava Edición, McGraw Hill Interamericana, México 1998, Página 193.

PATOLOGIA GINGIVAL

GINGIVITIS

Se denomina gingivitis a la alteración patológica de la gingiva de tipo inflamatorio que puede evolucionar hacia una enfermedad periodontal.

El color normal de la encía es rosa coral como consecuencia de la vascularidad del tejido y los estratos epiteliales superiores. Por esto, la encía enrojece más cuando la vascularización aumenta o el grado de queratinización epitelial disminuye o desaparece. En consecuencia, la inflamación crónica intensifica el color rojo o rojo azulino como consecuencia de la proliferación vascular y la reducción de la queratinización por la compresión epitelial del tejido inflamado, la éstasis venosa agrega un matiz azulado. La inflamación crónica es la causa más frecuente de la hemorragia gingival ante el traumatismo mecánico. Los sitios de mayor hemorragia al sondeo presentan mayor área de tejido conectivo inflamado. La pérdida del puntilleo superficial es un signo precoz de la gingivitis. En la inflamación crónica, la superficie es lisa y brillante o firme y nodular, dependiendo de si los cambios dominantes son exudativos o fibróticos. .

La gingivitis puede permanecer estacionaria por períodos indefinidos o, a veces evolucionar con rapidez hacia una destrucción de los tejidos de soporte (periodontitis).¹⁵

Esta reacción gingival inicia una semana y a veces hasta 2 días luego de que se permite el depósito de placa bacteriana en la superficie dental contigua al tejido gingival y esta proporciona un medio ideal para el desarrollo de numerosos microorganismos responsables de ocasionar gingivitis, enfermedad periodontal y la caries. Cuando el paciente presenta cálculos supra y/o subgingivales, obturaciones dentales defectuosas, prótesis removibles,

¹⁵ FERMIN ALBERTO CARRANZA JR, “*Compendio de Periodoncia*”, Quinta edición, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1999, Páginas 243,244.

aparatos ortodónticos y la acumulación de restos alimenticios entre los dientes, estos contribuyen en la acumulación de placa bacteriana.

Es importante para la salud gingival la eliminación de la placa bacteriana la cual se consigue principalmente por medios mecánicos con el cepillado dental y el uso de hilo dental.



IMAGEN N° 6: Paciente con gingivitis marginal crónica.

AGRANDAMIENTOS GINGIVALES

Son muchos los tipos de incremento de la masa gingival y varían según los factores y los procesos patológicos que los producen y pueden ser: inflamatorios, hiperplásicos, combinados, relacionados con estados o enfermedades sistémicas, Neoplásicos, Aumentos de volumen falso.¹⁶

AGRANDAMIENTO INFLAMATORIO

Puede surgir de un cambio inflamatorio agudo o mas frecuentemente de tipo crónico.

Incremento de volumen inflamatorio crónico

Esta surge como una tumefacción ligera de la papila interdental, la encía marginal o ambas.

En las primeras fases produce una prominencia tipo salvavidas en torno de los dientes

¹⁶ CARRANZA-NEWMAN, “*Periodontología Clínica*”, Octava Edición, McGraw Hill Interamericana, México 1998, Página 249.

afectados, esta saliente aumenta de tamaño hasta que cubre parte de las coronas. Puede ser localizado o generalizado y progresa con lentitud y sin dolor.

En ocasiones, este incremento crónico de la encía ocurre como una masa sésil o pedunculada discreta. Este incremento se da como resultado de la exposición prolongada a la placa dental.

Expansión inflamatoria aguda

Puede ocurrir debido a un absceso gingival, observándose una lesión localizada y dolorosa que se expande con rapidez y comienza por lo general de manera intempestiva. Se limita por lo regular a la encía marginal o la papila interdental. Inicialmente aparece como incremento de volumen rojo con una superficie brillante lisa, al cabo de 24 a 48 horas el absceso gingival se torna por lo general fluctuante y con puntilleo, con un orificio superficial a partir del cual puede expresarse un exudado purulento.

Esta expansión inflamatoria aguda puede también ser el resultado de un absceso periodontal.



IMAGEN N° 7: Agrandamiento gingival de tipo inflamatorio crónico.

AUMENTO DE VOLUMEN FIBRÓTICO

(Hiperplasia gingival provocada por medicamentos)

El uso de ciertos anticonvulsivantes en el tratamiento de pacientes con epilepsia, podría producir un incremento de la masa gingival, con una incidencia informada que varía desde el 3% hasta el 84.5%, observándose con mayor frecuencia en sujetos de menor edad. Su manifestación y gravedad no necesariamente esta en relación con la dosis, la concentración de estos anticonvulsivantes en el suero o saliva, o con la duración del tratamiento. Sin embargo, ciertos informes muestran una relación definida entre su dosificación y el grado de la hiperplasia gingival.¹⁷

La lesión primaria comienza con incremento de volumen indoloro de los márgenes y papilas gingivales y en estados avanzadas puede incluso llegar a interferir con la oclusión. “La hiperplasia causada por la fenitoína puede aparecer en bocas carentes de irritantes locales y en ocasiones está ausente donde los irritantes locales abundan”.¹⁸

El incremento de volumen es crónico y aumenta de tamaño con lentitud; cuando se eliminan por medios quirúrgicos, vuelve a presentarse; la desaparición espontánea acontece a los pocos meses de haber terminado el tratamiento.

Los cambios inflamatorios secundarios aumentan el tamaño de la lesión causada por la fenitoína, producen un cambio de color rojo o rojo azulado y motivan una mayor tendencia a la hemorragia.

Naturaleza de la lesión: el incremento del volumen es una reacción hiperplásica iniciada por el medicamento con la inflamación como factor concomitante secundario. La fenitoína estimula la proliferación de células epiteliales y fibroblásticas. La fenitoína puede motivar

¹⁷ CARRANZA-NEUMAN, “*Periodontología clínica*”, 8° edición, McGraw Hill Interamericana, México, 1998, Página 252-253.

¹⁸ CARRANZA-NEUMAN, “*Periodontología clínica*”, 8° edición, McGraw Hill Interamericana, México, 1998, Página 252-253

un decremento en la degradación de la colágena como resultado de la producción de una colagenasa fibroblástica inactiva.

Una higiene bucal meticulosa elimina la inflamación pero no reduce la hiperplasia.

Tratamiento: el mejor tratamiento consistiría en el cambio de antiepiléptico, mejorando o incluso con remisión completa al cabo de 4-5 meses. Aunque no siempre es posible cambiar la medicación elegida.

Se ha de motivar al paciente para realizar una meticulosa higiene diaria, empleo de enjuagues bucales antibacterianos. Se recomienda la administración de suplementos de vitamina C y ácido fólico de forma periódica, pues la vitamina C actúa en la formación y mantenimiento del colágeno, fundamental para la formación de tejido conectivo¹⁹, y el ácido fólico ayuda a sintetizar las proteínas y trabaja en la producción de glóbulos rojos²⁰.

Cuando el desarrollo de la hiperplasia es significativo se ha de proceder al tratamiento quirúrgico (Gingivectomía, Gingivoplastia).



IMAGEN N° 8: Agrandamiento gingival fibrótico por administración de fenitoína.

¹⁹ www.dsalud.com/medicaorto_numero25htm "Vitamina C", DISCOVERY SALUD, 2005.

²⁰ www.zonadiet.com/nutricion/folico.htm "Nutrición-Acido fólico" ZONA DIET, 2003.

EXPANSIÓN COMBINADA

Aparece cuando los cambios inflamatorios secundarios complican la hiperplasia gingival. Esta causa estados favorables para la acumulación de placa bacteriana al acentuar la profundidad del surco gingival, interferir con la correcta higiene bucal y desviar la trayectoria normal de la excursión alimentaria. Los cambios inflamatorios secundarios aumentan el tamaño de la hiperplasia preexistente y provocan un aumento de volumen gingival combinado. En ocasiones la inflamación secundaria confunde los rasgos de la hiperplasia hasta un grado en que toda la lesión parece ser inflamatoria.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias gingivales, con formación de bolsa periodontal que lleva a la pérdida de hueso alveolar y eventualmente a la del diente. Su causa primaria es infecciosa (placa bacteriana).

PERIODONTITIS

Es el tipo más frecuente de enfermedad periodontal y surge de la extensión del proceso inflamatorio iniciado en la encía hacia los tejidos periodontales de soporte. Existen varias formas de enfermedad periodontal, entre las más comunes se encuentran:

Periodontitis Crónica

Es la inflamación de los tejidos de soporte del diente y pérdida del hueso alveolar que se caracteriza por formación de bolsa periodontal y/o recesión gingival. Esta es la más frecuente forma de periodontitis. Ocurre comúnmente en adultos, pero puede ocurrir en individuos de cualquier edad. La progresión de la pérdida del soporte dentario ocurre lentamente, pero pueden presentarse períodos de rápida progresión.

Periodontitis Agresiva

Esta forma de periodontitis ocurre en pacientes que en otros aspectos se encuentran clínicamente saludables. La edad de inicio de este padecimiento varía desde mediados hasta finales de la adolescencia e incluso los 30 años de edad²¹. Se trata de la rápida pérdida de los elementos periodontales de soporte incluyendo la destrucción del hueso alveolar. Se diferencia de la forma crónica por la edad de inicio, la velocidad de avance, la naturaleza y composición de su microflora subgingival, alteración de la reacción inmunitaria y grupos familiares de individuos enfermos. La periodontitis agresiva puede ser localizada y generalizada.

Periodontitis como Manifestación de Enfermedades Sistémicas

La periodontitis que ataca a una persona joven, es decir, inicia antes de los 11 años de edad en las denticiones primaria o mixta, y persiste a menudo luego de la pubertad, se relaciona a menudo con enfermedades sistémicas, como la diabetes.

Periodontitis Úlcero-Necrotizante (PUN)

Es una infección caracterizada por la necrosis de tejidos gingivales, ligamento periodontal y hueso alveolar. Estas lesiones son más comúnmente observadas en individuos con condiciones sistémicas incluyendo, pero no limitadas a: HIV, malnutrición e inmunosupresión.²²

²¹ CARRANZA-NEUMAN, “*Periodontología clínica*”, 8° edición, McGraw Hill Interamericana, México, 1998, Página 354.

²² www.perio.org/consumer/2a.htm “*Oral health information for the public*”, American Academy of Periodontology, 2005.



IMAGEN N° 9: Paciente con periodontitis úlcero-necrotizante.

Ni la gingivitis ni la periodontitis tienen una relación directa con la epilepsia como enfermedad sistémica.

TRAUMA OCLUSAL

Se puede definir el trauma oclusal como una injuria a cualquier componente del sistema masticatorio resultado de una relación de contacto oclusal anormal o una función anormal o disfunción del sistema masticatorio. El trauma oclusal puede ser:

Trauma Oclusal Primario: Es aquella fuerza oclusal excesiva aplicada a un diente con estructura periodontal normal.

Trauma Oclusal Secundario: Es aquella fuerza oclusal normal o anormal que causa trauma al periodonto de un diente o dientes con periodonto inadecuado o disminuido. Es decir cuando la capacidad del periodonto para soportar fuerzas oclusales está deteriorada por la enfermedad periodontal.

Cuando las fuerzas oclusales exceden la capacidad de adaptación fisiológica del periodonto, se lesiona el tejido.

El traumatismo oclusal no produce inflamación gingival o la formación de bolsas periodontales,²³ pero pueden agravar lesiones preexistentes.

En los pacientes epilépticos con crisis generalizadas que envuelven el sistema masticatorio, existe trauma oclusal por las grandes fuerzas involuntarias ejercidas por los músculos masticadores el momento de las crisis. Este es un factor de riesgo para estos pacientes y en el caso de existir lesiones periodontales preexistentes estas se verán agravadas por el trauma oclusal presente.

ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR

La patología en la articulación temporo-mandibular en los pacientes con epilepsia, puede ser de dos tipos: macro y micro trauma, originado cada uno de ellos, en diversos momentos de la enfermedad, a través de sus manifestaciones clínicas.

El *macrotrauma* puede ser una lesión articular intra y extracapsulares originada por impactos directos, de diferente magnitud, sobre la ATM, o indirectos por transmisión de fuerzas a el cuello condilar. Estas podrían presentarse durante las crisis tónico clónicas con pérdida del plano de sustentación y caída del paciente, produciendo golpes contusos que afectan a la ATM ósea y sus componentes blandos.

El *microtrauma* se origina por la oclusión en períodos largos, no controlados y de intensidad de moderada a intensa en las crisis convulsivas y los períodos posteriores, que lesionaran exclusivamente a los tejidos blandos intrarticulares.

No existe datos estadísticos ni datos específicos de patología articular por esta enfermedad por lo que se la menciona de forma breve. La etiología es variable y no se pueden

²³CARRANZA-NEWMAN, “*Periodontología Clínica*”, Octava Edición, McGraw Hill Interamericana, México, 1998, Página 64,65.

relacionar de forma directa a los eventos convulsivos con la alteración de estructuración interna de la ATM.

CAPITULO II

MATERIALES Y METODOS.

El presente estudio es de tipo descriptivo. El universo lo forman los pacientes que acuden a consultas permanentes en el Centro Regional de Epilepsias de Cuenca (CEREPI) y la muestra es de 40 de estos pacientes. Los pacientes son dentados o parcialmente dentados, con edades entre 18 a 55 años que padecen crisis epilépticas del tipo tónico clónicas.

MATERIALES:

- Fichas de diagnóstico.
- Set de diagnóstico (espejo, pinza, explorador)
- Sonda periodontal estandarizada por la OMS (Hu-Friedy)
- Estetoscopio
- Cámara fotográfica

MÉTODOS:

- ❖ Se registró la edad y el sexo del paciente.
- ❖ Se revisó cada una de las historias clínicas de los pacientes a los que se les realizó el examen bucal, y un médico profesional en el tema, realizó el diagnóstico del tipo de epilepsia que padecen.
- ❖ Se hicieron preguntas al paciente para conocer el tiempo y la frecuencia con la que se presentan las crisis, así como el tiempo que se encuentra bajo tratamiento médico y la medicación recetada.
- ❖ Se realizaron varias preguntas a los pacientes escogidos, en relación a síntomas de patología bucal, así como preguntas para determinar el tipo de higiene bucal e información que posee acerca de la misma.

- ❖ Se realizó un examen bucal, buscando patologías en carrillos, lengua, labios, dientes y tejido periodontal.
- ❖ El diagnóstico de patología bucal se realizó por medio de los siguientes parámetros e índices:
 - El estado gingival se determinó por medio de la valoración de las características clínicas: color, consistencia, contorno y presencia o no de sangrado al sondaje.
 - El agrandamiento gingival se la clasificó en: Agrandamiento gingival inflamatorio, Agrandamiento fibrótico y/o Agrandamiento combinado. Y dentro de estos: Leve: si cubre la corona dental hasta el tercio gingival, Moderado: Si cubre la corona dental hasta los dos tercios gingivales, Grave: si cubre más de los dos tercios gingivales de la corona dental.
 - El estado periodontal se determinó con el Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal en la Comunidad (CPITN). Este índice consiste en dividir la dentición en sextantes, para cada uno de los cuales se determina un valor. Se realiza el sondaje de todas las piezas dentales presentes en boca, en seis puntos del diente: mesial, central y distal de la zona vestibular y lingual. El sondaje permite medir la profundidad del surco o la bolsa periodontal y el nivel de inserción. Según la pérdida de inserción en cada zona se otorga una calificación por diente así: 0: salud gingival; 1: sin bolsa periodontal pero con sangrado hasta 30 segundos después del sondaje; 2: cálculos supragingivales, subgingivales o ambos y obturaciones defectuosas; 3: bolsa periodontal de 3,5 a 5mm; y 4: bolsa de 5,5mm o más. El mayor puntaje de un diente determina el puntaje del sextante y el mayor puntaje de un sextante, representa el puntaje CPITN por persona.

- La higiene bucal de cada paciente se determinó a través del Índice de Higiene Oral OHI-S, el cual consta de dos elementos: el índice de desechos simplificado DI-S que mide la cantidad de placa bacteriana, desechos y materia alba, el cual designa un puntaje según la revisión con el explorador sobre la superficie del diente, así: 0: no hay presencia de residuos o manchas; 1: desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta; 2: desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de dos tercios de la superficie dental expuesta; 3: residuos blandos que cubren más de dos terceras partes de la superficie dental expuesta, y un índice de cálculo simplificado CI-S que da un puntaje por diente así: 0: no hay cálculo presente; 1: cálculos supragingival que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta; 2: cálculo supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos terceras partes de la superficie dental expuesta o hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente o ambos; 3: cálculos supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente o ambos. Este índice se aplica solamente en seis superficies dentales que son: vestibular de primer molar superior izquierdo y derecho, incisivo central superior derecho e inferior izquierdo, y las caras linguales del primer molar inferior izquierdo y derecho. La calificación CI-S y DI-S se obtienen cada una por persona redondeando las calificaciones de cada diente y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas. La calificación OHI-S por persona es el total de las calificaciones DI-S y CI-S por sujeto. Los valores clínicos de la higiene bucal que pueden vincularse con las

calificaciones OHI-S son los siguientes: Buena: 0-1.2; Regular 1.3-3.0; y Mala: 3.1-6.0.

- Se determinó el estado dental de cada paciente con el índice CPOd (dientes cariados, perdidos y obturados-por diente), que observa el estado individual de cada diente. Se buscó además fracturas dentales y en el caso de existir se indagó su causa.
- ❖ El diagnóstico del bruxismo se realizó a través de:
- Observación de desgastes dentarios: Leve (menos del tercio incisal u oclusal), Moderado (tercio oclusal o Incisal), y Grave (mayor al tercio incisal u oclusal).
 - Preguntas al paciente sobre si tiende a apretar los dientes en situaciones que considera estresantes, o si ha sido informado por otra persona, de ruidos provenientes de sus dientes mientras duerme.
 - Hipersensibilidad dentaria.
 - Se buscó hipertrofia muscular (aumento en el volumen del músculo) o hipertonicidad (rigidez muscular y limitación de movimiento) de músculos masticatorios mediante palpación.
 - Limitación al movimiento.
 - Mialgia de los músculos masticadores. Si el paciente refiere dolor muscular sin conocer el motivo, o si este está presente al despertar, pues puede deberse a fuertes contracciones de los músculos masticadores.
- ❖ Se buscó signos y síntomas de patología en la Articulación temporo- mandibular:
- Presencia de chasquido o sonido articular en la ATM, con el uso de un estetoscopio.

- Observación de la dirección de la mandíbula en movimientos de apertura y cierre.
- Refiere o no el paciente dolor articular (región de los oídos o cerca de ellos).
- Si se presentara dolor se preguntó si este fue localizado o difuso, y se planteó una calificación para este dolor de: Leve (de 1 a 4), Moderado (de 5 a 7), e Intenso (de 8 a 10). Se registró también la causa del dolor.

Durante la fase de ejecución del proyecto investigativo nuestro interés no se enfocó únicamente en obtener datos, sino también brindar información de las patologías que se encuentran con mayor frecuencia en el sistema estomatológico y de una manera más específica según el caso de cada paciente, así como enseñanza y técnicas de prevención de patología oral. De la misma forma, se recomendó a cada paciente acudir a la consulta odontológica, para tratar los problemas estomatológicos que eran de mayor interés para el paciente.

CAPITULO III

RESULTADOS

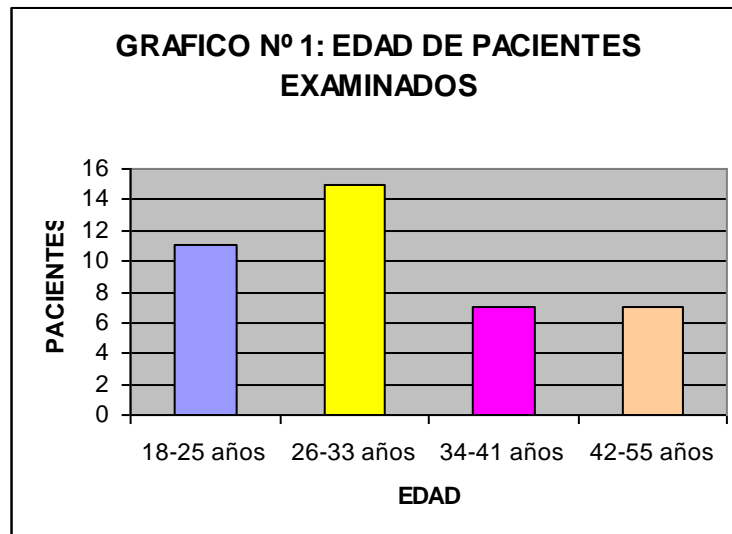
ANALISIS DESCRIPTIVO

1.- DATOS GENERALES

1.1.- EDAD DE PACIENTES EXAMINADOS QUE ACUDEN AL CENTRO REGIONAL DE EPILEPSIA DE CUENCA.

Para nuestra investigación estudiamos pacientes comprendidos entre la edad de 18 a 55 años dando como resultado que el porcentaje mayor se encuentra en el grupo entre 26-33 años con un 38%, seguido por el grupo de 18-25 años con un 27%.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
18-25 AÑOS	11	27,00
26-33 AÑOS	15	38,00
34-41 AÑOS	7	17,50
42-55 AÑOS	7	17,50
TOTAL	40	100,00

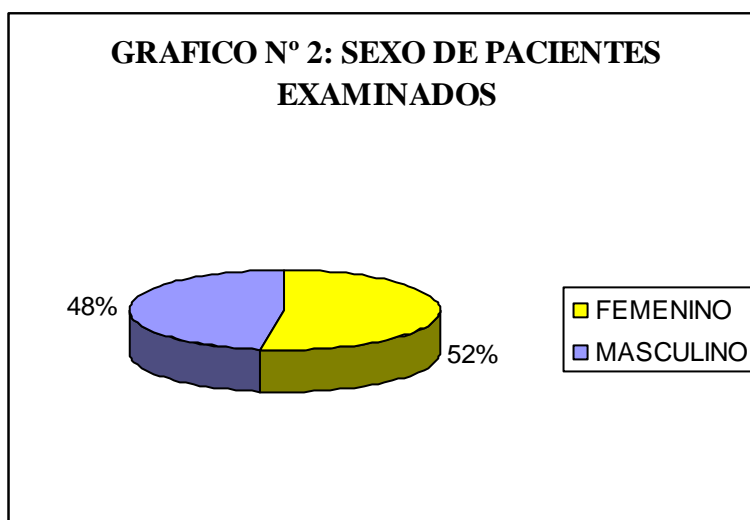


Fuente: Fichas de diagnostico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

1.2.- SEXO DE PACIENTES EXAMINADOS EN EL CEREPI

El examen de signos y síntomas de patología estomatológica se realizó al 52% de pacientes de sexo femenino y al 48% de pacientes del sexo masculino.

CUADRO N° 2- SEXO DE PACIENTES EXAMINADOS EN EL CEREPI		
SEXO	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	21	52,00
MASCULINO	19	48,00
Total	40	100,00



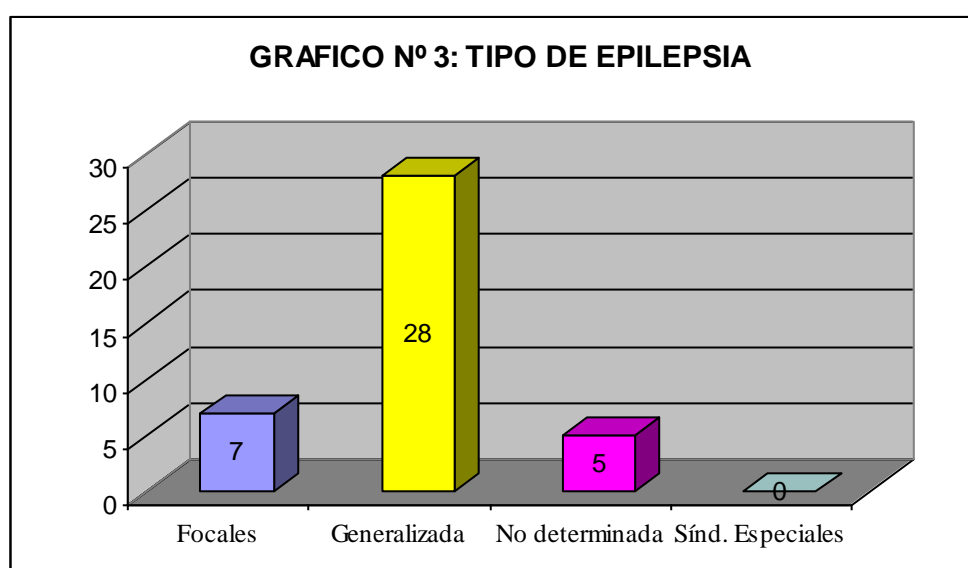
Fuente: Fichas de diagnóstico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA EPILEPSIA.

2.1.- TIPO DE EPILEPSIA.

El tipo de epilepsia que se encontró con mayor frecuencia es el tipo Generalizada en un 70%, seguida por el tipo de epilepsias relacionadas con una localización (focal o parcial) en un 18%, y el 12% de estos pacientes padecen diferentes tipos de epilepsias en las que no es posible diferenciar entre focales o generalizadas. En este estudio no se examinó pacientes que padecen crisis epilépticas como consecuencia de síndromes especiales, pues estos eventos suelen ocurrir solamente 1 vez en la vida.

CUADRO N° 3- TIPO DE EPILEPSIA.		
TIPO DE EPILEPSIA	Frecuencia	Porcentaje
Relacionados a una localización	7	18,00
Epilepsias generalizadas	28	70,00
No determinadas como focales o generalizadas	5	12,00
Síndromes especiales	0	0,00
TOTAL	40	100,00

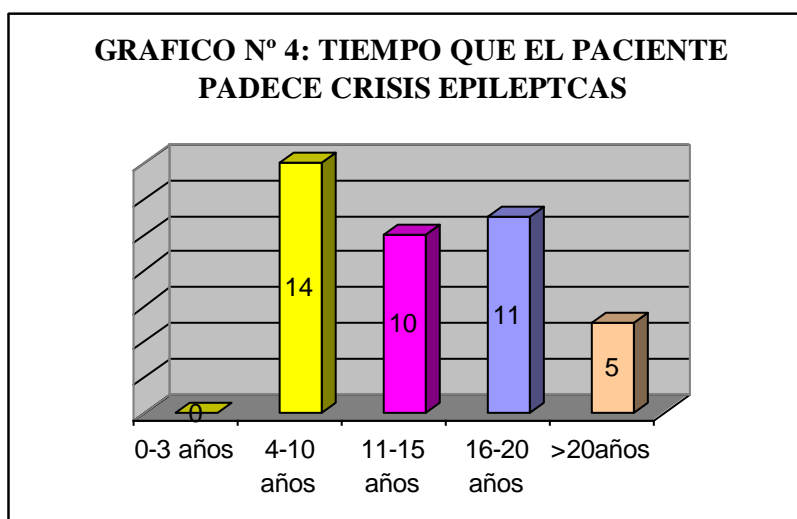


Fuente: Fichas de diagnóstico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

2.2.- TIEMPO QUE EL PACIENTE PADECE CRISIS EPILEPTICAS.

En este estudio se encontró que la mayoría de pacientes padecen epilepsia entre 4-10 años con un 35%, seguido por pacientes que la padecen desde hace 16-20 años con un 28%.

CUADRO N° 4: TIEMPO QUE EL PACIENTE PADECE CRISIS EPILEPTICAS.		
TIEMPO	Frecuencia	Porcentaje
0-3 AÑOS	0	0,00
4-10 AÑOS	14	35,00
11-15 AÑOS	10	25,00
16-20 AÑOS	11	28,00
MAS DE 20 AÑOS	5	12,00
TOTAL	40	100,00

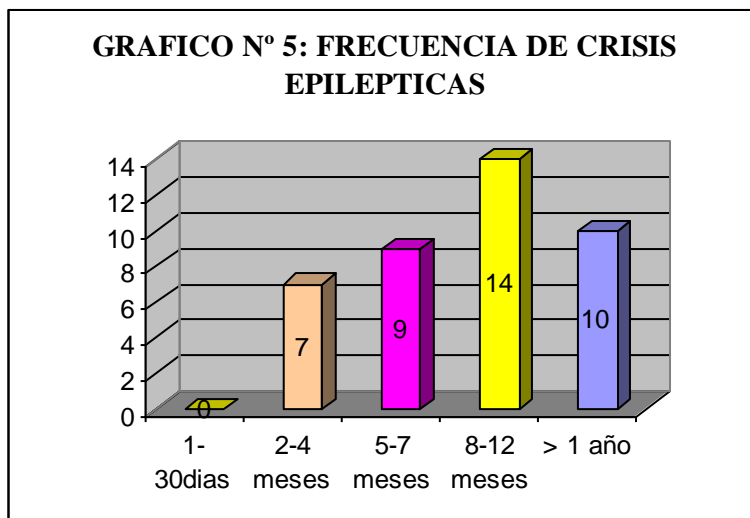


Fuente: Fichas de diagnostico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

2.3.- FRECUENCIA ENTRE CRISIS EPILEPTICAS.

Los pacientes observados padecen crisis epilépticas en períodos entre 8-12 meses en un 35%, y en períodos mayores a un año, en un 25%.

CUADRO N° 5: FRECUENCIA ENTRE CRISIS EPILEPTICAS.		
FRECUENCIA ENTRE CRISIS	Frecuencia	Porcentaje
1-30 DIAS	0	0,00
2-4 MESES	7	17,00
5-7 MESES	9	23,00
8-12 MESES	14	35,00
MAS DE 1 AÑO	10	25,00
TOTAL	40	100,00

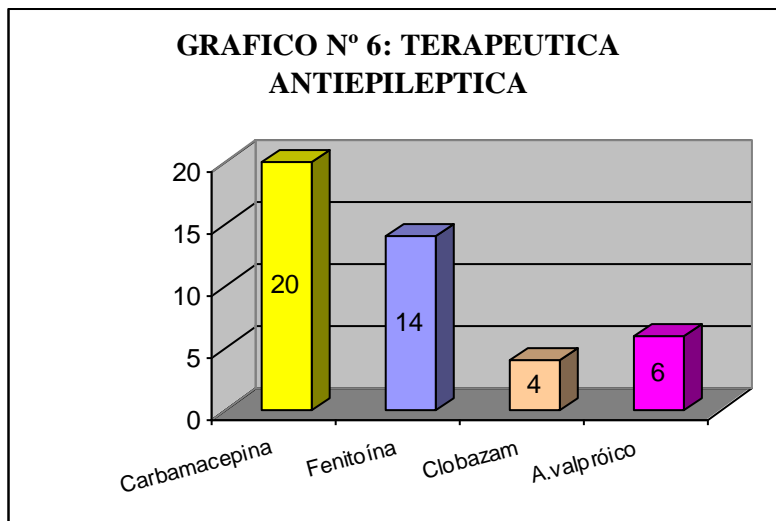


Fuente: Fichas de diagnostico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

2.4.- TERAPEUTICA ANTIEPILEPTICA.

El medicamento antiepiléptico recetado más frecuentemente es la carbamacepina en un 50%, y el segundo más usado es la fenitoína con un 35%. El clobazam se receta en el 10% de pacientes como ansiolítico, en combinación con un medicamento antiepiléptico base.

CUADRO N° 6: TERAPEUTICA ANTIEPILEPTICA.		
MEDICAMENTO USADO	Frecuencia	Porcentaje
Carbamacepina	20	50,00
Fenitoína	14	35,00
Clobazan	4	10,00
Acido valpróico	6	15,00
TOTAL	40	100,00



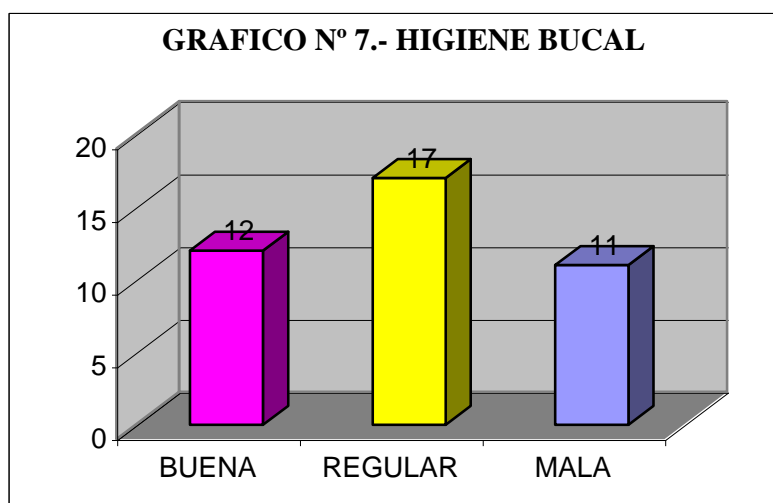
Fuente: Fichas de diagnóstico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

3.- SALUD BUCAL DE LOS PACIENTES EXAMINADOS EN EL CEREPi.

3.1.- TIPO DE HIGIENE BUCAL.

En relación a la higiene bucal de los pacientes examinados se obtuvo como resultado que el 27% de los pacientes atendidos demostraron una higiene bucal mala, el 43% una higiene bucal regular y el 30% restante, una higiene bucal buena o aceptable.

CUADRO N° 7: TIPO DE HIGIENE BUCAL EN PACIENTES EXAMINADOS.		
HIGIENE BUCAL	Frecuencia	Porcentaje
BUENA	12	30,00
REGULAR	17	43,00
MALA	11	27,00
TOTAL	40	100,00

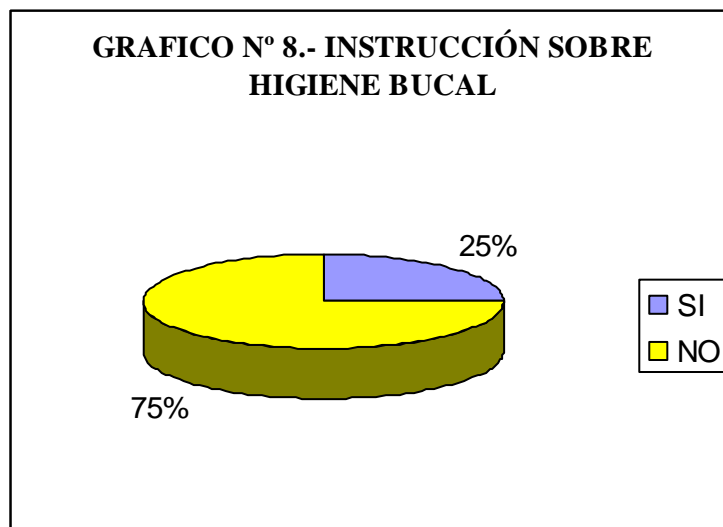


Fuente: Fichas de diagnostico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

3.2.- INSTRUCCIÓN SOBRE HIGIENE BUCAL DE LOS PACIENTES EPILEPTICOS QUE ACUDEN AL CEREPI.

EL 75% de los pacientes que acuden al servicio no ha recibido ningún tipo de instrucciones acerca de cuidados o formas de prevenir patología estomatológica y solo el 25% de pacientes tiene conocimientos básicos de higiene y prevención de patología bucal.

CUADRO N° 8.- INSTRUCCIÓN SOBRE HIGIENE BUCAL DE LOS PACIENTES		
INFORMACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
SI	10	25,00
NO	30	75,00
Total	40	100,00

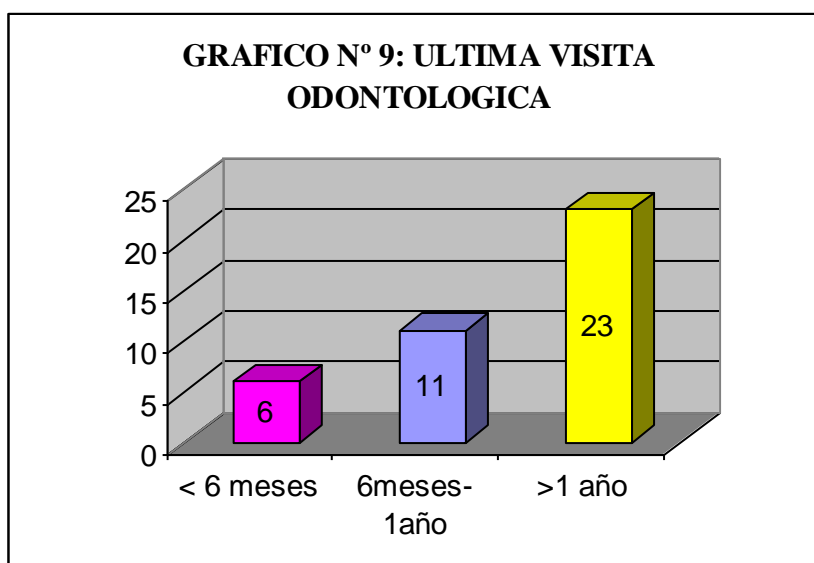


Fuente: Fichas de diagnostico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

3.3.- ULTIMA VEZ QUE EL PACIENTE ASISTIO A UNA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

Se observó que de los 40 pacientes observados el 58% habían sido examinados o tratados por un odontólogo hace más de un año, y el 27% en un período entre 6 meses y 1 año.

CUADRO N° 9: ULTIMA VISITA ODONTOLOGICA DEL PACIENTE		
TIEMPO	Frecuencia	Porcentaje
< 6 MESES	6	15,00
6 MESES - 1 AÑO	11	27,00
>1 AÑO	23	58,00
Total	40	100,00



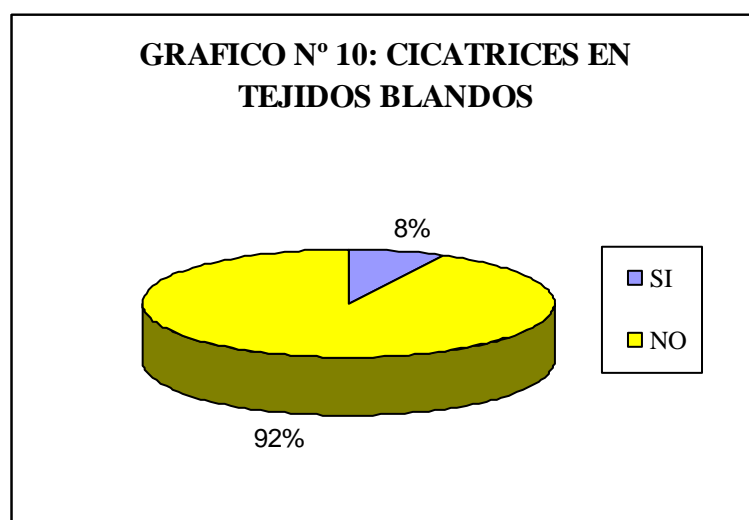
Fuente: Fichas de diagnostico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

4.- ESTADO ESTOMATOLÓGICAS.

4.1.- CICATRICES EN TEJIDOS BLANDOS EXAMINADOS EN EL CEREPI.

En el examen intrabucal realizado a los 40 pacientes epilépticos se encontró que solo 3 de ellos presentaban cicatrices en tejidos blandos (labios, lengua o carrillos) representando el 8%. Estos pacientes dijeron no recordar la causa de las cicatrices.

CUADRO N° 10: CICATRICES EN TEJIDOS BLANDOS.		
PRESENCIA DE CICATRICES	Frecuencia	Porcentaje
SI	3	8,00
NO	37	92,00
Total	40	100,00

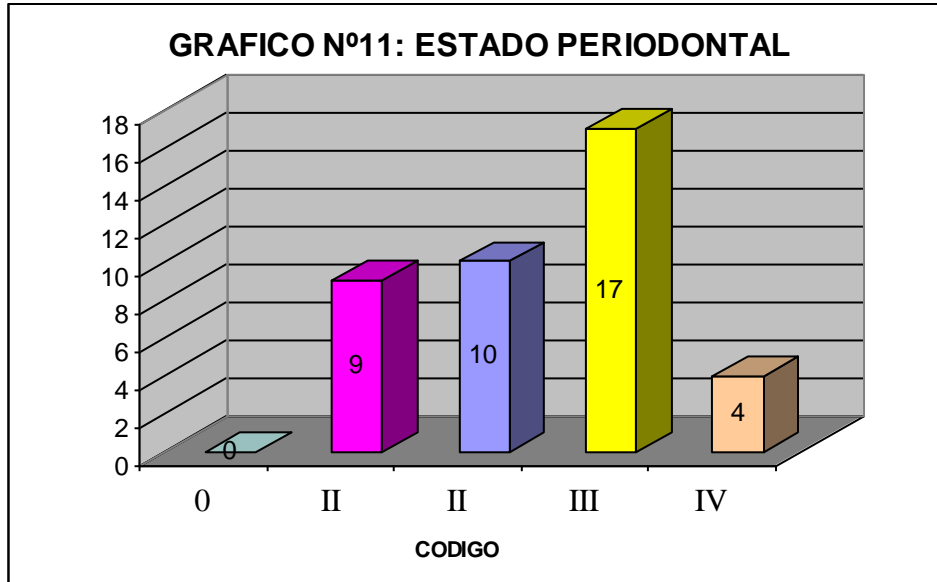


Fuente: Fichas de diagnostico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

4.2.- ESTADO PERIODONTAL.

De acuerdo al sondejaje realizado en boca a estos pacientes y de acuerdo con el CPITN se observó el código III en el 43% de los pacientes, seguida por el 25% que presentan el código II, el 22% presentan el código I y el 10% el código IV. Ningún paciente ha mostrado salud bucal.

CUADRO N° 11.- ESTADO PERIODONTAL DE PACIENTES EXAMINADOS EN EL CEREPI		
CODIGO CPITN	Frecuencia	Porcentaje
0	0	00,00
I	9	22,00
II	10	25,00
III	17	43,00
IV	4	10,00
Total	40	100,00

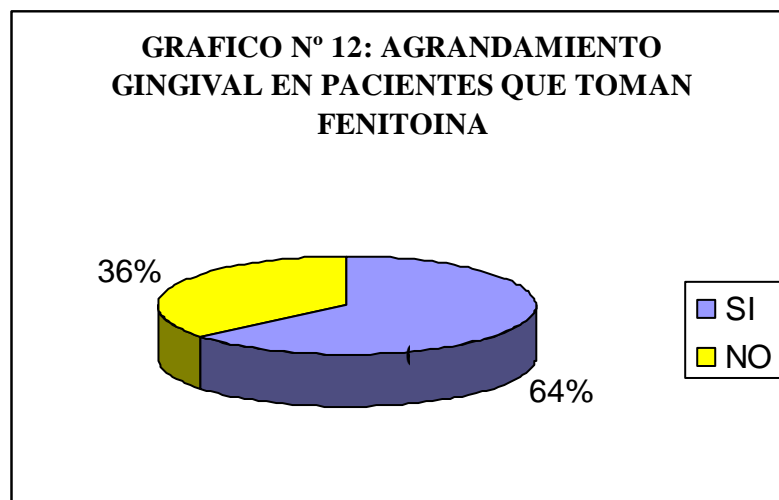


Fuente: Fichas de diagnostico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

4.3.- AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN PACIENTES QUE TOMAN FENITOINA.

De los 14 pacientes a los que se les administra fenitoína, el 64% presentan agrandamiento gingival, mientras que solo el 36% no presentaron agrandamiento gingival como consecuencia de la toma de fenitoína.

CUADRO N° 12: AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN PACIENTES QUE TOMAN FENITOINA		
AGRANDAMIENTO GINGIVAL	Frecuencia	Porcentaje
SI	9	64,00
NO	5	36,00
TOTAL	14	100,00

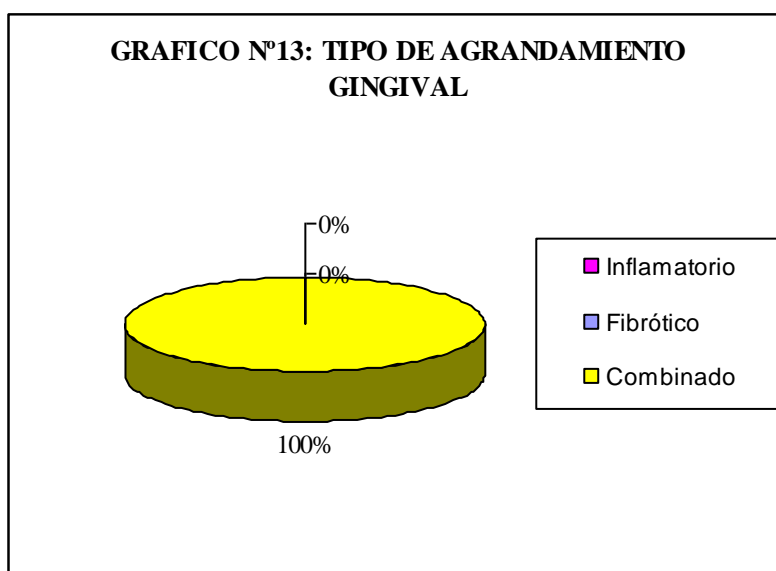


Fuente: Fichas de diagnóstico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

4.3.1.- TIPO DE AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN PACIENTES QUE TOMAN FENTOÍNA.

Se observó que el 78% de los agrandamientos gingivales en pacientes que toman fenitoína son de origen combinado (fibrótico a causa del medicamento, e inflamatorio como consecuencia de una higiene deficiente), mientras que solo en el 22% de los casos el agrandamiento gingival tenía un origen únicamente fibrótico. No se observó agrandamiento gingival de tipo exclusivamente inflamatorio en ninguno de los 40 pacientes examinados.

CUADRO N° 13: TIPO DE AGRANDAMIENTO GINGIVAL EN PACIENTES QUE TOMAN FENTOINA		
TIPO DE AGRANDAMIENTO GINGIVAL	Frecuencia	Porcentaje
INFLAMATORIO	0	0,00
FIBRÓTICO	0	0,00
COMBINADO	9	100,00
TOTAL	9	100,00

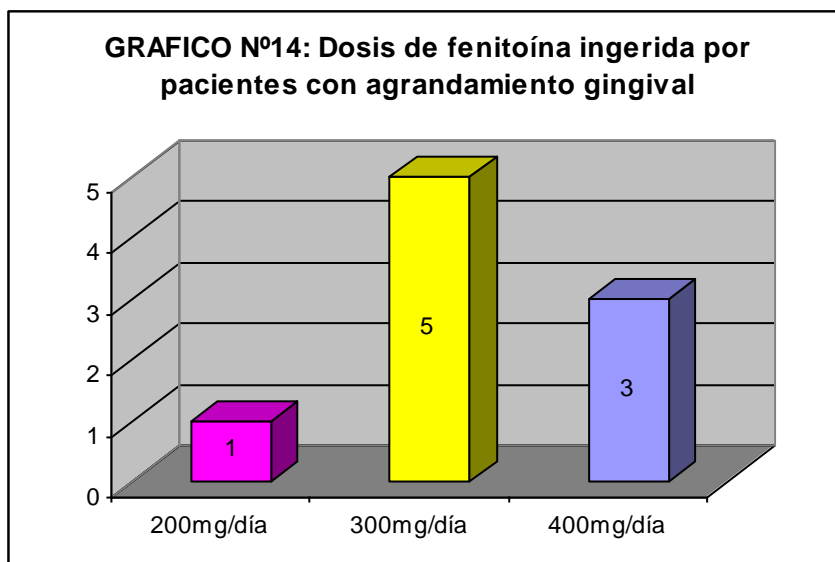


Fuente: Fichas de diagnostico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

4.3.2.- DOSIS DE FENITOÍNA RECETADA A PACIENTES EPILÉPTICOS EXAMINADOS EN EL CEREPi CON AGRANDAMIENTO GINGIVAL.

Con relación a la dosis de fenitoína ingerida por los pacientes y el agrandamiento gingival fibrótico o combinado, se observó que el 56% de los pacientes con agrandamiento gingival toman 400mg/día de fenitoína, el 33% de estos pacientes toman 300mg/día de fenitoína, y solo el 11% toman fenitoína en dosis de 200mg/día.

CUADRO N° 14: DOSIS DE FENITOINA ADMINISTRADA A PACIENTES CON AGRANDAMIENTO GINGIVAL.		
DOSIS	Frecuencia	Porcentaje
200mg/día	1	11,00
300mg/día	3	33,00
400mg/día	5	56,00
TOTAL	9	100,00



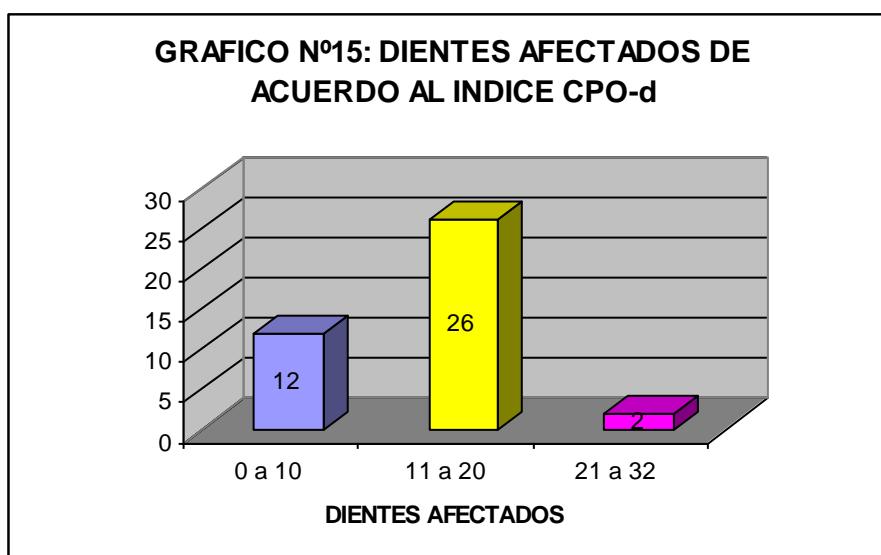
Fuente: Fichas de diagnóstico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

4.4.- ESTADO DENTAL DE LOS PACIENTES EXAMINADOS EN EL CEREPI.

4.4.1.- DIENTES CARIADOS, PERDIDOS Y OBTURADOS POR PERSONA.

Según el índice CPOd, el cual determina la cantidad de piezas Cariadas, Perdidas y Obturadas por diente en una persona, y entendiendo que el número máximo de piezas afectadas puede ser de 32, se encontró que el 65% de pacientes muestran un CPOd de 11 a 20 piezas dentales afectadas, seguida por el 30% cuyo CPOd está entre los 0 a 10 piezas afectadas.

CUADRO N° 15.- NUMERO DE DIENTES AFECTADOS SEGÚN EL INDICE CPOd.		
DIENTES AFECTADOS	Frecuencia	Porcentaje
0-10 DIENTES	12	30,00
11-20 DIENTES	26	65,00
21-32 DIENTES	2	5,00
Total	40	100,00



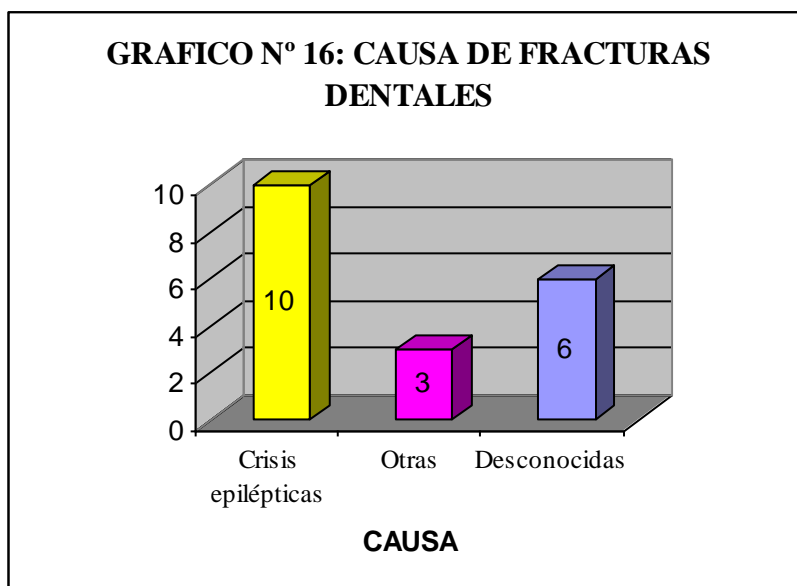
Fuente: Fichas de diagnóstico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

4.4.2.- FRACTURAS DENTARIAS EN PACIENTES EXAMINADOS EN EL CEREPY Y SU CAUSA.

De los 40 pacientes examinados el 30% de los pacientes presentaron fracturas en una o varias piezas dentales (12 pacientes).

De las 19 piezas dentarias fracturadas el 53% refieren estas fracturas a accidentes ocurridos durante las crisis epilépticas, mientras que el 31% dice no recordar la causa.

CUADRO N° 16.- CAUSA DE FRACTURAS DENTARIAS.		
CAUSA	Frecuencia	Porcentaje
CRISIS EPILEPTICAS	10	53,00
OTRAS CAUSAS	3	16,00
CAUSA DESCONOCIDA	6	31,00
Total	18	100,00

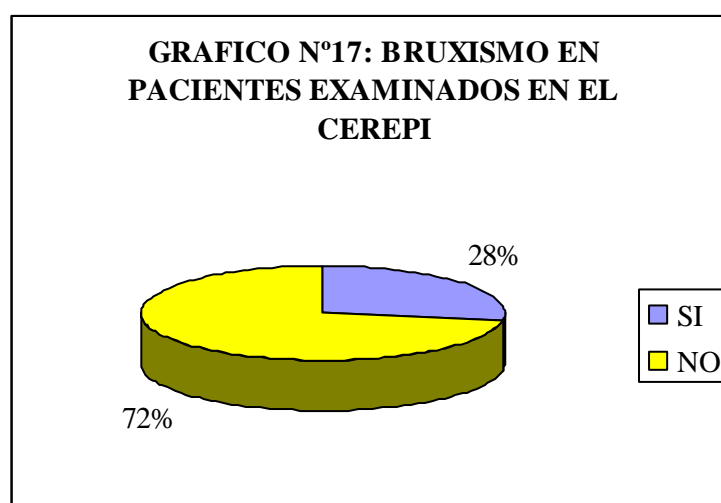


Fuente: Fichas de diagnóstico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

4.5.- BRUXISMO EN PACIENTES EPILEPTICOS EXAMINADOS EN EL CEREPI.

Al analizar las patologías estomatológicas en los pacientes examinados y entrevistados se encontró que un número apreciable de los mismos presentan bruxismo al momento de su diagnóstico, es decir, se encontraron 11 casos de los 40 pacientes que representan el 28%.

CUADRO N° 17.- BRUXISMO EN PACIENTES EXAMINADOS EN EL CEREPI		
BRUXISMO	Frecuencia	Porcentaje
SI	11	28,00
NO	29	72,00
Total	40	100,00

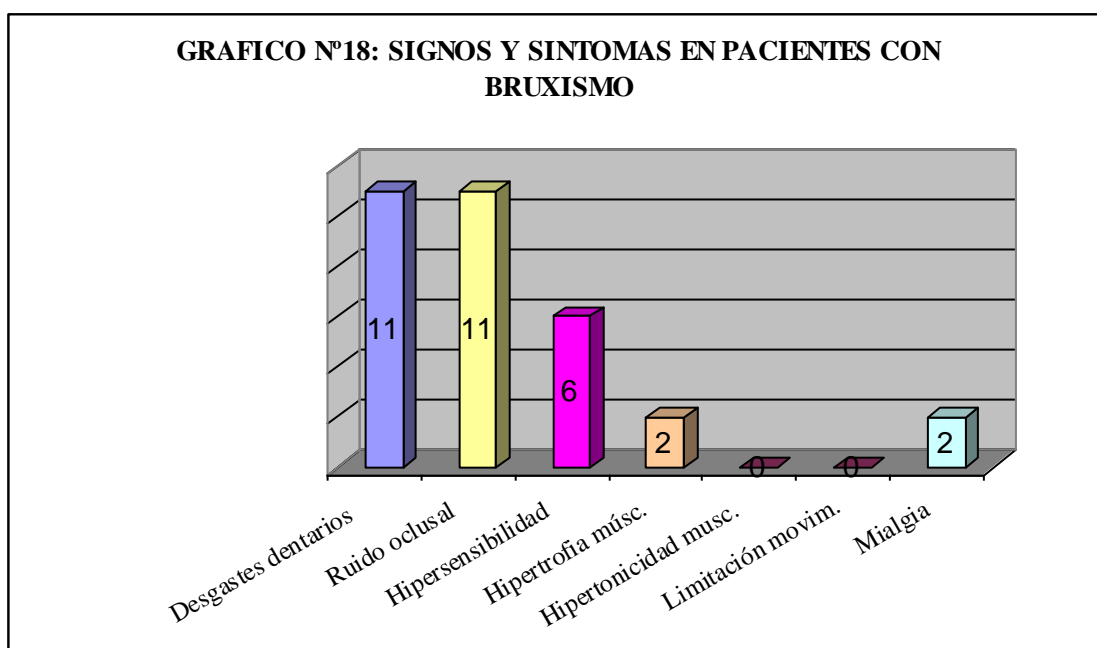


Fuente: Fichas de diagnostico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

4.5.1.- SIGNOS Y SINTOMAS DE BRUXISMO EN PACIENTES CON EPILEPSIA EXAMINADOS EN EL CEREPi.

En cuando a los signos y síntomas, las personas que padecen este trastorno presentan desgaste dentario con un porcentaje de 100%, al igual que ruido oclusal o apretamiento dental en un 100%, siendo estos los signos y síntomas más notorios para diagnosticar bruxismo. Estos datos están seguidos por la hipersensibilidad dentaria en un 56% de los pacientes con bruxismo.

CUADRO N° 18.- SIGNOS Y SINTOMAS DE BRUXISMO EN PACIENTES EXAMINADOS.		
SIGNOS Y SINTOMAS	Frecuencia	Porcentaje
Desgastes dentarios	11	100,00
Ruido oclusal	11	100,00
Hipersensibilidad dentaria	6	56,00
Hipertrofia de músculos masticadores	3	27,00
Hipertonidad muscular	0	0,00
Limitación al movimiento	0	0,00
Mialgia	3	27,00

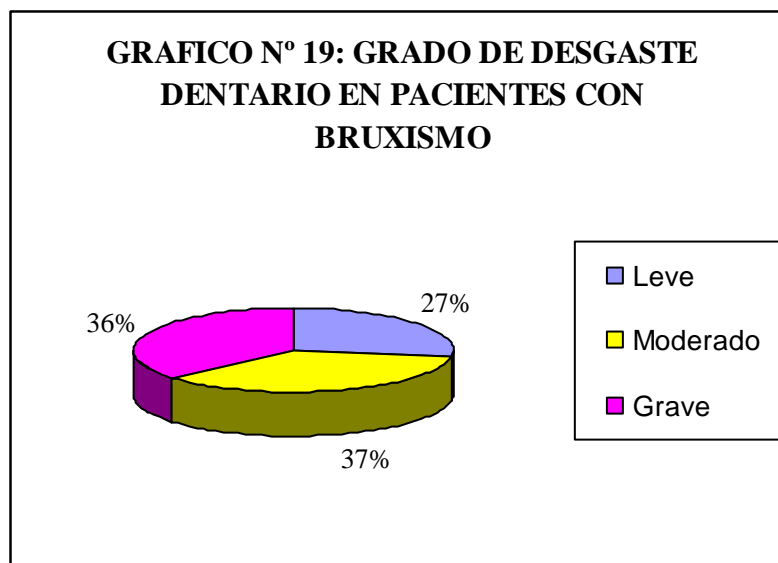


Fuente: Fichas de diagnostico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

4.5.2.- GRADO DE DESGASTE DENTARIO EN PACIENTES EXAMINADOS EN EL CEREPI CON BRUXISMO.

En estos pacientes se observó que el 36% presentan desgaste dentario en grado moderado y otro 36% lo presentan en un grado avanzado o grave.

CUADRO N° 19: GRADO DE DESGASTE DENTARIO EN PACIENTES CON BRUXISMO.		
GRADO DE DESGASTE	Frecuencia	Porcentaje
LEVE	3	28,00
MODERADO	4	36,00
GRAVE	4	36,00
Total	11	100,00

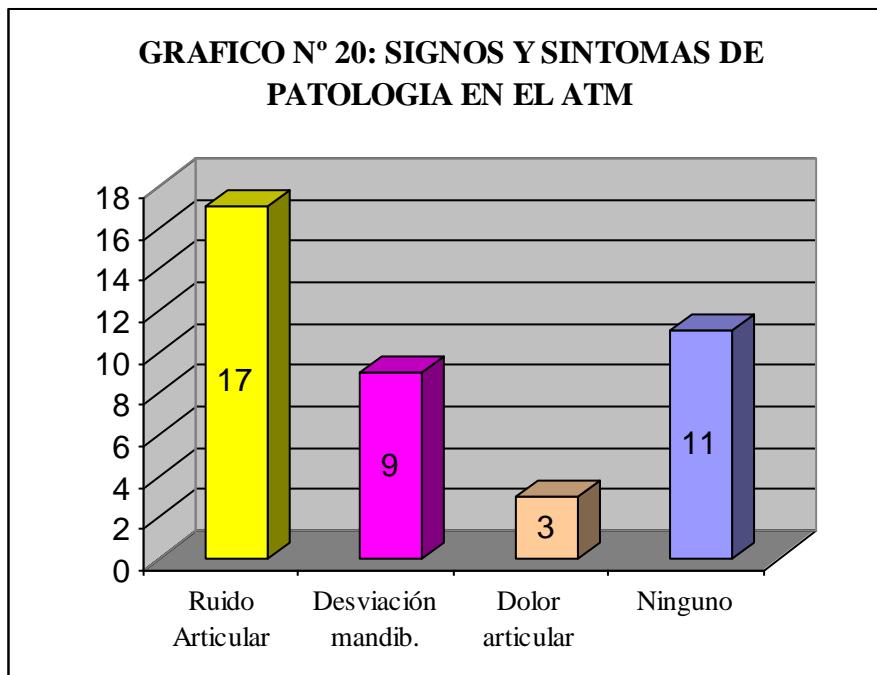


Fuente: Fichas de diagnóstico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

4.6.- SIGNOS Y SINTOMAS DE ALTERACIONES EN LA ATM.

En este estudio se encontró un 43% de pacientes que presentan ruido articular, 23% presentan desviación mandibular en los movimientos de apertura-cierre y solo 3 pacientes (8%) padecen de dolor en la articulación temporo mandibular.

CUADRO N° 20: SIGNOS Y SINTOMAS DE PATOLOGIA EN LA ATM		
SIGNOS Y SINTOMAS	Frecuencia	Porcentaje
Ruido Articular	17	43,00
Desviación mandibular	9	23,00
Dolor Articular	3	8,00
Ningún signo o síntoma	11	28,00



Fuente: Fichas de diagnóstico para patología estomatológica
Elaborado: Rodríguez. Merchán

CAPITULO IV

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

En este estudio se realizó el examen bucal a 40 pacientes que acuden al Centro Regional de Epilepsias de Cuenca (CEREPI), de estos pacientes el 52% son pacientes del sexo femenino mientras que el 48% son de sexo masculino, la muestra de este estudio incluye pacientes de 18 a 55 años pero el grupo de mayor frecuencia en este estudio esté en pacientes de entre 26-33 años (35%).

Este grupo de pacientes presenta en su mayoría Epilepsias de tipo Generalizadas (70%), el 18% padecen epilepsias localizadas y el 12% epilepsias en las que no se ha podido determinar si son generalizadas o focales.

El 35% de pacientes examinados en el CEREPI presentan por lo menos una crisis de tipo tónico-clónica anual. Esto se debe en muchos casos a que los pacientes dejan temporalmente la medicación recomendada ya sea por falta de recursos o por despreocupación.

Se encontró que en el Centro Regional de Epilepsias de Cuenca, la fenitoína se receta a un 35% de los pacientes, es decir un alto porcentaje de pacientes toman medicación con la cual podrían presentar agrandamiento gingival hiperplásico. Como se ve en este estudio el 65% de pacientes que toman fenitoína presentan agrandamiento gingival y en el 100% de este grupo de pacientes se ha observado una coloración roja y una tendencia de sangrado al sondaje, estas son características que no se observan en pacientes con agrandamiento gingival cuando este es solamente de tipo fibrótico, lo que implica que además de el agrandamiento de tipo fibrótico existe una inflamación originada por bacterias (agrandamiento combinado). Se encontró una relación marcada entre la dosis de fenitoína tomada y el agrandamiento gingival, es así que el 56% de los pacientes con agrandamiento

gingival toman dosis de 400mg/día de fenitoína, el 33% dosis de 300mg/día y dosis menores (200mg/día) produjeron agrandamiento gingival solamente en 1 caso (11%).

Con respecto a la higiene bucal se observó que de los 40 pacientes examinados el 70% tienen una higiene bucal de regular a mala, además, el 75% de los enfermos tienen escasa o nula información acerca de prevención de patología bucal y de una correcta higiene bucal. El 58% de los pacientes no han sido examinados o tratados por un Odontólogo en períodos mayores a un año. En la interrogación realizada a los pacientes se pudo notar que una de las razones por las que estos pacientes desconocen las patologías presentes en su boca, su causa y métodos de prevención, es debido a que, por diferentes razones son pacientes que no tienen controlada su enfermedad sistémica totalmente, lo que les impide llevar una vida normal y esta preocupación no les permite ver la importancia del tratamiento odontológico y la salud bucal.

En relación al estado estomatológico de los pacientes epilépticos examinados, solamente en un 8% se encontró cicatrices en tejidos blandos (labios, lengua, carrillos), y ninguno de ellos recordaba la causa de estas. Muchos pacientes recordaron presentar lesiones bucales después de una crisis convulsiva pero solo en este porcentaje de pacientes se encontró cicatrices.

Al examinar el estado periodontal según el índice CPITN se observó que el 43% presentan un estado periodontal código III, seguido de un 25% de pacientes con código II, un 22% de enfermos presentan un estado periodontal código I y el 10% tienen un código IV. La observación de los resultados de este índice nos indica una gran necesidad de tratamiento periodontal para los pacientes epilépticos examinados. Las injurias al periodonto en estos

pacientes podrían verse agravadas por el trauma oclusal presente en los pacientes epilépticos como consecuencia de las crisis que envuelven el sistema masticatorio.

El 30% de los pacientes examinados presentaron fracturas dentarias. Del total de dientes fracturados (19 piezas), el 56% sucedieron como consecuencia de accidentes ocurridos durante crisis epilépticas, mientras que el 31% no recordaron la causa de estas fracturas.

En nuestro estudio se encontró que el 28% de los pacientes estudiados padecen de bruxismo, pues es este el número de pacientes que presentan desgaste dentario, en diferentes grados principalmente grave y moderado (36% para cada uno), y ruido oclusal, es decir apretamiento dentario en momentos estresantes o durante las noches, y en menores porcentajes padecen de otros signos y síntomas como hipersensibilidad dentaria 56%, hipertrofia de músculos masticadores y mialgias (18% para cada una de ellas). Aunque el bruxismo ocurre a menudo entre la población, es complicado calcular su prevalencia. Estudios electromiográficos sugieren que es universal, con amplias variaciones individuales en cuanto a su gravedad; Rugh y Harlan calculan que 5% de las personas sufren bruxismo inusualmente activo en algún momento determinado²⁴. Estos datos comparados con el 28% de pacientes con bruxismo encontrado en nuestro estudio nos indican que si existe una mayor probabilidad de encontrarlo en pacientes que tienen epilepsia en relación con pacientes sanos.

Con respecto a la Articulación Temporo mandibular se puede encontrar macrotrauma articular en pacientes epilépticos ya sea por impacto directo por traumas directos a la ATM o por transmisión indirecta al cuello del cóndilo, pero no es posible dar un diagnóstico de macrotrauma articular en base a síntomas y signos. Pese a esto se busco signos y síntomas

²⁴ CARRANZA-NEWMAN, “*Periodontología Clínica*”, Octava Edición, McGraw Hill Interamericana, México 1998, Página 193.

que pueden estar en relación con patología de la ATM, como ruido articular en un 43%. Desviación mandibular en movimientos de apertura-cierre en el 23% de pacientes y dolor articular en un 8%. A los pacientes que presentan estos 3 signos y síntomas se les recomendó un examen profundo para recibir un diagnóstico.

RECOMENDACIONES:

1. Crear un sistema adecuado de información destinado a las personas que presentan epilepsia tanto en la promoción de estilos de vida saludables, así como en las formas de prevenir la patología estomatológica. Como hemos visto en nuestro estudio, el 22% presentan gingivitis y el 78% padecen periodontitis. A pesar de no existir relación entre estas patologías bucales y la epilepsia como enfermedad sistémica, se ha visto la necesidad de crear una guía de prevención que informe a los enfermos sobre las patologías bucales que podrían presentarse y la manera mas adecuada de prevenirlas o tratarlas.
2. Se ha observado que muchos de los pacientes a los que se les trata con fenitoína, no están informados del riesgo que tienen de padecer agrandamiento gingival como resultado de la toma del medicamento. Es importante que el paciente sepa que hay una gran probabilidad de observar un crecimiento exagerado de sus encías y la única manera de evitarla es dejando de tomar fenitoína, lo cual en muchos casos no es posible, por ser este el anticonvulsivante más eficaz para su caso, así que se debe informar al paciente que tiene la alternativa de someterse a cirugía periodontal que elimine este tejido, pero que el crecimiento presentará recidiva mientras se le administre fenitoína. La higiene bucal es particularmente importante en estos pacientes por existir gran acumulación de placa bacteriana en el surco gingival y pseudobolsas resultantes del agrandamiento gingival, por lo tanto será mas fácil la formación de cálculos dentales, esto traerá como resultado una gingivitis o una periodontitis dependiendo del cuidado que el paciente tenga en su higiene y de la respuesta del huésped.
3. Es deber del odontólogo, al encontrar un paciente que se pueda considerar bruxista, brindarle una explicación y concienciación de su hábito y remitirlo a un odontólogo

especialista que trate su padecimiento con aparatos de estabilización maxilar y de ser necesario con dosis bajas de antidepresivos que ayudarán al paciente a inhibir la cantidad de sueño REM durante el cual se presenta el bruxismo.

4. El 75% de los pacientes que acudieron al servicio nunca habían recibido información sobre temas de prevención de enfermedades o cuidados estomatológicos. Sus visitas al odontólogo habían sido en períodos mayores a un año (58%), por lo cual se debe recomendar acudir a visitas odontológicas, buscando en primer lugar un tratamiento adecuado para las patologías ya presentes en boca, y acudir a visitas odontológicas cada 6 meses como medida preventiva.

El principal objetivo de esta investigación es crear una Guía de Prevención de Patología Bucal dirigida a pacientes que padecen Epilepsia como enfermedad sistémica, con la cual el paciente epiléptico tendrá conocimiento de las patologías que puede alterar su cavidad bucal y se verá interesado en buscar ayuda profesional según su caso particular.

BIBLIOGRAFIA

- CARLOS SANTIAGO URIBE URIBE, “*Neurología, Fundamentos de la Medicina*”, Quinta Edición, 1997, Páginas 275-277.
- ARTURO CARPIO – NOEMI LISANTI, “*Neurología temas de Investigación*”, Segunda Edición, Cuenca Ecuador, 2003, pagina 173.
- “*La Epilepsia en Latinoamérica*”, Primer congreso Latinoamericano de epilepsia, Santiago-Chile, 2000, Editor: Marcelo Devilat, Editorial IKU, Páginas 38, 39, 83-90.
- GUYTON-HALL, “*Tratado de Fisiología Médica*”, Novena Edición, Tomo I, McGraw Hill Interamericana, México 1999, Página 828-830.
- ROZMAN, C., “*Compendio de Medicina Interna*”, Harcourt Brace, España, 1998, Páginas 449-458.
- THOMAS S. LEESON, MD, PHD, C. ROLAND LEESON, MD PHD, ANTHONY A. PAPARO, PHD, “*Atlas de Histología*”, Interamericana McGraw-Hill, México, 1999, Página 137-139.
- THOMSON, “*Diccionario de especialidades farmacéuticas*”, Editorial PLM, trigésima edición, 2004-2005, Ecuador, Páginas 230-235
- LESTER W. BURKET, “*Medicina Bucal*”, Sexta Edición, Interamericana, México 1973, Pagina 375.
- JOSEPH A. REGEZI – JAMES J. SCIUBBA, “*Patología Bucal*”, Interamericana McGraw-Hill, México 1990, páginas 145, 489, 514.
- LEWIS R. EVERSOLE, “*Patología Bucal, Diagnóstico y Tratamiento*”, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1983, Páginas 278, 279.
- CAMPOS AGUSTIN, “*Rehabilitación oral y oclusal*”, Tomo 1, Editorial Horeourt, España, 2000, Páginas 32-38.

- JEFFRY P. OKESON, “*Oclusión y Afecciones Temporo-mandibulares*”, Tercera Edición, 1995, Páginas 248, 230, 40.
- ANNIKA ISBERG, “Disfunción de la Articulación Temporo-mandibular”, 2003, Página 21.
- CARRANZA-NEWMAN, “*Periodontología Clínica*”, Octava Edición, McGraw Hill Interamericana, México 1998, Página 253.
- FERMIN ALBERTO CARRANZA JR, “*Compendio de Periodoncia*”, Quinta Edición, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1999, Páginas 15,16, 197-207.
- BAUM – PHILLIPS – LUND, “*Tratado de Operatoria Dental*”, Tercera Edición, McGraw Hill Interamericana, México, 1996, páginas 30-33.
- GERTRUDE H. SERGIEVSKY CENTER, *Revista Columbia University*, 2000, Páginas 6-9.
- www.epilepsiahoy.com “*Avances en la Clasificación de las epilepsias y los síndromes epilépticos*” DR. JOSEPH ROGER, MARCO TULLO MEDINA, PIERRE BENTON, CAHRLOTTE DRAVET MECHELLE BUREAU, 2002.
- www.infomed.es/coetf/profes/temas/epilepsia.htm “*Principios generales en atención odontológica en pacientes con epilepsia*”, DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ PEREZ, Hospital Nuestra Sra. De la Candelaria Santa Cruz, Tenerife España, 2003.
- www.perio.org/consumer/2a.htm “*Oral health information for the public*”, American Academy of Periodontology, 2005.
- www.dsalud.com/medicaorto_numero25htm “*Vitamina C*”, DISCOVERY SALUD, 2005.

- www.zonadiet.com/nutricion/folico.htm “Nutrición-Acido fólico” ZONA DIET, 2003.
- <http://www.sdpt.net/cpitn.htm> “Salud dental para todos”, The American Dental Association and American Academy of Periodontology, 2000.

ANEXOS

ANEXO 1: Ficha odontológica realizada a los pacientes del CEREPi.

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA ESTOMATOLÓGICA EN PACIENTES CON EPILEPSIA QUE ACUDEN AL CENTRO REGIONAL DE EPILEPSIA DE CUENCA (CEREPI).

1.- DATOS GENERALES.

EDAD:

SEXO:

2.- CARACTERÍSTICAS DE LA EPILEPSIA

2.1.- Tipo de epilepsia que padece:

TIPOS DE EPILEPSIA

1.-Epilepsias y síndromes epilépticos relacionados a una localización (parciales, focales)	
2.- Epilepsias y síndromes epilépticos generalizados	
3.- Epilepsias y síndromes epilépticos en los que no es posible determinar si son generalizados o focales	
4. Síndromes especiales	

2.2.- Presenta usted crisis epilépticas?

SI NO

2.3.- Desde hace cuanto tiempo presenta crisis epilépticas:

De 0 a 3 años 4 a 10 años 11 a 15 años 16 a 20 años Más de 20 años

2.4.- Con qué frecuencia presenta crisis epilépticas.

1-30 días 2-4 meses 5-7 meses 8-12 meses Más de un año

2.5.- Cuánto tiempo se encuentra usted bajo tratamiento médico?

Más de 11 años 6-10 años 3-5 años 1-2 años Menos de 1 año

2.6.- Qué medicación recibe?

Fenitoína (epamin) 200mg/día 300mg/día 400mg/día Otros.....

Carbamazepina (tegretol) 400mg/día 600mg/día 800mg/día Otros.....

Oxcarbazepina (trileptal) 600mg/día 900mg/día 1200mg/día Otros.....

Ác. valproico (valpakine) 500mg/día 1000mg/día 1500mg/día Otros.....

Gabapentina (neurontín): 900mg/día 1800mg/día Otros.....

Clorhidrato de

Sertralina (Zoloft): 50mg/día 100mg/día 150mg/día Otros.....

Clobazam (urbadan) 10mg/día 20mg/día 30mg/día Otros.....

Valcote: 250mg/día 500mg/día 1000mg/día Otros.....

Fenobarbital 30mg/día 120mg/día 240mg/día Otros.....

Primidona 500mg/día 1500mg/día 3000mg/día Otros.....

Clonacepam 1mg/día 2mg/día 3mg/día Otros.....

Otros.....

3.- PREVENCIÓN DE PATOLOGÍA BUCAL

3.1.- Cuándo fue su último examen bucal

Menos de 6 meses De 6 meses a 1 año Más de 1 año

3.2.- Ha recibido instrucciones para el cuidado de su boca?

SI NO

4.- EXAMEN ESTOMATOLÓGICO

4.1.- CICATRICES EN TEJIDOS BLANDOS

4.1.1.- Mucosa yugal NO SI Causa.....

4.1.2.- Labios NO SI Causa.....

4.1.3.- Lengua NO SI Causa.....

4.4.2.- FRACTURAS DENTALES:

NO SI N°:

Causa.....

4.5.- SIGNOS Y SINTOMAS DE BRUXISMO:

- 5.1.- Desgastes dentarios NO SI Leve
 Moderado
 Grave
- 5.2.- Ruido oclusal o apretamiento oclusal NO SI
- 5.3.- Hipersensibilidad dentaria NO SI
- 5.4.- Hipertrofia de músculos masticatorios NO SI
- 5.5.- Hipertonidad muscular NO SI
- 5.6.- Limitación del movimiento NO SI
- 5.7.- Mialgia NO SI

4.6.- SIGNOS Y SINTOMAS DE PATOLOGIA EN LA ATM:

- 6.1.- Presencia de chasquido de la ATM NO SI
- 6.2.- Existe desviación mandibular durante apertura-cierre NO SI
- 6.3.- Refiere el paciente dolor articular NO SI
- 6.3.1.- El dolor es: Localizado Difuso
- 6.3.2.- La intensidad del dolor es: Leve (1-4) Moderado (5-7) Intenso (8-10)
- 6.3.3.- Causa del dolor.....

4.7.- INDICE DE HIGIENE BUCAL OHI-S:

DI-S							
	VESTIBULAR				LINGUAL		TOTAL
	16	11	26	31	36	46	
0							
1							
2							
3							
TOTAL							
TOTAL DI-S:							

CI-S							
	VESTIBULAR				LINGUAL		TOTAL
	16	11	26	31	36	46	
0							
1							
2							
3							
TOTAL							
TOTAL CI-S:							

TOTAL OHI-S:

5.- DIAGNOSTICO.

.....

