



UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Previo a la obtención del título de:

ODONTÓLOGO

TEMA:

**Manejo Odontológico en pacientes adultos con
epilepsia**

Autor:

Yulady Melina Ochoa Quiroz

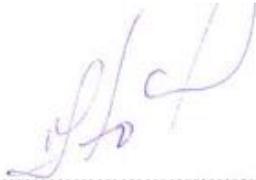
Tutor:

Dra. Yanet López

Portoviejo – Manabí – Ecuador
2022

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR TÉCNICO

En mi calidad de Tutor del proyecto de investigación titulado: “Manejo Odontológico en pacientes adultos con epilepsia” realizado por la estudiante Yulady Melina Ochoa Quiroz, me permito certificar que se ajusta a los requerimientos académicos y metodológicos establecidos en la normativa vigente sobre el proceso de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por lo tanto, autorizo su presentación.



Dra. Yanet Lopez Mena
TUTOR

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL

Los suscritos, miembros del Tribunal de sustentación certificamos que este proyecto de investigación ha sido realizado y presentado por la estudiante Yulady Melina Ochoa Quiroz, dando cumplimiento a las exigencias académicas y a lo establecido en la normativa vigente sobre el proceso de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Dra. Lucía Galarza Santana, Mg. Sc.
Presidente del Tribunal.

Dra. Mónica Cabrera Sánchez
Miembro del Tribunal

Dra. Mariuxi Intriago López
Miembro del tribunal

Dr. Carlos Díaz Pérez
Miembro del Tribunal

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

El autor de este proyecto de investigación declara bajo juramento que todo el contenido de este documento es auténtico y original. En ese sentido, asumo las responsabilidades correspondientes ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión de la información obtenida en el proceso de investigación, por lo cual, me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la universidad.

Al mismo tiempo, concedo los derechos de autoría de este proyecto de investigación a la Universidad San Gregorio de Portoviejo por ser la institución que me acogió en todo el proceso de formación para poder obtener el título de Odontólogo.



FIRMA DEL EGRESADO

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado a mis padres Paola y Nicolás quienes con su amor y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir esta meta que hoy la celebran conmigo.

A mi novio Luis Efrén, mi motivación diaria. Este es uno de los tantos sueños que veremos cumplir juntos.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento eterno a Dios porque gracias a su amor y su bondad hoy me permite sonreír ante este logro que es el resultado de su ayuda y compañía.

La familia es el pilar de mayor importancia que podemos tener en nuestras vidas, por eso, hoy agradezco a mi mamá por estar presente no tan solo en esta etapa tan importante sino en todo momento y por siempre convencerme de que lo que yo deseara lo podía lograr. A mi padre por su apoyo y consejos y quien es mi ejemplo de perseverancia y esfuerzo. A mi abuelita Gloria y mis tíos Virginia, Daniela y Kleber gracias por sus oraciones y apoyo durante este arduo proceso.

A mi prometido Luis Efrén, la persona que me impulsa a ser mejor cada día. Gracias por ser mi soporte para alcanzar este sueño, por alegrarte como si fuera uno propio y por brindarme siempre tanto amor, apoyo y paciencia. De igual manera a sus padres por ayudarme cuando los necesité.

A la Universidad San Gregorio de Portoviejo y particularmente al grupo de docentes de la carrera de Odontología quienes me brindaron generosamente sus conocimientos.

Resumen

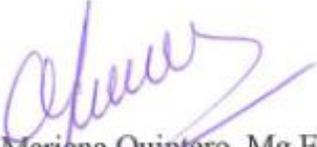
La epilepsia es una alteración neurológica que afecta a 2% de la población ecuatoriana, la cual incide en el campo de la Odontología, debido a las manifestaciones en la cavidad oral. La problemática radica en que se debe tener en cuenta los factores que pueden desencadenar una crisis convulsiva y determinar el tratamiento propiamente dicho ya que es importante la habilidad del profesional y la organización del procedimiento a realizar para evitar complicaciones. La presente investigación tiene como objetivo desarrollar un protocolo de manejo odontológico en pacientes adultos con epilepsia. La metodología aplicada es por medio del método de revisión bibliográfica, en el cual se realizó búsquedas a través de artículos científicos encontrados en base de datos como Scielo, PubMed y en el metabuscador Google académico, teniendo en cuenta artículos desde el 2018 hasta la actualidad. Se llegó a la conclusión que el odontólogo debe completar en la historia clínica el tipo de epilepsia, la naturaleza de la crisis, la frecuencia y la gravedad de la misma, los factores desencadenantes de las crisis y el tipo y eficacia de la medicación que el paciente ha estado tomando en la actualidad, el uso de fármacos anticonvulsivos y las eventuales interacciones con los fármacos utilizados en las terapias analgésicas y antibiótica dentro de la consulta odontológica con el propósito de aportar información al odontólogo y pueda actuar de forma eficiente si llegara a suceder un evento con un paciente epiléptico.

Palabras clave: Adultos epilépticos, atención odontológica, prevención, hipertrofia gingival.

Abstract

Epilepsy is a neurological disorder that affects 2% of the Ecuadorian population, which affects the field of Dentistry, due to manifestations in the oral cavity. The problem lies in the fact that the factors that can trigger a convulsive crisis must be taken into account and the treatment itself must be determined, since the skill of the professional and the organization of the procedure to be carried out are important to avoid complications if a crisis were to occur in the dental consultation. It is important to highlight in these patients the importance of prevention and the higher incidence of periodontal problems due to medication. This research aims to develop a protocol for dental management in adult patients with epilepsy. The methodology applied is through the bibliographic review method, in which searches were carried out through scientific articles found in databases such as SciELO, Redalyc, PubMed and in the academic Google metasearch engine, taking into account articles from 2018 to the present. It was concluded that it is important for the dentist to be able to complete in the clinical history the type of epilepsy, the nature of the seizure, its frequency and severity, the triggering factors of the seizures and the type and effectiveness of the medication that the patient has been taking at present, the use of anticonvulsant drugs and the possible interactions with the drugs used in analgesic and antibiotic therapies within the dental consultation in order to know about their history and be prepared to act accordingly. correctly if a crisis were to arise at the time.

Keywords: Epileptic adults, dental care, prevention, gingival hypertrophy.


Lic. Mariana Quintero, Mg.Ed.

DIRECTORA CENTRO DE IDIOMAS




Lic. Karen Resabala, M.TEFL

DOCENTE DELEGADA



INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una enfermedad antigua, que ha fascinado y asustado a científicos y profanos por igual. Antes del conocimiento práctico del sistema nervioso central, las convulsiones eran un misterio. En la antigüedad, esta enfermedad estaba acreditada a dioses y posesiones demoníacas, haciendo que los epilépticos fueran temidos y aislados. Los pacientes con epilepsia continuaron enfrentándose a la discriminación hasta mediados del siglo XX. Esta discriminación abarcó desde la falta de acceso a seguro médico, empleos y matrimonio igualitario hasta esterilizaciones forzadas. A pesar de los avances que se han logrado, todavía existen muchos conceptos erróneos a nivel mundial con respecto a la epilepsia ¹

El mundo antiguo tenía cierta comprensión de la epilepsia. Debido a la creencia de que estos episodios de contracciones rápidas eran causados por espíritus malignos que invadían el cuerpo, el tratamiento a menudo implicaba una intervención espiritual ².

Ante lo expuesto, la historia de la epilepsia se remota desde hace varias décadas y por desconocimiento de las personas solían creer que era una afección espiritual por lo que se dejaban llevar por lo que decían los demás.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ³ refiere actualmente a la epilepsia como un trastorno cerebral crónico no transmisible que afecta a unos 50 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por convulsiones recurrentes, que son breves estallidos de movimiento incontrolable que pueden afectar sólo a una pequeña parte del cuerpo (parciales) o a todo el cuerpo (generalizadas). En ocasiones, estas convulsiones pueden ir acompañadas de pérdida de conciencia y de control de la función intestinal o vesical. Las convulsiones se asocian a un aumento de las enfermedades dentales, la pérdida de dientes y las dificultades para recibir atención dental ⁴.

La problemática radica en que hay que tener presente los diferentes factores que podrían provocar una crisis convulsiva durante la consulta dental, por ende, la presente investigación se justifica ya que a través de la búsqueda bibliográfica se describe el tratamiento propiamente dicho para los pacientes con epilepsia en la consulta odontológica ya que depende de la habilidad que presente el clínico junto con la organización del procedimiento durante la consulta odontológica se eviten complicaciones durante la intervención.

El odontólogo de práctica general debe conocer cada una de las manifestaciones clínicas más significativas para saber cuándo se produce una crisis epiléptica y de esta manera saber reconocerla en el momento. Los síntomas clínicos pueden presentarse de forma concurrente o de manera alterna durante cualquier tipo de crisis epiléptica, lo que permite al profesional poder distinguirlas y descartar la posibilidad de otra enfermedad que pueda confundirse con el diagnóstico real.

El presente artículo de revisión tiene como objetivo redactar un protocolo de manejo odontológico en pacientes adultos con epilepsia, así como también describir los factores que desencadenan la crisis convulsiva, a su vez mencionar el protocolo de tratamiento a seguir para evitar complicaciones si se desencadena la misma e identificar las medidas preventivas a tomar en consideración dentro del consultorio dental para la atención de dichos pacientes.

MÉTODO

El presente artículo de revisión bibliográfica tiene como objetivo redactar un protocolo de manejo odontológico en pacientes adultos con epilepsia utilizando fuentes que aporten información a través de un enfoque cualitativo y por medio del método de revisión bibliográfica basado en resultados de investigaciones de artículos científicos más recientes entre el año 2017 hasta la actualidad. La revisión de artículos sobre el tema de estudio se realizó en bases de datos como: Scielo, Redalyc, PubMed, Dialnet, y en el metabuscador Google Académico; También la revisión se apoyó en páginas de interés que brindaron información científica como la Organización Mundial de la Salud OMS y the International League Against Epilepsy ILAE.

Se seleccionaron aquellos artículos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: revisiones de artículos científicos actualizados (2017-2022), información basada en las palabras claves: Adultos, epilepsia, enfermedades cardiovasculares, atención odontológica, idioma de publicación: Inglés, español y portugués. Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de exclusión: Estudios realizados en pacientes pediátricos, trabajos de monografías, tesis, artículos o investigaciones que solo cuenten con disponibilidad del resumen, artículos repetidos de revisión sistemática y metaanálisis.

Al aplicar los criterios de inclusión y exclusión de 95, se seleccionaron 31 fuentes, dentro de estas se incluye el libro de Castellanos J, Diaz M, Lee E titulado como Medicina en

Odontología y Manejo dental del Paciente con enfermedades Sistémicas del año 2015 ya que representa información relevante y científica en el desarrollo del presente manuscrito.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

La epilepsia, que se caracteriza por convulsiones recurrentes, es un trastorno cerebral crónico que afecta a personas de todo el mundo ³. Estas convulsiones pueden ser breves estallidos de movimientos involuntarios que afectan sólo a una parte del cuerpo, es decir convulsiones parciales o a todo el cuerpo a lo que se interpreta como convulsiones generalizadas, y en ocasiones van acompañadas de pérdida de conciencia y de control de esfínteres.

Aunque la causa no está clara, puede manifestarse con frecuencia tras un traumatismo craneoencefálico, malformaciones del desarrollo, tumores intracraneales, hipoglucemia, supresión de medicamentos, estados febriles y neoplasias intracraneales. No todos los pacientes con epilepsia presentan los mismos síntomas clínicos o alteraciones electroencefalográficas durante las crisis ⁶.

Ante lo expuesto, es importante para el odontólogo general tener en cuenta la definición de un paciente epiléptico y saber a que se enfrenta el profesional si se llegase a desencadenar una crisis convulsiva durante la intervención odontológica.

En 2017, la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) desarrolló un nuevo sistema de clasificación para las convulsiones ⁷ la clasifica en:

De inicio desconocido, de inicio localizado y de inicio generalizado. Los niveles de conciencia se utilizan para categorizar las crisis de inicio focal (conciencia de sí mismo y del entorno). Dado que la mayoría de las convulsiones de inicio generalizado influyen en la conciencia, el nivel de conciencia no se emplea para categorizar estas convulsiones. Todas las crisis se dividen, siempre que sea posible, en dos categorías: de inicio motor y no motor. Aunque la capacidad de respuesta no es un factor de clasificación de las convulsiones, puede ser útil como descripción. Independientemente de cualquier discapacidad consciente, la capacidad de respuesta puede estar intacta o deteriorada.

A su vez la ILAE ⁷ menciona que la clasificación de las epilepsias es la herramienta clínica clave para evaluar a una persona que presenta crisis. Incide sobre todas las consultas clínicas, pero su influencia se extiende mucho más allá del ámbito clínico hasta la investigación clínica y básica sobre la epilepsia y al desarrollo de nuevas terapias. La clasificación sirve para varios fines: proporciona un marco para entender el tipo de crisis que tiene el paciente, los otros tipos de crisis que es más probable que tengan lugar en esa persona, los potenciales desencadenantes de sus crisis y, a menudo, su pronóstico. También informa sobre los riesgos de las comorbilidades, entre ellas, las dificultades de aprendizaje, el deterioro intelectual, rasgos psiquiátricos como el trastorno del espectro autista y el riesgo de mortalidad, por ejemplo, la muerte súbita e inesperada en la epilepsia (SUDEP).

La clasificación antes mencionada es un indicativo que representa una valoración individualizada del paciente por lo que es importante para el profesional de odontología llenar cada uno de sus antecedentes y valorar al paciente como controlado o no controlado previo a ser atendido y poder clasificarlo según lo que establece la ILAE y determinar el protocolo de atención en el paciente.

La epilepsia idiopática, o epilepsia sin etiología conocida, es el tipo más frecuente y afecta a 6 de cada 10 personas. La epilepsia secundaria o sintomática es el término para la epilepsia con causas conocidas ⁸.

Las causas pueden ser accidentes cerebrovasculares que reducen el oxígeno en el cerebro, traumatismos craneoencefálicos graves, malformaciones congénitas o cambios genéticos con malformaciones cerebrales asociadas, asfixia o traumatismos durante el parto, bajo peso al nacer, infecciones cerebrales como meningitis y encefalitis, o neurocisticercosis, ciertos síndromes genéticos y tumores cerebrales ⁹.

MANEJO ODONTOLÓGICO

Castellanos et al ¹⁰, nos indican que entre las crisis más comunes que pueden producirse en la consulta del dentista son el síncope, la hiperventilación, el agravamiento del asma y la epilepsia.

Según Popkirov et al. 11, es fundamental reconocer la existencia de factores desencadenantes de convulsiones en el tratamiento odontológico de pacientes epilépticos y tenerlos en cuenta para prevenirlas.

Por lo tanto, la historia clínica del paciente es imprescindible para el tratamiento odontológico antes de cualquier intervención, ya que revelará las posibles causas de las convulsiones habituales del paciente, así como la medicación terapéutica que está tomando ¹². En raras ocasiones, el neurólogo que está tratando al paciente puede aportar más información.

Macha ¹⁴ nos indica que los pacientes que tienen epilepsia son muy propensos a presentar lesiones y diferentes alteraciones en la cavidad oral. En consecuencia, a lo manifestado se realiza en primer lugar una exploración bucal donde se valorará alteraciones en la cavidad oral, si existen patologías en las encías (hipertrofia gingival) y determinar indicadores esenciales de salud oral y sus condiciones higiénicas bucales. Requieren atención y evaluación estomatológica constante que, en algunos casos, no puede realizarse en el sillón dental, siendo necesaria la intervención bajo anestesia general. Tanto las condiciones epilépticas como su manejo médico pueden influir en la salud bucal ¹⁵.

Entre los factores desencadenantes se encuentran la supresión de la medicación antiepiléptica habitual, la ansiedad y el estrés, los procesos infecciosos concurrentes (como el proceso febril), los estados fisiológicos (como el ciclo menstrual), la falta de sueño, el consumo de alcohol o estimulantes, las condiciones metabólicas (como la hiperglucemia o la hipoglucemia), la deshidratación, la hiperventilación, las luces intermitentes, el ruido, los trastornos gastrointestinales y las interacciones farmacológicas.

Entre los factores desencadenantes se encuentra la supresión del tratamiento antiepiléptico habitual, ansiedad y estrés, proceso infeccioso intercurrente como procesos febriles, estados fisiológicos como el ciclo menstrual, privación del sueño, consumo de alcohol o estimulantes, condiciones metabólicas tales como hiperglicemia o hipoglicemia), deshidratación, hiperventilación, luces intermitentes, ruidos, trastornos gastrointestinales, interacciones farmacológicas ¹⁶.

Alves ¹⁷ indica que en un paciente con antecedentes de crisis epilépticas deben evaluarse una serie de factores generales que pueden ser importantes para la formulación de planes de tratamiento dental. Hay que anotar el tipo de crisis, la edad de inicio, la etiología,

la medicación tomada, la frecuencia de las crisis y la fecha de la última crisis.

Los casos de toxicidad sistémica por anestésico local pueden producir síntomas neurológicos asociados o no a inestabilidad hemodinámica. Usualmente, los síntomas neurológicos ocurren tempranamente y deben ser alertados de la posible ocurrencia de eventos hemodinámicos adicionales que puedan comprometer la vida del paciente. Conocer la existencia y el manejo clínico de estos cuadros de toxicidad es fundamental para mejorar la evolución y el pronóstico de esta situación potencialmente mortal ¹⁸.

Es importante para el odontólogo de práctica general conocer cada uno de los factores de riesgos antes mencionado que son asociados por desencadenar una crisis para evitar este tipo de eventos dentro de la consulta dental y evitar complicaciones durante la intervención.

PROTOCOLO DEL MANEJO DEL PACIENTE EPILÉPTICO

Los tratamientos electivos sólo deben aplicarse en pacientes controlados en forma médica y farmacológica; siempre debe hacerse acompañar al paciente por un familiar involucrado en su problema médico; asegurarse que el paciente tome su medicamento y no acuda a consulta sin haber dormido o después de ayuno prolongado; las citas deben ser cortas y de preferencia por la mañana ¹⁹.

Si el procedimiento a realizar implica dolor, debe asegurarse un buen bloqueo anestésico; mantener la confianza del paciente para minimizar el estrés emocional, que es un factor desencadenante de una crisis convulsiva. Nunca se debe colocar la luz de la lámpara de manera directa sobre su cara; prever que no exista mobiliario que ponga en riesgo al paciente en caso de que llegara a presentarse un ataque convulsivo; contar con medicamentos propios para el manejo de situaciones de urgencia, así como teléfonos de emergencia para traslado al hospital; debe descartarse el uso de bupivacaína y lidocaína como anestésico local en pacientes susceptibles, porque se ha documentado que en ocasiones inducen crisis convulsivas ^{19,20}.

Si se requiere premedicación ansiolítica, pueden utilizarse de 10 a 20 mg de fenobarbital adicionales a la dosis de control rutinaria del paciente, 1 a 2 h antes de la

consulta; siempre y cuando éste sea el fármaco con el cual el paciente se controla. Para quienes no utilizan barbitúricos, diazepam es el ansiolítico de elección ¹⁹.

Algunos pacientes pueden presentar somnolencia y aletargamiento producto de los fármacos depresores del SNC que ingiere para su control, sobre todo fenobarbital y primidona, lo cual debe valorarse si se pretende una premedicación ansiolítica por efectos farmacológicos acumulados como el ácido valproico que puede prolongar el tiempo de coagulación ²⁰.

Según Carrasco ²¹, es importante contactar con el médico tratante para conocer la estabilidad de la enfermedad, el estado actual y los medicamentos que se están utilizando. En los individuos no controlados, los que tienen convulsiones frecuentes o los que tienen factores desencadenantes urgentes, el tratamiento debe retrasarse porque puede haber una posibilidad de que se produzcan convulsiones durante la intervención.

Del mismo modo, deben evitarse los fármacos como los opioides, los simpaticomiméticos o los agentes de contraste yodados acuosos que se inyectan por vía intravenosa o intramuscular y que pueden provocar convulsiones. Antes del tratamiento, es fundamental controlar la ansiedad y minimizar el estrés excesivo. Una vez tomado el fármaco, se aconseja programar las citas por la mañana y planificar adecuadamente el curso de la terapia con citas breves y suficiente analgesia ²².

Hay que prevenir y educar para un buen control de biopelícula dental, así como llevar a cabo una evaluación previa de la hemostasia (especialmente cuando el tratamiento consiste en la ingesta de ácido valproico) ²³. Es fundamental conocer si las crisis van precedidas porque puede ser útil a la hora de ganar tiempo para eliminar todo aquello que pueda lesionar al paciente durante las convulsiones. Se debe utilizar abre bocas o cuñas de goma ya que permite eliminar los instrumentos de trabajo e impedir un cierre brusco de la mandíbula durante el episodio convulsivo ¹⁴.

Anjali ²⁴ por su parte menciona que el trastorno neurológico llamado epilepsia se caracteriza por la actividad convulsiva. La comprensión de estas circunstancias ayudaría a los profesionales de la salud bucodental a tratar a los pacientes epilépticos con mayor eficacia ya que la mala salud bucodental, la pérdida de dientes, la enfermedad periodontal, las caries recurrentes, etc son frecuentes en los pacientes epilépticos.

El episodio de convulsiones en la consulta dental es una emergencia médica y debe manejarse con precaución ya que, si el odontólogo es muy consciente de este tipo de condición médica, puede manejar y tener un impacto psicológico positivo en los pacientes, así como alentarlos a mantener una buena higiene bucal para una mejor salud general.

En el momento en que se produce la crisis epiléptica se debe seguir el siguiente protocolo que se redacta a continuación:

Reducir la tensión y el estrés según sea necesario con 5-10 mg de benzodiazepina la noche anterior y/o 5-10 mg una hora antes de la consulta ^{19,25}, detener el procedimiento dental que se esté realizando, retirar cualquier objeto que el paciente pueda utilizar para hacerse daño, colocar al paciente preferiblemente en el suelo y de lado para favorecer la evaporación de la saliva sin interferir en sus movimientos, colocar almohadas para evitar que se golpee la cabeza u otras partes del cuerpo y mantener las vías respiratorias abiertas; si la crisis dura más de cinco minutos darle oxígeno o en tal caso llamar a un servicio de urgencias si la crisis dura más de 15 minutos o si una crisis sigue a otra ¹⁴.

Utilizar una cánula de guedel o cuñas de goma en la boca, inclinar la cabeza hacia un lado, aspirar las secreciones y la saliva si es posible y mantener las vías respiratorias abiertas son otras precauciones especiales que hay que tomar en cuenta si se presenta una crisis en la consulta odontológica ^{11,14,15}.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que los pacientes que son tratados con fármacos anticonvulsivos pueden presentar diversas alteraciones como efecto secundario ¹⁹. Las principales alteraciones son:

La presencia de discrasias sanguíneas sobre todo anemia y leucopenia, porque conllevan a un retraso en la cicatrización de heridas, hemorragia e infección, así como signos locales de glositis, queilitis angular, parestesias, disgeusias, cambios mucosos como palidez, ictericia, petequias y hematomas ¹⁹. La disfunción hepática compromete el metabolismo de otros fármacos que son metabolizados en el hígado y el riesgo potencial de sangrado en un evento quirúrgico o extracciones por la falta de producción de factores de coagulación. El ácido valproico es un anticonvulsivo que produce aumento del tiempo de sangrado por inhibición de la agregación plaquetaria, el cual incrementa la susceptibilidad de sangrado ²⁰.

A su vez se presentan con frecuencia otras alteraciones clínicas tales como xerostomía por ingesta de medicamentos, aumento de caries secundaria a la xerostomía, alteraciones de la erupción y maloclusión secundarias a hiperplasia gingival, cicatrices en lengua y mucosa labial como secuela del trauma durante la crisis atrición severa ¹⁰.

La presencia de agrandamientos gingivales es común en los pacientes por efecto de los fármacos utilizados para su control, es necesario enfatizar el procedimiento de higiene para mantener un excelente control de placa dentobacteriana y evitar que la hiperplasia gingival se agrave con la presencia de irritantes locales ¹⁹.

Montes et al ²⁶ nos aclara que la hiperplasia gingival asociada a fármacos es un efecto secundario que se desarrolla tras la toma de algunos medicamentos por vía sistémica. Entre ellos destacan los anticonvulsivos. El primer relato de un medicamento que produce agrandamiento gingival se relacionó con el uso de fenitoína, que tiene efectos secundarios a largo plazo, como rasgos faciales duros, y que, cuando se combina con la biopelícula dental, causa agrandamiento gingival en el 50% de los pacientes. Esto se describió en 1939 y este agrandamiento gingival también tiende a producirse en alrededor de la mitad de los pacientes, alcanzando su punto máximo entre el primer y el segundo año de tratamiento.

En las superficies gingivales anteriores superior e inferior, se desarrolla con mayor frecuencia la hiperplasia gingival. La encía se vuelve más pronunciada y empieza a cubrir toda la corona de los dientes cuando las papilas empiezan a expandirse. Por esta razón, en estos pacientes debe evitarse la terapia de ortodoncia o, como último recurso esto no siempre es posible, debe ajustarse la medicación causante de la hiperplasia ²⁷.

Ikbal et al ²⁸ menciona que la profilaxis se basa en dosis bajas de fármacos, tratamientos alternativos y un estricto control de la placa bacteriana, todo lo cual sólo consigue hacer retroceder parcialmente la hiperplasia. Estas acciones higiénicas preventivas pueden funcionar como coadyuvantes, pero nunca como único medio para tratar la enfermedad.

Es necesario implementar un estricto control de placa dentobacteriana mediante una adecuada técnica de cepillado y uso de hilo dental, así como establecer un programa de mantenimiento dentoperiodontal para disminuir el efecto sobre la encía; la eliminación quirúrgica de la hiperplasia gingival deberá realizarse por cuestiones de apariencia y para poder aplicar mejores medidas de higiene y preventivas dentales ¹⁹.

Un procedimiento quirúrgico antiguo y extremadamente básico llamado gingivectomía se utiliza para eliminar por completo las bolsas periodontales y las hiperplasias con resultados estéticos predecibles. Debe ser realizada por un periodoncista debido a sus inconvenientes, que incluyen sus indicaciones restringidas, la herida amplia y dolorosa, la curación por segunda intención, el riesgo de exposición ósea y la pérdida de encía queratinizada ²⁹. Sin embargo, es fundamental practicar una higiene bucal estricta, evitar los irritantes gingivales como la placa o la longitud excesiva de la restauración, y utilizar colutorios que contengan clorhexidina o triclosán ³⁰.

Ikbal et al. ²⁸ argumentan en su respuesta que es importante tener en cuenta las principales interacciones farmacológicas de los medicamentos anticonvulsivos que surgen debido a factores farmacocinéticos relacionados con la distribución y la biotransformación. La carbamazepina puede causar hiposialia, retraso en la cicatrización, leucopenia, trombocitopenia y ataxia cuando se prescribe con nuevos medicamentos. Cuando se toma con eritromicina, también puede cambiar la forma en que se metaboliza el medicamento, lo que aumenta su toxicidad.

El ácido valproico puede provocar somnolencia y reducir la agregación plaquetaria, lo que facilita la aparición de petequias y hemorragias antes del tratamiento quirúrgico oral. El exantema, los problemas digestivos, la hipocalcemia, la anemia, la hiperplasia gingival, la aceleración del metabolismo del fármaco y la alteración de las características faciales pueden ser provocados por la fenilhidantoína ^{29,30}.

Según Manzur et al ³¹ el uso de la fenitoína puede provocar una hiperplasia gingival reversible, así como otros efectos adversos como hiperglucemia, nistagmo y agrandamiento de los labios, entre otros. Por su parte, Hauptmann introdujo el fenobarbital para el tratamiento de las crisis epilépticas en 1912; en la actualidad no es una opción preferida en los países industrializados, pero se sigue utilizando ampliamente en los países en desarrollo. Se han notificado casos de gingivitis en pacientes adultos, pero son raros o hay poca documentación, pero tiene efectos secundarios como somnolencia, dolor de cabeza, mareos, excitación o aumento de la actividad especialmente en niños, náuseas y vómitos.

Interacciones farmacológicas de uso odontológico con los medicamentos anticonvulsivos.

El odontólogo debe conocer algunas interacciones farmacológicas de uso odontológico perjudiciales que pueden interferir la absorción del antiepiléptico; a continuación, se presentan las manifestaciones bucales que afectan de manera directa e indirectamente.

Tabla 1. Interacciones farmacológicas de uso odontológico con los medicamentos anticonvulsivos.

Fármacos anticonvulsivantes	Interacción farmacológica	Manifestaciones orales
Carbamazepina	Asociado con claritromicina, eritromicina, benzilpenicilina, metronidazol	Tienen efectos secundarios. Ulceración, xerostomía, glositis, estomatitis, (dientes cariados, perdidos obturados), candidiasis, leucopenia, sangrado gingival, erupciones cutáneas.
Lamotrigina	Asociado con Fluconazol	Sus efectos secundarios: xerostomía, úlceras, candidiasis, leucopenia.
Fenitoína	Asociado con fluconazol, Metronidazol, eritromicina, aspirina, ibuprofeno.	Tiene efectos secundarios: hiperplasia gingival, inducción de las enzimas hepáticas (salud oral perjudicada), leucopenia.
Fenobarbital/ Primidona	Asociado con bencilpenicilina	Tienen efectos secundarios: inducción de las enzimas hepáticas, leucopenia, osteopenia, somnolencia.

Valproato	Asociado con aspirina, fluconazol, eritromicina, aspirina, ibuprofeno	Tienen efectos secundarios: trombocitopenia, disminución de la agregación plaquetaria, leucopenia, petequias.
	Antiinflamatorios no esteroides y algunos antifúngicos tales como metronidazol, fluconazol y miconazol	Interfieren negativamente en el metabolismo de valproato de sodio, carbamazepina y fenitoína por tanto debe ser evitado.

Tabla elaborada por la autora a partir de Reynolds E (2), Castellanos J (19).

En consecuencia, es importante para el odontólogo conocer dichas interacciones farmacológicas ya que representan factores de riesgos desencadenantes en las crisis o inhiben la acción terapéutica de los mismos.

CONCLUSIONES

En el manejo del paciente epiléptico, es importante para el odontólogo que pueda completar en la historia clínica el tipo de epilepsia, la naturaleza de la crisis, la frecuencia y la gravedad de la misma, los factores desencadenantes de las crisis y el tipo y eficacia de la medicación que el paciente ha estado tomando en la actualidad, el uso de fármacos anticonvulsivos y las eventuales interacciones con los fármacos utilizados en las terapias analgésicas y antibiótica dentro de la consulta odontológica con el fin de estar preparados si se llegase a desencadenar una crisis convulsiva.

El protocolo de manejo de atención en estos pacientes se divide en dos: El primero hace referencia al protocolo preventivo donde se debe llenar mediante la historia clínica todos los antecedentes del paciente con el fin de estar alerta si se llegase a presentar una crisis. La segunda etapa en el manejo odontológico en el paciente epiléptico consiste en reducir el estrés y la ansiedad con. 5 a 10 mg de diazepam la noche anterior y/o 5 a 10 mg 1 hora antes de la consulta, suspender el tratamiento odontológico que se esté realizando, retirar instrumentos y materiales odontológicos, colocar al paciente preferentemente en el suelo, no interferir en sus movimientos, evitar que se golpee la cabeza o extremidades, mantener permeable la vía aérea y si se prolonga la crisis más de 5 minutos administrar oxígeno con mascarilla o llamar a un Servicio de Urgencias.

La epilepsia es un trastorno complejo ya que al saber que es un indicativo de una disfunción neurológica el paciente oculta su condición por lo que es importante para el odontólogo actuar de forma eficiente si llegara a suceder una crisis con un paciente epiléptico, tomar las medidas necesarias correctas, estabilizar y saber hasta qué punto puede ser tratado en la consulta o ser derivado a un segundo o tercer nivel de atención para precautelar la salud del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaculini CM, Tate-Looney AJ, Seifi A. The History of Epilepsy: From Ancient Mystery to Modern Misconception. Cureus. PubMed. 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8051941/>
2. Reynolds EH. Ginebra, Suiza: Prensa de la Organización Mundial de la Salud; Atlas: Atención de la epilepsia en el mundo. 2005. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=ZJfku__6BKMC&oi=fnd&pg=PA6&dq=Atlas:+Epilepsy+Care+in+the+World+Reynolds+EH+Geneva,+Switzerland+World+Health+Organization+Press+2005+https://www.who.int/mental_health/neurology/Epilepsy_atlas_r1.pdf+&ots=TqyGPyLhx_&sig=4wVEvpKaQkJNAaNfknPBcXmbEaE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
3. OMS. Epilepsia. Organización Mundial de la Salud. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
4. Rodríguez et al. Atención dental en pacientes con epilepsia y sus intermonedas. Revista de tecnología y negocios Facit. 2020. Disponible en: <https://jnt1.websiteseuro.com/index.php/JNT/article/view/582>
5. Guerra Aylén. Epilepsia. Infomed. 2022. Obtenido de <https://temas.hlg.sld.cu/gestion-informacion/2022/02/10/tema-de-salud-epilepsia/>
6. Bender J, Hernández L. Consideraciones en el tratamiento del paciente con epilepsia. Scielo. (2017). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2017000600008#:~:text=%2D%20No%20tener%20en%20cuenta%20la,efecto%20colaterales%20de%20los%20antiepil%C3%A9pticos.
7. Scheffer I, Berkovic S, Capovilla G, Mary B, Connolly, Jacqueline French, Guilhoto L, Hirsch L, Jain et al. Clasificación de las epilepsias de la ILAE: Documento de posición de la Comisión de Clasificación y Terminología de la ILAE. 2017. Disponible en: <https://www.ilae.org/files/ilaeGuideline/ClassificationEpilepsiesScheffer2017-Spanish.pdf>
8. Cruz Roja E. Epilepsia. Neurología. 2022. Disponible en <https://hospitalveugenia.com/blog/noticias/dia-nacional-de-la-epilepsia/>

9. Thurman D, Begley Ch, Carpio A, Helmers S, Hesdorffer D, Mu J et al. The primary prevention of epilepsy: A report of the Prevention Task Force of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 2018. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/epi.14068>
10. Castellanos J, Diaz M, Lee E. *Medicina en Odontología: Manejo dental del Paciente con enfermedades Sistémicas*. México, Editorial Manual Moderno. 2015
11. Popkirov S, Asadi-Pooya A, Duncan R, Gigineishvili D, Hingray C, Kanner A, Curt W. The aetiology of psychogenic non-epileptic seizures: risk factors and comorbidities. *Epileptic Disorders*. 2020. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1684/epd.2019.1107>
12. Wolf P, Benbadis S, Dimova P, Puthenveetil K, Michaelis R, Reuber M, Yacubian E. The importance of semiological information based on epileptic seizure history. 2020. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1684/epd.2020.1137>
13. Hampel K, Sánchez M, Gómez A, Palanca M, Villanueva V. Desafíos diagnósticos en epilepsia. *Revista de Neurología*. 2019 Obtenido de <https://snepharma.com/wpcontent/uploads/2019/04/Desaf%20ADos-diagn%20B3sticos-en-epilepsia.pdf>
14. Macha L. Manejo odontológico del paciente con enfermedades neuro-psiquiátricas. *Dspace*, 2021. Obtenido de <http://intra.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5576>
15. Tiwari S, Verma RK, Dhull KS, Suma G. Assessment of Oral Health Status in Epileptic Children and Healthy Children in Bengaluru City: A Comparative Study. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2021 Nov-Dec;14(6):768-773. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8783210/>
16. Massot A, Yeyao Joe Yu, Mashael A, Seyed M. Factors associated with comorbid epilepsy in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A large cohort study. 2022. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525505022002293>
17. Alves R. Pacientes portadores de epilepsia na odontologia. 2021. Obtenido de <http://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorioitcc/article/view/3251>
18. Lòpez, Guerra, García, Sànchez, Ruiz et al. Toxicidad sistémica secundaria a infiltración de anestésico local. *Rvdo. neurol. (Ed. Impr.)*; 75(5): 123-125, 1 de septiembre de 2022. Obtenido de

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc207869>

19. Castellanos J, Díaz L, Lee E. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, 3ª ed. 2015.

20. Ramírez JM. Epilepsia y riesgo vascular. Rev Neurol. 2020. Obtenido de <https://neurologia.com/articulo/2019470>

21. Carrasco A, Romulo L. Relación entre el conocimiento y la actitud en la atención de pacientes con epilepsia en egresados de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas. DSpace. 2021. Obtenido de <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/4983>

22. Zheng Y, Ding X, Guo G, Chen Q, Wang W, Zheng Y et al. Multidisciplinary management improves anxiety, depression, medication adherence, and quality of life among patients with epilepsy in eastern China. Elsevier. 2019. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1525505019305554#>

23. Zapata P, Zapata J, Peláez R, Peláez C. Seizure control with valproic acid, lamotrigine or levetiracetam in the management of drug-resistant juvenile myoclonic epilepsy. Elsevier. 2022. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1853002821000665>

24. Anjali, O. Epilepsy and Oral Health Care. National Journal of Integrated Research in Medicine. 2018. Obtenido de <https://web.s.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=09759840&AN=131155286&h=YTUk2qwO39THj0O%2fvrvORHqInqaBe0oppUEtYXwLSdXNgEheiW%2bzSWeL9h3RwC3CzYDQhqJYRGOaVxftA30gVg%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d09759840%26AN%3d131155286>

25. Garcillán R, Bratos E, Moreno V et al. Protocolo de odontología preventiva en pacientes cardiopatas. Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral. Obtenido de <https://secardiologia.es/images/institucional/SESPO-Protocolo.pdf>

26. Montes de Oca González Ana Mary, González Falcón Marisol, Veitia Cabarrocas Felisa, Lahera Fernández Ena Luisa, Díaz López Odalis Beatriz, Hernández González Ana Beatriz. Agrandamiento gingival medicamentoso en pacientes que padecen hipertensión, cardiopatías y epilepsia. Acta méd

centro [Internet]. 2021, Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S270979272021000100072

27. Manzur-Villalobos I, Díaz-Rengifo IA, Manzur-Villalobos D, Díaz-Caballero AJ. Agrandamiento gingival farmacoinducido: Serie de casos. Univ Salud [Internet] 2018. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-0100089.pdf>

28. Ikbal Sa, Mehrotra R, Verma N, Gupta S, Yadav Sk. Hereditary Gingival Overgrowth In Epileptic Patient: A Case Report. Univ J Dent Sciences [Internet]. 2022May10. Obtenido de <https://www.ujds.in/index.php/ujds/article/view/730>

29. Goel S, Chhina S, Arora SA. Drug-induced gingival enlargement: A case report. Journal of Dental Lasers. 2019 Jul 1;13(2):49. Obtenido de <https://www.jdentlasers.org/article.asp?issn=23211385;year=2019;volume=13;issue=2;spage=49;epage=51;aulast=Goel>

30. Liu Y, Peng Q, Liu B, Wang Z, Cao Q. Er,Cr: Laser Therapy for Drug-Induced Gingival Overgrowth: A Report of Two Case Series. Front Surg. 2022. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9171107/>

31. Manzur I, Díaz I, Manzur D, Díaz A. Agrandamiento gingival farmacoinducido: Serie de casos. Univ. Salud. 2018. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-01-00089.pdf>.