



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE PACIENTES CON
EPILEPSIA**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

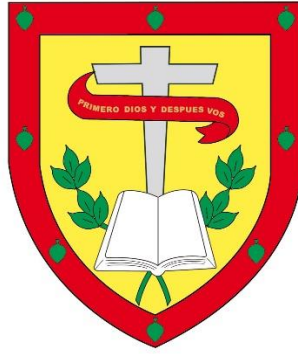
AUTOR: ANGIE EDUARDA SAQUICELA TAPIA

DIRECTOR: OD.ESP.MARÍA CRISTINA ALVEAR CÓRDOVA

CUENCA-ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGIA

MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE PACIENTES CON EPILEPSIA

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

AUTOR: ANGIE EDUARDA SAQUICELA TAPIA

DIRECTOR: OD.ESP.MARÍA CRISTINA ALVEAR CÓRDOVA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

MANEJO EN ODONTOPEDIATRÍA DE PACIENTES CON EPILEPSIA

María Cristina Alvear-Córdova: cristhialvear@hotmail.com ORCID:0000-0003-4704-4564

Angie Eduarda Saquicela-Tapia: angiesaquicela8@gmail.com ORCID:0000-0001-7310-1791

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La epilepsia se caracteriza por crisis recurrentes con descarga anormal de neuronas cerebrales y convulsiones. Su prevalencia en la población pediátrica es del 0.5% y puede coexistir con otras enfermedades como el autismo o TDAH. El diagnóstico se basa en la historia clínica y el electroencefalograma. La gestión incluye la administración de medicamentos y la preparación para emergencias, incluso en el entorno odontológico. Es esencial que el equipo odontológico brinde un ambiente tranquilo y que el odontopediatra comprenda el trastorno y su impacto en la salud oral. **OBJETIVO:** Conocer el manejo adecuado del paciente pediátrico con epilepsia y los factores de riesgo que se presentan en la consulta odontológica. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó una revisión bibliográfica retrospectiva utilizando bases de datos electrónicas. La estrategia de búsqueda incluyó Descriptores en Ciencias de la Salud(DeCS) y palabras clave en inglés y español. Se seleccionaron 40 artículos que abordaban el manejo odontopediátrico de pacientes con epilepsia en los últimos 10 años, considerando criterios de inclusión específicos. Se excluyeron los artículos que no cumplían con estos criterios **CONCLUSIONES:** Aunque las crisis epilépticas son poco frecuentes en la atención odontológica, es esencial que el profesional esté preparado para una atención segura. Esto implica obtener una historia clínica detallada, considerar tratamientos como la dieta cetogénica y la estimulación del nervio vago, abordar los efectos secundarios dentales de los medicamentos antiepilépticos y tomar medidas de protección durante las convulsiones.

Palabras Clave: Atención odontológica, Convulsiones, Epilepsia, Odontología pediátrica.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Epilepsy is characterized by recurrent seizures with abnormal discharge of brain neurons. Its prevalence in the pediatric population is at 0.5% and may coexist with other conditions, such as autism or Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Diagnosis is based on clinical history and electroencephalogram. Management includes medication administration and preparation for emergencies, even in the dental setting. It is essential for the dental staff to provide a calm environment and for the pediatric dentist to understand the disorder and its impact on oral health. **OBJECTIVE:** To understand the proper management of pediatric patients with epilepsy and the risk factors present in dental consultations. **MATERIALS AND METHODS:** A retrospective literature review was conducted using electronic databases. The search strategy included Health Sciences Descriptors (DeCS) and keywords in both English and Spanish. Forty articles addressing pediatric dental management of patients with epilepsy in the last ten years were selected, considering specific inclusion criteria. Articles that did not meet these criteria were excluded. **CONCLUSIONS:** Although epileptic seizures are uncommon in dental care, professionals need to be prepared for safe treatment. It involves obtaining a detailed medical history, considering treatments such as the ketogenic diet and vagus nerve stimulation, addressing dental side effects of antiepileptic medications, and taking protective measures during seizures.

Keywords: Dental care, Seizures, Epilepsy, Pediatric dentistry.

INTRODUCCIÓN

El término epilepsia se utiliza para describir un conjunto de síntomas que consisten en crisis recurrentes (ataques) con una descarga repentina y anormal de neuronas cerebrales, acompañadas de pérdida o alteración de la consciencia, normalmente seguidas de convulsiones. La prevalencia de la epilepsia en la población pediátrica general es de aproximadamente el 0,5%, pero acompaña a muchas otras enfermedades, por ejemplo, coexiste en el 20-25% de los casos de autismo⁽¹⁾, y en el 4,5% de los de trastorno de déficit de atención e hiperactividad TDAH. El diagnóstico es clínico, basado en la historia del paciente, y se concluye con el electroencefalograma, que define aún más el alcance y la parte del cerebro que está implicada. Cuando la descarga se produce en la corteza motora, induce convulsiones, mientras que cuando está implicada la corteza parietal u occipital, el paciente presenta alucinaciones visuales, auditivas u olfativas. El tipo más común es el primario o idiopático, sin razón obvia para la liberación⁽²⁾. Existe un tipo secundario como consecuencia de un traumatismo craneal; enfermedad, por ejemplo, meningitis; o anoxia durante el parto. No es posible predecir la evolución de la epilepsia infantil. En los niños con discapacidades múltiples, los episodios de epilepsia pueden durar más tiempo. Dependiendo del tipo y la gravedad, deben administrarse los medicamentos adecuados ⁽³⁾.

Las crisis de epilepsia generalizada se extienden desde el exterior a ambos hemisferios cerebrales, pueden ir acompañadas de convulsiones y el paciente suele presentar una pérdida de consciencia inmediata. En la epilepsia parcial, las descargas se producen en una región focal de la corteza cerebral y afectan a una parte específica del cuerpo; posteriormente pueden generalizarse y extenderse a ambos hemisferios cerebrales. Existen otros esfuerzos más recientes de la Liga Internacional contra la Epilepsia (International League Against Epilepsy - ILAE) en relación con la clasificación y la comprensión de la enfermedad (crisis generalizadas, crisis focales y crisis no clasificadas) ⁽⁴⁾.

Otra distinción se refiere a la epilepsia tónico-clónica (grand mal) y la crisis de ausencia (petit mal). La primera suele comenzar bruscamente, pero puede ir

precedida de una breve advertencia sobre la inminencia de la crisis. Las pupilas se dilatan, los ojos giran hacia arriba y hacia los lados, y la persona puede experimentar un mal funcionamiento momentáneo de los movimientos respiratorios y cianosis. Las convulsiones tónicas duran entre 10 y 30 segundos, seguidas de una fase de convulsiones clónicas que duran varios minutos. Los músculos se contraen violentamente, y se observa salida de saliva, sudoración y, a menudo, descargas involuntarias del intestino y la vejiga⁽⁵⁾. La contracción muscular disminuye gradualmente hasta que se detiene. Por lo general, el niño permanece inconsciente tras la crisis, sumiéndose en un sueño profundo de al menos 1 hora. La segunda ausencia se da casi exclusivamente en niños. Se caracteriza por convulsiones menos intensas, pérdida momentánea del conocimiento, rostro inexpresivo y discontinuidad de los movimientos voluntarios con temblor rítmico de todo el cuerpo. Los ataques son breves (unos 10 segundos) y el niño se recupera rápidamente ⁽⁶⁾.

Un trastorno epiléptico plantea varios retos en la calidad de vida del niño, entre ellos pueden estar la restricción de ciertas actividades, la pérdida de independencia, el malestar de los padres por contárselo a los demás, los prejuicios, el acoso, y los efectos secundarios de los medicamentos. Estos pacientes y sus familias agradecerán la presencia de un equipo odontológico serio, tranquilo y que les apoye contuniamente. El odontopediatra debe obtener suficiente información sobre el trastorno convulsivo para comprender su presentación, el manejo por parte de la familia y el impacto en la salud oral. La realización periódica de simulacros de emergencia por parte del equipo odontológico garantizará su preparación para tratar de forma competente una crisis convulsiva que se produzca en el consultorio odontológico ⁽⁷⁾.

Considerando la escasa disponibilidad de literatura y la complejidad intrínseca de la enfermedad, el propósito fundamental de esta revisión es conocer el manejo adecuado del paciente pediátrico con epilepsia y los factores de riesgo que se presentan en la consulta odontológica.

METODOLOGÍA DE BUSQUEDA

Se realizó una revisión bibliográfica por el ámbito documental con temporalidad retrospectiva. Se utilizó bases de datos electrónicas como: MEDLINE, REDALYC, PUBMED, SCOPUS, SciELO, Google Scholar. La estrategia de búsqueda fue utilizando Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y palabras claves manuales en inglés y español como: epilepsia, odontología pediátrica (PD: Pediatric Dentistry), manejo odontopediátrico, y guías publicadas por asociaciones como la ADA (American Dental Association) y la ILAE (International League Against Epilepsy).

Se seleccionó un total de 40 artículos que abordaban el manejo odontopediátrico de pacientes con epilepsia en los últimos 10 años, considerando los criterios de inclusión establecidos. La evaluación se llevó a cabo tanto en publicaciones en lengua española como inglesa. Se excluyeron aquellos artículos que no cumplían con los criterios de inclusión definidos, así como aquellos que, tras la revisión del resumen, no ofrecían información pertinente respecto al objetivo de investigación planteada.

ESTADO DE ARTE

LA HISTORIA CLÍNICA EN UN PACIENTE CON EPILEPSIA

Al evaluar a un paciente con un trastorno epileptico, es importante saber si las convulsiones están actualmente bien controladas o si el paciente sigue teniendo convulsiones a pesar del tratamiento anticonvulsivo ⁽⁷⁾.

Debe obtenerse la siguiente información, ya sea a través del informe de los padres o de la consulta médica:

- Información de contacto del neurólogo.
- Causa de las convulsiones: desconocida, síndrome epiléptico, traumatismo, tumor cerebral.
- Edad de la primera crisis.
- Presentación de las convulsiones: aura prodrómica y forma del aura, tipo y duración de las crisis.
- Frecuencia de las crisis y fecha de la última crisis.

- Factores desencadenantes de las crisis (hora del día, estrés emocional, privación del sueño, luces intermitentes, enfermedad, fiebre).
- Fecha de la última visita al servicio de urgencias u hospitalización relacionada con convulsiones.
- Antecedentes de estado epiléptico.
- Plan de respuesta a las convulsiones: medicación de rescate, tratamiento adyuvante para las convulsiones y eficacia de la medicación de rescate.
- Presentación postictal típica.
- Dieta especial (cetogénica).
- Antecedentes de traumatismo dental durante una convulsión.
- Antecedentes de hemorragia prolongada tras lesiones leves⁽⁸⁾.

EPILEPSIA FARMACORESISTENTE

- Esta condición está dada por presentar persistencia de crisis epilépticas a pesar de que el paciente ha sido tratado con mínimo dos tipos de anticonvulsivos adecuados para tratar, alrededor del 20-30% de los pacientes con epilepsia presentan resistencia a fármacos, relacionados con bases biológicas de dicha enfermedad impactando de forma negativa en su calidad de vida y aumentando el riesgo de muerte prematura ⁽⁹⁾.
- Desde el punto de vista neurobiológico, esta condición clínica es el resultado de la interacción de múltiples variables relacionadas con la enfermedad de base, las interacciones medicamentosas y los aspectos genéticos propios de cada paciente ⁽⁹⁾.
- Algunos pacientes pediátricos pueden padecer el **Síndrome de Dravet** (encefalopatía epiléptica de grado severo con mutación del gen SCN1A). Los padres describen un historial de convulsiones febriles al primer año de vida así como convulsiones afebriles posteriores. Un paciente infantil puede padecer múltiples tipos de convulsiones: tónico-clónicas generalizadas, mioclónicas y parciales con generalización secundaria ⁽¹⁰⁾. Un enfoque multifacético para disminuir las convulsiones en algunos niños ha incluido la colocación de un estimulador del nervio vago (VNS), el uso de medicamentos anticonvulsivos en varias combinaciones, y el apoyo

nutricional con la dieta cetogénica. La proporción actual de la dieta cetogénica en peso de grasa con respecto a la combinación de proteínas e hidratos de carbono debe ser informada en la historia clínica ⁽¹¹⁾.

DIETA CETOGÉNICA Y RIESGO DE CARIES.

La dieta cetogénica se configura como un protocolo nutricional caracterizado por un alto aporte lipídico y una baja ingesta de carbohidratos, con la finalidad de propiciar la pérdida ponderal, potenciar la cognición y elevar los niveles energéticos ⁽¹²⁾. A través de la reducción sustancial del consumo de carbohidratos y el aumento concomitante de grasas y proteínas, esta dieta induce un estado metabólico denominado cetosis. En este estado, el organismo favorece la utilización de lípidos como su principal fuente de energía, relegando la dependencia de los carbohidratos ⁽¹³⁾.

La composición de macronutrientes en la dieta cetogénica típicamente se sitúa en un rango aproximado de 55% a 60% de grasas, 30% a 35% de proteínas y 5% a 10% de carbohidratos ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾.

La dieta cetogénica se posiciona como una alternativa de tratamiento eficaz para pacientes pediátricos afectados por epilepsia. En términos generales, alrededor del 50% al 60% de los niños exhiben una disminución del 50% o más en la frecuencia de las convulsiones, y un 15% logra la completa ausencia de episodios convulsivos tras un período de 6 meses de adherencia al tratamiento dietético ⁽¹⁶⁾.

Su aplicación se reserva para situaciones en las cuales los **fármacos demuestran ineficacia o después del uso de al menos dos anticonvulsivos que resultaron incompatibles o adversos para el paciente**. La dieta cetogénica es considerada como la opción principal para el tratamiento en tales casos, y su gestión adecuada requiere supervisión multidisciplinaria de varios profesionales médicos de diversas especialidades, así como la intervención de un especialista en nutrición ⁽¹⁷⁾.

Se hace imperativa la implementación de un monitoreo hospitalario inicial, así como de evaluaciones ambulatorias periódicas. Es esencial la suplementación vitamínica y la restricción de ciertos alimentos en la dieta con el fin de mantener un estado de cetosis⁽¹⁷⁾.

En virtud de la marcada limitación de carbohidratos que caracteriza a la dieta cetogénica, dicha alimentación podría ejercer una función protectora contra la incidencia de caries. No obstante, es imperativo reconocer que cualquier variación en la composición nutricional de la dieta puede ejercer un efecto directo sobre el riesgo de desarrollo de caries en la población infantil. Este planteamiento sugiere una asociación sustantiva entre las alteraciones dietéticas y el potencial impacto en la salud bucal de los niños, subrayando la necesidad de una evaluación cuidadosa de los factores nutricionales en la prevención de la caries dental en este grupo demográfico⁽¹⁸⁾.

Factores a tomar en cuenta en la dieta cetogénica:

- Edad y peso
- Historia clínica
- Atención periódica cada 3 meses
- Régimen alimentario que acostumbra el paciente pediátrico.
- Receta para la elaboración de la dieta ⁽¹⁷⁾.

COLOCACIÓN DE UN ESTIMULADOR DE NERVIOS VAGO

La estimulación del nervio vago (ENV) se aprobó en el año 2017 en niños mayores de 4 años, con una disminución promedio en la frecuencia de las crisis convulsivas que varía entre el 30% y el 62%. Su colocación emerge como un enfoque terapéutico singular para la epilepsia, ya que implica una intervención periférica dirigida a tratar una enfermedad intrínsecamente asociada a eventos patológicos en el cerebro. No obstante, se postula que la estimulación eléctrica intermitente del nervio vago izquierdo desincroniza los circuitos talámico-corticales involucrados en la propagación de las convulsiones⁽¹⁹⁾. El nervio vago culmina en el núcleo solitario, el cual proyecta a otros núcleos en el tronco del encéfalo; la activación de estos núcleos puede ejercer control sobre la actividad

epiléptica. Aunque la total comprensión de los mecanismos terapéuticos de la ENV se considera aún parcial, numerosos estudios indican de manera inequívoca que la activación de las aferencias vagales mediante la estimulación eléctrica ejerce influencia directa e indirecta en circuitos neuroanatómicos específicos relacionados con las convulsiones intracerebrales ⁽²⁰⁾.

Conforme a las directrices de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), la terapia de estimulación del nervio vago (ENV) en calidad de tratamiento adyuvante a largo plazo se encuentra detallada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para casos de depresión refractaria al tratamiento, ya sea de índole unipolar o bipolar, y con historial de falta de respuesta a al menos cuatro agentes antidepresivos. Se aconseja la discusión con el paciente sobre la potencial eficacia de la terapia electroconvulsiva (TEC) en el contexto de depresión resistente al tratamiento, debiéndose considerar este enfoque antes de optar por la implementación de la ENV⁽²¹⁾⁽²²⁾.

HALLAZGOS DENTALES Y TRATAMIENTO

Desde el punto de vista odontológico, la administración crónica de fenitoína reviste especial interés porque uno de sus efectos secundarios es la hiperplasia gingival, que afecta más gravemente al segmento anterior. En situaciones extremas, cubre significativamente los dientes, creando problemas estéticos. Las encías muy hiperplásicas pueden afectar a la masticación, la erupción y posición de los dientes y el habla, así como actuar como factores predisponentes de la destrucción periodontal ⁽¹⁷⁾. En más del 50% de los casos relacionados con fármacos, la hiperplasia está causada por la administración crónica de fenitoína. La hiperplasia gingival se produce 2-3 semanas después del inicio de la medicación sistémica. La eliminación meticulosa de la placa, junto con el raspado frecuente si es necesario, disminuye el efecto, pero aún así puede ser necesaria la resección quirúrgica de la encía hiperplásica. Se observa una regresión permanente de la hiperplasia 6 meses después de suspender el fármaco. La epilepsia suele ir acompañada de discapacidad intelectual, por lo que la destreza para garantizar una buena higiene bucal puede verse comprometida. El tratamiento de la hiperplasia gingival inducida por fármacos es principalmente preventivo e incluye: énfasis en la instrucción de higiene oral, eliminación

profesional frecuente (cada 3 meses) de los depósitos bacterianos duros y blandos y uso de soluciones antimicrobianas (geles de clorhexidina) ⁽²³⁾.

Entre otros fármacos relevantes, la carbamazepina y el valproato sódico tienen efectos secundarios similares, aunque en menor grado. El valproato puede provocar una disminución del recuento de plaquetas. Aunque la trombocitopenia no suele ser grave, la planificación de una cirugía electiva importante debe incluir una evaluación de laboratorio de los parámetros hemorrágicos ⁽²⁴⁾.

Existe una posibilidad mayor de traumatismo dentoalveolar (injurias por fractura) de los dientes anteriores en personas que sufren convulsiones. No debe pasarse por alto el tratamiento inmediato de los traumatismos dentales y debe proporcionarse de forma calmada, ya que la ansiedad intensa puede ser un factor precipitante de las crisis ⁽²⁵⁾.

MODIFICACIONES DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

- Tras el historial clínico es necesario realizar el examen intraoral del paciente nuevo, exponer las radiografías que estén indicadas (panorámica, aleta de mordida o periapical), proporcionar los servicios preventivos que estén indicados (selladores de fosetas y fisuras) y evitar los productos aromatizados como la pasta profiláctica y el barniz de flúor.
- Evaluar el riesgo de traumatismos dentales durante una convulsión es esencial. Dependiendo de las relaciones faciales y oclusales, las medidas de protección a considerar incluyen uso de protector bucal deportivo, retenedor plástico térmico o tratamiento de ortodoncia para disminuir el overjet excesivo ⁽²⁶⁾.
- Debido a los muy bajos carbohidratos permitidos en la dieta cetogénica, esta alimentación puede ser protectora contra la caries. Sin embargo si la dieta cambia, el riesgo de caries del niño puede cambiar en consecuencia.
- Si están indicadas las restauraciones, considere la posibilidad de proporcionar cuidados bajo anestesia general.
- Los anestésicos locales tienen un efecto excitatorio en el cerebro, pueden ocasionar neurotoxicidad e inducir las convulsiones a dosis superiores a las recomendadas por kilo de peso ⁽¹⁸⁾.

GESTIÓN DE EMERGENCIA DE UN EPISODIO EPILÉPTICO

En caso de que se produzca un episodio epiléptico en la consulta, debe protegerse al niño para que no se caiga. Si el paciente está en el suelo, se coloca una almohada bajo su cabeza. No tratamos de detener la crisis, sino sólo de asegurar la vía aérea libre colocándolo al infante en posición lateral de seguridad, especialmente en caso de aumento de la salivación o de los vómitos. No debemos, sin embargo, intentar abrir la boca del paciente cuando está fuertemente cerrada ⁽²⁷⁾. Se lleva un registro del tipo y frecuencia de las convulsiones y de los fármacos administrados. Es importante recordar los siguientes aspectos en caso de una crisis en el sillón dental : retire todos los instrumentos de la boca del paciente y aléjelos del sillón dental, registre la hora de inicio de la crisis, coloque el sillón dental en posición supina lo más cerca posible del suelo, active el sistema de emergencia médica (911) si la convulsión dura más de tres minutos o si el paciente se pone cianótico en cualquier momento. De ser necesaria la administración de oxígeno suplementario envíe el mismo a una velocidad de 6 a 8 L/minuto, y considere la medicación de rescate benzodiazepinas ⁽²⁸⁾.

SOPORTE POSTICTAL DEL PACIENTE

Tras la convulsión, intente evaluar el nivel de consciencia del paciente y no permita que el niño abandone la consulta si su nivel de consciencia no ha vuelto al nivel basal (esto puede ser difícil de determinar en un paciente que tiene un deterioro cognitivo significativo). Monitorice las constantes vitales, y coloque el oxímetro de pulso. Es necesario realizar un breve examen oral para determinar si se han producido lesiones orales en tejidos blandos o duros durante la crisis. Dependiendo del estado post-ictálico del paciente, es necesario dar el alta al domicilio con un adulto responsable o trasladar al paciente a urgencias para una mayor monitorización y evaluación ⁽²⁹⁾.

REDUCIR EL RIESGO DE CONVULSIONES EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Se aconseja minimizar el estrés generado en la consulta a través de un manejo conductual eficiente o recurrir a sedación consciente si es necesario. Reducir la iluminación directa en pacientes fotosensibles es una estrategia importante, así como colocar gafas oscuras en sus ojos para mitigar luz intensa. Se debe mantener cerca los medicamentos de emergencia, incluido el oxígeno. Adicionalmente es esencial discutir con el equipo local de neurología el posible traslado del paciente al hospital si es necesario. En caso de convulsiones incontroladas la anestesia general es el método preferido para la atención⁽³⁰⁾.

DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se evidencia que la epilepsia incide de manera desfavorable en la esfera educativa y en las habilidades sociales de los niños⁽³¹⁾. Los profesionales odontológicos recurrentemente se enfrentan a la atención de pacientes diagnosticados con epilepsia, por ello, es imperativo que se mantenga una conciencia plena de las diversas manifestaciones de la enfermedad, los fármacos anticonvulsivos que el paciente pueda estar utilizando, así como las posibles complicaciones y efectos adversos asociados con dichos medicamentos⁽³²⁾⁽³³⁾.

Joshi y cols en el junto Wang y cols , afirman que la presencia de caries dentales, pérdida dental y desfavorables índices periodontales exhibe una notable significancia y se manifiesta de manera más pronunciada en individuos diagnosticados con epilepsia ⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾. Los autores sostienen que esto se atribuye a la conjunción de una deficiente higiene bucal, condiciones socioeconómicas precarias y lesiones en la cavidad bucal.

Las incidencias documentadas por Neelam y cols revelaron una variabilidad en el rango entre 0% y 84.5% en el desarrollo de manifestaciones de hiperplasia gingival atribuidas al consumo de fenitoína, un fármaco antiepiléptico ampliamente utilizado en el tratamiento de niños con epilepsia⁽³²⁾. No obstante, investigaciones más recientes llevadas a cabo por Goswami y cols establecieron un rango aproximado del 50% de los individuos que experimentan hiperplasia gingival al recibir el medicamento en un lapso de 12 a 24 meses desde el inicio

del tratamiento⁽³¹⁾. Se observa discrepancia en el periodo de inicio de la enfermedad, ya que Manzur y cols han informado la aparición de signos en un intervalo de uno a nueve meses, mientras que Carranza y cols sostienen que el inicio de la enfermedad ocurre entre uno y tres meses⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾.

En relación al empleo de sedación y anestesia, Joshi y cols exhiben que su uso no está contraindicado en pacientes con epilepsia, sin embargo, en determinadas circunstancias, puede resultar necesario para proporcionar atención dental de manera segura y efectiva⁽³⁴⁾. Diversos autores respaldan la preparación para procedimientos odontológicos pendientes a través de la implementación del método "decir-mostrar-hacer"⁽³⁸⁾. Este enfoque, que ha evidenciado su éxito en pacientes con epilepsia, implica comunicar de manera verbal las acciones a realizar, exhibir visualmente los instrumentos y pasos del procedimiento, para luego ejecutar las acciones de manera gradual, facilitando así una adaptación positiva del paciente ante la intervención dental ⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾.

Ulate y cols aseveran que la estimulación del nervio vago se presenta como un tratamiento seguro con efectos adversos escasos y temporales, generando un impacto positivo en la frecuencia, duración y calidad de vida de los pacientes. Además, indican reducciones en la frecuencia de las convulsiones que varían entre el 17% y el 50% después de 12 meses de tratamiento, dependiendo de la edad del paciente, observándose mejores resultados en pacientes más jóvenes con menor deterioro y mayores mejoras ⁽¹⁹⁾⁽²²⁾.

Finalmente dada la frecuente presencia de pacientes con epilepsia en la atención odontológica, los profesionales de la salud pueden implementar estrategias de atención integral. Estas estrategias comprenden una evaluación detallada que aborde específicamente las necesidades de estos pacientes, consideraciones terapéuticas adaptadas a su condición, y una preparación meticulosa para situaciones de emergencia. Este enfoque holístico tiene como objetivo proporcionar una atención segura y efectiva a esta población especial, asegurando al mismo tiempo la consideración de factores médicos y odontológicos particulares relacionados con la epilepsia.

CONCLUSIÓN

La epilepsia, caracterizada por crisis recurrentes con descarga anormal de neuronas cerebrales, es un trastorno complejo que afecta significativamente la calidad de vida, especialmente en la población pediátrica. Su prevalencia, aunque baja en términos generales, está vinculada a diversas condiciones médicas. La diversidad de tipos de epilepsia, desde generalizada hasta parcial, presenta desafíos clínicos distintos por ello el impacto en la calidad de vida de los niños va más allá de los síntomas físicos, abordando restricciones en actividades, pérdida de independencia y desafíos emocionales tanto para los pacientes como para sus familias.

La gestión de pacientes con epilepsia en el entorno odontológico requiere un enfoque técnico y holístico para garantizar una atención segura y efectiva. La obtención de una historia clínica detallada es esencial para comprender el perfil del paciente, con especial atención a aspectos como la frecuencia y desencadenantes de las convulsiones. La dieta cetogénica emerge como una opción terapéutica eficaz, pero su implementación precisa supervisión multidisciplinaria y ajustes regulares. Para casos de epilepsia farmacorresistente, se exploran alternativas como la estimulación del nervio vago, destacando su papel en la desincronización de circuitos cerebrales asociados a convulsiones.

Consideraciones específicas, como efectos secundarios dentales de medicamentos antiepilépticos y medidas de protección durante convulsiones, son fundamentales en la atención odontológica. La gestión de emergencias, protocolos y estrategias para reducir el riesgo de convulsiones en la consulta enfatizan la necesidad de un enfoque colaborativo entre profesionales de la salud para proporcionar un cuidado integral y seguro a esta población especializada.

En este contexto, el equipo odontológico juega un papel crucial al proporcionar un entorno de atención sereno y apoyo continuo. El odontopediatra debe adquirir una comprensión profunda del trastorno convulsivo, su manejo familiar y su impacto en la salud oral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Canitano R. Epilepsy in autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(1):61–6.
2. Socanski D, Aurlien D, Herigstad A, Thomsen PH, Larsen TK. Epilepsy in a large cohort of children diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorders (ADHD). *Seizure*. 201;22(8):651–5.
3. Korff CM, Scheffer IE. Epilepsy classification: a cycle of evolution and revolution. *Curr Opin Neurol*. 2013;26(2):163.
4. Percival T, Aylett SE, Pool F, Bloch-Zupan A, Roberts GJ, Lucas VS. Oral health of children with intractable epilepsy attending the UK National Centre for Young People with Epilepsy. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2021;10(1):19–24.
5. Haller JS. Epilepsy in the dental office: concern, care and management. *N Y State Dent J*. 2019;74(3):46–7.
6. Abou-Khalil BW, Gallagher MJ, Macdonald RL. Epilepsies. In: Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, Newman NJ, eds. *Bradley and Daroff's Neurology in Clinical Practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2022:chap 8100.
7. Wiebe S. The epilepsies. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine*. 26th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 375.
8. Hartman ME, Williams CN, Hall TA, et al.: Post-Intensive-Care Syndrome for the pediatric neurologist. *Pediatric neurology* 2020, 108:47–53.
9. Vidaurre J. Complex febrile seizures: an update. *J Pediatr Epilepsy*. 2019;8:67-73.
10. Molinero I, Shinnar S. Febrile status epilepticus. *J Pediatr Epilepsy*. 2019;8:79-82.
11. McIntyre J, Robertson S, Norris E, Appleton R, Whitehouse WP, Phillips B, et al. Safety and efficacy of buccal midazolam versus rectal diazepam for emergency treatment of seizures in children: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2019;366:205-10.
12. O'Neill B, Raggi P. The ketogenic diet: Pros and cons. *Atherosclerosis*. 2020 Jan;292:119-126.
13. D'Andrea Meira I., Romão TT, Pires do Prado HJ, Krüger LT, Pires MEP, da Conceição PO Dieta cetogénica y epilepsia: lo que sabemos hasta ahora. *Frente. Neurociencias*. 2019; 13 :5–13.
14. Andrade E. Simple febrile seizures: a benign phenomena *J Pediatr*

Epilepsy. 2019;8:62-6.

15. Kim JM. Dieta cetogénica: viejo tratamiento, nuevo comienzo. *Práctica Clin Neurofisiol.* 2017; 2 :161-162.
16. Kossoff EH. Eficacia de la terapia dietética cetogénica: ¿cuál es la evidencia? En: Neal E, editor. *Tratamiento dietético de la epilepsia: implementación práctica de la terapia cetogénica.* Chichester: Wiley-Blackwell.2012: 24–33.
17. Capovilla G, Mastrangelo M, Romeo A, Vigevano.F. Recommendations for the management of febrile seizures. *Epilepsia.* 2020; 50:2-6.
18. Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, et al. Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia* 2019; 51:1069.
19. Orosz I, McCormick D , Zamponi N, VaradkarS , Feucht M , Parain D, et al.Vagus nerve stimulation for drug-resistant epilepsy: a European long-term study up to 24 months in 347.Pediatrics & Neonatology children.2014;61(6):606-612.
20. Mewasingh LD, Chin RFM, Scott RC. Current understanding of febrile seizures and their long-term outcomes. *Dev Med Child Neurol.*2020;62:1245-9.
21. Johnson RL, Wilson CG. Una revisión de la estimulación del nervio vago como intervención terapéutica. *J. Inflamm Res.* 2018; 11 :203-213.
22. Ulate A, Cean J, Petanas G, García J, Aparicio A, et al.Implantación de estimulador del nervio vago para la epilepsia en un hospital pediátrico: resultados y efecto sobre la calidad de vida.*Neurología.*2015;30 (8):465-471.
23. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on febrile seizures. Clinical practice guidelines-febrile seizures: guideline for the neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics.* 2021;127:389-94.
24. Camacho Salas A, Simón de las Heras R, Villarejo Galende A. Trastornos paroxísticos no epilépticos. En: Verdú Pérez A, García Pérez A, Martínez Menéndez B, eds. *Manual de neurología infantil.* 1ª edición. Madrid:Publimed; 2018.
25. López G, Alba C TC. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en 2022. *An RANM.* 2022;139(1):31-5.
26. Shorbon SD. The etiologic classification of epilepsy. *Epilepsia.* 2021; 52:1052-7.

27. Berg AT, Kelly MM. Defining intractability: comparisons among published definitions. *Epilepsia* 2021; 47:431.
28. Bonnett L, Smith CT, Smith D, et al. Prognostic factors for time to treatment failure and time to 12 months of remission for patients with focal epilepsy: post-hoc, subgroup analyses of data from the SANAD trial. *Lancet Neurol* 2020; 11:331.
29. Camfield C, Camfield P, Gordon K, et al. Outcome of childhood epilepsy: a population-based study with a simple predictive scoring system for those treated with medication. *JPediatr* 2022; 122:861.
30. Pedley TA, Hirano M. Is refractory epilepsy due to genetically determined resistance to antiepileptic drugs? *N Engl J Med* 2019; 348:1480.
31. Goswami M, Johar J, Khokhar A. Oral Health Considerations and Dental Management for Epileptic Children in Pediatric Dental Care. *International journal of clinical pediatric dentistry*, 2023; 16 (1):170-176.
32. Neelam J, Anshula D, Neeraj D, Ashutosh R. Comparative evaluation of oral hygiene status and gingival enlargement among epileptic and healthy children as related to various antiepileptic drugs. *Journal of Indian Society of Periodontology*. 2017; 21 (2):125-129.
33. Yeung PM, Wong VCN, McGrath CP, Yiu CKY, Lee GHM. Oral health status of children with epilepsy in Hong Kong. *J Invest Clin Dent*. 2019; 10(4).
34. Joshi NH, Deshpande AN, Deshpande NC, et al. Evaluación comparativa del estado de higiene bucal y el agrandamiento gingival entre niños epilépticos y sanos en relación con diversos fármacos antiepilépticos. *J Indian Soc Periodontología*. 2017; 21 (2): 125-.
35. Wang M, Ding D, Zhang Q, et al. Salud bucal y estado dental en personas con epilepsia en la China rural. *Convulsión*. 2019; 65 : 42–47.
36. Manzur I, Díaz IA, Manzur D, Díaz AJ. Agrandamiento gingival farmacoinducido: Serie de casos. *Univ Salud*. 2018; 20(1):1-8.
37. García O, Corrales M, Padrón M, González ME. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal no inflamatoria. *Compendio de Periodoncia 2da ed*. 2017:274-281.
38. Sierra KV , Miñaca DE, Galarza IW. Consideraciones prácticas sobre epilepsia y manejo anestésico. *Eugenio espejo*. 2016; 10 (2):78-90.
39. López AC, Alfaro CE, Abanto LE. Odontología bajo anestesia general en el paciente con epilepsia: Reporte de caso y revisión de literatura. *Revista Estomatológica Herediana*. 2020 ; 30(3):207-215.

40. Bortell E, Jayaraman J. Child Patient with a History of Status Epilepticus Referred for Management of Grossly Decayed Primary Molar. *Dental Clinics of North America*. 2023; 67(4):691-694.