

HOSPITAL CLINICOQUIRURGICO DOCENTE "FREYRE DE ANDRADE"

## La bóveda palatina del epiléptico esencial\*

*Dr. Agustín González Dr. Flóruío Ramírez*

González, A.; R. Ramírez: *La bóveda palatina del epiléptico esencial.*

Se realizaron mediciones de la bóveda palatina en 100 epilépticos, con el objetivo de establecer comparaciones entre sus índices de altura o profundidad y los de la población no epiléptica. Se destaca que el grupo de epilépticos primarios o esenciales fue portador de un índice de altura de bóveda palatina mayor que el de los epilépticos secundarios y que el grupo de una población no epiléptica sin antecedentes de hábitos que pudieran deformar el paladar, como succión pulgar o enfermedad condicionante de respiración bucal, etcétera, Se concluye, al señalarse que esta mayor profundidad de la bóveda palatina se ha descrito en otras afecciones de origen hereditario, como las anemias hemolíticas, las talasemias, las drepanocitemias, etcétera; no así en la epilepsia esencial, en la que creemos forma parte de características anatómicas derivadas de un modelo de desarrollo craneofacial específico que tienen estos enfermos, en el que se trabaja actualmente, y que pudiera aclarar muchas de las incógnitas presentes sobre la etiopatogenia de la epilepsia esencial.

### INTRODUCCION

Como consecuencia de nuestra labor médica y dedicación al enfermo epiléptico y accidentalmente por la fractura de una tableta depresora en la boca de uno de ellos, en crisis violenta, hube de examinar su cavidad bucal y me llamó la atención la notable profundidad de su bóveda palatina (1976), por lo que comenzamos una serie de observaciones al respecto, al tratar de precisar si el fenómeno se repetía. De hecho había comenzado esta investigación. La literatura médica tiene trabajos que señalan la asociación de un paladar muy profundo al que llaman ojival, con enfermedades hereditarias,<sup>1-2</sup> como las anemias esferocíticas, anemias del mediterráneo, las drepanocitemias, así como malformaciones congénitas,<sup>3,4</sup> tipo labio leporino y dientes supernumerarios, no se había señalado esta asociación con la epilepsia, y ha motivado este estudio que ha durado años, al ser llevado a cabo por varias unidades de salud, las que lo han logrado terminar recientemente.

Trabajo presentado en el 1er Congreso Nacional de Genética, auspiciado por la Academia de Ciencias y en la 1ra jornada científicopedagógica de la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.  
Especialista de I Grado en Medicina Interna del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Hermanos Ameijeiras".  
Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente.

## INFORMACION PREVIA

### *Definiciones*

*Epilepsia:* es una afección clínica recurrente y paroxística de origen intracraneal, determinada genéticamente (esenciales), adquirida por lesiones cerebrales (no esenciales) o secundarias, y cuyo fenómeno clínico principal es el ataque.

*Bóveda palatina:* es una estructura intrabucal rodeada por delante y a los lados por la arcada alveolar superior cubierta junto con los músculos del veló del paladar por la mucosa de las fosas nasales y tiene como base a los procesos palatinos, más las láminas horizontales de los huesos palatinos que constituyen el paladar duro (*Rouviere, Testut, V., G. Tatarinov*).

### *Datos históricos*

En los alrededores de 1897, el doctor *Talbot* construyó un palatómetro para realizar mensuraciones en cráneos de diferentes estudios antropométricos, por lo que se realizaron con él las mediciones palatinas de los cráneos del museo de Peabody, de Harvard;<sup>4,5</sup> con el curso del tiempo, el desarrollo de la Estomatología y de sus diferentes especialidades ha puesto de relieve la necesidad de medir las diferentes anomalías estructurales proyectadas en moldes de yeso o en pacientes vivos, lo que se lleva a cabo con el compás tridimensional diseñado por *Korkhaus* y que se asemeja mucho al primitivo de *Talbot*<sup>6,7</sup> (figura 1).

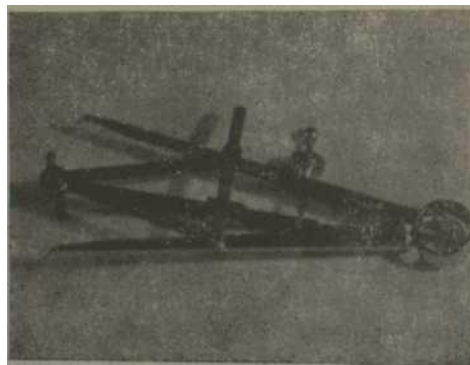


Figura 1. *Compás tridimensional de Korkhaus.*

## OBJETIVOS

*General:* realizar la medición de la bóveda palatina en una muestra de 100 epilépticos, así como de un grupo control integrado por pacientes no epilépticos.

*Específicos:* determinar si existe un aumento en la profundidad de la bóveda palatina de los epilépticos, en relación con la población no epiléptica.

*Colateral:* favorecer la atención integral del enfermo epiléptico y motivar a las diferentes especialidades médicas al respecto.

## MATERIAL Y METODO

Se realizaron mediciones a 100 pacientes epilépticos adultos, pertenecientes a los policlínicos Reina y Asclepios y a los Hospitales Calixto García y Freyre de Andrade y se clasificaron estos enfermos en esenciales y no esenciales, de acuerdo con la anamnesis, tipo clínico de crisis y complementarios realizados. Además se realizaron 100 mediciones en un 3er grupo de no epilépticos, constituido por estudiantes de Estomatología y trabajadores del sector de la salud, y se tuvo el cuidado de excluir a los respiradores bucales, a portadores de trastornos logopédicos o a los pacientes que hubiesen tenido hábitos deformantes bucales como: succión del pulgar, uso de tetera, etcétera.

El examen de los casos y las mensuraciones se realizaron en un período de 5 años (1977-1981), se efectuaron dichos exámenes por un clínico y un estomatólogo general, provistos de: espejo bucal explorador, iluminación adecuada y un compás tridimensional de Korkhaus de fabricación alemana (Casa Dentaurum), por lo que se procedió de la siguiente manera: se sienta al paciente, se coloca su cabeza en hiperextensión, se abre su boca, se introduce el compás apoyándose en los primeros molares, se desliza la regí i lia hacia arriba, hasta que su extremo superior se ponga en contacto con la superficie de la bóveda, y se toma como lectura la máxima profundidad. El diámetro lateral o de la base de la bóveda constituyó la medida entre la cara yugal o bucal del primer molar superior a la cara yugal o bucal de su contralateral (figura 2).

En relación con el trabajo específico de las mediciones obtenidas, a los fines de mayor exactitud y para descartar la posibilidad de variables imprevistos, en la relación altura-diámetro de la base, decidimos seguir a los antropólogos físicos en sus mediciones intrabucales, por lo que trabajamos con el índice de la altura de la bóveda palatina, el que se obtiene al multiplicar la altura del paladar obtenida por 100, y se divide el resultado entre el ancho del paladar (diámetro lateral), índice de altura que resulta más representativo, por cuanto elimina la problemática de si la altura aumenta cuando disminuye el diámetro de la base, o como plantean otros de que el ancho maxilar aumenta a medida que la bóveda palatina se hace más profunda, de manera que clasificamos los índices de altura como se muestra en la tabla 1.

Después de obtenerse dichas mensuraciones, se catalogaron dentro de los 3 rangos de índices, y se incluyeron en el grupo de estudio a que pertenecen.



Figura 2. *Diámetro lateral o de la base de la bóveda que constituye la medida entre la cara yugal o bucal de su contralateral.*

Tabla 1. *Índice de altura de la bóveda palatina*

Alto	Más de 40
Medio	De 28 a 39,9
Bajo	Menos de 28

Las medidas y los datos personales se recogieron en una planilla confeccionada al efecto; se trasladaron los datos a las tablas y se procedió a la cuantificación, auxiliándonos de una calculadora Sharp modelo S100, para estudios estadísticos; se realizaron las comparaciones entre los diferentes parámetros donde se aplicó la prueba de chi-cuadrado, y se obtuvo además, la desviación estándar de cada uno de los índices de los grupos comparados, para luego realizar el análisis de las variables y elaborar finalmente las conclusiones.

#### RESULTADOS Y DISCUSION

Del total de 100 epilépticos estudiados 43 negaron lesión cerebral y relacionaron su enfermedad con antecedentes familiares de epilepsia, al existir correlación con los hallazgos electroencefalográficos y la forma clínica (Gran Mal); 57 refirieron posibles factores causales como: traumas craneales, meningoencefalitis, parto distócico, etcétera.

A continuación se muestra en la tabla 2, expresados en tanto por ciento, los índices de altura obtenidos por los diferentes grupos.

En referencia con el objetivo principal de este trabajo, el índice de altura de la bóveda palatina, podemos decir que no existen diferencias significativas del grupo de los no epilépticos en relación con el grupo de los epilépticos no esenciales por lo que se obtuvo un índice de 39 con una desviación estándar de 7,97 contra 40,5, para una desviación estándar de 8,01 al ser  $P < 0,01$ ; en cambio sí hay diferencias en relación con

Tabla 2. Índice de altura de la bóveda palatina

Índice de altura	Grupo no epilépticos	Grupo epilépticos no esenciales	Grupo epilépticos esenciales
Alto	50 %	55 %	95 %
Medio	46 %	43 %	3 %
Bajo	4 %	2 %	2 %
Índice promedio	39	40,5	49

el grupo de los epilépticos esenciales, los que obtuvieron un 49 de índice promedio para una desviación estándar de 7,57 al ser  $P < 0,01$ , y tiene el 95 % de estos últimos un alto índice de altura contra sólo un 50 y 55 % del 1ro y 2do grupo catalogado con altos índices. Pudiéramos finalizar al expresar que si bien tratábamos de demostrar que en los epilépticos en general se presentaba un paladar muy profundo, esto no pudo comprobarse para todos y sí para el grupo de los epilépticos esenciales. Valoramos la posibilidad del hecho que en los epilépticos esenciales se observe una bóveda palatina más profunda y pueda guardar relación con el origen de la misma afección, así como que ese paladar profundo sea una de las expresiones de un modelo de desarrollo y crecimiento craneofacial específico, para estos enfermos.

#### CONCLUSIONES

1. Resultó significativa la mayor altura de la bóveda palatina de los epilépticos esenciales en relación con los grupos de epilépticos secundarios y al de pacientes no epilépticos.
2. Los epilépticos secundarios obtuvieron índices de altura muy similares a los alcanzados por la población no epiléptica.
3. La asistencia estomatológica resultó muy necesaria para el enfermo epiléptico, no sólo en la prevención y tratamiento de las complicaciones por medicamentos anticonvulsivos, sino también en lo que puede ser de útil un adecuado examen endobucal, que como se ha visto puede colaborar en el diagnóstico causal de esta enfermedad.

#### SUMMARY

González, A.; R. Ramírez: *The palate of the essential epileptic.*

Measurements of the palate were performed in 100 epileptics, in order to establish comparisons between their height or depth indexes and those of the non-epileptic population. In the group of primary or essential epileptics was observed a higher height palate index than in secondary epileptics and in the group of non-epileptic population without habits that should deform the palate, such as thumb suck or oral respiratory conditioning disease, and so forth. It is pointed out, as conclusion, that such higher depth of the palate has been described in other hereditary originated affections, such as hemolytic anemias, thalassemias, drepanocytomia, etc.; not being so in essential epilepsy, where we think it is part of anatomical characteristics derived from a specific craniofacial development model presented by these patients, where work is carried out at the present time, and that should clear up many of the present unknown questions on etiopathogeny of essential epilepsy.

## RÉSUMÉ

González, A.; R. Ramírez: *La voûte palatine chez l'épileptique essentiel.*

Il a été réalisé des mensurations de la voûte palatine chez 100 épileptiques, afin d'établir des comparaisons entre leurs indices de hauteur ou de profondeur et ceux de la population non épileptique. Le groupe d'épileptiques primaires ou essentiels a montré un indice de hauteur de la voûte palatine supérieur à celui des épileptiques secondaires et supérieur à l'indice rencontré chez le groupe d'une population non épileptique et sans antécédents d'habitudes qui pourraient avoir déformé le palais, telles que la succion du pouce ou une maladie conditionnant la respiration buccale, etc. Cette profondeur plus marquée de la voûte palatine a été décrite dans d'autres affections à origine héréditaire, telles que les anémies hémolytiques, les thalassémies, les drépanocytémies, etc., mais pas dans l'épilepsie essentielle, dans laquelle les auteurs considèrent qu'elle fait partie des caractéristiques anatomiques dérivées d'un modèle de développement craniofacial spécifique de ces malades, sur lequel on travaille actuellement, et qui pourrait élucider plusieurs questions sur l'étiopathogénie de l'épilepsie essentielle.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Castellino, A. J.*: Crecimiento y desarrollo. Cráneo-facial. La Habana, Edición Revolucionaria, Instituto del Libro, 1972.
2. *Hotz' R.*: Ortodoncia Clínica. Barcelona, Ed. Científico Médica, 1961.
3. *Mayoral, J.*: Ortodoncia, principios, fundamentos y práctica. Editorial Labor, S.A., 1969.
4. *Moyers, R.*: Tratado de Ortodoncia. La Habana. Edición Revolucionaria, Instituto del Libro, 1966.
5. *Guardo, A. J.*: Manual de Ortodoncia Ortopédica Odontológica. Buenos Aires. Editorial El Ateneo, 1960.
6. *Salmán, J. A.*: Principios de Ortodoncia. Barcelona. Salvat Editores, S.A., 1947.
7. *White, T. C.*: Manual de Ortodoncia. Buenos Aires. Ed. Mundo, 1958.

Recibido: 30 de mayo de 1985

Aprobado: 3 de noviembre de 1985

Dr. *Agustín González*

Calle B No. 516, e/21 y 23

Municipio "Plaza de la Revolución"

Ciudad de La Habana Cuba