

REPORTE DE CASO

Oral management in a male pediatric patient with Doose Syndrome. Case Report

Manejo estomatológico en paciente pediátrico masculino con Síndrome de Doose. Reporte de Caso

Paola Natali Paredes Chinizaca¹  , Raciél Jorge Sánchez Sánchez¹  , Silvia Verónica Vallejo Lara¹  , David Carrillo¹  , Olga Fuenmayor Vinueza¹  

¹Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador.

Citar como: Paredes Chinizaca PN, Sánchez Sánchez RJ, Vallejo Lara SV, Carrillo D, Fuenmayor Vinueza O. Oral management in a male pediatric patient with Doose Syndrome. Case Report. Salud, Ciencia y Tecnología. 2025; 5:1697. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20251697>

Enviado: 06-10-2024

Revisado: 21-12-2024

Aceptado: 04-06-2025

Publicado: 05-06-2025

Editor: Prof. Dr. William Castillo-González 

Autor para la correspondencia: Paola Natali Paredes Chinizaca 

ABSTRACT

Introduction: Doose syndrome, also known as myoclonus-astatic syndrome, is a rare form of epilepsy that usually presents in childhood and is characterized by myoclonic and drop or startled seizures, along with delayed psychomotor development. Dental management in patients with Doose syndrome requires a comprehensive approach, taking into account both the medical and psychological and social implications of the patient. This can influence the patient's ability to maintain postural stability, which could increase the risk of falls or accidents during dental treatment, as well as anticonvulsant treatment, which is common in these patients, since many of these drugs can have side effects related to oral health, such as xerostomia (dry mouth), which can predispose to dental caries and oral infections.

Clinical Case: a four-year-old male patient, diagnosed with Doose syndrome, presents to the pediatric dentist's office with the purpose of receiving dental treatment and rehabilitation. The patient was seen after being previously referred to a neurology specialist, and a comprehensive treatment plan encompassing various strategies was implemented. This approach consisted of performing necessary surgical procedures and providing continuous follow-up for a period of 12 months, taking into account both his physical health and his psychological and social status. Thanks to this collaborative effort, the factors that could trigger seizure episodes were significantly reduced. As a result, a notable decrease in plaque accumulation was observed, the patient's oral cavity remained caries-free, and he better adapted to dental visits.

Conclusion: the patient's rehabilitation was successful without any complications throughout the process. The procedure related to his management was subjected to further analysis, in which behavioral control measures were implemented, and was performed under local anesthesia. A notable improvement in both the patient's oral and general health was observed, evidenced by the increase in his weight and height during the follow-up visit, which took place six months after the initial evaluation.

Keywords: Pediatric dentistry; Neurology; Seizures; Epilepsy.

RESUMEN

Introducción: el síndrome de Doose, también conocido como síndrome de mioclonías-astáticas, es una forma rara de epilepsia que se presenta generalmente en la infancia y se caracteriza por crisis mioclónicas y de caída o atónitas, junto con un desarrollo psicomotor retrasado. El manejo odontológico en pacientes con síndrome de Doose requiere un enfoque integral, tomando en cuenta tanto las implicaciones médicas como las psicológicas y sociales del paciente. Esto puede influir en la capacidad del paciente para mantener la estabilidad postural, lo que podría aumentar el riesgo de caídas o accidentes durante el tratamiento odontológico, así como también el tratamiento anticonvulsivo, que es común en estos pacientes, ya que

muchos de estos fármacos pueden tener efectos secundarios relacionados con la salud bucal, como xerostomía (boca seca), que puede predisponer a la caries dental y a infecciones orales.

Caso Clínico: un paciente masculino de cuatro años de edad, que ha sido diagnosticado con el Síndrome de Doose, se presenta en la consulta odontopediatra con el propósito de recibir tratamiento y rehabilitación dental. El paciente fue atendido después de haber sido referido previamente a un especialista en neurología, y se implementó un tratamiento integral que abarcó diversas estrategias. Este enfoque consistió en llevar a cabo procedimientos operatorios necesarios y proporcionar un seguimiento continuo durante un periodo de 12 meses, teniendo en cuenta tanto su salud física como su estado psicológico y social. Gracias a este esfuerzo conjunto, se logró reducir significativamente los factores que podían desencadenar episodios de crisis convulsivas. Como resultado, se observó una notable disminución en la acumulación de placa dentobacteriana, se mantuvo cavidad bucal del paciente libre de caries, y se facilitó una mejor adaptación a las visitas al dentista.

Conclusión: la rehabilitación del paciente se llevó a cabo de manera exitosa y sin la aparición de ninguna complicación durante todo el proceso. El procedimiento relacionado con su manejo fue sometido a un nuevo análisis, en el cual se implementaron medidas para controlar su conducta, y se realizó bajo condiciones de anestesia local. Se observó una notable mejora en la salud tanto bucal como general del paciente, evidenciada por el aumento en su peso y altura durante la consulta de control que se realizó seis meses después de la evaluación inicial.

Palabras clave: Odontopediatría; Neurología; Convulsiones; Epilepsia.

INTRODUCCIÓN

Síndrome de Doose es un trastorno neurológico raro que afecta principalmente a niños pequeños. Se caracteriza por la presencia de crisis epilépticas que incluyen mioclonías (movimientos musculares bruscos y rápidos) y caídas repentinas debidas a crisis atónicas (pérdida de tono muscular). Este síndrome es considerado una forma de epilepsia de difícil manejo, y se asocia con un retraso en el desarrollo neuropsicológico, lo que afecta la calidad de vida de los pacientes.⁽¹⁾

Aunque el síndrome de Doose no tiene una causa genética claramente identificada, existe una predisposición identificada en mutación de ciertos genes, pero la mayoría de los casos no tienen una causa genética directamente establecida.⁽²⁾

Se calcula que la prevalencia de esta condición específica se sitúa entre el 1 y el 2 por ciento de todos los casos de epilepsia que se presentan en niños y niñas, y se observa que existe una relación de aproximadamente 2,7 hombres por cada 3,1 mujeres afectadas.⁽³⁾

La Organización Mundial de la salud reconoce que la epilepsia es un importante problema de salud que afecta alrededor de 50 000 000 de personas y cerca del 80 % de los pacientes son de países con un nivel de vida bajo y medio. La incidencia anual en países desarrollados es de aproximadamente 50 por cada 100 000 habitantes de la población general siendo los niños especialmente proclives.⁽⁴⁾

La aparición de esta condición se manifiesta típicamente en niños que se encuentran en la franja de edad comprendida entre los 2 y los 5 años, alcanzando su punto máximo alrededor de los 3 a 4 años. Es importante destacar que este fenómeno suele presentarse en infantes que han tenido un desarrollo normal y esperado hasta ese momento. Un 20 % de los individuos que se encuentran en tratamiento médico experimentan episodios de crisis febriles simples antes de que se inicie el protocolo de atención adecuada. Las crisis tónico-clónicas generalizadas, que son un tipo de convulsión que afecta a todo el cerebro, suelen ser el primer tipo de crisis epiléptica que se presenta en muchos pacientes que padecen de epilepsia. Con el transcurso del tiempo, que puede variar desde unos pocos días hasta varios meses, se manifiestan episodios adicionales de crisis que pueden ser mioclónicas, astáticas o incluso una combinación de ambas, junto con episodios de ausencias atípicas.⁽⁴⁾ Estos eventos ocurren con una frecuencia que va en aumento, hasta que se alcanza un momento crítico que se describe como una “fase tormentosa”. Las crisis de tipo MA se caracterizan por la aparición de sacudidas mioclónicas, que son contracciones musculares repentinas, específicamente en los músculos proximales del cuerpo. Estas contracciones son seguidas de una fase en la que la musculatura muestra una falta de tono o atonía, lo que implica que los músculos pierden su tensión normal temporalmente.⁽⁵⁾ En ciertos pacientes, se puede notar la presencia de episodios breves de contracciones musculares tónicas que se manifiestan como crisis. A menudo, los niños tienden a vivir episodios de un estado epiléptico que no presenta convulsiones, manifestándose a través de episodios de somnolencia, cambios en su forma de caminar y crisis mioclónicas erráticas. Estos episodios pueden prolongarse durante un periodo que va desde varias horas hasta incluso días enteros.

Este síndrome es considerado como una forma de epilepsia de difícil manejo, está asociado con un retraso

en el desarrollo neuropsicológico, afectando la calidad de vida de los pacientes.

El inicio típico del síndrome de Doose ocurre entre los 1 y 5 años de edad, aunque puede haber variabilidad en la edad de presentación y se presenta de forma gradual.⁽⁶⁾

Los primeros signos suelen incluir trastornos en el desarrollo psicomotor, con retrasos en el control motor y el lenguaje.⁽⁶⁾

Las crisis mioclónicas son uno de los síntomas más comunes, caracterizadas por movimientos bruscos y repentinos de los músculos, que suelen ser de corta duración y afectan principalmente a los brazos y la cabeza.⁽³⁾

Las crisis atónicas o de caída son otro hallazgo característico, y se producen por una pérdida temporal del tono muscular, lo que puede provocar caídas inesperadas.⁽⁷⁾

La gravedad y frecuencia de las crisis pueden ser desencadenadas por diversos factores, como el estrés, fiebre, privación de sueño o factores metabólicos.⁽⁸⁾

Con respecto a las alteraciones en el desarrollo neuropsicológico es común el retraso cognitivo (comportamiento social y emocional).⁽⁹⁾

El diagnóstico del síndrome de Doose es clínico y se basa en la observación de los síntomas que se presentan de forma progresiva a través del historial médico, corroborando su diagnóstico con varias pruebas y exámenes complementarios.⁽⁷⁾

En la gran parte de los casos, la causa subyacente, también conocida como etiología, permanece aún sin ser identificada, y se tiene la sospecha de que podría haber un componente de herencia poligénica involucrado en dicho origen. Las causas que se han identificado como monogénicas abarcan diversas variantes genéticas, entre las cuales se encuentran las correspondientes al gen SLC6A1 situado en la región 3p25.3 del cromosoma, así como variantes del gen CHD2 localizadas en el 15q26.1 y del gen AP2M1 localizadas en el 10q23.2.

A pesar de que en algunos niños se observe una evolución clínica que podría considerarse positiva o favorable, es importante señalar que las crisis epilépticas pueden no responder adecuadamente inicialmente a los tratamientos con medicamentos anticonvulsivantes, conocidos comúnmente como MACs. Se sugiere encarecidamente la prescripción de medicamentos antiepilépticos de amplio espectro, ya que la situación clínica de muchos pacientes a menudo requiere la implementación de una estrategia de tratamiento que combine dos o tres fármacos diferentes. Entre los medicamentos recomendados están el valproato sódico, que puede ser muy efectivo, así como su uso en combinación con lamotrigina, donde se observa un efecto sinérgico que puede potenciar los resultados terapéuticos. Además, otros fármacos que se pueden considerar en este enfoque son el levetiracetam y la etosuximida, especialmente en aquellos casos donde las crisis mioclónicas son especialmente prominentes y preocupantes. Existen otras opciones adicionales que se pueden considerar, las cuales incluyen medicamentos como la zonisamida, el topiramato, el clobazam y el clonazepam. La dieta cetogénica se ha demostrado como la intervención terapéutica más efectiva para el tratamiento de la epilepsia mioclónica-astática, logrando una reducción de más del 50 % en la frecuencia de las convulsiones en alrededor del 50 % al 90 % de los pacientes que la siguen. Este tipo de dieta está especialmente recomendada en aquellos casos en los que los medicamentos antiepilépticos de primera línea, comúnmente denominados MACs, no han conseguido proporcionar el control necesario sobre la enfermedad.

El manejo del síndrome de Doose se centra principalmente en controlar las crisis y mejorar la calidad de vida del paciente. Dado que se trata de un trastorno difícil de controlar, el tratamiento a menudo implica una combinación de terapias farmacológicas (antiepilépticos asociados a xerostomía) y no farmacológicas (terapias de apoyo educativo, ocupacional, fisioterapia, del habla).⁽¹⁰⁾

Para la intervención psicosocial del paciente pediátrico se deben aplicar consideraciones adicionales y monitoreo continuo para su seguridad.⁽³⁾

El pronóstico de los pacientes con síndrome de Doose es variable, sin embargo, a largo plazo dependerá de varios factores como el control de las crisis, la intervención temprana, y el apoyo educativo.⁽¹¹⁾

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de género masculino de 4 años de edad, diagnosticado con síndrome de Doose (epilepsia mioclónica-astática) desde los 2 años y 6 meses de edad. Presenta retraso psicomotor y convulsiones de tipo mioclónicas y atónicas, que se controlan parcialmente con tratamiento anticonvulsivo (valproato y lamotrigina). El niño es no verbal, tiene dificultad para coordinar movimientos y muestra una motricidad limitada.

Motivo de consulta: la madre acude a consulta odontológica debido a la preocupación por la presencia de caries dental avanzada en varios dientes deciduos del niño, además de los problemas de higiene bucal debido a la limitada capacidad del niño para realizar la higiene dental de manera independiente.

El niño ingresa al servicio de Odontopediatría donde realiza la exploración física sin signos aparentes de patologías en piel y tegumentos a nivel del Sistema estomatognático.

Interrogatorio del paciente (historia clínica y dental): Exploración clínica, Valoración de los registros de diagnóstico (modelos de estudio, fotografías, radiografías como son ortopantomografías).

Los signos vitales: Frecuencia cardíaca 87 latidos por minuto, Saturación 97 % con fio2 21 %, Presión arterial

110/72 mmHg, Frecuencia respiratoria de 20 por minute y temperatura de 36,8°C axilar.

Paciente asténico, con relación intermaxilar Clase II de Angle, al realizar la exploración clínica y radiográfica del paciente se observó la presencia de dentición temporal en desarrollo, así como un escalón terminal mesial bilateral, clase I canina bilateral, arco no diastemado (Tipo I de Baumé), caries rampante, placa bacteriana y gingivitis y xerostomía.

Enfermedades médicas (Neurológicas) Síndrome de Doose.

Antecedentes alérgicos: no refiere

Antecedentes quirúrgicos: no refiere

Antecedentes familiares: no refiere

Alimentación: 3 veces al día

Intolerancias alimenticias: ninguna

Catarsis: 2 vez al día

Diuresis: 4 veces al día

Sueño: 8 horas diarias

El análisis y evaluación de la salud bucal se observó mordida abierta anterior, caries de infancia temprana, gingivitis, y un significativo nivel de xerostomía, a nivel de tegumentos queilitis angular en el lado izquierdo y respiración bucal (figuras 1-2 A-B).

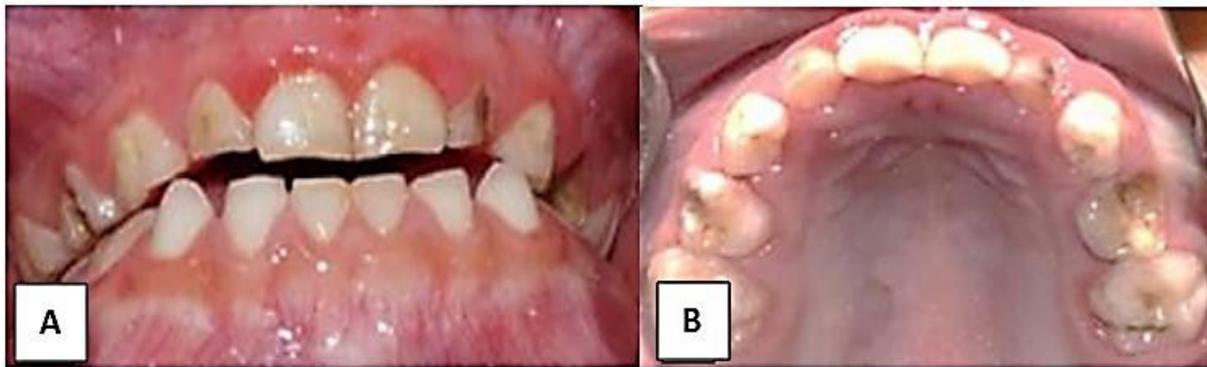


Figura 1. El análisis y evaluación de la salud bucal



Figura 2. El análisis y evaluación de la salud bucal

Con el propósito de recibir la atención adecuada en el ámbito estomatológico se solicitó previamente un informe y la autorización del neurólogo pediatra tratante, donde se refiere que el paciente está recibiendo tratamiento farmacológico con clobazam a una dosis de 5 mg cada 12 horas, ácido valproico en una cantidad de 1,2 ml cada 8 horas y topiramato a razón de 50 mg cada 12 horas. Este régimen de medicación ha provocado efectos secundarios, tales como xerostomía (Síndrome de boca seca), gingivitis, y caries dental.

Con la finalidad de dar una atención adecuada el proceso se realizó por etapas:

Primera etapa - Preventiva: se realizó manejo de la conducta del paciente usando estrategias como desensibilización, triple E y una vez acondicionado al paciente se buscó fortalecer la técnica adecuada de cepillado dental e implementación de hábitos saludables junto a los padres.

Luego de realizar el diagnóstico y el plan de tratamiento se procedió a realizar la profilaxis con piedra pómez, cepillo y copa profiláctica y fluorización.

Segunda etapa - Rehabilitación: se realizó inactivación de caries, restauraciones, pulpectomías, pulpotomías.

Durante cada una de estas citas, se llevó a cabo un meticuloso control de biopelícula y se realizó el procedimiento de profilaxis para asegurar la salud dental del paciente. Se utilizó anestésico con vasoconstrictor como lidocaína en una concentración del 2 %, realizado en un entorno de aislamiento absoluto para asegurar la máxima efectividad y seguridad durante el procedimiento.

DISCUSIÓN

El presente caso expone las múltiples complicaciones orales en un paciente pediátrico con epilepsia mioclónica-astática (Síndrome de Doose), en quien coexisten factores neurológicos, farmacológicos y funcionales que afectan el mantenimiento de una adecuada salud bucodental. La condición se agrava con el uso de anticonvulsivos de amplio espectro y barreras en la higiene diaria.

Caries dental

Los hallazgos de caries rampante son consistentes con lo reportado en poblaciones pediátricas con epilepsia, donde la prevalencia de caries es mayor debido al uso de medicamentos líquidos con sacarosa y dificultades en la higiene oral. Goyal *et al.* demostraron que los niños epilépticos que toman medicamentos líquidos tienen mayor prevalencia de caries (76,1 %) en comparación con quienes no los toman (55,6 %).⁽¹²⁾ Asimismo, Yeung *et al.* encontraron que los niños tratados con múltiples antiepilépticos mostraron una mayor prevalencia de caries y peores condiciones gingivales que aquellos bajo monoterapia. Morgan *et al.* confirmaron estas observaciones, mostrando un mayor índice de caries en dentición primaria y mayores problemas gingivales en niños epilépticos en comparación con controles sanos.⁽¹³⁾

Xerostomía

En el presente caso, la xerostomía fue una manifestación clínica relevante, probablemente inducida por el régimen farmacológico basado en valproato, clobazam y topiramato. La literatura evidencia que este efecto secundario puede estar directamente relacionado con el uso prolongado de antiepilépticos, afectando negativamente la salud bucal del paciente pediátrico.^(14,15)

Gidal describe cómo los cambios fisiológicos que afectan la absorción de fármacos, incluida la xerostomía, son comunes con medicamentos antiepilépticos y deben ser considerados por su impacto en la administración oral y en la salud de la mucosa.⁽¹⁶⁾ Aunque su estudio se centra en adultos mayores, los mecanismos implicados son extrapolables a la población pediátrica bajo terapia crónica.⁽¹⁷⁾

Asimismo, Torres y Elizabeth advierten que los efectos adversos de los fármacos antiepilépticos incluyen xerostomía, ulceraciones, glositis y aumento de la incidencia de caries, lo cual debe ser cuidadosamente considerado durante el tratamiento dental de estos pacientes.⁽¹⁶⁾

Bereda también señala que, dentro de las reacciones adversas comunes de los fármacos antiepilépticos, la xerostomía aparece como una consecuencia significativa que puede alterar la calidad de vida del paciente y su salud oral a largo plazo.

Estos hallazgos respaldan la necesidad de vigilancia activa y manejo preventivo de la sequedad bucal en pacientes pediátricos con epilepsia para mitigar complicaciones orales como caries, infecciones y malestar funcional.

Estos hallazgos reafirman la necesidad de monitorear no solo la condición neurológica, sino también los efectos orales asociados al tratamiento prolongado, para prevenir complicaciones como caries rampante, que comprometen tanto la salud bucal como la calidad de vida del paciente pediátrico epiléptico.

Fármacos

El régimen farmacológico del paciente, basado en valproato, clobazam y topiramato, ha sido documentado en la literatura como asociado a diversos efectos adversos orales. La exposición prolongada a fármacos antiepilépticos se relaciona no solo con efectos sistémicos, sino también con manifestaciones orales que pueden comprometer la calidad de vida del paciente pediátrico.⁽¹⁷⁾

Ghafoor *et al.* realizaron un estudio en 150 niños epilépticos y hallaron que el crecimiento gingival fue el efecto secundario más común asociado al uso de antiepilépticos, junto con lesiones de tejidos blandos como mordeduras de labios y mejillas, además de fracturas dentales producto de traumatismos durante las convulsiones.⁽¹⁸⁾

Por su parte, Joshi *et al.* compararon el estado de higiene oral y la presencia de agrandamiento gingival en niños epilépticos y sanos, encontrando que los niños epilépticos medicados presentaban peor higiene oral y mayor prevalencia de hiperplasia gingival, siendo el valproato el fármaco más comúnmente asociado a este hallazgo.⁽¹⁹⁾

Lundström *et al.* analizaron el efecto de la carbamazepina y la fenitoína sobre el estado oral de pacientes pediátricos y concluyeron que los tratados con fenitoína mostraban mayores profundidades de sondaje gingival, menor tasa de secreción salival y menor capacidad amortiguadora, factores que aumentan la susceptibilidad a enfermedades periodontales y caries.⁽⁹⁾

Estos estudios evidencian la necesidad de una vigilancia continua del entorno oral en pacientes bajo tratamiento

antiepiléptico prolongado, así como de estrategias preventivas y terapéuticas odontológicas individualizadas.

Dieta

Si bien el paciente en cuestión no sigue una dieta cetogénica, este tipo de régimen es frecuentemente utilizado como terapia alternativa en epilepsias refractarias como el Síndrome de Doose. Esta dieta, alta en grasas y baja en carbohidratos, genera un estado de cetosis que se ha vinculado a la disminución en la frecuencia de crisis epilépticas. Sin embargo, su impacto sobre la salud oral debe ser cuidadosamente monitoreado.⁽¹⁸⁾

Sharma y Mathur destacaron que los cambios bioquímicos inducidos por la dieta cetogénica pueden afectar negativamente la salud oral al alterar el pH bucal y la composición de la saliva, incrementando el riesgo de caries y erosión dental.⁽²⁰⁾

De forma complementaria, Coppola et al. revisaron la evidencia disponible y enfatizaron que, aunque la dieta cetogénica ofrece beneficios anticonvulsivantes, también puede conllevar efectos secundarios que incluyen alteraciones digestivas, deficiencias nutricionales y problemas dentales si no se controla adecuadamente su implementación.⁽²¹⁾

Weijenberg et al., en un estudio observacional con niños que iniciaron una dieta cetogénica líquida, comprobaron su eficacia clínica, pero también advirtieron sobre la necesidad de supervisión constante para garantizar un aporte nutricional completo y prevenir efectos adversos, incluyendo los relacionados con la salud bucal.⁽²²⁾ Estos hallazgos refuerzan la importancia de integrar al odontólogo en el equipo multidisciplinario que gestiona a pacientes epilépticos bajo dieta cetogénica, con el objetivo de prevenir desmineralización dental, disbiosis oral y caries.

CONCLUSIÓN

Los diversos elementos analizados en el presente caso clínico destacan la importancia fundamental de una historia clínica detallada, especialmente en pacientes pediátricos con condiciones neurológicas complejas como el Síndrome de Doose. Este enfoque permite no solo registrar minuciosamente el estado sistémico del paciente, sino también establecer correlaciones clínicas entre los tipos de crisis epilépticas, sus posibles desencadenantes y las manifestaciones orales asociadas.

El abordaje estomatológico integral permitió identificar factores de riesgo como la medicación crónica con antiepilépticos (valproato, clobazam y topiramato), cuyo impacto en la salud oral ha sido ampliamente documentado en la literatura científica por su asociación con hiperplasia gingival, xerostomía, reducción del pH salival y, en consecuencia, mayor susceptibilidad a la caries y enfermedad periodontal. Estos efectos adversos destacan la necesidad de una vigilancia continua por parte del odontólogo durante el tratamiento de pacientes epilépticos.

Asimismo, se evidenció la importancia de considerar la dieta en estos pacientes. Aunque el paciente evaluado no sigue una dieta cetogénica, esta alternativa terapéutica es común en epilepsias refractarias como la de Doose. Su implementación puede alterar el equilibrio bucal, aumentando el riesgo de erosión dental, por lo cual se recomienda un control interdisciplinario.

El manejo estomatológico llevado a cabo fue exitoso, caracterizado por la ausencia de crisis durante el tratamiento, una adaptación positiva del paciente a la consulta odontológica, y una notable mejoría en su salud oral, evidenciada por la ausencia de lesiones cariosas y un estado periodontal y mucoso saludable. Estos resultados refuerzan la eficacia del enfoque preventivo y personalizado, y subrayan la relevancia del trabajo conjunto entre odontólogos, neurólogos, nutricionistas y cuidadores para lograr un control integral y seguro en pacientes pediátricos con epilepsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moraleda Sepúlveda E, López Resa P. Evaluating quality of life in families with Williams Syndrome patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2021 Dec 1;19(1).
2. Hinokuma N, Nakashima M, Asai H, Nakamura K, Akaboshi S, Fukuoka M, et al. Clinical and genetic characteristics of patients with Doose syndrome. *Epilepsia Open*. 2020 Sep 1;5(3):442-50.
3. Oguni H. Epilepsy with myoclonic-atonic seizures, also known as Doose syndrome: Modification of the diagnostic criteria. *European Journal of Paediatric Neurology* [Internet]. 2022 Jan 1;36:37-50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2021.11.009>
4. Garrez I, Teuwen DE, Sebera F, Mutungirehe S, Ndayisenga A, Kajeneza D, et al. Very high epilepsy prevalence in rural Southern Rwanda: The underestimated burden of epilepsy in sub-Saharan Africa. *Tropical Medicine and International Health*. 2024 Mar 1;29(3):214-25.

5. Joshi C, Nickels K, Demarest S, Eltze C, Cross JH, Wirrell E. Results of an international Delphi consensus in epilepsy with myoclonic atonic seizures/ Doose syndrome. *Seizure*. 2021 Feb 1;85:12-8.
6. Frazão A, Santos S, Lebre P. Psychomotor Intervention Practices for Children with Autism Spectrum Disorder: a Scoping Review. *Rev J Autism Dev Disord [Internet]*. 2023;10(2):319-36. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00295-2>
7. Nickels K, Kossoff EH, Eschbach K, Joshi C. Epilepsy with myoclonic-atonic seizures (Doose syndrome): Clarification of diagnosis and treatment options through a large retrospective multicenter cohort. *Epilepsia [Internet]*. 2021 Jan 1;62(1):120-7. Available from: <https://doi.org/10.1111/epi.16752>
8. Catron MA, Howe RK, Besing GLK, St. John EK, Potesta CV, Gallagher MJ, et al. Sleep slow-wave oscillations trigger seizures in a genetic epilepsy model of Dravet syndrome. *Brain Commun*. 2023;5(1).
9. Joshi NH, Deshpande AN, Deshpande NC, Rathore AS. Comparative evaluation of oral hygiene status and gingival enlargement among epileptic and healthy children as related to various antiepileptic drugs. *J Indian Soc Periodontol*. 2017 Mar 1;21(2):125-9.
10. Arevalo-Rodriguez I, Smailagic N, Roqué-Figuls M, Ciapponi A, Sanchez-Perez E, Giannakou A, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). Vol. 2021, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2021.
11. Magsi R, Ryan C, Sheikh A, Noor M, Mahfooz N. Novel Gene Abnormality in Epilepsy with Myoclonic-Atonic Seizures (Doose Syndrome). Translation: The University of Toledo Journal of Medical Sciences. 2023 Jul 6;11(2).
12. Goyal A, Bhadravathi MC, Kumar A, Narang R, Gupta A, Singh H. Comparison of dental caries experience in children suffering from epilepsy with and without administration of long term liquid oral medication. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016 Jun 1;10(6):ZC78-82.
13. Yeung PM, Wong VCN, McGrath CP, Yiu CKY, Lee GHM. Oral health status of children with epilepsy in Hong Kong. *J Investig Clin Dent [Internet]*. 2019 Nov 1;10(4):e12479. Available from: <https://doi.org/10.1111/jicd.12479>
14. Sanchez-Gutierrez T, Mengoni S, Sofologi M, Serrat E, Costanzo F. Parental perspectives on the quality of life of children with Down syndrome. *Frontiers in Psychiatry*. 2022;
15. Bankole NDA, Dokponou YCH, De Koning R, Dalle DU, Kesici Ö, Egu C, et al. Epilepsy care and outcome in low- and middle-income countries: A scoping review. *J Neurosci Rural Pract*. 2024;15(1):8-15.
16. Gidal BE. Drug absorption in the elderly: Biopharmaceutical considerations for the antiepileptic drugs. In: *Epilepsy Research*. Elsevier; 2006. p. 65-9.
17. Gidal BE. Drug absorption in the elderly: Biopharmaceutical considerations for the antiepileptic drugs. In: *Epilepsy Research*. Elsevier; 2006. p. 65-9.
18. Fazal Ghafoor PA, Rafeeq M, Dubey A. Original Research Oral finding in epileptic children...Ghafoor PA et al. *Journal of International Oral Health*. 2014;6(2):126-8.
19. Lundstrom A, Eeg-Olofsson O, Hamp SE. Effects of anti-epileptic drug treatment with carbamazepine or phenytoin on the oral state of children and adolescents. *J Clin Periodontol*. 1982;9:482-8.
20. Sharma A, Mathur VP. Refractory epilepsy and the ketogenic diet: Pathophysiological aspects and possible implications in dental practice. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2011 Jul;29(3):188-92.
21. Alberto Verrotti E, Coppola G, Operto F, Fortunato D, Della Corte R, Verrotti A, et al. "Treatment of Severe Epileptic Syndromes" 'Ketogenic diet and epilepsy: an up-date review' *Ketogenic diet and epilepsy: an up-date review*. *Journal of Pediatric Sciences*. 2009;1(12).

22. Weijenberg A, van Rijn M, Callenbach PMC, de Koning TJ, Brouwer OF. Ketogenic Diet in Refractory Childhood Epilepsy. *Child Neurol Open*. 2018 Jan 1;5:2329048X1877949.

CONSENTIMIENTO

Para la realización de este trabajo se obtuvo el consentimiento del paciente

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Paola Paredes, Silvia Vallejo, Raciél Sánchez.

Investigación: Paola Paredes, Silvia Vallejo, Raciél Sánchez, Olga Fuenmayor.

Metodología: Silvia Vallejo, Raciél Sánchez, Olga Fuenmayor, David Carrillo.

Administración del proyecto: Paola Paredes y Raciél Sánchez.

Redacción borrador original: Paola Paredes y Raciél Sánchez.

Redacción revisión y edición: Paola Paredes, Olga Fuenmayor, David Carrillo.