



Nuñez Morillo, Sara

Control del paciente hipertenso en la clínica odontológica

Hypertensive patient control in dental office

Núñez-Morillo, Sara*
Berini-Aytes, Leonardo**
Gay-Escoda, Cosme***

*Odontóloga. Alumna del Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

**Profesor titular de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Profesor del Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

***Catedrático de Patología Quirúrgica Bucal y Maxilofacial. Director del Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

Cirujano Maxilofacial del Centro Médico Teknon. Barcelona.

Correspondencia:
Dr. Cosme Gay Escoda
C/ Ganduxer 140
08022 Barcelona

Resumen: La hipertensión es la enfermedad cardiovascular más frecuente. En la consulta dental puede detectarse primariamente y referirla para su correcto manejo. La monitorización rutinaria de la presión sanguínea y la valoración de los factores de riesgo con una completa anamnesis puede ayudar a prevenir las emergencias médicas durante el tratamiento dental en pacientes insuficientemente o no tratados y la mortalidad y morbilidad de alteraciones como la insuficiencia renal o el fallo cardíaco, también pueden ser reducidas a través de la detección temprana de dicha alteración.

Palabras Clave: Hipertensión, Consulta dental.

Abstract: Hypertension is the most common cardiovascular disease. The dental office is a prime location for detecting patients who may require referral for treatment of hypertension. Routine blood pressure monitoring and assessment of risk with a complete anamnesis can help prevent medical emergencies during dental management in untreated or insufficiently treated patients with this alteration and hypertension-related mortality and morbidity, such as heart failure or kidney disease, may also be reduced through early detection of the disease and subsequent referral to a physician.

Key words: Hypertension, Dental office.

BIBLID [1138-123X (1997)2:7;septiembre 541-548]

Núñez-Morillo Sara, Berini-Aytes Leonardo, Gay-Escoda Cosme. Control del paciente hipertenso en la clínica odontológica. RCOE, 1997, Vol. 2, Nº7, 541-548.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión (HTA) es la enfermedad cardiovascular más común, definiéndose como la elevación crónica anormal en reposo de la tensión sistólica, diastólica o ambas^{1,2}. La presión diastólica es la base para clasificarla como leve, moderada o severa; sin embargo, si ésta es normal, los valores de presión sistólica elevados son usados para categorizar la severidad de la HTA³.

Existen dos tipos de HTA: la benigna, esencial o idiopática (siendo la más común) y la secundaria. Esta última es grave y poco frecuente, afectando a jóvenes adultos y es secundaria a una alteración renal o endocrina, apareciendo de forma aguda o como consecuencia de una HTA esencial no tratada⁴.

Factores de riesgo

La importancia de conocer los factores etiológicos o primarios que producen una enfermedad, radica en que, de este modo, podremos prevenir su aparición. Los factores de riesgo de la HTA pueden agruparse en varias categorías:

Factores genéticos: historia familiar (el riesgo de desarrollar HTA en personas con este factor, es el doble); origen étnico (los individuos negros tienen mayor predisposición); factores constitucionales como la edad (la presión arterial sube sistemáticamente con la edad debido a una pérdida de elasticidad de

las arterias por enfermedades como la arteriosclerosis⁵; o el sexo (más frecuente en varones).

Factores nutricionales como el peso corporal (es el mejor indicador del posible desarrollo de la patología que nos ocupa) o la ingesta de sodio y otros elementos como son el calcio, el potasio o el magnesio.

Factores psicosociales.

Otros factores que pueden estar relacionados son la diabetes mellitus y el consumo abusivo de alcohol⁵.

Clínica

La HTA esencial puede dar lugar a escasos o inexistentes síntomas durante muchos años. Éstos podrían

ser: sensación de inestabilidad, cefaleas matutinas, nicturia, visión borrosa, sentimiento de depresión.

Dos de los signos premonitorios algo más tardíos pueden ser la dificultad respiratoria después de mínimo ejercicio y ocasionales hemoptisis.

Cuando la HTA se agrava ya nos proporcionará clínica específica según el órgano o sistema afectado.

Medición

La medición de la presión arterial se realiza mediante un esfigmomanómetro de mercurio y un estetoscopio (medida indirecta); mientras que la medida directa se consigue gracias a la introducción de un catéter flexible en una arteria periférica⁵.

Tabla 1: Valores de la presión arterial para adultos de 18 años o mayores

Categoría		PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normotensión		<130	<85
Presión arterial normal alta		130-139	85-89
Hipertensión	Estadio 1 (leve)	140-159	90-99
	Estadio 2 (moderada)	160-179	100-109
	Estadio 3 (severa)	180-209	110-119
	Estadio 4 (muy severa)	≥ 210	≥120

(PA= presión arterial); PAD= presión arterial diastólica; PAS= presión arterial sistólica)

Los niveles de tensión oscilan dentro de un estrecho margen con la práctica totalidad de actividades, con una variación fisiológica a lo largo del día, de forma que su nivel más bajo se alcanza por la mañana y el más alto a última hora de la noche. La ansiedad, el dolor, el ejercicio, la tensión psíquica, incrementan transitoriamente la presión; mientras que la relajación, el encañamiento prolongado y el sueño, la disminuyen^{1,6}.

En la tabla 1 se observan los valores normales y elevados de la presión arterial^{5,7}.

En los protocolos tiende a emplearse la media de tres determinaciones; no obstante, en la práctica asistencial suelen efectuarse dos lecturas, calculando la media a partir de éstas.

Hay que tener en cuenta una serie de consideraciones a la hora de tomar la presión arterial, como son: el manguito debe ser del tamaño apropiado según el brazo del paciente; el paciente tiene que estar confortablemente sentado; el brazo situado aproximadamente a nivel del corazón¹; el paciente no debe haber fumado ni bebido cafeína en los 30 minutos anteriores; si las dos primeras lecturas difieren en más de 5 mm de mercurio, se deben hacer mediciones adicionales.

Complicaciones

El 75% de las muertes de mayores de 50 años están relacionadas con la HTA.

La principal complicación es la enfermedad cardiovascular (accidentes cerebrovasculares (ACV), enfer-

Tabla 2. Tratamientos farmacológicos empleados en los pacientes hipertensos

	Principios Activos	Nombres Comerciales	Interacciones
Bloqueantes de los Canales del Calcio	Nicardipina	Vasonase Vatrasin y otros	Ciclosporinas
	Nifedipina	Adalat Cordilan y otros	AINES Ciclosporina
	Diltiazem	Cardiser Retard y otros	Carbamacepina
	Verapamil	Manidon	
Bloqueantes Beta Adrenérgicos	Oxprenolol	Trasicor Transitensin y otros	Penicilinas Salicilatos AINES IMAOs
	Atenolol	Blokium Tenormin Tenoretic y otros	
	Betaxolol	Kerlone	
	Propranolol	Sumial y otros	
	Bisoprolol	Emconcor y otros	
	Labetalol	Tandrate y otros	
	Metoprolol	Selopres y otros	
	Nadolol	Solgol	
	Timolol	Blocadren	
	Diuréticos	Tiazidas	
Furosemida		Seguril y otros	
Bloqueantes Alfa-Adrenérgicos	Prazosina	Minipres	AINES
Vasodilatadores	Hidralazina	Betadipresan Tensicomplet y otros	AINES
	Minoxidol	Loniten	
	Diazóxido	Hyperstat	
Inhibidores de la Angiotensina	Captopril	Capoten Cesplon y otros	AINES Óxido nítrico
	Enalapril	Renitec y otros	
	Lisinopril	Zestril, Zestoretic y otros	
	Quinapril	Acupel y otros	
	Ramipril	Acovil, Carasel	
Otros	Clondina	Catapresan	
	Reserpina	Tensicomplet y otros	Barbitúricos IMAO Óxido nítrico

Tabla 3. Efectos secundarios bucales de la medicación antihipertensiva

FÁRMACOS	EFFECTOS ORALES
Beta-bloqueantes	Xerostomía, líquen plano, parestesia (labetol)
Diuréticos	Xerostomía
Vasodilatadores	Congestión nasal (reserpina)
Alfa-bloqueantes	Xerostomía
Inhibidores de la Angiotensina	Sinusitis (quinapril), aguemisia (enapril), sensación de quemazón o ulceración o pérdida del gusto (captopril)
Bloqueantes de los canales del calcio	Salivación (nicardipina), hiperplasia gingival (diltiazem, nifedipina, verapamil)
Metildopa	Lengua áspera, pigmentación, sialodentitis, úlceras labiales

Tabla 4. Recomendaciones del Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure para individuos mayores de 18 años

PAS	PAD	RECOMENDACIONES
<130	<85	Volver a medir dentro de 2 años
130-139	85-89	Volver a medir dentro de 1 año
140-159	90-99	Volver a medir dentro de 2 meses
160-179	100-109	Volver a medir dentro de 1 mes
180-209	100-119	Referir al médico en una semana
>210	>120	Referir inmediatamente al médico

(PAD= presión arterial diastólica; PAS= presión arterial sistólica)

medad coronaria, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica, insuficiencia ventricular izquierda o isquemia cardíaca). La posibilidad de desarrollar esta complicación viene claramente influenciada por la existencia o no de otros factores concomitantes como la edad, sexo (más frecuente en hombres), dieta,

lípidos plasmáticos alterados y obesidad. El 65% de los hipertensos mueren de enfermedad cardíaca^{6,8}. La HTA incrementa la resistencia a la eyección de sangre del ventrículo izquierdo, por lo que aumenta el gasto cardíaco; ello puede repercutir, favorecido por la alteración de los vasos coronarios, en la produc-

ción de trastornos isquémicos del miocardio⁹.

Otro trastorno asociado es la neofroesclerosis como resultado del daño isquémico del riñón y la consiguiente insuficiencia renal¹⁰.

Tratamiento de la hipertensión

El tratamiento de la HTA es simple y efectivo si se inicia tempranamente, reduciendo la morbilidad y mortalidad debido a enfermedades cardiovasculares.

En algunos pacientes pueden ser suficientes medidas como la reducción del peso corporal, suspensión de contraceptivos orales, aumento del ejercicio, control del estrés, eliminación del alcohol y el tabaco y una rigurosa restricción de la sal¹.

En la tabla 2 pueden observarse los tipos de medicación que suelen recibir estos pacientes^{4,11}.

Efectos secundarios e interacciones de la medicación antihipertensiva

Es importante que el odontólogo se familiarice con esta patología sistémica, del mismo modo que debe conocer los fármacos más frecuentemente prescritos a esta población para prevenir cualquier interacción con los utilizados en la práctica clínica y sus posibles efectos con repercusión a nivel bucal (tabla 3)^{1,4,11,12,13,14}.

El líquen plano bucal ha sido asociado con varios fármacos, incluyendo agentes antidiabéticos y antihipertensivos. Lamey¹⁵ reportó varios casos, en 1990, de tres pacientes diabéticos e hipertensos trata-

Tabla 5. Protocolo de hipertensión arterial en ancianos

TENSIÓN ARTERIAL >160/95	NO HISTORIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	PAD (95-105)	Sólo cuidado Medir tensión arterial en próxima visita: si aún elevada, referir al médico.
		PAD (105-120)	Sólo tratamiento de urgencia. Referir al médico.
		PAD (>120)	No tratamiento. Referir al médico inmediatamente.
	HISTORIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Síntomas por afectación de otros órganos (insuficiencia renal)	No tratamiento. Referir al médico inmediatamente
		No síntomas	Contacto con médico antes de tratamiento invasivo dental
	<i>PAD= presión arterial diastólica.</i>		

dos, los cuales desarrollaron dicha lesión.

Hipertensión en odontología

Debido a que la HTA es asintomática hasta que ha producido daños irreversibles en cerebro, corazón o riñón, es imperativo detectar las variaciones en la presión sanguínea antes de que se produzcan graves alteraciones en los órganos vitales⁶.

Los odontólogos, como profesionales de la salud, deben aceptar la responsabilidad de tener un cuidado total del paciente. Éste incluye una adecuada y completa historia clínica y la medición de los signos vitales, pulso, temperatura, fre-

cuencia respiratoria y presión arterial. Éstos son importantes indicadores de salud y, desviaciones de lo normal podrían ser críticos para el paciente. Desgraciadamente, la medición de la presión sanguínea es, a veces, omitida, ignorando el hecho demostrado que la disminución de la HTA conduce a significantes reducciones de la morbilidad y mortalidad cardiovasculares y de las urgencias médicas, por lo que la monitorización y registro de la presión arterial de los pacientes en la clínica dental antes del tratamiento puede ser un procedimiento que salve la vida del paciente^{3,16}.

En el campo de la HTA, el dentista puede jugar un papel muy im-

portante en el área de la prevención primaria y secundaria de la salud debido a que esta condición es desconocida en un notable segmento de la población hipertensa y que estas personas hacen visitas regulares a sus dentistas, pero no a sus médicos generales¹⁶. Además, los pacientes son muy receptivos a recibir educación nutricional y consejo en la consulta dental. La ADA (Asociación Dental Americana) y otras organizaciones de salud han reconocido que el cribaje de la HTA es un eficaz servicio para los pacientes de todas las edades. La primera postula que el cribaje es necesario en todos aquellos pacientes nuevos y aquellos que se hacen revisiones anuales, de manera que se puede identificar a los individuos con presión arterial elevada y referirlos para su evaluación médica y posterior tratamiento¹⁷. Este procedimiento debería formar parte de la rutina al realizar la historia clínica. En ésta podemos detectar factores de riesgo como son una historia familiar de HTA, la obesidad, varones y mayores de 40 años; y otros tales como la ingesta elevada de sodio, consumo regular de alcohol y los anticonceptivos orales, especialmente en mujeres que fuman¹³. En todos estos pacientes debemos tomar la presión arterial antes del tratamiento odontológico.

En las tablas 4 y 5 podemos observar la actuación ante los individuos mayores de 18 años y en los ancianos según su presión arterial.

Cuando en la anamnesis hayan antecedentes de HTA, debe investigarse la posible existencia de insufi-

ciencia cardíaca y de episodios de coronopatía isquémica.

En caso de que se trate de un paciente que haya sufrido un accidente vascular cerebral (ACV), debemos consultar a su médico sobre su estado físico actual. No practicaremos ningún tratamiento, por lo menos, hasta que hayan transcurrido 6 meses del episodio; sesiones breves; y, utilizar sedación, pero con cuidado de no llegar al punto en el que el paciente experimente somnolencia o depresión central¹⁰.

Otros puntos a tener en cuenta en un paciente hipertenso son:

- Si está diagnosticado, consultar a su médico acerca de si está controlado, pidiéndole un informe escrito.

- Pueden sufrir hipotensión ortostática.

- Muchos toman aspirina (para disminuir el riesgo de coronariopatías o ictus cerebrovascular), lo que puede comportar problemas hemorrágicos.

- Estos pacientes pueden haber desarrollado una valvulopatía, por lo que, en cuyo caso, serán candidatos a una profilaxis de la endocarditis¹.

- La cirugía bucal ambulatoria no está contraindicada en aquellos pacientes con HTA ligera o moderada controlada y sin complicaciones. Según Meiller¹⁸, los pacientes hipertensos que reciben medicación pueden experimentar mínimas fluctuaciones en la presión arterial, las cuales no son superiores de las que sufren los normotensos y, clínicamente, por tanto, no constituyen un riesgo para la cirugía bucal. Sin embargo, los pacientes no contro-

lados deben ser evaluados cuidadosamente porque probablemente experimentarán mayores cambios en su presión sistólica y diastólica, existiendo un riesgo clínico elevado, por lo que otro tratamiento que no sea el antibiótico y analgésico, está contraindicado. En estos casos, cuando otros factores de riesgo están presentes, tales como el infarto de miocardio previo, enfermedad renal o ACV anteriores, está indicada la consulta a su médico previa a la cirugía.

- Es recomendable, además de medir este parámetro, la monitorización del paciente mediante un pulsioxímetro¹⁹.

- Los corticosteroides en tratamientos de larga duración pueden aumentar la presión arterial.

- Cualquier situación clínica aguda, que comporte dolor o infección, puede incrementar hasta 5-10 mm de mercurio los valores diastólicos.

- Nunca interrumpir el tratamiento antihipertensivo sin consultar previamente con su médico¹.

- La ansiedad asociada al tratamiento dental produce un aumento de la presión arterial y puede precipitar, en pacientes con patología de base, a un estado de insuficiencia cardíaca debido a que se requiere más aporte de oxígeno y, por lo tanto, del trabajo cardíaco, o un ACV. La ansiólisis preoperatoria es, por tanto, importante y la sedación puede ser de gran ayuda. Es preferible realizar visitas matutinas y sesiones cortas⁴.

La presión arterial se incrementa en la consulta dental por un complejo de emociones, bases cultura-

les y conductas aprendidas, lo cual puede conducir a ansiedad; y, más concretamente, durante las revisiones, mientras se le describe el problema al paciente; en un tratamiento restaurativo dental sin anestésico local (debido a que el dolor aumenta la presión arterial) y durante la exodoncia; mientras que el aumento que se produce bajo anestesia local es transitorio¹⁹.

Sin embargo, Gortzak¹⁶, al igual que Di Angelis¹⁹, afirman que estas variaciones son mínimas.

Anestesia local en el paciente hipertenso

La utilización de un vasoconstrictor en el anestésico local, incrementa la intensidad y duración de su efecto, de lo contrario podríamos producir dolor, el cual contribuirá a incrementar los niveles endógenos de catecolaminas y, por lo tanto, de la presión arterial; además de disminuir la toxicidad del anestésico local por enlentecer su absorción sistémica y disminuye la hemorragia local^{9,10}.

La New York Heart Association recomienda el uso de epinefrina en las soluciones anestésicas para mejorar la acción de los anestésicos locales, siempre y cuando no se inyecten más de 0,2 mg en el paciente de riesgo, en cada sesión y remarcando que la inyección sea lenta y extravascular, lo que se lograría con aspiración previa^{4,10,12}. Así pues, en los pacientes comprometidos, la cantidad de solución anestésica dependerá de la concentración de epinefrina: por ejemplo, si se utiliza a 1:100000, no podrán sobrepasarse 4 cc de dicha solución

(es decir, algo más de 2 carpules); mientras que, si se emplea a 1:50000, no podrá excederse de 2 cc (algo más de 1 carpule), siendo ésta, una razón de peso para no utilizar dicha concentración en este tipo de pacientes.

Cuando la hipertensión es leve o moderada, es decir, sin que coexista con complicaciones cardíacas, se es más tolerante con la dosis máxima de epinefrina, situándola en 0,1 mg; ello conlleva la posibilidad de aumentar la cantidad de solución a inyectar: 10 cc si la concentración es de 1:100000 (5 carpules y medio), 5 cc (algo más de 2 carpules y medio) para la concentración de 1:50000.

Se recomienda que en aquellos procedimientos en los que la hemostasia no es necesaria, se utilice anestésico sin vasoconstrictor; en inflamación o infección, un anestésico local con baja constante de disociación, como la mepivacaína; y, finalmente, si es necesaria la hemostasia, se utilice epinefrina a una concentración de 1:200000. Los pacientes con HTA leve o moderada que está bien controlado mediante medicación, podría tolerar las dosis normalmente utilizadas en Odontología de dicho vasoconstrictor³.

La sedación es beneficiosa para mitigar la aprensión; además, la utilización de óxido nítrico, tiene la ventaja adicional de que aumenta la presión arterial de oxígeno.

Según Hill y Morris², cambios en la presión arterial inducidos por agentes anestésicos y, normalmente tolerados por los individuos sanos, pueden precipitar grandes fluctuaciones en el aparato circulatorio en

un paciente con enfermedad cardiovascular². Sin embargo, Knoll-Köhler y cols¹⁵, en un estudio sobre la respuesta cardiodinámica ante la cirugía bajo anestesia local de terceros molares inferiores incluidos, concluyen que no existen razones para no utilizar anestésicos locales con epinefrina en pacientes con alteraciones cardiovasculares.

La posición recomendada para la administración de la anestesia local es en decúbito supino o posición de Trendelenburg modificada. Con la elevación de las piernas hay una mejora del retorno venoso y, consecuentemente, de la actividad cardíaca².

Los pacientes tratados con betabloqueantes pueden ser muy sensibles a los vasopresores porque el bloqueo beta puede permitir respuestas excesivas de los receptores alfa. Se han descrito dramáticos episodios hipertensivos en estos pacientes después de recibir pequeñas dosis de epinefrina o levonordefrina con anestésicos locales³.

Urgencias en Odontología

La HTA no debe ser ignorada porque puede dar lugar a una hemorragia⁴.

El paciente puede desarrollar una crisis hipertensiva apareciendo los siguientes síntomas: cefalea intensa, miedo, alteraciones visuales, mareo, alteraciones de la consciencia, taquicardia, y presión arterial mayor a 165/95 mm Hg. El tratamiento consistirá en la administración de oxígeno, la elevación de la parte superior del cuerpo, dejando las pier-

nas colgando y la administración de nifedipina, por ejemplo, colocando debajo de la lengua el contenido de una cápsula de nifedipina (Adalat[®]). Si a los 10 minutos no cede, repetir la dosis; y, si al cabo de otros 10 minutos no remite, inyectar furosemina intramuscular (Seguril[®]) y trasladar el paciente al hospital. Si esta crisis es intensa, se administrará diazepam (5-10 mg)^{9,20}.

El paciente hipertenso también puede desarrollar una crisis hipotensiva, en cuyo caso debemos administrar oxígeno al 100%; atropina endovenosa (Atropina Miró[®] o Atropina Llorente[®]) en incrementos de 0,5 mg hasta 2 mg para hipotensiones asintomáticas con bradicardia. También puede administrarse 1 ampolla por vía intramuscular de etilefrina (Efedril[®])³.

Conclusiones

- El registro de la presión arterial por parte del odontólogo, debe ser realizado rutinariamente para prevenir las emergencias médicas durante el tratamiento dental en los pacientes no tratados o tratados inadecuadamente; reduciendo así la morbilidad y mortalidad de la enfermedad cardiovascular a través de la detección temprana de la HTA asintomática y facilitando el consiguiente tratamiento médico.

- La solución anestésica debe ser elegida con cuidado, empleando la que tenga una cantidad mínima de vasoconstrictor (no exceder de 0,1 mg de epinefrina), con previa aspiración e inyección lenta.

- El control del dolor siempre es aconsejable.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Rose LF, Kaye D. **Medicina interna en Odontología**. Barcelona: Salvat, 1992.
2. Hill CM, Morris PJ. **General anesthesia and sedation in dentistry**. Oxford: Wright, 1991.
3. Dionne RA, Phero JC. **Management of pain and anxiety in dental practice**. Amsterdam: Elsevier Science publishers, 1991.
4. Scully C, Cawson RA. **Medical problems in dentistry**. Oxford: Wright, 1993.
5. Brodie G, Secrest JR. **Detecting, evaluating and treating hypertension**. JADA 1994; 125: 104-6.
6. Bennett CR. **Local anaesthesia and pain control in dental practice**. St. Louis: Mosby, 1984.
7. Coca A, Sierra A. **Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso**. Barcelona: Jims, 1993.
8. Gay Escoda C. **Temas de cirugía bucal**. Tomo I. Barcelona: Signo, 1994.
9. Allen GD. **Anestesia y analgesia dentales**. México DF: Limusa, 1989.
10. Jorgensen NB, Hayden J. **Anestesia odontológica**. México DF: Interamericana, 1982.
11. Holm-Pedersen P, Løe H. **Geriatric dentistry**. Copenhagen: Munksgaard, 1986.
12. Ziccardi VB, Saini J, Demas PN, Braun TW. **Management of the oral and maxillofacial surgery patient with end-stage renal disease**. Scand J Dent Res 1992; 50: 1207-12.
13. Knoll-Köhler E, Knöller M, Brandt K, Becker J. **Cardiohemodynamic and serum catecholamine response to surgical removal of impacted mandibular third molars under local anesthesia**. J Oral Maxillofac Surg 1991; 49: 957-62.
14. Streckfus CF, Wu AJ, Ship J, Brown LJ. **Comparison of stimulated salivary gland flow rates in normotensive and hypertensive persons**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77: 615-9.
15. Lamey PJ, Gibson J, Barclay SC, Miller S. **Grinspan's syndrome: a drug-induced phenomenon?** Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990; 70: 184-5.
16. Gortzak R, Abraham-Inpijn L, Horst G, Peters G. **High blood pressure screening in the dental office: a survey among Dutch dentists**. Gen Dent 1993; 41: 246-51.
17. Little JW, Haiberg F. **A new horizon in the prevention, diagnosis, and treatment of HTA: what role should dentistry play?** Gen Dent 1991; 39: 172-80.
18. Meiller TF, Overholser D, Kutcher MJ, Bennet R. **Blood pressure fluctuations in hypertensive patients during oral surgery**. J Oral Maxillofac Surg 1993; 41: 715-8.
19. Gortzak R, Abraham-Inpijn L, Oosting J. **Blood pressure response to dental checkup: a continuous, noninvasive registration**. Gen Dent 1991; 39: 339-42.
20. Echeverría JV, Cuenca E, Pumarola J. **Urgencias médicas en el consultorio, protocolo de actuación**. En: El manual de la Odontología. Barcelona: Masson-Salvat, 1995.