

# ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES COM EPILEPSIA E SUAS INTERCORRÊNCIAS<sup>1</sup>

## DENTAL CARE IN PATIENTS WITH EPILEPSY AND ITS INTERCURRENCES

Eduardo Rodrigues de Almeida JÚNIOR<sup>2</sup>, Filipe de Paula ROSA<sup>3</sup>,  
Lizandra Coimbra da Silva FELIPE<sup>4</sup>, Leandro Silva da CONCEIÇÃO<sup>5</sup>

1 Artigo de Trabalho de Conclusão de Curso para o Curso de Bacharelado em Odontologia da Faculdade de Ciências do Tocantins – FACIT-TO. Araguaína – TO - 2020.

2 Faculdade de ciências do Tocantins FACIT. Acadêmico do 9º período do Curso de Odontologia da Faculdade de Ciências do Tocantins FACIT. E-mail: [erodriguesajunior@gmail.com](mailto:erodriguesajunior@gmail.com).

3 Faculdade de ciências do Tocantins FACIT. Acadêmico do 9º período do Curso de Odontologia da Faculdade de Ciências do Tocantins FACIT. E-mail: [depaulafilipe@gmail.com](mailto:depaulafilipe@gmail.com).

4 Faculdade de ciências do Tocantins FACIT. Professora. Orientadora da pesquisa. E-mail: [lizandra.coimbra@gmail.com](mailto:lizandra.coimbra@gmail.com).

5 Faculdade de ciências do Tocantins FACIT. Professor. Co-orientador da pesquisa. E-mail: [drleandrosc@hotmail.com](mailto:drleandrosc@hotmail.com).

**RESUMO: Introdução:** Consideram-se pessoas com deficiência aquelas que apresentam em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. A epilepsia é a doença neurológica grave mais comum no mundo. É caracterizada como uma desordem cerebral que tem predisposição a crises convulsivas. Pessoas com deficiência são propícias a terem mais doenças dentárias, ausências de dentes e dificuldade para receber tratamento odontológico. Salienta-se que a prestação de um devido atendimento para estes pacientes inicia-se pela capacitação dos odontólogos, principalmente porque existem poucos profissionais especializados nessa área. **Objetivo:** O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão de literatura acerca do atendimento odontológico em pacientes com epilepsia e suas intercorrências, elucidando aspectos psíquicos e características bucais encontradas nesses pacientes. **Metodologia:** A análise bibliográfica pautou-se na revisão de literatura através de livros, artigos científicos nacionais e internacionais, utilizando as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Medline, PubMed, Cochrane, Lilacs e Scielo. **Resultados:** A revisão de literatura explana de forma mais detalhada sobre a epilepsia, seus fármacos, efeitos orais e suas intercorrências odontológicas. **Conclusão:** Com o presente trabalho entende-se que a maior

intercorrência da epilepsia no consultório dentário **são as crises convulsivas e é indispensável o preparo do odontólogo** frente a essa intercorrência.

**Palavras-chaves:** Epilepsia. Saúde bucal. Tratamento odontológico.

**Abstract: Introduction:** People with disabilities are considered to be those who permanently present losses or abnormalities of their psychological, physiological or anatomical structure or function. Epilepsy is the most common serious neurological disease in the world. It is characterized as a brain disorder that is predisposed to seizures. People with disabilities are prone to have more dental diseases, missing teeth and difficulty receiving dental treatment, it should be noted that the provision of proper care for these patients starts with the training of dentists, mainly because there are few professionals specialized in this area. **Objective:** The objective of the present study was to perform a literature review about dental care for patients with epilepsy and its complications, elucidating psychic aspects and oral characteristics found in these patients. **Methodology:** The bibliographic analysis was based on literature review through books, national and international scientific articles, using the following databases: Virtual Health Library, Medline, PubMed, Cochrane, Lilacs and Scielo. **Results:** The literature review exposes in more detail about epilepsy, its drugs, oral effects and its dental complications. **Conclusion:** With the present study, it is understood that the greatest complication of epilepsy in the dental office is convulsive crises and it is essential to prepare the dentist in the face of this complication.

**Keywords:** Epilepsy. Oral health. Dental treatment.

---

## 1. INTRODUÇÃO

De cordo como o decreto n°. 3.298/99, no Brasil, são reconhecidas pessoas com deficiência, aquelas que apresentam em caráter perdurável, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica gerando incapacidade no desempenho de atividades julgadas padrões de normalidade para o ser humano<sup>1</sup>. O termo “paciente com necessidades especiais” refere-se a indivíduos que

precisam receber cuidados individualizados, pois apresentam algum tipo de desvio da normalidade associado ao estado físico, mental, sensorial, comportamental e/ou de crescimento<sup>2</sup>.

A epilepsia é a doença neurológica grave mais comum no mundo<sup>3</sup>. É caracterizada como uma desordem cerebral que tem predisposição a crises convulsivas. Considerada um problema de saúde pública, afeta milhões de pessoas no Brasil causando um impacto na qualidade de vida do paciente, independente de raça, sexo,

idade, condições socioeconômicas e região, com tipos variados, a epilepsia pode ser generalizada (quando se espalham por todo o cérebro); parcial (restringida a uma parte específica) que se divide em simples (início focalmente e com menos risco de inconsciência) e complexa (distúrbios de consciência, descarga epilética)<sup>4</sup>.

Segundo Marra<sup>5</sup>, pessoas com deficiência são propícias a altos índices de doenças dentárias, ausências de dentes e dificuldade para receber tratamento odontológico em comparação a outros membros da população, provavelmente por motivo de inaptidão do profissional na área da odontologia. É salientado que a prestação de um atendimento justo direcionado a estes pacientes inicia-se pela capacitação dos odontólogos, principalmente por existirem poucos profissionais especializados nesse âmbito de atuação<sup>5</sup>.

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão de literatura acerca do atendimento odontológico em pacientes com epilepsia e suas intercorrências, elucidando aspectos psíquicos e características bucais encontradas nesses pacientes.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

A análise bibliográfica pautou-se na revisão de literatura através de livros, artigos científicos nacionais e internacionais, utilizando as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Medline, PubMed, Cochrane, Lilacs e Scielo – a qual argumenta sobre o atendimento odontológico em pacientes com epilepsia e suas intercorrências. As buscas foram conduzidas pelos descritores: epilepsia, saúde bucal e tratamento odontológico. Os critérios de inclusão foram buscas de artigos publicados nos anos de

1965 até 2018 e de livre acesso. Os critérios de exclusão deram-se por intermédio de artigos que não apresentaram livre acesso e os descritores supracitados. Por meio dos textos obtidos, delineou-se uma análise construtivista sobre a abordagem do tema utilizado.

## 3. REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 Epilepsia

O relato mais antigo detalhado sobre a epilepsia está em um manuscrito de conteúdo medicinal datado por volta de 2000 a.C. em um Museu Britânico. Nele está registrado diferentes tipos de ataques de epilepsia e descreve-a como sendo de natureza sobrenatural, associando cada tipo de ataque com um nome de espírito. Posteriormente, Hipócrates relatou, há 400 anos a.C., através de monografia sobre o tema em um texto médico, que a epilepsia não era nem sagrada ou divina, mas tratava-se de um distúrbio cerebral, suspeitando-se de que sua etimologia fosse hereditária. Mas ainda sim, acreditava-se na Grécia Antiga que a doença estava correlacionada a fatos místicos<sup>6</sup>. Em Esparta, o homicídio de deficientes físicos ou mentais era legalizado. Os Gregos os denominavam “idiotae” e os romanos por sua vez “imbecile”<sup>7</sup>.

No século XXI, sabe-se que a epilepsia é uma limitação neurológica crônica que afeta o comportamento do indivíduo que resulta em dificuldades psico-socioculturais para ele<sup>8</sup>. Descrita como um conjunto de doenças que têm em comum crises epiléticas que intercorrem na ausência de condição tóxico-metabólica ou febril; essa desordem neurológica é descrita como uma experiência frustrante, provocando no paciente

e nas pessoas envolvidas desajustes emocionais, mobilizando-os no sentido de se ajustarem a vivência cotidiana com uma doença crônica<sup>8,9,10</sup>.

A epilepsia geralmente é conceituada como uma desordem cerebral que tem predisposição a crises convulsivas, embora não possua uma definição totalmente satisfatória, compreendesse-a como uma ampla categoria de sintomas complexos decorrentes de alterações das funções cerebrais. Suas especificações clínicas são crises periódicas, podendo ocasionalmente ser dramáticas provocando medo e profundas consequências sociais para os doentes<sup>4, 11,12,13,14,15</sup>.

Crises convulsivas podem ter indicio com ausência da consciência e fixação do olhar, perturbações como alterações sensoriais (visual, auditiva e olfativa), medo, distúrbio momentâneo de memória e movimentos descoordenados e automáticos podendo ou não evoluir para uma convulsão<sup>16, 17</sup>. É possível que nesse momento ocorra, queda do indivíduo levando-o a perda da consciência, movimentos bruscos e anormais de todas as extremidades, travamento da boca pela hipertensão dos músculos masseter e temporais, sialorreia ou até mesmo perturbações do sistema nervoso autônomo (incontinência urinária e fecal)<sup>17</sup>. Sua incidência acomete cerca de 70 casos a cada 100.000 pessoas, por ano<sup>18</sup>.

As crises epilépticas são classificadas como generalizadas quando se espalham por todo o cérebro, ou crises parciais se restringindo a uma parte específica; subdividindo-se em simples: que têm início focalmente (quanto mais restrita for a área afetada, é menos possível que haja alteração da consciência)<sup>19</sup> ou complexa: que são caracterizadas por distúrbios de consciência devido à disseminação de descarga epiléptica, com perda de consciência, mostrando-se confuso

e desorientado<sup>20</sup>.

Em 2017 a Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE, "*International League Against Epilepsy*") atualizou a classificação das epilepsias a partir da anterior do ano 2013, a nova classificação dividi-as em:

- **Tipo de crise:** são classificadas como tendo início focal, generalizado ou desconhecido. Em algumas circunstâncias, a classificação baseada somente no Tipo de Crise pode ser competente para elaboração do diagnóstico, uma vez não sendo acessível o eletroencefalograma (EEG), vídeo ou estudos de imagem. Em outro momento pode não haver informações suficientes para que se estabeleçam o diagnóstico, como no caso de um paciente que tenha tido crise única.
- **Tipo de epilepsia:** divide-se em epilepsia focal, epilepsia generalizada, epilepsia focal e generalizada em conjunto, e também um grupo de epilepsias de tipo desconhecido. O tipo de epilepsia pode ser o último auxílio no diagnóstico, quando o clínico for inábil de estabelecer um diagnóstico da síndrome epilética.
- **Síndrome epilética:** reporta-se a um grupo de características que se elaboram em associação ao tipo de crises, o EEG e as alterações imagiológicas sendo possível estabelecer um diagnóstico sindromático específico.
- **Etiologia:** a partir do momento em que o indivíduo apresenta a primeira crise epilética, o médico deve ter como objetivo determinar a etiologia tendo em vista diminuir as implicações no tratamento. A etiologia foi subdividida em seis

subgrupos, etiologia estrutural, etiologia metabólica, etiologia imunológica, etiologia infecciosa, etiologia genética e etiologia desconhecida.

- **Comorbilidades:** nos casos mais graves de epilepsias constatam-se várias comorbilidades, incluindo défices motores como paralisia cerebral ou deterioração da marcha, perturbações do movimento, escoliose, perturbações do sono e gastrointestinais. Assim como a etiologia, também é importante pesquisar a presença de comorbilidades em cada nível da classificação, permitindo uma fácil identificação, diagnóstico e tratamento apropriado<sup>21</sup>.

A hipótese diagnóstica da epilepsia geralmente depende da descrição das crises pelo paciente, por parentes ou por testemunhas, mas pode ser complementado com exames auxiliares, por exemplo, eletroencefalograma, ressonância magnética, tomografia computadorizada e tomográfica de crânio. Dessa maneira, a história, exame clínico exames complementares são relevantes para elaboração do diagnóstico<sup>22, 23</sup>.

### 3.1.1 Terapêutica medicamentosa

A terapia medicamentosa consiste em vários medicamentos anticonvulsivantes (Tabela 1) para controle das crises; o mais prescrito é a fenitoína. Seu uso foi iniciado em 1938<sup>24,25,26,27,28</sup>.

**Tabela 1.** Descrição dos medicamentos anticonvulsivantes.

Medicamento	Descrição
Fenobarbital	Sendo um dos primeiros barbitúricos a ser lançado. Sua ação dá-se afetando a duração e a intensidade das crises convulsivas artificialmente, causando sedação <sup>29</sup> . É um fármaco eficaz e de baixo custo, seu mecanismo de ação deve-se à inibição neuronal em decorrência do aumento da neurotransmissão gabaérgica <sup>23</sup>
Fenitoína	Primeiro fármaco não sedativo no arsenal de drogas anticonvulsivantes apresentando amplo espectro de ação. Seu mecanismo de ação dá-se afetando a excitabilidade da membrana de ação sobre os canais de sódio dependentes de voltagem. Esse bloqueio ocorre preferencialmente na excitação das células que estão disparando repetitivamente e quanto maior for a frequência de disparo, maior será o bloqueio produzido sem interferir nos disparos de baixa frequência de neurônios no estado normal <sup>29</sup> .
Carbamazepina	Anticonvulsivante mais amplamente usados, sendo um derivado químico dos antidepressivos tricíclicos. Age através da inibição dos canais de sódio e cálcio controlados pela voltagem que levam à corrente de entrada necessária para geração de um potencial de ação <sup>29</sup> .

Valproato	Ácido monocarboxílico simples. Possui um vasto espectro de ação, eficaz na maioria dos tipos de crises. O mecanismo de ação dá-se pela inibição fraca de dois sistemas enzimáticos que inativa o GABA: GABA transminase e a desidrogenase semialdeído succínico. Há evidências que ele aumenta a ação do GABA por ação pós-sináptica e que também inibe fracamente os canais de sódio <sup>23</sup> .
-----------	---

Apesar da eficácia medicamentosa no controle dos eventos, outros fatores emocionais e sociais da vida diária devem ser levados em consideração, como a questão do estigma, exclusão, restrições e isolamento que também apresentam potencial para o gatilho das crises epiléticas<sup>30</sup>.

### 3.2 Manifestações bucais causadas pelos medicamentos

A hiperplasia gengival (HG) é uma condição comum a pacientes que fazem uso de três classes de medicamentos, sendo eles anticonvulsivantes, imunossupressores e inibidores de canais de cálcio<sup>31,32,33,34</sup>. A epilepsia sendo uma condição que

necessita fazer uso da fenitoína acarreta como efeito colateral a hiperplasia gengival<sup>35,36</sup>; após o início da terapia com o citado anticonvulsivante, de 1 a 3 meses, pode manifestar-se hiperplasia das papilas interdentais, sendo este aumento difuso, que conseqüentemente passa a se estender a toda margem gengival livre e gengiva inserida, apresentando um aspecto lobulado<sup>36,37,38,33</sup>. Acomete principalmente a região anterior, tanto da maxila como da mandíbula<sup>26</sup>. Em 1939 Kimball<sup>26</sup> relata o primeiro caso na literatura sobre hiperplasia gengival associada ao uso de fenitoína (anticonvulsivante). Numerosos fármacos indicados como terapêutica de crises convulsivas apresentam conseqüências orais nos tecidos bucais (Tabela 2)<sup>30</sup>.

**Tabela 2.** Fármacos e seus efeitos orais.

Fármaco	Efeitos orais
Carbamazepina	Hiperplasia gengival, cicatrização demorada, aumento da incidência de ulceração, xerostomia, glossite, estomatite, maior CPOD, candidíase, leucopenia, trombocitopenia <sup>30</sup> .
Lamotrigina	Candidíase, xerostomia, CPOD elevado, úlceras, e leucopenia <sup>30</sup> .
Primidona	Hiperalgisia, leucopenia, osteopenia <sup>30</sup> .
Fenobarbital	Hiperalgisia, leucopenia, osteopenia <sup>30</sup> .
Clonazepam	Aumento da salivação <sup>30</sup> .

É recorrente que pacientes com epilepsia e com crises regulares apresentem baixo nível socioeconômico, hipoteticamente devido ao prejulgamento quando procuram emprego. E o inferior poder aquisitivo está ligado a saúde bucal deficiente, sendo indicado mais frequentemente alguns procedimentos clínicos, quando necessário, como aplicações de flúor, profilaxias profissionais e tratamento periodontal, além do uso de saliva artificial nos casos de xerostomia<sup>39,40,41</sup>.

Próteses totais ou parciais removíveis não são qualificadas para o uso em casos de paciente epiléticos<sup>30</sup>. Por serem cimentadas, tem-se as próteses fixas como melhor escolha e menor ameaça de aspiração, deslocamento ou provocarem traumas intrabucais durante as crises convulsivas<sup>42</sup>. Indica-se que os dentes ausentes sejam substituição para impedir que a língua fique presa no espaço edêntulo e ferida. Os implantes dentários são ótimas opções como substitutos, apresentam boa sobrevida e raramente são perdidos<sup>43</sup>, embora tenham como desvantagem o alto custo.

### **3.3. Intercorrências no atendimento odontológico**

Na Odontologia, as descrições achadas sobre o atendimento a paciente epilético estão presentes na literatura desde 1965, momento em que o protocolo de tratamento odontológico desses pacientes até então não era bem definido<sup>44</sup>. Os discernimentos de cirurgiões-dentistas (CDs) sobre epilepsia são mais restritos do que o ansiado para a classe de profissionais da saúde<sup>45</sup>.

Inicialmente, a anamnese é o momento oportuno para identificar se o paciente tem

ou não epilepsia; grande parte dos pacientes compreendem fatores referentes ao aumento do risco de crises, destacam-se como razões: privação do sono, estresse, uso de álcool, uso descontinuo do medicamento antiepilético e o período menstrual nas mulheres. Não havendo informação espontânea da presença da doença, a pergunta primaria primordial que deve estar no questionário é: "Você já teve algum tipo de convulsão?". Em caso de resposta afirmativa, é preciso investigar as características das crises, se são devidamente controladas com o uso de fármacos ou mal controladas<sup>30,46, 47,48</sup>.

Na ocasião em que o paciente se apresentar livre de crises e sob controle das drogas antiepiléticas, o atendimento se torna mais confortável, resguardado e calmo; tanto para o epilético quanto para o cirurgião dentista. Apesar disso, seria quase impraticável garantir a ausência de crises no decorrer dos procedimentos odontológicos para aqueles com episódios de difícil contenção. Nesses eventos, é aconselhado a administração de benzodiazepínicos 30-45 minutos antes do procedimento odontológico, sendo o Lorazepam 0,5 mg - 1,0 mg o mais sugerido<sup>49</sup>.

Referente aos anestésicos locais, interações clinicamente relevantes com os fármacos antiepiléticos são desconhecidas, embora se recomende a aplicação de Lidocaína com Adrenalina<sup>39</sup> e utilização de carpule com aspiração para evitar injeção intravenosa<sup>50,51</sup>. Se a sedação for imprescindível, é importante antever que o uso de Midazolam pode provocar convulsões<sup>52</sup>, e que a sedação com óxido nitroso ou anestesia geral pode diminuir os riscos das mesmas, principalmente por ser uma forma de amenizar o stress do paciente ao longo do

procedimento odontológico, sendo cirúrgico ou clínico<sup>39</sup>.

Se tratando das diretrizes ontológicas, a portaria conjunta nº 17, de 21 de junho de 2018 valida o protocolo clínico e indicações terapêuticas da epilepsia. O dito protocolo objeto é de caráter nacional e deve ser empregue pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na padronização do acesso assessorial, concessão, registro e reembolso dos procedimentos análogos. No referido documento é explanado a exigência da comunicação ao paciente, ou de seu responsável legal, dos eventuais riscos e efeitos colaterais pertinentes ao uso de procedimento ou medicamento orientado para o tratamento da epilepsia. E aos dirigentes Estaduais, Distritais e Municipais do SUS, conforme a sua capacidade e ajustes, o dever de ordenar a rede assistencial, definir os serviços alusivos e designar sucessões para o atendimento dos indivíduos epiléticos<sup>53</sup>.

Durante o questionário e atendimento odontológico, o cirurgião deve:

- Executar detalhadamente a anamnese seguida da assinatura do paciente ou responsável, e em casos em que haja presença de um distúrbio epilético, registrar a observação. Se por razão o paciente omitir informações sobre sua condição, o profissional pode descrever em um espaço reservado as considerações completivas a respeito do estado de saúde destes indivíduos<sup>54</sup>;
- Interrogar o paciente sobre: período inicial da desordem, tipo, causas e frequência das crises convulsivas, utilização de medicamentos e orientação do controle da doença, existência de fatos

desencadeantes da crise, data do episódio anterior<sup>54</sup>;

- Destacar a prevenção e estímulos aos cuidados com a saúde bucal, motivando o paciente a realizar um controle satisfatório do biofilme dentário<sup>54</sup>;
- Acabar com fatores incômodos ao tecido periodontal, os quais podem exacerbar a hiperplasia gengival medicamentosa, através da mudança de restaurações deficientes, restaurações de lesões cariosas e retirada de bandas ortodônticas. Ressecções cirúrgicas devem advir apenas em casos com prognóstico favorável e recomenda-se efetuar raspagem, alisamento dental e profilaxia em retornos periódicos;
- Trabalhar com equipe multiprofissional antepondo a educação e acompanhamento precoces, com o propósito de se evitar e/ou controlar a ocorrência de hiperplasia gengival<sup>54</sup>;
- Suspender consultas optativas de indivíduos com controle indevido dos sintomas da doença ou em etapa de adequação da terapêutica anticonvulsivante. Em alguns casos, é recomendado o uso de anticonvulsivantes adicionais ou sedação, se isto for necessário, recomenda-se a comunicação com o médico para desenvolver a diminuição da ansiedade do paciente com segurança<sup>54</sup>;
- Explicar os procedimentos prestes a serem executados ao paciente, com o objetivo de diminuir o medo e a ansiedade, visto que o estresse é um fator instigante de uma crise epilética. Proteger o paciente da luz proveniente do foco da cadeira



odontológica e indispensável, por causa da propensa indução a uma convulsão<sup>54</sup>;

- Priorizar critérios de segurança para que se evite aspiração de instrumentos e/ou materiais odontológicos durante o ataque, devido ao perigo do paciente iniciar uma crise epiléptica no consultório odontológico. Dessa maneira, preconizasse o uso de isolamento absoluto e instrumentos presos com fio dental<sup>54</sup>;
- Informa-se sobre a terapia medicamentosa usada pelo paciente para dificultar interações indesejáveis com os fármacos receitados na prática odontológica. O fenobarbital (Gardenal®, Luminal®) e primidona (Primidon®, Mysoline®) são drogas depressoras do sistema nervoso central, devendo-se prevenir a prescrição

de medicamentos que intensificam esse resultado depressor<sup>54</sup>;

Encontrar-se apto para circunstâncias emergenciais que podem ocorrer durante o atendimento e identificar o estado geral do paciente facilitará o CD a distinguir uma convulsão epiléptica de outras presumíveis complicações como hipo ou hiperglicemia, hiperventilação, anoxia transitória, toxicidade do anestésico local com consequências sistêmica e síncope. Sendo pertinente, o indivíduo pode informar ao CD o aparecimento de sintomas prodrômicos da crise epiléptica, cessando no mesmo instante o atendimento<sup>54</sup>.

Caso ocorra a crise epilética durante a realização de procedimentos na cadeira odontológica o cirurgião deve seguir as recomendações (Tabela 3)<sup>46,55</sup>.

**Tabela 3.** Recomendações a serem seguidas.

1. Posicionar o paciente em posição supina (caso esteja em pé ou sentado) para que se evite quedas e traumas <sup>46, 56,3,4</sup> .
2. Remover objetos (tantos da pessoa quanto do chão) <sup>56,3,4</sup> ;
3. Afrouxar roupas apertadas <sup>56,3,4</sup> ;
4. Proteger a cabeça da pessoa com a mão, roupa, travesseiro <sup>56,3,4</sup> ;
5. Lateralizar a cabeça para que a saliva escorra (evitando aspiração) <sup>56,3,4</sup> ;
6. Limpar as secreções salivares, com pano ou papel, para facilitar a respiração <sup>56,3,4</sup> ;
7. Observar se a pessoa consegue respirar <sup>56,3,4</sup> ;
8. Afastar os curiosos, dando espaço para a pessoa <sup>56,3,4</sup> ;
9. Permitir que a pessoa descanse ou até mesmo durma após a crise <sup>56,3,4</sup> ;
10. Após a crise posicionar o paciente na posição de recuperação decúbito lateral, com uma das pernas flexionadas e a outra estendida <sup>56,3,4</sup> .

É importante ressaltar que o cirurgião dentista permaneça calmo e que não tente mobilizar o paciente a força, a contenção passiva deve ser usada apenas para prevenir que o paciente alcance objetos próximos; poderá interromper-se a crise com a utilização lenta de Diazepan por via intramuscular e endovenosa (0,2 - 0,5 mg/Kg), no máximo de 10 mg por dose, se o CD estiver habilitado e apto a realizar o procedimento em caso de crises prolongadas encaminhar o paciente para atendimento médico a nível ambulatorial<sup>3,4</sup>.

#### 4. DISCUSSÃO

A epilepsia é relatada desde 2000 a.C., sua natureza sendo associada ao sobrenatural. No século XXI, sabe-se que a epilepsia é uma condição neurológica crônica que afeta o comportamento do indivíduo trazendo dificuldades psicossocioculturais para ele<sup>6,8</sup>.

A epilepsia geralmente é caracterizada como uma desordem cerebral que tem predisposição a crises convulsivas, embora não possua uma definição totalmente satisfatória, compreendesse-a como uma ampla categoria de sintomas complexos decorrentes de alterações das funções cerebrais. Suas características clínicas são crises periódicas, muitas vezes dramáticas, as quais provocam medo e profundas consequências sociais para os doentes<sup>4,11,12,13,14,15</sup>. A crise convulsiva inicialmente pode manifestar-se desde uma ausência da consciência com fixação do olhar, perturbações como alterações sensoriais (visual, auditiva e olfativa), medo, distúrbio momentâneo de memória e movimentos descoordenados e automáticos que podem ou não progredir para uma convulsão<sup>16,17</sup>.

Essas crises podem ser generalizadas

quando se espalham por todo o cérebro ou parciais, dividindo-se em simples, com início focal; ou complexas que são caracterizadas por distúrbios de consciência<sup>19,20</sup>.

A hipótese diagnóstica da epilepsia geralmente depende da descrição das crises pelo paciente, mas pode ser complementado com exames auxiliares como eletroencefalograma, ressonância magnética, tomografia computadorizada e tomográfica de crânio<sup>22,23</sup>.

A terapia medicamentosa consiste em vários medicamentos anticonvulsivantes como fenobarbital, valproato, clonazepam e outros, para controle das crises; o mais prescrito é a fenitoína. Seu uso foi iniciado em 1938<sup>24,25,26,27,28</sup>. Em 1939 Kimball<sup>26</sup> relata o primeiro caso na literatura sobre hiperplasia gengival associada ao uso de fenitoína (anticonvulsivante). Diversos fármacos recomendados para o tratamento de crises convulsivas têm repercussão nos tecidos bucais<sup>30</sup>. Próteses totais ou parciais removíveis não são indicadas aos epiléticos<sup>30</sup>. Por serem cimentadas, tem-se as próteses fixas como melhor escolha e menor risco de aspiração, deslocamento ou causarem traumas intrabucais durante as crises convulsivas<sup>42</sup>.

Na odontologia, anamnese é o momento oportuno para identificar se o paciente tem ou não epilepsia; a maioria dos pacientes tem conhecimento dos fatores associados ao aumento do risco de crises, dentre os frequentes relatos estão: a privação do sono, estresse, uso de álcool, uso irregular do medicamento antiepilético e a época do ciclo menstrual nas mulheres. Se não houver informação espontânea da presença da doença, a primeira pergunta chave que deve constar no questionário é: "Você já teve algum tipo de convulsão?". Em caso da resposta positiva,

deve-se investigar a característica das crises, se são bem controladas com o uso de fármacos ou se são mal controladas<sup>30,46, 47,48</sup>. Se caso for necessário, é recomendada a administração de benzodiazepínicos 30-45 minutos antes do procedimento odontológico, sendo o Lorazepam 0,5 mg - 1,0 mg o mais indicado<sup>49</sup>.

Estar preparado para situações emergenciais que podem ocorrer durante o atendimento e conhecer o estado geral do paciente auxiliará o CD a diferenciar uma convulsão epiléptica de outras possíveis complicações como hipo ou hiperglicemia, hiperventilação, anoxia transitória, toxicidade do anestésico local com repercussão sistêmica e síncope<sup>54</sup>.

É importante ressaltar que o cirurgião dentista permaneça calmo e que não tente mobilizar o paciente a força, a contenção passiva deve ser usada apenas para prevenir que o paciente alcance objetos próximos; poderá interromper-se a crise com a utilização lenta de Diazepam por via

intramuscular e endovenosa (0,2 - 0,5 mg/Kg), no máximo de 10 mg por dose, se o CD estiver habilitado e apto a realizar o procedimento em caso de crises prolongadas encaminhar o paciente para atendimento médico a nível ambulatorial<sup>3,4</sup>.

## 5. CONCLUSÃO

Com o presente trabalho foi possível concluir que a epilepsia é uma doença neurológica que tem predisposição para crises convulsivas que são as maiores intercorrências em atendimentos odontológicos. São usados vários fármacos para controle da doença, embora a fenotóina seja o anticonvulsivo mais utilizado e estreitamente relacionado com a hiperplasia gengival. É imprescindível que o odontólogo esteja preparado caso o paciente tenha convulsões na cadeira odontológica, estando atento aos pré- sinais e habilitado a prestar os primeiros socorros.

---

## REFERÊNCIAS\* <sup>6</sup>

1. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos no Brasil; 1999. Banco de dados. Disponível em URL: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec3298.pdf>. Acesso em: 02-mai-2020.
2. Mugayar LRF. Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de

odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast; 2000.

3. Banerjee PN, Filippi D, Hauser WA. The descriptive epidemiology of epilepsy - a review. *Epilepsy Res.* 2009;85(1):31-45.
4. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia.* 2014;55(4):475-82.

---

<sup>6</sup> \*De acordo com as normas de Trabalho de Conclusão de Curso da FACIT, baseada nas normas Vancouver. Disponível em: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

5. Marra PS. Dificuldades encontradas pelos responsáveis para manter a saúde bucal em portadores de necessidades especiais [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Grande Rio; 2007.
6. Moreira SRG. Epilepsia: concepção histórica, aspectos conceituais, diagnóstico e tratamento. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*. Barbacena, 2004;2(3):107-122.
7. Krynsky S. Deficiência mental. Livraria Ateneu, 1969: 01-56.
8. Fernandes PT, Souza EAP. Procedimento educativo na epilepsia infantil. *mento educativo na eplepsia infantil Estudos de Psicologia* 2001;6(1):115-120.
9. Fernandes PT. Estigma na epilepsia. [Tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. 2005.
10. Souza EAP, Nista CR, Scotoni AE, Guerreiro MM. Sentimentos e reações de pais de crianças epilépticas. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56(1):39-44.
11. Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Lopes Cl. Considerações gerais. 2000; 3:1-10.
12. Fernandes JG, Sander JWAS. Epidemiologia e história natural das epilepsias. In: Costa JC, Palmimi A, Yacubian EMT, Cavalheiro EA. Fundamentos neurobiológicos das epilepsias. 1998:3-20
13. Engel JJr. A proposed diagnostic scheme for people with epileptic seizures and with epilepsy: report of the ILAE task force on classification and terminology. *Epilepsia*. 2001;42:796-803.
14. Guerreiro CAM, Guerreiro MM. Epilepsia: o paciente otimamente controlado. São Paulo: Lemos editorial, 1999.
15. Reynolds EH. The ILAE/IBE/WHO epilepsy global campaign history. *International League Against Epilepsy. International Bureau for Epilepsy. Epilepsia*. 2002;43 Suppl 6:9-11.
16. Campos C de C, Haddad AS. Transtorno Convulsivo: Epilepsia. In: *Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais*. 2007:292-7.
17. Engel J. Report of the ILAE classification core group. *Epilepsia*. 2006;47(9):1558-68.
18. Sander JW, Shorvon SD. Epidemiology of the epilepsies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996;61(5):433-43.
19. Rutecki PMD. Convulsões e Epilepsia. In: ROLAK, Loren A. *Segredos em Neurologia*. 2001(2) cap. 21:331-349.
20. Pedley TA, Bazil CW, Morrell MJ. Epilepsia. In: M.D., Lewis P. Rowland. *Merritt Tratado de Neurologia*. 2006; 10, Cap.140:705-722.

21. Scheffer IE, Berkovic S, Copovilla G et al. Classificação das epilepsias da ILAE: Relatório da Comissão de Classificação e Terminologia da ILAE. 2017; 58(4):512-521.
22. Commission on classification and terminology of the international league against epilepsy (ILAE). Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsy*. 1981; 22(4): 489-501.
23. Costa AR, Correa PC, Partata AK. Epilepsia e os farmacos mais utilizados no seu tratamento. *Revista Científica do ITPAC, Araguaína*. 2012;5(3).
24. Betting LE, Kobayashi E, Montenegro MA, Min LL, Cendes F, Guerreiro MM, et al. Tratamento de epilepsia: Consenso dos Especialistas Brasileiros. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(4):1045-70.
25. Goldenberg MM. Overview of drugs used for epilepsy nad seizures: etiology, diagnosis, and treatment. *Pharm and Therap*. 2010;35(7):392-415.
26. Dhingra K, Prakash S. Gingival overgrowth in partially edentulous ridges in an elderly female patient with epilepsy: a case report. *Gerodontology*. 2012;29(2):1201-6.
27. Mani KS, Rangan G, Srinivas HV, Srindharan VS, Subbakrishna DK. Epilepsy control with phenobarbital or phenytoin in rural south India: the Yelandur study. *Lancet*. 2001;357(9265):1316-20.
28. Kimball RF. A delayed change of phenotype following a change of genotype in *paramecium aurelia*. *Genetics*. 1939;24(1):49-58.
29. Rang HP, Dale MM. Fármacos Antiepiléticos. In: *Farmacologia*. Elsevier, 2007;(6), Cap. 40:575-587.
30. Baumgarten A, Cancino CMH. Epilepsia e Odontologia: uma revisão da literatura. *Rev. bras. odontol*. 2016;73(3):231-6.
31. Brunet L, Miranda J, Roset P, Berini L, Farré M, Mendieta C. Prevalence and risk of gingival enlargement in patients treated with anticonvulsant drugs. *Eur J Clin Invest*. 2001;31(9):781-8.
32. Luvizuto ER, da Silva JB, Campos N, Luvizuto GC, Poi WR, Panzarini SR. Functional aesthetic treatment of patient with phenytoin-induced gingival overgrowth. *J Craniofac Surg*. 2012;23(3): e174-6.
33. Nakib N, Ashrafi SS. Drug-induced gingival overgrowth. *Dis Mon*. 2011;57(4):22530.
34. Priyadharshini V, Belure VV, Triveni MG, Tarun Kumar AB, Mehta DS. Successful management of phenytoin and phenobarbitone induced gingival enlargement: A multimodal approach. *Contemp Clin Dent*. 2014 Apr;5(2):268-71.
35. Maranhão MVM, Gomes EA, Carvalho

- PE. Epilepsia e Anestesia. Rev Bras Anesthesiol. 2011;61(2):232-54.
36. Kamali F, McLaughlin WS, Ball DE, Seymour RA. The effect of multiple anticonvulsant therapy on the expression of phenytoin-induced gingival overgrowth. J Clin Periodontol. 1999;26(12):802-5.
37. Chacko LN, Abraham S. Phenytoin-induced gingival enlargement. BMJ Case Rep. 2014;2014.
38. Marakoglu I, Gursoy UK, Cakmak H, Marakoglu K. Phenytoin-induced gingival overgrowth in un-cooperated epilepsy patients. Yonsei Med J. 2004;45(2):337-40.
39. Fiske J, Boyle C. Epilepsy and oral care. Dent Update. 2002 May;29(4):180-7.
40. Silverman S. Oral cancer: complications of therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1999 Aug;88(2):122-6.
41. Károlyházy K, Kivovics P, Hermann P, Fejérdy P, Arányi Z. Five-year follow-up of oral health and seizure condition of patients with epilepsy: a prospective observational study. Community Dent Health. 2010 Dec;27(4):233-7.
42. Sanders BJ, Weddell JA, Dodge NN. Managing patients who have seizure disorders: dental and medical issues. J Am Dent Assoc. 1995 Dec;126(12):1641-7.
43. Cune MS, Strooker H, van der Reijden WA, de Putter C, Laine ML, Verhoeven JW. Dental implants in persons with severe epilepsy and multiple disabilities: a long-term retrospective study. Int J Oral Maxillofac Implants. 2009;24(3):534-40.
44. Young SI. Management of some medical emergencies in the dental office. J Can Dent Assoc (Tor). 1965; 31:185-91.
45. Aragon CE, Hess T, Burneo JG. Knowledge and attitudes about epilepsy: a survey of dentists in London, Ontario. J Can Dent Assoc. 2009 Jul;75(6):450.
46. Barbério GS, Santos PSS, Machado MAAM. Epilepsia: condutas na prática odontológica. Rev. Odontol. Univ 2013;25(2):141-6.
47. Herzog AG, Harden CL, Liporace J, Pennell P, Schomer DL, Sperling M, et al. Frequency of catamenial seizure exacerbation in women with localization-related epilepsy. Ann Neurol. 2004;56(3):431-4. 10.
48. Maldonado A, Ramos W, Pérez J, Huamán LA, Gutiérrez EL. [Convulsive status epilepticus: clinico-epidemiologic characteristics and risk factors in Peru]. Neurologia. 2010;25(8):478-84.
49. Alldredge BK, Gelb AM, Isaacs SM, Corry MD, Allen F, Ulrich S, et al. A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out-of-hospital status epilepticus. N Engl J Med. 2001;345(9):631-7.

50. Kennedy BT, Haller JS. Treatment of the epileptic patient in the dental office. N Y State Dent J. 1998;64(2):26-31.
51. Rood JP. Local anaesthesia and the medically compromised. Dent Update. 1991;18(8):330-2.
52. Robb ND. Epileptic fits under intravenous midazolam sedation. Br Dent J. 1996;181(5):178-9.
53. Brasil. Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos; 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia. Disponível em URL: <http://portalms.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>.
54. Campos CC, Frazão BB, Saddi GL et al. Manual prático para atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. 2009;2: 40-42.
55. Robbins MR. Dental management of special needs patients who have epilepsy. Dent Clin North Am. 2009;53(2):295-309.
56. Jorge W. Emergências médicas no consultório dentário. Revista Conexão Unna. 2004:1-4.