



**REABILITAÇÃO ORAL EXTENSA EM PACIENTE COM EPILEPSIA:
RELATO DE CASO**

**EXTENSIVE ORAL REHABILITATION IN A PATIENT WITH EPILEPSY:
CASE REPORT**

Flaylla Anielly Alves da SILVA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: dra.flaylla.silva@faculdefacit.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-1747-3698>

Glaociene Aguiar JORGE
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: glaocieneaguiar686@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0003-1425-6680>

Lídia Maria Lourenço Costa BARBETTA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: lidia.barbetta@faculdefacit.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0000-7252-993X>

João Nivaldo Pereira GOIS
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: joao.gois@faculdefacit.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0009-5809-658X>

Caio Rodrigo Pacheco LOPES
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: drcaiorpupes@outlook.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0002-9791-1435>

Marcelo Rodrigues MOREIRA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: marcelodentex@hotmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0004-9164-043X>

Laís Santos Tizzo LOBO
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: lais.lobo@faculdefacit.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-7793-0577>

RESUMO

Introdução: A Odontologia reconhece como pacientes com necessidades especiais aqueles que apresentam uma ou mais limitações, sejam elas temporárias ou

permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou decorrentes de condições médicas, que dificultem ou inviabilizem o atendimento odontológico convencional. A epilepsia é reconhecida como a doença neurológica grave mais prevalente em todo o mundo. Trata-se de uma desordem cerebral caracterizada pela ocorrência de crises epiléticas recorrentes, que podem ser acompanhadas por diversas consequências secundárias, incluindo comprometimentos neurológicos, cognitivos, psicológicos e sociais, impactando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados. **Objetivo:** Este trabalho tem o intuito de relatar o caso clínico completo de um paciente com epilepsia devolvendo a função, estética e bem-estar do paciente. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 18 anos, procurou a clínica odontológica da Faculdade de Ciências do Tocantins- FACIT, em Araguaína-TO, queixando-se de dor, sensibilidade e insatisfação estética. Durante a anamnese o paciente relatou ter epilepsia e fazer o uso de medicamentos como carbamazepina e ácido valproico diariamente. Após o exame clínico detalhado, foram observadas extensas lesões cariosas, restos radiculares, papilas inflamadas, hipoplasia de esmalte e placa bacteriana. O plano de tratamento foi desenvolvido de acordo com as necessidades do paciente e uma equipe multidisciplinar, onde envolveram várias áreas da Odontologia. **Conclusão:** É de extrema importância que o cirurgião-dentista esteja devidamente capacitado para atender pacientes de diferentes condições clínicas, incluindo aqueles com epilepsia. Na maioria dos casos, o controle das convulsões é possível por meio do uso de anticonvulsivantes, o que permite a realização de procedimentos odontológicos.

Palavras-chave: Epilepsia. Anticonvulsivantes. Reabilitação oral. Estética.

ABSTRACT

Introduction: Dentistry recognizes as patients with special needs those who present one or more limitations, whether temporary or permanent, mental, physical, sensorial, emotional, growth or resulting from medical conditions, which make conventional dental care difficult or unfeasible. Epilepsy is recognized as the most prevalent serious neurological disease worldwide. It is a brain disorder characterized by the occurrence of recurrent epileptic seizures, which can be accompanied by several secondary

consequences, including neurological, cognitive, psychological and social impairments, significantly impacting the quality of life of affected individuals. **Objective:** This work aims to report the complete clinical case of a patient with epilepsy, restoring the patient's function, aesthetics and well-being. **Case report:** An 18-year-old male patient sought the dental clinic at the Faculty of Sciences of Tocantins - FACIT, in Araguaína-TO, complaining of pain, sensitivity and aesthetic dissatisfaction. During the anamnesis, the patient reported having epilepsy and taking medications such as carbamazepine and valproic acid daily. After detailed clinical examination, extensive carious lesions, root debris, inflamed papillae, enamel hypoplasia and bacterial plaque were observed. The treatment plan was developed according to the patient's needs and a multidisciplinary team, involving several areas of Dentistry. **Conclusion:** It is extremely important that the dentist is properly trained to care for patients with different clinical conditions, including those with epilepsy. In most cases, control of seizures is possible through the use of anticonvulsants, which allows dental procedures to be performed.

Keywords: Epilepsy. Anticonvulsants. Oral rehabilitation. aesthetics.

INTRODUÇÃO

A Odontologia está em constante evolução, abordando diversos fatores que relacionam com ela mesma, desde a doenças presentes na cavidade oral quanto a doenças sistêmicas. O profissional deve estar capacitado para atender qualquer tipo de paciente, mesmo que sejam pacientes mais complexos, como por exemplo o caso de pacientes portadores de epilepsia¹.

A epilepsia é uma condição neurológica caracterizada por alterações temporárias e reversíveis na atividade elétrica do cérebro, não relacionadas a febre, uso de substâncias ou distúrbios metabólicos. Durante os episódios, que podem durar de segundos ou minutos, o cérebro emite sinais elétricos anormais, que podem estar restritos a uma área específica ou afetar ambos os hemisférios cerebrais. Esses eventos, conhecidos como crises epiléticas, podem variar em intensidade e forma de manifestação, com alguns sintomas sendo sutis e difíceis de detectar. Apesar disso, a relevância da epilepsia no contexto de saúde pública é significativa, ressaltando a

necessidade de compreender as distintas manifestações da condição para um diagnóstico e tratamento adequados².

A epilepsia é a doença neurológica grave mais comum no mundo, caracterizada por crises epiléticas causadas por atividade neuronal excessiva no cérebro, além de consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. As crises podem envolver disfunções motoras, sensoriais ou psíquicas, com ou sem perda de consciência. A epilepsia só é definida com a presença de diversas crises convulsivas, sendo essas, ataques recorrentes¹.

O início de uma crise convulsiva pode se manifestar de diversas formas, incluindo sinais sutis e variados, como ausência de consciência acompanhada de fixação do olhar, alterações sensoriais, sensação de medo, distúrbios de memória e movimentos impensados e descontrolados. Esses sintomas iniciais podem ou não progredir para uma convulsão generalizada. Já na crise convulsiva em si, os sintomas tornam-se mais intensos e evidentes, podendo incluir perda de consciência, movimentos bruscos e descontrolados envolvendo todas as extremidades, travamento da mandíbula devido à contração excessiva dos músculos masseter e temporais, salivação excessiva e manifestações do sistema nervoso autônomo, como incontinência urinária e fecal¹.

Indivíduos que apresentam crises epiléticas são classificados como pacientes com necessidades especiais, o que demanda um atendimento odontológico adaptado às suas condições. Essa classificação se dá em função das características médicas específicas da epilepsia. A anamnese é um momento de suma importância para identificar aspectos fundamentais relacionados à epilepsia no contexto clínico. Nesse processo, é possível compreender o histórico do paciente, incluindo os fatores associados ao aumento do risco de crises epiléticas. A maioria dos pacientes é capaz de reconhecer os gatilhos mais comuns, como privação de sono, estresse, consumo de álcool, uso irregular de medicamentos antiepiléticos e, no caso das mulheres, as variações hormonais ao longo do ciclo menstrual³.

Pacientes com epilepsia não apresentam características odontológicas específicas inerentes à doença. No entanto, as alterações na saúde bucal estão associadas a fatores externos que impactam diretamente sua condição oral. Entre esses fatores, destacam-se o uso de medicamentos, que possuem efeito sistêmico ao atuarem

como imunossupressores, e as crises convulsivas, que podem causar traumas dentários ou em tecidos moles devido às forças geradas pela contração muscular ou quedas durante os episódios¹.

A Carbamazepina é indicada para crises convulsivas parciais complexas ou simples (com ou sem perda da consciência). Os nomes comerciais são: Carbazol®, carmazin®, convulsan®, tegretard®, tegretol®. Os efeitos na cavidade oral são: aumento ou sangramento gengival, ulcerações e estomatites, xerostomia, inflamação da língua e candidíase⁴.

O Ácido Valproico é indicado como monoterápico e adjuvante no tratamento de pacientes com crises parciais complexas que ocorrem isoladamente e como adjuvante em pacientes com tipos de convulsões múltiplas que incluem crises de ausência. Os nomes comerciais são: Depakene®, depakote®, valpakine®, valprene®. Os efeitos na cavidade oral são tempo de sangramento prolongado⁴.

O atendimento odontológico requer que cirurgiões-dentistas estejam capacitados para prevenir crises, manejar emergências convulsivas e tratar problemas dentários associados. A falta de conhecimento sobre epilepsia por parte dos profissionais pode dificultar o acesso a cuidados adequados para esses pacientes. Entretanto, se o profissional não estiver capacitado para realizar o procedimento necessário em relação ao paciente, deve conhecer e saber o que o paciente precisa, realizando então um encaminhamento para um profissional capacitado para o caso¹.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo relatar por meio de um caso clínico a reabilitação oral total de um paciente com epilepsia que buscou atendimento odontológico na Clínica Integrada da Faculdade de Ciências do Tocantins-FACIT com queixa de dor, sensibilidade e insatisfação estética. O estudo tem como objetivo esclarecer questões relacionadas ao atendimento de pacientes epiléticos, destacando que aqueles com crises epiléticas controladas não apresentam grandes desafios durante o tratamento odontológico. Por outro lado, pacientes com crises não controladas demandam cuidados específicos.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente R.S.S, 18 anos de idade, sexo masculino, com comprometimento sistêmico, compareceu à clínica odontológica da Faculdade de Ciências do Tocantins-FACIT em setembro de 2024, com queixa de dor, sensibilidade e insatisfação estética. Durante a anamnese, o paciente relatou que tem epilepsia e faz uso dos medicamentos Carbamazepina® e Ácido Valproico® todos os dias para evitar crises.

Nos hábitos de higiene oral o paciente referiu escovação dentária duas vezes ao dia e utilização do fio dental.

Exame Clínico

No exame clínico extraoral não foram verificadas alterações. No exame clínico intraoral, foram identificadas extensas lesões de cárie, restos radiculares, papilas inflamadas, hipoplasia de esmalte e presença de placa bacteriana.

Figura 1. Aspecto clínico inicial.



Fonte: Os autores.

Figura 2. Aspecto clínico inicial inferior.



Figura 3. Aspecto clínico inicial superior.



Fonte: Os autores.

Figura 4. Foto de frente.



Fonte: Os autores.

Exames Complementares

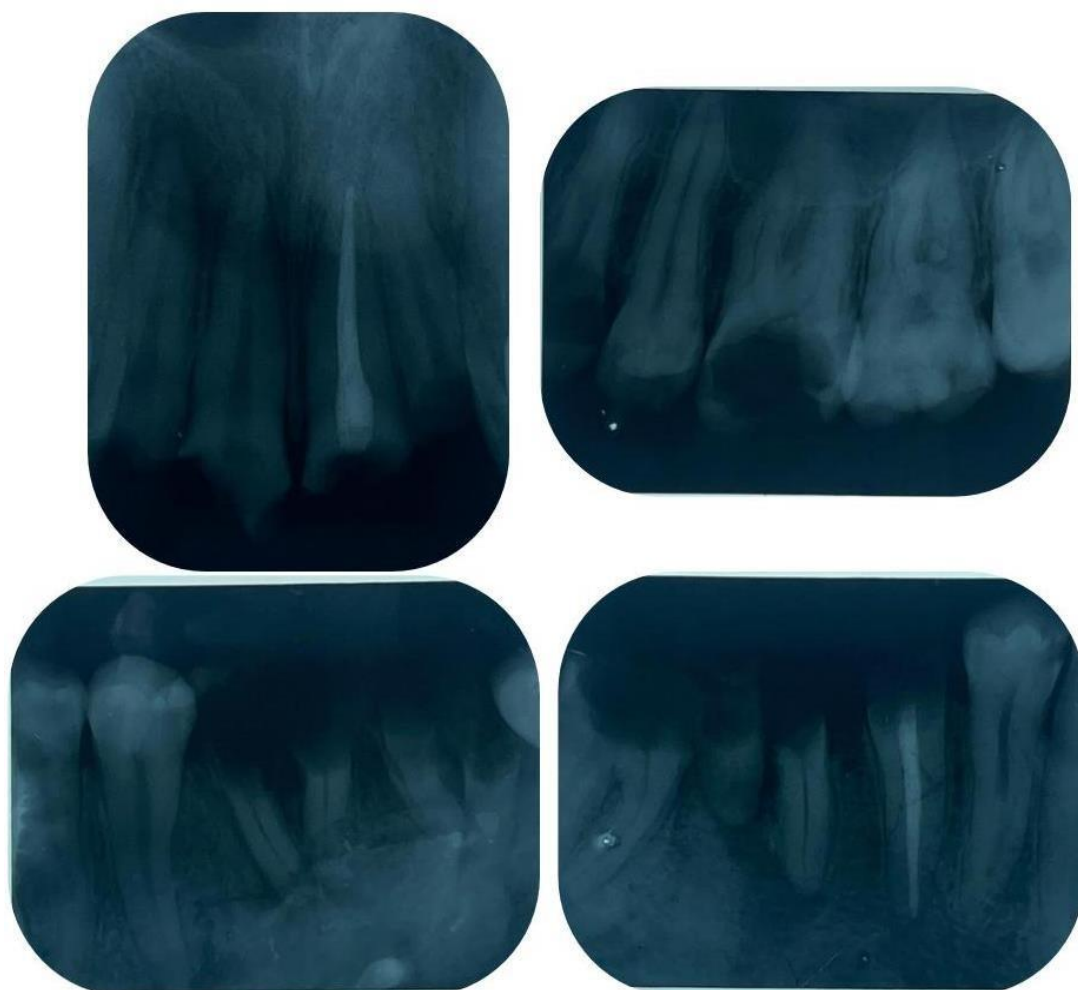
De início, foi solicitada a radiografia panorâmica para avaliação da estrutura óssea e dos elementos dentais presentes na cavidade oral do paciente. Foram realizadas ainda, radiografias periapicais na Clínica da Faculdade para um melhor diagnóstico e plano de tratamento.

Figura 5: Radiografia panorâmica realizada após o início do tratamento.



Fonte: Os autores.

Figura 6: Radiografias periapicais iniciais.



Fonte: Os autores.

Plano de Tratamento

Frente ao exame clínico e radiográfico do paciente, a sequência do plano de tratamento proposto foi:

- 1) Adequação do meio oral: através de raspagem com ultrassom e profilaxia (periodontia);
- 2) Exodontia dos elementos: 37,36, 47, 46, 45 e 14;
- 3) Tratamento endodôntico dos elementos: 11, 12, 22, 16;
- 4) Retratamento endodôntico elemento: 21;
- 5) Restauração com resina composta dos elementos: 18, 17,15, 13, 23,24, 25, 26, 27, 38, 35, 34,33, 32, 42, 43, 44, 48;
- 6) Pino e coroas provisórias, elementos: 12, 11, 21, 22;

- 7) Prótese Parcial Removível Superior e Inferior (PPR);
- 8) Cimentação definitiva das coroas totais elementos: 12,11, 21, 22;
- 9) Acabamento e polimento das restaurações;
- 10) Ajustes de prótese;
- 11) Alta do paciente e retorno a cada quatro meses para avaliação e manutenção periodontal.

O plano de tratamento foi cuidadosamente desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, incluindo especialistas em cirurgia, endodontia, prótese dentária, dentística e periodontia. Respeitando os limites e cuidados com o paciente a fim de obter resultados satisfatórios devolvendo primeiramente função e conseqüentemente estética para ele.

O paciente concordou com o plano de tratamento proposto, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como o termo de Autorização de Imagem.

Adequação do Meio Bucal

O tratamento iniciou-se com a adequação do meio bucal através da raspagem e alisamento supragengival com ultrassom, profilaxia com escova de Robson e pasta profilática, posteriormente, orientações sobre higiene da cavidade oral. Em seguida, exodontias dos elementos 37, 36, 47, 46, 45 e 14 foram necessárias pois estavam com comprometimentos irreversíveis. Após a preparação do campo operatório, procedeu-se aos tratamentos endodônticos, retratamento, restaurações em resina composta e tratamento protético.

Figura 7: Exodontia do elemento 14.



Fonte: Os autores.

Figura 8: Entrega de kit de higiene oral.



Fonte: Os autores.

Tratamento Endodôntico

O tratamento endodôntico consiste na limpeza e desinfecção dos canais radiculares através dos métodos mecânicos com uso de limas e químicas com uso de soluções irrigadoras. Seu objetivo principal é preservar o elemento dentário, eliminando a infecção ou prevenindo novas lesões periapicais. Foram realizados tratamentos endodônticos nos elementos 11, 12, 22 e retratamento endodôntico no elemento 21, pois, o mesmo estava insatisfatório. Para posteriormente, receberem pinos intrarradiculares de fibra de vidro e coroa total protética. O elemento 16 também recebeu tratamento endodôntico devido a extensa lesão cáriosa envolvendo a câmara pulpar.

Figura 9: Isolamento para tratamento endodôntico.



Fonte: Os autores.

Figura 10: Radiografia inicial.



Fonte: Os autores.

Figura 11: Endodontia elementos 12 e 11 finalizadas, prova do cone elemento 21.



Fonte: Os autores.

Figura 12: Tratamentos endodônticos finalizados.



Fonte: Os autores.

Figura 13: Odontometria elemento 16.



Fonte: Os autores.

Após as endodontias finalizadas foi feita a desobturação dos condutos com brocas gates 1 e 2, largo 1 e 2 respeitando o limite e deixando 3 a 4 mm de guta percha para cimentação dos pinos intrarradiculares e posterior preparo dos elementos. Em seguida foi realizada moldagem com silicone de condensação, envio para o laboratório. Na mesma sessão foram instalados os provisórios com dentes de estoque na cor A3.

Figura 14: Preparo dos elementos 11, 12, 21 e 22 finalizados.



Fonte: Os autores.

Figura 15: Provisórios instalados.



Fonte: Os autores.

Figura 16: Foto de frente com provisórios.



Fonte: Os autores.

Restaurações em Resina Composta

Na fase restauradora, ocorreu a remoção de tecido cariado e restauração dos elementos 18, 17,15, 13, 23,24, 25, 26, 27, 38, 35, 34,33, 32, 42, 43, 44, 48. Elas foram divididas em 5 sessões clínicas e realizadas por quadrantes. Na primeira foram feitas sete restaurações, na segunda quatro, na terceira cinco restaurações e na quarta duas restaurações utilizando resina composta. E por fim, na última sessão foram realizados acabamentos e polimentos com brocas FF, carbono, lixas interproximais, discos de lixa, borrachas e pasta de polimento com feltro de algodão.

Figura 17: Remoção de tecido cariado elementos 27, 26, 25, 24,23.



Fonte: Os autores.

Figura 18: Aspecto final da arcada superior, restaurações finalizadas.



Fonte: Os autores.

Figura 19: Aspecto final da arcada inferior, restaurações finalizadas.



Fonte: Os autores.

Tratamento Protético

O tratamento protético foi dividido em sessões.

1º Sessão: Com as restaurações dos elementos dentários que estavam com lesões de cárie prontas, foram realizados nichos nos elementos e moldagem de trabalho com silicone de condensação e enviada para o laboratório confeccionar a estrutura metálica.

2º Sessão: Prova da estrutura metálica superior e inferior e envio para o laboratório.

Figura 20: Estrutura metálica inferior.



Fonte: Os autores.

3º Sessão: Prova dos dentes.

4º Sessão: Entrega das próteses e ajustes oclusais.

Figura 21: PPR superior.



Fonte: Os autores.

Figura 22: PPR inferior.



Fonte: Os autores.

Figura 23: Arcada superior com a prótese.



Fonte: Os autores.

Na mesma sessão de entrega das próteses foram realizadas as cimentações das coroas definitivas na cor A3. Foi realizada a prova das coroas e logo após, o passo a passo para cimentação com cimento resinoso.

Figura 24: Coroas definitivas.



Figura 25: Coroas definitivas.



Fonte: Os autores.

Figura 26: Prótese e coroas instaladas.



Figura 27: Foto lateral lado direito.



Figura 28: Foto lateral lado esquerdo.



Fonte: Os autores.

Figura 29: Fotografia final.



Fonte: Os autores.

5º Sessão: Ajustes em prótese.

Fase de Manutenção

Foi recomendado ao paciente retorno a cada 4 (quatro) meses para avaliação e manutenção periodontal.

DISCUSSÃO

O uso de medicamentos psicoativos vem crescendo, principalmente os antidepressivos. Há também um grande e contínuo uso dos anticonvulsivantes para tratamentos por um curto período ou por toda vida para o controle de algumas doenças como a epilepsia. Porém, essas medicações têm efeitos adversos que, também, podem acometer a cavidade bucal. Os fármacos como Carbamazepina podem causar xerostomia. Se associada à má higiene oral, maiores índices de cárie e candidíase oral são encontrados. Quando necessário, algumas situações clínicas requerem, aplicações de flúor, profilaxias profissionais frequentes e tratamento periodontal, além do uso de saliva artificial, nos casos de xerostomia deve ser indicado⁵.

REABILITAÇÃO ORAL EXTENSA EM PACIENTE COM EPILEPSIA: RELATO DE CASO. Flaylla Anielly Alves da SILVA; Glaociene Aguiar JORGE; Lídia Maria Lourenço Costa BARBETTA; João Nivaldo Pereira GOIS; Caio Rodrigo Pacheco LOPES; Marcelo Rodrigues MOREIRA; Laís Santos Tizzo LOBO. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2024 - MÊS DE DEZEMBRO - Ed. 57. VOL. 01. Págs. 501-531. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

O Ácido Valproico é um medicamento utilizado como monoterapia ou adjuvante no tratamento de crises parciais complexas e múltiplos tipos de convulsões, incluindo crises de ausência. Comercialmente conhecido como Depakene, Depakote, Valpakine e Valprene, esse fármaco pode causar alterações bucais, como trombocitopenia, diminuição da agregação plaquetária, prolongamento do tempo de sangramento e leucopenia, o que aumenta o risco de infecções e dificulta a coagulação em procedimentos odontológicos. Além disso, interage com medicamentos como Rifamicina, Aspirina, Fluconazol, Eritromicina e Ibuprofeno, exigindo cuidado ao associá-los. Pacientes em uso de Ácido Valproico devem ser monitorados de forma integrada por médicos e dentistas, especialmente em procedimentos invasivos, para prevenir complicações relacionadas a sangramentos e infecções, além de receber orientações sobre a manutenção da higiene bucal¹.

A carbamazepina promove alterações no paladar que desaparecem com o tempo. Além disso, pode causar, também, a xerostomia que é a sensação de boca seca. Por conseguinte, diversos tipos de anticonvulsivantes proporcionam alterações distintas na cavidade oral, no entanto se faz necessário uma anamnese completa e detalhada para que as orientações dadas aos pacientes sejam adequadas⁵.

A saliva é um dos mais importantes fluidos corporais com certo grau de viscosidade, em sua composição existe água (99%) e cerca de 1% de eletrólitos como sódio, potássio, cloro, flúor, bicarbonato e fosfato, proteínas, enzimas e produtos nitrogenados. A ação conjunta desses componentes interfere e modifica a capacidade tampão da saliva, processo de desmineralização e remineralização dos dentes e na ação antimicrobiana da saliva⁶.

A xerostomia, popularmente conhecida como boca seca, refere-se à sensação subjetiva de secura na cavidade oral, que pode impactar significativamente a qualidade de vida. Essa condição pode ser classificada em duas categorias principais: pseudo xerostomia e xerostomia verdadeira. Na pseudo xerostomia, a cavidade oral apresenta uma sensação de secura, mesmo com uma secreção salivar normal, geralmente associada a alterações na composição da saliva. Já na xerostomia verdadeira, há uma redução objetiva na taxa de secreção salivar, inferior à taxa combinada de absorção pela mucosa oral e evaporação⁷.

Os sintomas da xerostomia incluem dificuldade em mastigar, engolir e falar, mau hálito, alteração no paladar e, em casos prolongados, podem levar a complicações como infecções orais, cáries dentárias e até desnutrição⁷.

Em relação à cavidade oral a xerostomia repercute em uma série de complicações como: aumento do risco de cárie, ulcerações e infecções da mucosa oral, halitoses, desidratação da mucosa, alterações do paladar, alterações periodontais e ainda criam um ambiente propício para o desenvolvimento de infecções oportunistas. As principais condutas atuais incluem: controlar a doença base, apesar de que muitas das doenças são crônicas e incuráveis, controlar o uso de medicamentos xerogênicos se possível ou alterá-los outros fármacos que tenha efeitos terapêuticos idênticos e menor efeito em relação a xerostomia, hidratação labial com água ou outros líquidos por via oral, estimulantes e substitutos salivares⁶.

A hiperplasia gengival medicamentosa é caracterizada pelo crescimento anormal da gengiva, frequentemente associado ao uso de medicamentos sistêmicos, como imunossupressores, anticonvulsivantes e bloqueadores de canais de cálcio. Esse fenômeno ocorre com o aumento do tecido gengival, inicialmente nas papilas interdentais, que se expande pelas superfícies dentárias e pode recobrir os dentes. A Patogênese dessa condição é multifatorial, influenciada pelo controle de biofilme dentário, inflamação gengival, idade, sexo, duração e dosagem da medicação, uso concomitante de outros fármacos e fatores genéticos^{8,9}.

De acordo com o Índice de McGraw, a hiperplasia gengival pode ser classificada em três graus, dependendo da extensão do crescimento gengival: desde a ausência de sinais até casos mais severos, onde o tecido recobre grande parte da coroa dentária. Essa classificação é fundamental para direcionar o diagnóstico e o tratamento adequado dessa condição, considerando sua complexidade e impacto na saúde bucal. O tratamento da hiperplasia gengival envolve a remoção do fator causador, associado a uma higiene oral adequada. Em casos mais graves, podem ser necessárias terapias como raspagem, alisamento coronorradicular ou cirurgias corretivas, como gengivoplastia e gengivectomia, para melhorar a saúde e a estética bucal^{8, 9}.

A hipoplasia de esmalte é uma condição caracterizada pela redução na quantidade ou espessura do esmalte dentário, o que resulta em dentes com formato irregular, menores ou mais finos. Essa alteração ocorre devido a uma disfunção nos

ameloblastos, células responsáveis pela formação do esmalte, durante o processo de desenvolvimento da matriz orgânica, onde as proteínas são depositadas. Por serem extremamente sensíveis a fatores externos, locais e sistêmicos, os ameloblastos podem ser facilmente comprometidos por qualquer interferência durante esse período, o que afeta a produção adequada do esmalte. Como consequência, os dentes apresentam manchas, alterações na coloração e espessura reduzida, prejudicando tanto a funcionalidade quanto a estética. Diferentemente de outros tecidos duros do corpo, como os ossos, o esmalte dentário não possui a capacidade de regeneração ou remodelação, tornando os danos causados durante sua formação irreversíveis e destacando a importância de evitar fatores que possam prejudicar o desenvolvimento dental^{1º}.

No tratamento das hipoplasias dentárias, as restaurações adesivas com resinas compostas têm se mostrado uma solução moderna e eficaz. O avanço nos sistemas adesivos, associado às melhorias nas propriedades das resinas compostas e ao uso do condicionamento ácido, permite uma adesão eficiente ao esmalte comprometido, garantindo bons resultados. Essa técnica proporciona um tratamento conservador, funcional e estético, sendo realizada em uma única sessão. Além disso, minimiza o desgaste de tecido dentário em dentes já fragilizados, preservando ao máximo sua estrutura. Essas vantagens fazem das restaurações adesivas uma escolha amplamente aceita pelos profissionais, possibilitando a recuperação funcional e estética do sorriso dos pacientes de forma eficiente e prática¹¹.

A indicação do tratamento endodôntico parte do princípio de que todos os exames clínicos e imaginológicos foram realizados. A avaliação da viabilidade e o restabelecimento das funções mastigatórias do elemento dentário são essenciais. O tratamento endodôntico desenvolve-se em etapas técnicas: acesso à câmara pulpar, preparo cirúrgico do sistema de canais, obturação do sistema de canais. Cada etapa possui suas particularidades e passos a serem cumpridos. Ademais, o sucesso do tratamento endodôntico é dependente da execução adequada de todas as etapas¹².

A reabilitação estética e funcional de dentes com grande destruição coronária representa um dos maiores desafios na Odontologia restauradora. Quando há uma grande perda da estrutura dentária, a utilização de retentores radiculares se torna uma opção para melhorar o suporte e a retenção de restaurações protéticas. Existem

diversos tipos de retentores intrarradiculares, entre eles estão os pré-fabricados metálicos e não metálicos. Os mais utilizados são os pinos de fibra (de vidro, de carbono e resinosos) se trata da mais recente alternativa para reabilitação de dentes endodonticamente tratados. Têm substituído principalmente o pino metálico, devido às suas propriedades estéticas e maior capacidade de absorver cargas mastigatórias, minimizando assim o risco de fratura radicular¹³.

Os retentores intrarradiculares são cimentados no canal radicular previamente preparado, restaurando a resistência estrutural e permitindo a fixação de coroas ou outros tipos de próteses. A escolha do retentor adequado envolve a consideração de vários fatores, incluindo a quantidade de remanescente dentário, a carga funcional que será aplicada, a posição do dente na arcada e a preferência estética do paciente. A utilização desse tipo de retentor está cada vez mais aplicada no meio clínico e científico, devido as suas inúmeras vantagens, principalmente as características mecânicas e estéticas. Apresentam biocompatibilidade, adesividade, melhor custo-benefício e menor tempo clínico para operador¹³.

Não existe um protocolo de tratamento ou de prevenção para as crises epiléticas quando se realiza a Odontologia em ambiente ambulatorial. Porém muito se sabe para evitar, tratar e como proceder com o paciente nessa condição. Na ocorrência de uma crise convulsiva, durante o atendimento no consultório odontológico, como providência imediata, alguns procedimentos devem ser considerados como padrão: Caso ocorra a crise epilética durante a realização de procedimentos na cadeira odontológica, o paciente deve ser mantido na cadeira em posição deitada (180°) e próxima ao chão; se possível, deve-se posicioná-lo em decúbito lateral, com apoio para a cabeça, para evitar a aspiração de secreções ou materiais dentários. Contenção passiva deve ser usada apenas para prevenir o paciente de atingir objetos próximos ou cair da cadeira^{14,15}.

Quando as crises epiléticas estão controladas por meio do uso regular de medicamentos antiepiléticos, tanto o paciente quanto o dentista podem conduzir o atendimento com maior tranquilidade. Nesse contexto, o risco de uma crise durante o procedimento odontológico é significativamente reduzido, permitindo uma experiência mais segura e previsível. Por outro lado, em casos de epilepsia de difícil controle, a imprevisibilidade das convulsões torna desafiador garantir a ausência de

crises durante o atendimento. Isso exige uma abordagem mais cautelosa e planejada. É crucial que esses pacientes sejam rigorosos com a adesão à posologia dos medicamentos, especialmente nos dias que antecedem o tratamento odontológico¹⁴.

Os anestésicos locais geralmente não apresentam interações clinicamente relevantes com fármacos antiepiléticos. No entanto, é recomendado o uso de lidocaína associada à adrenalina, empregando a técnica de aspiração com carpule para evitar injeção intravascular acidental. Caso seja necessária a sedação, é importante estar ciente de que o uso de midazolam pode induzir convulsões¹⁶.

É quase impossível garantir a ausência de crises no decorrer dos procedimentos odontológicos para aqueles com episódios de difícil contenção. Nesses casos, 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. O cirurgião-dentista deve conhecer algumas interações medicamentosas perigosas, que podem impedir a absorção do antiepilético, como a eritromicina, as penicilinas, o metronidazol, a aspirina e o ibuprofeno^{14, 17}.

O cirurgião-dentista deve estar preparado para situações emergenciais que podem ocorrer durante o atendimento do paciente com epilepsia. Conhecer o estado geral do paciente auxilia a diferenciar uma convulsão epilética de outras possíveis complicações como hipo ou hiperglicemia, hiperventilação, anoxia transitória, toxicidade do anestésico local com repercussão sistêmica e síncope. Em alguns casos, o paciente pode comunicar ao dentista o surgimento de sintomas que precedem a crise epilética, devendo o dentista interromper rapidamente o atendimento e posicionar o paciente no chão, afastando-o de objetos capazes de machucá-lo¹⁸.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que é de extrema importância que o cirurgião-dentista esteja capacitado para atender qualquer tipo de paciente. A maioria dos casos de pacientes epiléticos é possível realizar o controle das convulsões com a utilização de anticonvulsivante, possibilitando o atendimento odontológico, que por sua vez deve ser minuciosamente planejado. É de suma importância a realização de uma anamnese bem detalhada e a elaboração de um plano de tratamento reabilitador individualizado que devolva função, fonética e estética, visando o bem-estar do paciente como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Knup RA, Pereira SP. Pacientes portadores de epilepsia na Odontologia: revisão de literatura. *Ciências da Saúde*. 2021; 1(1):10.
2. Moreira MCR, Silva RT, Galhardo AT. Epilepsia não é só convulsão. In: Santos FL. *Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde*. João Pessoa: Periodicojs editora; 2023. P. 667-707.
3. Ribeiro DWW, Rodrigues DM, Oliveira EVD, Carvalho EHC, Santos Neto FA, Campos JAA, et al. Evidências atuais sobre a utilização de anestésicos locais em pacientes com epilepsia: revisão da literatura. 2022; 11(2): 53-5.
4. Mota MRL, Vitor REC, Marques VM, Leitão MGS, Mesquita JRP, Couto MFL, et al. Medicamentos para pacientes especiais e seus efeitos na cavidade oral. 2022; 11(1): 35.
5. Silva WF, Freitas NM, Oliveira ALF, Felismino RS, França TRT. Análise do nível de conhecimento das manifestações orais causadas pelo uso de anticonvulsivantes. 2021; 20(3): 26-35.
6. Guimarães TGR, França PO. Condutas terapêuticas para idosos com xerostomia: revisão de literatura. 2022; 1(1):6.
7. Kim YJ. *Xerostomia: Advances and Challenges in Drug Development*. Bentham Science Publishers. 2024; 25(5): 301-5.
8. Silva MI. Tratamento de hiperplasia gengival ocasionada pelo uso de anticonvulsivantes: revisão narrativa da literatura. *Unesp*. 2022; 1(1): 33.
9. Alves RM, Maltez LG, Inácio GC, Castro TGR, Rassi TL. Hiperplasia gengival inflamatória durante tratamento ortodôntico: acúmulo de biofilme. *Revista eletrônica de trabalhos acadêmicos*. 2022;7(10): 17.
10. Oliveira BEG. Diferenciação das más-formações do esmalte dentário: hipomineralização molar-incisivo, hipoplasia de esmalte e fluorose dentária. 2023;1(1):21.
11. Duarte EO, Marcolino VRV, Mendonça ICG. Hipoplasia de esmalte dentário e o impacto na autoestima: emprego de facetas diretas. 2022;15(6):10.
12. Costa Junior ED. *Cadernos Endodônticos: a prática da ciência*. 2017; 2(1): 26.
13. Silva MAL, Aguiar GA, Boaventura RSN, Santos KZSS, Bastos ED, Adriano GB, et al. Reabilitação Estética e Funcional com Pino de Fibra de Vidro. *Braz. J. Hea. Rev.* 2020; 3(6): 17259-17267.

14. Baumgarten A, Cancino CMH. Epilepsia e Odontologia: uma revisão de literatura. Rev. Bras. Odontol. 2016; 73(3): 231-6.
15. Barbério GS, Santos PSS, Machado MAAM. Epilepsia: condutas na prática odontológica. Rev. Odontol. 2013; 25(2): 141-6.
16. Junior ERA, Rosa FP, Felipe LCS, Conceição LS. Atendimento odontológico em pacientes com epilepsia e suas intercorrências. Original Article. J Business Techn. 2020; 16(1): 53-67.
17. Araújo ARM, Silva LRM, Barbosa EMV, Freitas FC, Cardoso AL. Assistência odontológica a pacientes com alteração de neurodesenvolvimento: um olhar para a epilepsia. 2023; 19(1): 13-23.
18. Campos CC, Frazão BB, Saddi GL, et al. Manual prático para atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. 2009; 2(1): 40-2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Riquelme Soares de Santana
responsável legal de RG _____,
autorizo a publicação das informações obtidas durante a anamnese
e dos dados clínicos, radiografias e fotografias do tratamento
realizado na clínica da Faculdade de Ciências do Tocantins- FACIT-
TO. Esses documentos serão utilizados para apresentação do caso
clínico da Clínica Integrada com título Reabilitação oral
extensa em paciente com epilepsia de autoria de Flaylla
Anielly Alves da Silva e Glaociene Aguiar Jorge
_____.

Araguaína-TO 29 de novembro, 2024.

Riquelme Soares de Santana

CPF: 087.920.671-31