

EPILEPSIA: CONDUTAS NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA

EPILEPSY: BEHAVIOR IN DENTAL PRACTICE

Gabriel Salles Barbério*
Paulo Sérgio da Silva Santos**
Maria Aparecida de Andrade Moreira Machado***

RESUMO

A epilepsia e seu tratamento podem apresentar questões específicas para os pacientes que recebem atendimento odontológico. A segurança de anestésicos locais, o cuidado com a luz do refletor, as interações medicamentosas, o crescimento gengival, os traumatismos durante as convulsões, o tipo de prótese mais indicada, os fármacos para intervir em situação de emergência, são alguns pontos que o cirurgião-dentista deve conhecer. Esta revisão de literatura é uma proposta de oferecer orientação para o tratamento odontológico em pacientes epiléticos. A abordagem segue desde a importância da anamnese até os efeitos dos fármacos presentes na rotina do cirurgião-dentista.

DESCRITORES: Assistência Odontológica para Doentes Crônicos • Tratamento de Emergência • Epilepsia.

ABSTRACT

Epilepsy and its treatment may present specific issues for patients who receive dental care. The safety of local anesthetics, care for the spotlight, drug interactions, growth gingival trauma during seizures, the most appropriate type of prosthesis, drugs to intervene in emergencies, are some points that the surgeon dentist should know. This literature review is a proposal to provide guidance for dental treatment in patients with epilepsy. The approach follows from the importance of history until the effects of these drugs in dentist's routine.

DESCRIPTORS: Dental Care for Chronically Ill • Emergency Treatment • Epilepsy.

* Pós-Graduando (nível mestrado) do Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo da USP. Email: gasalles@usp.br

** Professor Doutor do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Bauru, USP. Email: paulosss@fob.usp.br

*** Professora Titular do Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Bauru, USP. Email: mmachado@fob.usp.br

INTRODUÇÃO

O conhecimento dos cirurgiões-dentistas (CDs) sobre epilepsia é mais limitado do que o esperado para os profissionais da saúde¹. Neste artigo, consideramos relevante abordar sobre como tratar pacientes com epilepsia no consultório odontológico, com base em uma criteriosa revisão de literatura com enfoque clínico, uma vez que são raros os trabalhos em língua portuguesa que reúnam essas informações agrupadas em um só artigo.

Conceitualmente a epilepsia é geralmente definida como uma tendência a crises convulsivas recorrentes. As características clínicas são crises periódicas, muitas vezes dramáticas, as quais provocam medo e profundas consequências sociais para os doentes².

As crises convulsivas em epiléticos são classicamente divididas em parciais, generalizadas, indeterminadas ou especiais. As crises parciais são subclassificadas por seu efeito sobre o nível de consciência como crises parciais simples (o paciente permanece consciente), crises parciais complexas (o paciente tem consciência afetada); em outros casos, a epilepsia parcial secundariamente pode evoluir para crises convulsivas generalizadas^{3,4}.

As crises generalizadas podem ocorrer quando ambos os lados do cérebro estão envolvidos em descargas elétricas e estas podem incluir crises de ausência, atônicas, tônico-clônicas e as indeterminadas com sintomas de crises parciais e generalizadas.

As crises mais comuns em países em desenvolvimento, como o Brasil, são as tônico-clônicas (talvez por crises parciais passarem despercebidas) que possuem sinais clínicos bem definidos². Uma aura

(luz, cheiro ou sensação) que precede a convulsão, é seguida por uma abrupta perda da consciência, muitas vezes acompanhada por um “grito epilético” causado pela contração do diafragma. Durante a fase tônica (10-15 segundos), ocorre a rigidez do corpo inteiro e o paciente pode tornar-se cianótico, com taquicardia e hipertensão. A fase clônica que se segue é marcada pelos movimentos simultâneos rítmicos involuntários dos braços e pernas, geralmente durando menos de 1 minuto. Perda do controle da bexiga é comum e os pacientes podem morder a língua, bochechas e lábios. Após esse tipo de crise, o paciente geralmente entra em um estado de cansaço com duração de 30 minutos³. Os pacientes com esses diferentes tipos de crises são tratados com fármacos, dieta cetogênica e ocasionalmente com neurocirurgias⁵.

A incidência da epilepsia ocorre em cerca de 70 casos a cada 100.000 pessoas, por ano⁶, sendo maior em pacientes com menos de 2 anos de idade e com mais de 65 anos³. Em Odontologia, os relatos encontrados quanto ao atendimento a paciente epilético estão presentes a partir de 1965, época em que o protocolo de tratamento odontológico desses pacientes não era bem definido⁷.

CUIDADOS ODONTOLÓGICOS

Não é possível definir exatamente um protocolo de tratamento ou de prevenção para as crises epiléticas quando se realiza a odontologia ambulatorial, porém muito se sabe para evitar, tratar e principalmente confortar o paciente nessa condição. Inicialmente, a anamnese é o momento oportuno para identificar se o paciente tem ou não epilepsia (Tabela 1).

Se não há a informação espontânea da



Você já teve algum tipo de convulsão?

São crises controladas?

São crises mal controladas?

O que as desencadeiam?

Está tomando antiepilético?

Já teve problemas durante outros atendimentos?

Está tomando medicação?

O que costuma provocar?

O que faz para prevenir?

Qual o protocolo de emergência?

Tabela 1. Questionário fundamental para abordagens odontológicas em pacientes epiléticos.

presença da doença, a primeira pergunta chave que deve constar no questionário é: "Você já teve algum tipo de convulsão?". Em caso positivo, deve-se investigar a característica das crises, se são bem controladas com o uso de fármacos ou se são mal controladas.

Se as crises estão sob controle com as drogas antiepiléticas e o paciente está livre de crises, tanto o paciente quanto o dentista têm maior tranquilidade durante o atendimento. Mas, para os pacientes com epilepsia de difícil controle, a natureza imprevisível de convulsões torna difícil assegurar a ausência de crises durante procedimentos odontológicos. Para essa condição, os benzodiazepínicos (por exemplo, Lorazepam 0,5mg-1,0mg) podem ser administrados 30-45 minutos antes do procedimento⁸.

No entanto, a maioria dos pacientes pode identificar os fatores que estão associados com um risco aumentado de convulsões. Os fatores mais comuns são a privação do sono, estresse, época do ciclo menstrual, uso de álcool e uso irregular do medicamento antiepilético^{9,10}. Assim, os pacientes devem estar bem descansados e evitar a ingestão de bebidas alcoólicas antes do atendimento odontológico. Os pacientes devem ser vigilantes sobre a posologia dos medicamentos, especialmente durante os dias anteriores ao atendimento.

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 cadeira³.

REPERCUSSÕES BUCAIS

Os efeitos adversos orais dos medicamentos mais comuns dos fármacos antiepiléticos são: ulceração, xerostomia, glossite, estomatite (Carbamazepina, Lamotrigina)¹¹, hiperplasia gengival (Fenitoína), indução de enzimas hepáticas e suas implicações orais (Fenobarbital, primidona, fenitoína)¹².

A xerostomia, causada principalmente pela Carbamazepina e Lamotrigina, associada à má higiene oral leva a maiores índices de cárie e candidíase oral. Em geral, pacientes com epilepsia e com crises regulares tendem a ter um baixo nível socioeconômico, provavelmente devido ao preconceito quando procuram emprego. E o baixo poder socioeconômico está relacionado com a saúde bucal deficiente, indicadas, quando necessárias, aplicações de flúor, profilaxias profissionais frequen-

Medicamento	Interação medicamentosa	Implicações bucais (diretas e indiretas)
Carbamazepina	Claritromicina ⁽³²⁾ , Eritromicina, Benzilpenicilina, Metronidazol	Ulceração, xerostomia, glossite, estomatite, maior CPOD, candidíase, leucopenia, sangramento gengival, erupções cutâneas
Lamotrigina	Fluconazol	Xerostomia, úlceras, maior CPOD, candidíase, leucopenia
Fenitoína	Fluconazol, Metronidazol, Eritromicina ⁽³³⁾ , Aspirina e Ibuprofeno.	Hiperplasia gengival, Indução das enzimas hepáticas (saúde oral prejudicada), leucopenia
Fenobarbital / Primidona	Benzilpenicilina	Indução das enzimas hepáticas (saúde oral prejudicada), leucopenia, osteopenia, sonolência
Valproate	Aspirina ⁽³⁴⁾ , Fluconazol, Eritromicina ⁽³³⁾ , Ibuprofeno	Trombocitopenia, diminuição da agregação plaquetária, leucopenia, petéquias

Tabela 2. Manifestações bucais dos medicamentos antiepiléticos e interações com os medicamentos administrados em Odontologia.



tes e tratamento periodontal, além do uso de saliva artificial nos casos de xerostomia^{11,13-15}.

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, descritas detalhadamente na Tabela 2^{16,17}.

A hiperplasia gengival ou crescimento gengival é a complicação mais frequente em pacientes que fazem uso da fenitoína (pois é secretada na saliva e presente em 50% dos pacientes e frequentemente vista em crianças)¹⁷⁻¹⁹, do fenobarbital²⁰ e raramente do ácido valproico²¹. As profilaxias profissionais e boa higiene oral podem ajudar a prevenir ou reduzir a placa bacteriana e a exacerbação da hiperplasia gengival, mas não impedi-la^{22,23}. Nos casos em que a hiperplasia é grave, gengivectomia é recomendada e pode ser verificada a possibilidade de troca do medicamento sistêmico junto ao médico neurologista.

Em relação aos anestésicos locais, não são conhecidas interações clinicamente significantes com os fármacos antiepiléticos, embora exista a recomendação para Lidocaína com Adrenalina¹¹ e utilização de carpule com aspiração para evitar injeção intravenosa^{18,24}.

Na necessidade de intervir em pacientes sob sedação, é relevante saber que a sedação com Midazolam pode causar convulsões²⁵, e que a sedação com óxido nítrico ou anestesia geral pode reduzir os riscos de convulsões, principalmente por ser uma forma de diminuir o stress do paciente durante o procedimento odontológico, seja ele cirúrgico ou clínico¹¹.

Os pacientes epiléticos têm maior risco de trauma dentário devido a quedas durante a convulsão, o que pode causar danos a tecidos moles, articulação temporomandibular e em especial as coroas dentárias e até avulsão dentária. Desse modo, uma recomendação válida para os pacientes que têm alta incidência de cri-

ses convulsivas não controladas é o uso de protetor bucal²⁶⁻²⁹.

As próteses mais indicadas aos epiléticos são as próteses fixas, que, por serem cimentadas, têm menor risco de aspiração ou de se deslocarem e causarem traumas intrabucais durante as crises convulsivas²⁶. Coroas dentárias de resina acrílica podem facilitar um futuro reparo em relação às coroas de porcelana em pacientes com baixas condições financeiras³⁰. Os dentes perdidos têm indicação de serem substituídos para evitar que a língua fique presa no espaço edêntulo e ferida. A substituição pode ser realizada através de implantes dentários, que apresentam ótima sobrevida e raramente são perdidos³¹.

A luz do refletor é considerada um gatilho para induzir um ataque epilético. Para evitar o risco de crises convulsivas, sugere-se o uso óculos escuros como os usados na proteção dos olhos para aplicação de laser terapêutico ou clareamento dental, e o posicionamento e uso cuidadoso da luz pode minimizar os problemas³.

CONCLUSÃO

Os pacientes epiléticos com crises convulsivas bem controladas podem ser facilmente tratados em configurações de rotina do consultório dentário para clínica geral. Já quanto aos pacientes de alto risco para crises convulsivas, recomenda-se encaminhá-los ao atendimento por profissional especializado e, por vezes, até ao atendimento hospitalar. De qualquer forma, é importante que os cirurgiões-dentistas saibam realizar os primeiros socorros para casos de convulsões e em casos emergenciais.

Cirurgiões-dentistas devem lembrar que são encarregados de tratar o paciente como um todo e isso se torna um privilégio quando se detém o conhecimento da epilepsia e dos medicamentos usados no tratamento, além de poder proporcionar melhores cuidados de saúde oral para esse grupo de pacientes.



REFERÊNCIAS

1. 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.
2. 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.
3. Robbins MR. Dental management of special needs patients who have epilepsy. *Dent Clin North Am.* 2009 Apr;53(2):295-309, ix.
4. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia.* 1989 Jul-Aug;30(4):389-99.
5. Dua T, de Boer HM, Prilipko LL, Saxena S. Epilepsy Care in the World: results of an ILAE/IBE/WHO Global Campaign Against Epilepsy survey. *Epilepsia.* 2006 Jul;47(7):1225-31.
6. Sander JW, Shorvon SD. Epidemiology of the epilepsies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1996 Nov;61(5):433-43.
7. Young SI. Management of some medical emergencies in the dental office. *J Can Dent Assoc (Tor).* 1965 Mar;31:185-91.
8. 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 Aug;345(9):631-7.
9. 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 Sep;56(3):431-4.
10. Maldonado A, Ramos W, Pérez J, Huamán LA, Gutiérrez EL. [Convulsive status epilepticus: clinico-epidemiologic characteristics and risk factors in Peru]. *Neurologia.* 2010 Oct;25(8):478-84.
11. Fiske J, Boyle C. Epilepsy and oral care. *Dent Update.* 2002 May;29(4):180-7.
12. Vorkas CK, Gopinathan MK, Singh A, Devinsky O, Lin LM, Rosenberg PA. Epilepsy and dental procedures. A review. *N Y State Dent J.* 2008 Mar;74(2):39-43.
13. Silverman S. Oral cancer: complications of therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999 Aug;88(2):122-6.
14. Károlyházy K, Kovács E, Kivovics P, Fejérdy P, Arányi Z. Dental status and oral health of patients with epilepsy: an epidemiologic study. *Epilepsia.* 2003 Aug;44(8):1103-8.
15. 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.
16. Sander JW, Perucca E. Epilepsy and comorbidity: infections and antimicrobials usage in relation to epilepsy management. *Acta Neurol Scand Suppl.* 2003;180:16-22.
17. Patsalos PN, Perucca E. Clinically important drug interactions in epilepsy: general features and interactions between antiepileptic drugs. *Lancet Neurol.* 2003 Jun;2(6):347-56.
18. Kennedy BT, Haller JS. Treatment of the epileptic patient in the dental office. *N Y State Dent J.* 1998 Feb;64(2):26-31.
19. Klar LA. Gingival hyperplasia during dilantin-therapy; a survey of 312 patients. *J Public Health Dent.* 1973;33(3):180-5.
20. Sinha S, Kamath V, Arunodaya GR, Taly AB. Phenobarbitone induced gingival hyperplasia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002 Nov;73(5):601.
21. Anderson HH, Rapley JW, Williams DR. Gingival overgrowth with valproic acid: a case report. *ASDC J Dent Child.* 1997 Jul-Aug;64(4):294-7.



22. Addy V, McElnay JC, Eyre DG, Campbell N, D'Arcy PF. Risk factors in phenytoin-induced gingival hyperplasia. *J Periodontol.* 1983 Jun;54(6):373-7.
23. Modéer T, Dahllöf G. Development of phenytoin-induced gingival overgrowth in non-institutionalized epileptic children subjected to different plaque control programs. *Acta Odontol Scand.* 1987 Apr;45(2):81-5.
24. Rood JP. Local anaesthesia and the medically compromised. *Dent Update.* 1991 Oct;18(8):330-2, 4.
25. Robb ND. Epileptic fits under intravenous midazolam sedation. *Br Dent J.* 1996 Sep;181(5):178-9.
26. 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.
27. Percival T, Aylett SE, Pool F, Bloch-Zupan A, Roberts GJ, Lucas VS. Oral health of children with intractable epilepsy attending the UK National Centre for Young People with Epilepsy. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2009 Jan;10(1):19-24.
28. Costa AL, Yasuda CL, França MC, Morita ME, Cendes F. Refractory epilepsy is highly associated with severe dentoalveolar and maxillofacial injuries. *Epileptic Disord.* 2011 Mar;13(1):61-4.
29. Nonato ER, Borges MA. Oral and maxillofacial trauma in patients with epilepsy: prospective study based on an outpatient population. *Arq Neuropsiquiatr.* 2011 Jun;69(3):491-5.
30. Rucker LM. Prosthetic treatment for the patient with uncontrolled grand mal epileptic seizures. *Spec Care Dentist.* 1985 Sep-Oct;5(5):206-7.
31. 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 May-Jun;24(3):534-40.
32. Patsalos PN, Fröscher W, Pisani F, van Rijn CM. The importance of drug interactions in epilepsy therapy. *Epilepsia.* 2002 Apr;43(4):365-85.
33. Goulden KJ, Dooley JM, Camfield PR, Fraser AD. Clinical valproate toxicity induced by acetylsalicylic acid. *Neurology.* 1987 Aug;37(8):1392-4.
34. Miners JO. Drug interactions involving aspirin (acetylsalicylic acid) and salicylic acid. *Clin Pharmacokinet.* 1989 Nov;17(5):327-44.

Recebido em 07-02-2012

Aceito em 09-04-2012

