

ABORDAGEM AO PACIENTE EPILÉTICO NA MEDICINA DENTÁRIA

APPROACH TO THE EPILEPTIC PATIENT IN DENTISTRY

ABSTRACT

Dentistry is constantly progressing and increasingly addresses factors related to both oral and systemic diseases. Epilepsy is a chronic disease, caused by abnormal electrical activity in the brain, manifesting itself in motor, sensory and cognitive changes, often with loss of consciousness in the adult population. In the dental context, it is essential to have specific knowledge to interpret and solve common complications in epileptic patients, including adverse effects of medications, seizures, potential harmful consequences of dental procedures and oral problems along with their rehabilitation. The methodology adopted consists of a literature review, covering national and international books and scientific articles. Data sources will include university repositories, institutional libraries and digital resources, as well as platforms such as PubMed, SciVerse and Web of Science. This review aims to highlight and raise awareness on the importance of diagnosing and treating patients with epilepsy, emphasizing the need for special care due to the complexity of dental care.

Keywords: epilepsy, epileptic seizure, oral health, dental protocol

RESUMO

A medicina dentária está em constante evolução e cada vez mais aborda fatores relacionados tanto a doenças orais como sistémicas. A epilepsia é uma doença crónica, causada por atividade elétrica anormal no cérebro, manifestando-se em alterações motoras, sensitivas e cognitivas, muitas vezes com perda de consciência na população adulta. No contexto dentário, é essencial ter conhecimentos específicos para interpretar e resolver complicações comuns em pacientes epiléticos, incluindo efeitos adversos de medicamentos, crises convulsivas, potenciais consequências prejudiciais de procedimentos dentários e problemas orais juntamente com a sua reabilitação. A metodologia consiste numa revisão de literatura, abrangendo livros e artigos científicos nacionais e internacionais. As fontes de dados incluem repositórios universitários, bibliotecas institucionais e recursos digitais, além de plataformas como a PubMed, SciVerse e Web of Science. Esta revisão visa destacar a importância do diagnóstico e tratamento de pacientes com epilepsia, enfatizando a necessidade de um cuidado especial devido à complexidade do atendimento dentário.

Palavras-chave: epilepsia, crise epilética, saúde oral, protocolo dentário

Introdução

A epilepsia é considerada como uma das doenças neurológicas graves mais prevalente a nível global, com mais de 40 milhões de indivíduos afetados, sendo ultrapassada apenas pelo acidente vascular cerebral. Caracteriza-se por ser um distúrbio cerebral capaz de desencadear crises convulsivas, acompanhadas por alterações neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais^{1,2}.

Os estudos indicam que os indivíduos com epilepsia apresentam manifestações orais significativamente piores, em comparação com os restantes indivíduos, incluindo maior perda dentária, cáries, doença periodontal e necessidade de próteses³.

A falta de conhecimento dos médicos dentistas sobre epilepsia pode afetar o acesso aos cuidados de saúde oral. Portanto, é crucial abordar o tratamento de pacientes com epilepsia no contexto dentário, dado que existe escassez de estudos e orientações clínicas publicadas com informações consensuais sobre este tema¹.

Aspetos fundamentais da epilepsia

A epilepsia é uma patologia neurológica crónica caracterizada por crises convulsivas recorrentes e episódicas. Os sintomas típicos incluem convulsões (frequentemente acompanhadas de perda de consciência), movimentos descontrolados e alterações comportamentais e/ou cognitivas⁴.

O diagnóstico, realizado habitualmente por um médico neurologista, envolve exames complementares como electroencefalograma ou ressonância magnética, para além da caracterização dos episódios convulsivos, que podem durar de 30 segundo a 5 minutos, podendo persistir por até 30 minutos com maior probabilidade de causar lesões cerebrais permanentes⁵.

Durante as crises convulsivas habitualmente existe perda de consciência, quedas, movimentos bruscos e anómalos, bloqueio da boca por hipertonicidade dos músculos masséter e temporal, sialorreia e, em casos graves, incontinência urinária e fecal.

De forma genérica, a atividade epilética abrange três fases: ictal (durante a crise epilética, tipicamente associada a movimentos convulsivos), pós-ictal (imediatamente após a crise epilética) e interictal (período assintomático entre crises epiléticas). Além disso, em alguns indivíduos, é relatada uma fase pré-ictal indicativa do início da atividade epilética, podendo ocorrer minutos ou até dias antes da crise^{5,8}.

O tratamento de primeira linha é realizado com fármacos anti-convulsivantes, tipicamente em monoterapia. No entanto, em casos selecionados, o tratamento pode incluir abordagens não farmacológicas, incluindo a dieta cetogénica ou intervenções neurocirúrgicas^{6,7}.

Conhecimento dos médicos dentistas sobre a epilepsia

Um questionário que avaliou o conhecimento de 288 médicos dentistas, em Londres, sobre epilepsia, indica que o conhecimento destes profissionais sobre o tratamento da

epilepsia era mais restrito do que seria suposto. Observou-se falta de conhecimento sobre a prevalência da doença e a teratogenicidade dos medicamentos antiepiléticos (AEs)⁹.

Abordagem Multidisciplinar

Os efeitos adversos frequentes associados ao tratamento com antiepiléticos incluem sonolência, tontura, ataxia e distúrbios gastrointestinais. Além disso, os anticonvulsivantes podem induzir alterações patológicas na cavidade oral e perda óssea que pode contribuir para a osteoporose com o uso prolongado¹⁰.

As interações farmacodinâmicas ocorrem quando medicamentos com mecanismos farmacológicos e alvos terapêuticos comuns interagem a nível celular, não envolvendo alterações nas concentrações plasmáticas, conforme analisado na figura 1. No entanto, a maioria das interações medicamentosas associadas à utilização de anticonvulsivantes ocorre por mecanismos farmacocinéticos, principalmente alterações no metabolismo destes fármacos a nível do fígado^{11,12}.

Desta forma, as interações medicamentosas devem ser consideradas, dado que podem resultar em níveis tóxicos dos antiepiléticos (por exemplo, através da utilização concomitante de eritromicina, claritromicina ou fluconazol) ou reduzir a sua eficácia (através da combinação de diferentes antiepiléticos), como observado na tabela^{1,6,13}.

Relativamente aos efeitos adversos ocasionalmente observados, destacam-se a xerostomia, estomatite e glossite, podendo contribuir para maior incidência de cáries e outras intercorrências infecciosas, como a candidíase oral. A diminuição do fluxo salivar compromete ainda a remineralização dentária, afetando também o transporte de nutrientes e enzimas, como a amilase salivar^{13,14}.

Por outro lado, a redução do fluxo salivar devido ao uso de anticonvulsivantes favorece a adesão e formação do biofilme, uma película composta por microrganismos aderidos à superfície dentária através de uma camada glicoproteica. Quando não removido, esse biofilme sofre rearranjos que propiciam a agregação de diversas espécies de fungos e bactérias, tanto gram-positivas quanto gram-negativas¹⁴.

Um acompanhamento regular, com vigilância periódica e a implementação de estratégias preventivas, incluindo educação para a higiene oral eficaz e, quando apropriado, utilização de suplementos de flúor para ajudar a contornar e prevenir muitos dos efeitos adversos observados, melhoram a qualidade de vida do paciente^{6,13}.

Problemas dentários e orais associados à epilepsia

Xerostomia e a Epilepsia

A saliva desempenha um papel imprescindível na manutenção do equilíbrio oral, sendo a sua ausência ou alterações nas suas características consideradas um problema de saúde. Os componentes da saliva são de extrema importância, cumprindo diversas funções, como a formação e lubrificação do bolo alimentar, auxílio na deglutição, aperfeiçoamento do paladar, início da digestão, prevenção da erosão das mucosas e lubrificação. A saliva é crucial para a saúde oral, protegendo contra fungos e bactérias, transportando nutrientes e enzimas, lubrificando a cavidade oral e remineralizando os dentes com minerais como o cálcio^{5,15,16}.

A redução da saliva, causada principalmente pela carbamazepina e lamotrigina e associada à má higiene oral, resulta em altos índices de cárie, candidíase oral, doenças periodontais e leucopenia⁵.

O médico dentista deve efetuar um diagnóstico e uma anamnese completa para prevenir casos de xerostomia, por isso uma resposta positiva a qualquer uma das perguntas seguintes pode representar uma situação clínica de redução do fluxo salivar, mesmo em pacientes que não manifestam queixas de xerostomia^{16,17}:

- “Sente a boca seca?”
- “Bebe líquidos regularmente?”
- “Tem dificuldade a engolir?”
- “Está a tomar medicação? Se sim, qual?”

No que diz respeito à avaliação clínica, a inspeção oral é crucial, observando assimetrias, coloração normal ou avermelhada ou outras alterações estruturais macroscópicas. Já a palpação permite comparar a consistência de uma determinada glândula com a contralateral, podendo ser unilobulada ou bilobulada, para além de permitir avaliar mudanças de temperatura, dor, firmeza, mobilidade e a presença de conteúdo líquido¹⁶. Os efeitos da hipossalivação são apresentados na tabela 2.

O planeamento do tratamento para aliviar os sintomas de boca seca deve ser personalizado para cada paciente. Um modelo multidisciplinar de cuidado para xerostomia e síndrome da boca seca (HGS) deve incluir os seguintes componentes¹⁷:

- **Educação do paciente:** Um processo que prioriza a higiene oral diária, visitas regulares ao médico dentista, uso de flúor tópico, aconselhamento para cessação do uso de tabaco.
- **Medidas preventivas:** Para reduzir doenças orais e complicações associadas.
- **Tratamento farmacológico:** Utilização de estimulantes salivares (sialogogos) para promover a produção de saliva.
- **Medidas paliativas:** Para pacientes que não toleram sialogogos, como o uso de estimulantes salivares sem açúcar, por exemplo, pastilhas.

Para situações de cárie, a avaliação do risco deve considerar a função diminuída das glândulas salivares. Devem ser implementadas estratégias de integração para pH neutro, através da estimulação da saliva com pastilhas, o uso regular de flúor (especialmente em pacientes com alto risco de boca seca)^{17,19}.

A infeção por candidíase é comum em pacientes com hipofunção salivar, sendo o tratamento inicialmente realizado com nistatina ou clotrimazol tópicos. No entanto, os agentes antifúngicos sistémicos, como fluconazol e itraconazol são recomendados para casos mais graves, existindo a possibilidade de interagir com ACs e resultando em efeitos adversos ou falência terapêutica^{17,20,21}.

Relativamente aos fármacos para tratamento da xerostomia, a pilocarpina e cevimelina podem ser utilizados para estimular a produção salivar. A dosagem deve ser adaptada conforme a resposta individual do paciente e devem ser administrados com precaução em pacientes

com condições específicas, como hipersensibilidade, glaucoma e asma¹⁷.

Existem ainda produtos vendidos sem prescrição médica, como colutórios, pastilhas, cremes dentários, sprays e géis, que oferecem alívio sintomático. Apesar da variedade de fórmulas tópicos disponíveis, não há consenso sobre a eficácia clara de ingredientes específicos para aliviar a secura oral^{17,18}.

Hiperplasia e a Epilepsia

A hiperplasia gengival pode ser induzida por certos medicamentos, incluindo a fenitoína, sendo a sua incidência de 50% nos indivíduos medicados com este fármaco^{22,23}.

A hiperplasia gengival medicamentosa manifesta-se com aumento de colagénio, acantose epitelial e um infiltrado inflamatório crónico. O excesso de tecido gengival está mais associado ao colagénio da matriz extracelular do que à proliferação dos fibroblastos, por isso o termo “hiperplasia” pode não ser o mais apropriado^{24,25}.

No contexto da epilepsia, o uso de fenitoína como tratamento pode resultar em hiperplasia gengival como efeito secundário. A hiperplasia das papilas interdentárias pode manifestar-se de forma precoce ao fim de 1 a 3 meses após início do tratamento. Este aumento, de caráter difuso, tende a estender-se por toda a margem gengival livre e gengiva inserida, assumindo uma aparência lobulada⁵.

O tratamento é fundamental sempre que há inflamação gengival, pois o aumento do tecido pode interferir na estética, fala e função mastigatória. Existem três abordagens terapêuticas: (i) terapia periodontal, que envolve profilaxia profissional frequente; (ii) raspagem e alisamento radicular e (iii) rigoroso cuidado com a higiene oral para controlo da placa. Estas medidas visam reduzir os processos inflamatórios do aumento gengival, minimizando a necessidade de intervenção cirúrgica²³. Identificar a causa do problema é crucial, e uma abordagem colaborativa com o médico dentista é essencial para alcançar resultados eficazes no plano de tratamento^{23,26}.

A gengivectomia e gengivoplastia podem ser realizadas, dependendo do aumento gengival. A técnica escolhida visa restaurar o contorno gengival e facilitar a higienização, sendo que a recidiva é possível devido ao uso contínuo de vários medicamentos. Antes da cirurgia, o paciente deve passar por tratamento periodontal básico para reduzir a inflamação causada pelo biofilme e manter esse controle ao longo da vida²⁶.

Bruxismo e a Epilepsia

A Academia Americana de Medicina do Sono (AASM) reconhece o bruxismo como um distúrbio do movimento oromandibular associado ao sono, no qual as pessoas afetadas tendem a apertar e/ou ranger os dentes ou aplicar pressão na mandíbula^{27,28}.

Pacientes com epilepsia apresentam maior prevalência de bruxismo, em comparação com a população no geral. O bruxismo envolve movimentos motores associados à excitação, podendo ser desencadeado por atividade convulsiva. A maior prevalência de bruxismo em pacientes epiléticos pode estar relacionada com alterações no sistema de excitação cerebral, características da epilepsia²⁹.

O diagnóstico e a intervenção precoces podem ter um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes, melhorando aspetos como o seu estado de alerta e desempenho durante as horas diurnas, para além da prevenção de alterações dentárias³⁰.

Relação da Anestesia com a Epilepsia

Os anestésicos locais possuem propriedades tanto pró-convulsivantes quanto anticonvulsivantes devido aos seus efeitos na membrana neuronal. Habitualmente utilizados apenas de forma local, em determinadas situações podem ser absorvidos e exercer os seus efeitos no sistema nervoso central e no coração. Em doses reduzidas, estes fármacos diminuem o metabolismo cerebral e a atividade elétrica cerebral. Por outro lado, em doses elevadas, atuam como pró-convulsivantes, reduzindo o limiar convulsivo no córtex cerebral, amígdala e hipocampo, o que pode resultar em convulsões generalizadas².

No que diz respeito à sedação consciente durante os tratamentos dentários, sugere-se que as situações de ansiedade possam ser controladas através da sedação por inalação de protóxido de azoto ou benzodiazepinas administradas por via oral e/ou endovenosa. As benzodiazepinas são os fármacos de eleição devido às suas propriedades ansiolíticas e anti-convulsivantes.

O efeito antiepiléptico das benzodiazepinas resulta da sua capacidade de potencializar a transmissão inibitória mediada pelo ácido gama-aminobutírico (GABA), aumentando a frequência de abertura dos canais de cloro e induzindo a hiperpolarização neuronal. O diazepam e midazolam exibem uma potente atividade anticonvulsivante e são frequentemente utilizados no controlo de doentes epiléticos em fase aguda, especialmente em crianças². Eventualmente, há ocasiões em que uma crise convulsiva pode ocorrer durante o tratamento dentário. Nestas situações a atuação deve incluir sempre a administração de uma benzodiazepina, preferencialmente por via parentérica (rectal ou endovenosa). Nessas situações, é recomendável adiar o tratamento²⁰.

O protóxido de azoto tem um potencial epileptogénico baixo, permitindo o seu uso seguro em pacientes epiléticos. Durante a manipulação intraoperatória, é essencial evitar fatores que reduzam o limiar convulsivo, tais como hipóxia, hipotensão, hipocapnia e hiponatremia. Se ocorrer uma crise convulsiva, deve-se manter as vias aéreas permeáveis, garantir ventilação adequada e proteger o paciente².

Na medicina dentária não são conhecidas interações clinicamente relevantes entre anticonvulsivantes e anestésicos locais, sendo que o uso de lidocaína 2% com vasoconstritor é o mais recomendado^{1,2,7,14}. Além disso, é relevante utilizar uma seringa carpul com aspiração para prevenir injeções endovenosas e distribuição sistémica do anestésico local^{1,7,14}.

Gestão da abordagem dentária aos pacientes epiléticos

O planeamento da intervenção médica visa avaliar o impacto da doença, identificar problemas na cavidade oral e minimizar o risco de crises convulsivas durante a consulta. O acompanhamento do paciente epilético deve ser o mais individualizado possível para reduzir complicações dentárias, periodontais e da mucosa oral, sendo que pacientes em regi-

mes terapêuticos com fenitoína podem exigir consultas mais frequentes. As consultas devem ser agendadas em horários que minimizem a ansiedade do paciente, uma vez que a interação médico-paciente permite avaliar expectativas e antecipar conflitos e preocupações¹³.

A anamnese desempenha um papel crucial na identificação de questões relevantes relacionadas à epilepsia. A maioria dos pacientes está ciente dos fatores que aumentam o risco de crises, destacando-se privação de sono, stress, consumo de álcool, irregularidades no uso de medicamentos antiepiléticos e o ciclo menstrual em mulheres^{7,14}.

Na história clínica devem-se incluir questões sobre o tipo de epilepsia, causas e frequência das crises convulsivas, o uso de medicamentos e acompanhamento existente para controlo da doença, existência de fatores antecedentes a crises e a data do último episódio. É crucial enfatizar a prevenção e promoção da saúde oral, encorajando o paciente a manter um controlo adequado do biofilme dentário para reduzir os riscos de alterações gengivais associadas ao uso de anticonvulsivantes^{13,31}.

Nos dias anteriores aos tratamentos dentários, os pacientes devem tomar adequadamente os medicamentos prescritos e manter uma rotina de sono regular. No dia da consulta, é importante que estejam tranquilos e evitem bebidas alcoólicas nas 24 horas anteriores¹.

Em situações em que é quase impossível garantir a ausência de crises durante procedimentos dentários, a administração de benzodiazepinas 30-45 minutos antes do procedimento é recomendada, sendo o lorazepam 0,5 mg - 1,0 mg a opção mais indicada¹.

É recomendável explicar ao paciente o procedimento a ser realizado para evitar desconforto e stress, assim como adotar estratégias que promovam o relaxamento do paciente para que o ambiente de consulta seja tranquilo^{1,14}. Devem ser adotadas medidas de segurança para evitar a aspiração de instrumentos como o uso de isolamento absoluto e fixação de instrumentos com fio dentário³¹.

É aconselhado evitar estímulos que possam desencadear crises, como ruídos ou luz intensa, devendo proteger-se a visão do paciente com óculos escuros ou com lentes coloridas e direcionar a luz operacional para evitar a exposição à luz do candeeiro^{1,10,14,32}.

Os pacientes com alto risco de convulsões no consultório médico, devido à epilepsia refratária ou recente alteração de medicação, devem ser avaliados previamente por um neurologista. Estes podem necessitar de uma abordagem em ambiente hospitalar, com sedação endovenosa, sendo que a sedação consciente e a anestesia geral não são contraindicadas em pacientes com epilepsia^{10,13,33}.

A frequência das consultas dentárias deve ser baseada nas necessidades individuais de cada paciente¹⁰. Medidas como higiene oral rigorosa e profilaxia profissional são essenciais para controlar a hiperplasia gengival, sendo que as restaurações devem estar sempre bem-adaptadas e sem áreas irritativas. Em casos graves, o tratamento cirúrgico pode ser necessário¹.

Pacientes propensos a crises convulsivas devem evitar próteses totais ou parciais removíveis devido ao risco de aspiração ou deglutição, sendo recomendada a utilização de implantes para aumentar a estabilidade. Se próteses removí-

veis forem necessárias, devem ser feitas com palato e bases metálicas, em vez de materiais frágeis^{6,13}.

Todas as restaurações de cerâmica apresentam um alto risco de fratura, assim como as próteses removíveis têm uma probabilidade maior de deslocamento. A opção ideal envolve a utilização de estruturas em metal, uma vez que restaurações em cerâmica apresentam maior suscetibilidade a fraturas^{10,13}.

As restaurações localizadas posteriormente são mais suscetíveis a danos em pacientes com contração severa dos músculos mastigatórios durante crises tónico-clónicas, justificando-se o uso de materiais resistentes a impactos severos. Para as restaurações anteriores, as coroas metálicas com acrílico ou revestimentos com compósito podem ser utilizadas para facilitar reparos quando necessário¹³. A reposição de dentes pode ser efetuada através de implantes dentários, que demonstram alta sobrevida^{1,7,10}.

Avaliações orais ao paciente epilético

Os tecidos moles, como língua, lábios e mucosa jugal, são frequentemente afetados, resultando em lacerações, contusões e abrasões. Quanto às estruturas dentárias, observa-se uma maior incidência de fraturas nos incisivos e caninos devido à sua localização mais suscetível a traumas. Além disso, as avulsões são mais comuns na infância, dada a fragilidade óssea, enquanto as fraturas dentárias prevalecem em adultos. A maioria das lesões é de baixa intensidade, mas foram documentados alguns casos fatais, reforçando a importância do manuseio adequado^{34,35}.

Recomenda-se o uso de protetores orais em casos de lesões recorrentes, pois estes estabilizam e absorvem energia, prevenindo traumas e reduzindo a transferência de energia para a articulação temporomandibular e base do crânio. Esses dispositivos são especialmente benéficos para pacientes que conseguem antecipar crises epiléticas devido a sintomas prodrómicos ou aura, presentes em cerca de 42% dos casos³⁴.

O trauma oromandibular resultante de uma crise convulsiva pode desencadear lesões na língua, mucosa oral, fraturas faciais, avulsões, fraturas dentárias e subluxação da articulação temporomandibular. As lesões na face e nos dentes são comuns em pacientes que experienciam crises epiléticas sem a presença de aura^{13,36,37}.

As mordeduras de lábios e bochechas são as lesões mais comuns nos tecidos moles da região oral, enquanto a fratura dentária é a lesão mais frequente nos tecidos duros. Alguns pacientes apresentam sensibilidade, luxação e click na Articulação Temporomandibular (ATM). A mordida da língua é observada em aproximadamente 56% das crianças que experimentam crises epiléticas³⁸.

Os pacientes com epilepsia possuem um risco aumentado de fraturas ósseas, atribuível ao estado pró-osteoporótico induzido pela medicação antiepiléptica (fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, primidona), dado que interferem no metabolismo e na clearance da vitamina D^{13,36}.

Considerações ortodônticas em pacientes epiléticos

As modificações vinculadas à medicação antiepiléptica, como hiperplasia e hemorragia gengival, hiperementose

dentária, desenvolvimento dentário anómalo e linfadenopatias cervicomandibulares, podem resultar em má oclusão e erupção dentária tardia¹³.

Saúde oral resultante da epilepsia e crises convulsivas

A deterioração dentária e a má higiene oral são agravadas pelos efeitos adversos dos medicamentos e pelo uso prolongado de antiepiléticos devido à existência de açúcar nos excipientes, além da influência negativa do ambiente familiar¹³. Outro aspeto relevante é a informação por vezes inadequada que os profissionais de saúde, incluindo os médicos dentistas, possuem sobre a epilepsia^{9,13}.

Cuidados a adotar no consultório dentário

Para procedimentos dentários de pacientes com necessidades especiais, é crucial manter um ambiente organizado e previsível para reduzir a ansiedade e prevenir comportamentos inadequados. O profissional deve minimizar estímulos sensoriais, como reduzir a iluminação e evitar barulhos ao abrir caixas de instrumentos. Os instrumentos devem ser mantidos fora de vista e o número de instrumentos utilizados deve ser limitado, introduzindo-os gradualmente nas visitas seguintes³⁹.

É imperativo evitar métodos coercitivos, sendo que nos casos em que a continuidade do procedimento não for possível, deve-se interromper a intervenção e sugerir o reagendamento da consulta^{39,40}. Como alternativas, consideram-se as seguintes opções³⁹:

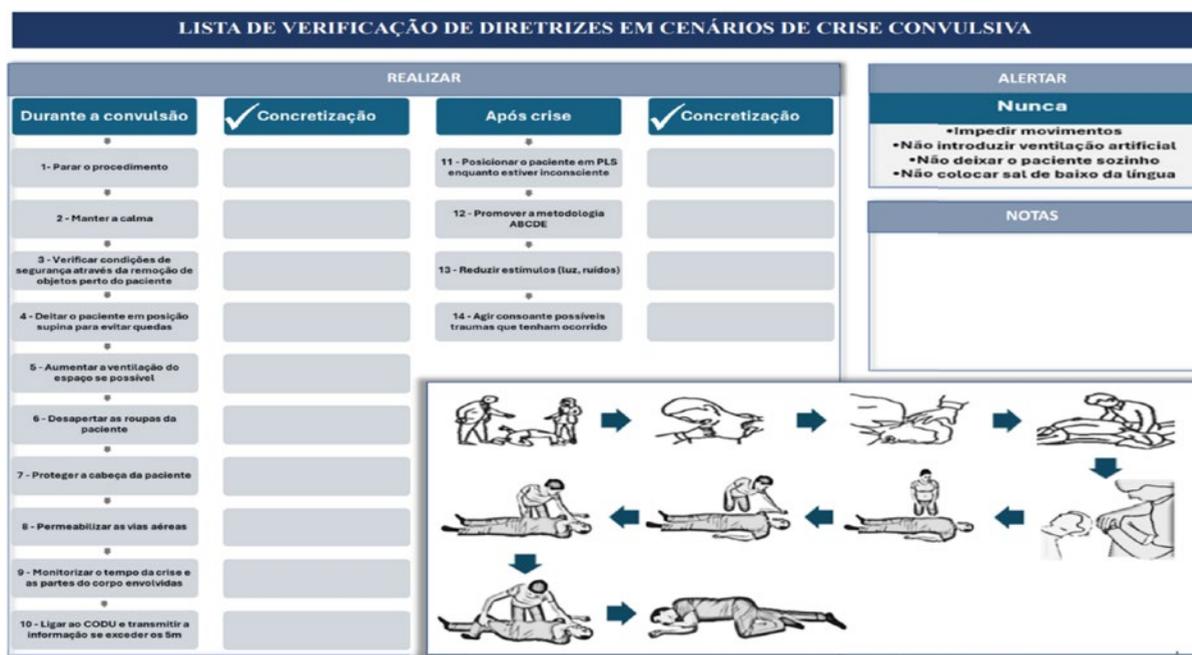
- Introsedação
- Administração de ansiolíticos
- Sedação consciente com protóxido de azoto

Além disso, na primeira infância, a preservação da saúde oral exige a educação dos pais/auxiliares e a adoção de medidas preventivas. O médico dentista deve explicar e demonstrar as melhores técnicas de higienização aos pais, enquanto a prevenção envolve controlo sobre a dieta, placa bacteriana e orientações sobre o desenvolvimento das dentições, traumatismos e hábitos deletérios^{39,40}.

Artefactos de material dentário nas RM dos epiléticos

Os artefactos causados por materiais dentários metálicos, como coroas, implantes e aparelhos ortodônticos, representam um desafio comum na RM de cabeça e pescoço, podendo comprometer a qualidade da imagem na região maxilo-facial e prejudicar seriamente a utilidade da RM como meio de diagnóstico. Estes artefactos podem mascarar patologias (tumores, tecidos inflamatórios, etc.), obscurecer a anatomia da área a ser examinada e dificultar a localização de uma estrutura anatómica antes de uma cirurgia^{41,42}.

Salienta-se a importância do radiologista estar ciente dos efeitos de aparelhos ortodônticos e implantes dentários nos exames de RM de cabeça e pescoço, com possíveis impactos na qualidade diagnóstica das imagens, daí que se recomenda a remoção dos aparelhos ortodônticos metálicos antes da realização do exame para assegurar imagens de alta qualidade diagnóstica⁴¹.



Fonte: Elaboração própria, adaptada de Caldas Jr et al., 2013; INEM & DFEM, 2017; LPCE, n.d.

Fig. 1. Lista de Verificação De Diretrizes Em Cenários De Crise Convulsiva.

Medicamento	Mecanismo de ação	Efeitos adversos orais	Interações Farmacológicas
Carbamazepina	Atua ao bloquear os canais de sódio e cálcio sensíveis à voltagem	Ulceração, xerostomia, glossite, estomatite, maior CPOD, candidiase, leucopenia, sangramento gengival, erupções cutâneas	Clarithromicina, Eritromicina, Benzilpenicilina, Metronidazol, Paracetamol
Lamotrigina	Afeta a excitabilidade da membrana de ação	Xerostomia, úlceras, maior CPOD, candidiase, leucopenia	Fluconazol, Miconazol
Fenitoína	Afeta a excitabilidade da membrana de ação	Hiperplasia gengival, Indução das enzimas hepáticas, leucopenia	Fluconazol, Metronidazol, Eritromicina, Aspirina e Ibuprofeno
Fenobarbital	Afeta a duração e a intensidade das crises convulsivas artificialmente, causando sedação	Hiperalgesia, leucopenia, osteopenia, sonolência	Paracetamol, Metronidazol, Cloranfenicol, Corticosteroides, Benzilpenicilina, Doxicilina e Tetraciclina
Primidona	Afeta a excitabilidade da membrana de ação	Indução das enzimas hepáticas, leucopenia, osteopenia, sonolência	Cloranfenicol, Doxicilina e Tetraciclina
Valproato	Inibição fraca de dois sistemas enzimáticos que inativa o GABA	Trombocitopenia, diminuição da agregação plaquetária, leucopenia, petéquias	Aspirina, Fluconazol, Eritromicina, Ibuprofeno

Tabela 1. Mecanismo de ação, interações farmacológicas e efeitos adversos (Elaboração própria adaptado de:1,2,6).

Dentes	Mucosa oral	Língua	Lábios	Glândulas salivares maior	Cavidade oral
<ul style="list-style-type: none"> • Desmineralização • Erosão/atricção • Acumulação de placa • Cárie incisal/cervical • Hipersensibilidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Mucosite • Mucosa atrófica • Candidiase • Úlceras 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de papilas • Eritema • Atrofia 	<ul style="list-style-type: none"> • Queilite angular • Fissuras • Descamação 	<ul style="list-style-type: none"> • Sialodente • Menos produção saliva 	<ul style="list-style-type: none"> • Halitose • Dificuldade em falar • Disgeusia

Tabela 2. Efeitos da hipossalivação (Elaboração própria adaptado 17,18).

Protocolo a adotar perante o paciente epilético em caso de crise

Durante convulsões no atendimento médico, o profissional deve manter a calma e seguir os protocolos e procedimentos previstos, tais como: remover instrumentos dentários para evitar aspiração; posicionar o paciente em decúbito dorsal; proteger e lateralizar a cabeça para prevenir traumas e

aspiração de saliva; aplicar contenção passiva se necessário; limpar secreções e após a crise, colocar o paciente em posição lateral de segurança; monitorizar sinais vitais, nunca deixando o paciente sem supervisão^{13,31,43}.

Deve-se solicitar imediatamente apoio médico diferenciado através da linha 112 quando um ataque epilético persistir por mais de cinco minutos, procedendo com a monitoriza-

ção dos sinais vitais até à chegada dos meios de socorro ou suporte médico diferenciado³¹. Embora a maioria das crises não seja uma emergência, a observação por um médico é sempre aconselhada, especialmente em casos com características específicas tais como^{10,13,44}:

- Crise com duração prolongada, ultrapassando os 5 minutos, ou ocorrência de crises repetidas sem recuperação imediata da consciência.
- Dificuldade respiratória após terminar a crise.
- Estado confusional persistente após a crise.
- Lesões traumáticas resultantes da crise convulsiva.
- Ocorrência da primeira crise convulsiva.
- Se existirem lesões visíveis.

O protocolo aconselhado a adotar em situações de crises é o seguinte^{7,45}:

1. Colocar o paciente em posição supina, para evitar quedas e traumas
2. Remover objetos, para garantir um ambiente seguro
3. Desapertar roupas apertadas para facilitar a respiração
4. Proteger a cabeça da pessoa usando a mão, roupa ou almofada

5. Lateralizar a cabeça para permitir que a saliva escorra
6. Limpar as secreções salivares para facilitar a respiração
7. Observar se a pessoa consegue respirar adequadamente
8. Afastar pessoas para proporcionar espaço e privacidade à vítima

9. Permitir que a pessoa descanse ou até mesmo durma após a crise

10. Após a crise, posicionar o paciente na posição de recuperação em decúbito lateral, com uma perna flexionada e a outra estendida

11. Abordar a vítima utilizando a metodologia ABCDE:

A – Permeabilizar a via aérea com controlo da coluna cervical

B – Assegurar a ventilação e oxigenação adequada

C – Assegurar a perfusão dos tecidos com controlo da hemorragia

D – Avaliar disfunção neurológica

E – Controlar a exposição da vítima e a temperatura;

12. Agir de acordo com possíveis traumatismos associados à crise que possam ter ocorrido;

13. Reduzir estímulos (por exemplo, diminuir a luz, evitar barulho).

Sugere-se a Lista De Verificação De Diretrizes Em Cenários De Crise Convulsiva na figura 1^{46,47,48}:

Conclusão

Os médicos dentistas devem ter em mente que são responsáveis por abordar o paciente de maneira abrangente, sendo um privilégio possuir conhecimento sobre epilepsia e os medicamentos utilizados no tratamento.

Por fim, a principal prioridade do médico dentista é oferecer ao paciente um serviço de qualidade, eficiente e atualizado. Isto evita complicações desnecessárias, reduz os custos financeiros individuais e institucionais, mas também promove o bem-estar, proporcionando conforto e confiança durante o tratamento prestado. ■

*Mestre e monitora na Egas Moniz School of Health and Science, Almada, Portugal

†Doutores e professores na Egas Moniz School of Health and Science, Almada, Portugal

Bibliografia

1. Baumgarten, A, & Cancino, C. (2016). Epilepsia e Odontologia: uma revisão da literatura. *Rev. Bras. Odontol.*, Rio de Janeiro, v. 73, n. 3, p. 231-6, Jul./Set. 2016. http://revodonto.bvsolud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722016000300010
2. Maranhão, M, TSA, Gomes, E, & Carvalho, P. (2011). Epilepsia e Anestesia. *Rev Bras Anestesiologia* 2011; 61: 2: 232-254, 61(2). <https://doi.org/10.1590/S0034-70942011000200013>
3. Schöpper, M, Ludolph, AC, & Fauser, S. (2016). Dental care in patients with epilepsy: a survey of 82 patients and their attending dentists and neurologists in southern Germany. *International Dental Journal*, 66(6), 366-374. <https://doi.org/10.1111/idj.12251>
4. Fisher, RS, Acevedo, C, Arzimanoglou, A, Bogacz, A, Cross, JH, Elger, CE, Engel, J, Forsgren, L, French, JA, Glynn, M, Hesdorffer, DC, Lee, BI, Mather, GW, Moshé, SL, Perucca, E, Scheffer, IE, Tomson, T, Watanabe, M, & Wiebe, S. (2014). ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475-482. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>
5. Araújo, A, Silva, L, Barbosa, E, Freitas, F, & Cardoso, A. (2023). Assistência Odontológica a Pacientes com Alteração de Neurodesenvolvimento: um olhar para a epilepsia. *Ciência Atual | Rio de Janeiro |*, 19, 13-23. <https://revista.saojose.br/index.php/cafs/article/view/593>
6. Barbério, G, Santos, P, & Machado, M. (2013). Epilepsia: Conduas na Prática Odontológica. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 25(2), 141-147. https://doi.org/10.26843/ro_unicid.v25i2.328
7. Júnior, E, Rosa, F, Felipe, L, & Conceição, L. (2020). Atendimento Odontológico em Pacientes com Epilepsia e suas Intercorrências. *J Business Techn*, 16(1), 53. ISSN 2526-4281 16(1): 53
8. Turner, MD, & Glickman, RS. (2005). Epilepsy in the oral and maxillofacial patient: Current therapy. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 63(7), 996-1005. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2004.04.038>
9. Aragon, CE, Hess, T, & Burneo, JG. (2009a). Knowledge and Attitudes about Epilepsy: A Survey of Dentists in London, Ontario. *J Can Dent Assoc.* 2009 Jul;75(6):450. www.cda-adc.ca/jcda
10. Jacobsen, P, & Eden, O. (2008). Epilepsy and the Dental Management of the Epileptic Patient. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, Volume 9, No. 1, January 1, 2008. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18176649/>
11. Patsalos, PN, Fröscher, W, Pisanis, F, & Van Rijn, CM. (2002). The importance of drug interactions in epilepsy therapy. *Epilepsia*, 43(4), 365-385. <https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.2002.13001.x>
12. Perucca, E. (2006). Clinically relevant drug interactions with antiepileptic drugs. In *British Journal of Clinical Pharmacology* (Vol. 61, Issue 3, pp. 246-255). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2005.02529.x>
13. Costa, J. (2012). A Abordagem Do Tratamento Dentário no Doente Epiléptico [Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/87300>
14. Rodrigues, A, dos S., Oliveira, R. T. de, & Rocha, A. P. (2022). Manejo odontológico de paciente portador de epilepsia: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(13), e170111335377. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35377>
15. Falcão, DP, da Mota, LMH, Pires, AL, & Bezerra, ACB. (2013). Sialometry: Aspects of clinical interest. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 53(6), 525-531. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2013.03.001>
16. De Luca Monasterios, F, & Roselló Llabrés, X. (2014). Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. In *Av Odontostomatol* vol.30 no.3 Madrid may./jun. 2014. https://scielo.iecili.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000300004
17. Plemmons, JM, Al-Hashimi, J, & Marek, CL. (2014). Managing xerostomia and salivary gland hypofunction: Executive summary of a report from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Dental Association*, 145(8), 867-873. <https://doi.org/10.14219/jada.2014.44>
18. Mravak-Stipeti, M. (2012). Xerostomia- Diagnosis and Treatment. In *Rad 514 Medical Sciences* (Vol. 38). <https://hrcak.srce.hr/file/134991>
19. Jenson, L, Budenz, AW, Featherstone, JDB, Ramos-Gomez, FJ, Spolsky, VW, & Young, DA. (2007). Clinical protocols for caries management by risk assessment. *Journal of the California Dental Association*, 35(10), 714-723. <https://doi.org/10.1080/19424396.2007.12221277>
20. Mehmet, Y, Senem, Ö, Sülün, T, & Hümeyra, K. (2012). Management of Epileptic Patients in Dentistry. *Surgical Science*, 03(01), 47-52. <https://doi.org/10.4236/ss.2012.31008>
21. Pappas, PG, Kauffman, CA, Andes, D, Benjamin, DK, Calandra, TF, Edwards, JE, Filler, SG, Fisher, JF, Kullberg, BJ, Ostrosky-Zeichner, L, Reboli, AC, Rex, JH, Walsh, TJ, & Sobel, JD. (2009). Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. In *Clinical Infectious Diseases* (Vol. 48, Issue 5, pp. 503-535). <https://doi.org/10.1086/596757>
22. Lopes, A M. (2009). Hiperplasia Gingival associada ao uso de Fenitoína [Universidade Federal De Minas Gerais]. https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-95DRSN/1/angela_maria_lopes.pdf
23. Soares, E, & Soares, Q. (2017). Aumento Gingival Induzido por Drogas: Fenitoína, Nifedipina e Ciclosporina A. <https://doi.org/10.1590/1806-26492007000100008>
24. Soares-queila-cristina-soares-aumento-gingival-induzido-por-drogas-fenitoína-nifedipina-e-ciclosporina-a.html
25. Junior, J. (2007). Hiperplasia Gingival Medicamentosa-Parte I. *Clinical, Psychosocial and Scientific Note Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology J Epilepsy Clin Neurophysiol*, 13(1), 33-36. <https://doi.org/10.1590/S1676-26492007000100008>
26. Loureiro, C, Adde, C, Perez, F, & Penha, S. (2004). Adverse effects of topical and systemic medications in the oral mucosa. *Rev Bras Otorrinolaringol.* v.70, n.1, 106-111, Jan./Fev. 2004, 106-111. <http://www.sborl.org.br/>
27. Gusmão, E, Cimos, R, Coelho, R, Filho, J, Santos, R, & Sales, G. (2008). Diagnóstico e tratamento do aumento gengival induzido por drogas. *Rev. Cir. Traumatol*, 1, 59-66. <https://www.revistacirurgiabiomf.com/2009/v9n1/08.pdf>
28. Peláez-Gonzales, E, Campos-Campos, K, & Alvarez-Vidal, E. (2022). Risk factors related to sleep bruxism in children: literature review. *Odontologia Vital* No. 36, Vol 1, 76-91 2022. <https://orcid.org/0000-0002->
29. Bulanda, S, Hczuk-Rypula, D, Nitecka-Buchta, A, Nowak, Z, Baron, S, & Postek-Stefaska, L. (2021). Sleep bruxism in children: Etiology, diagnosis and treatment—a literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph18189544>
30. Khachatryan, SG, Ghahramanyan, I, Tavadyan, Z, Yeghiazaryan, N, & Attarian, HP. (2020). Sleep-related movement disorders in a population of patients with epilepsy: Prevalence and impact of restless legs syndrome and sleep bruxism. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 16(3), 409-414. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8218>
31. Jara-Rojas, L, Hall-Funes, T, Chavarría-Núñez, K, Sequeira-Quesada, C, & Chaves-Jimenez, M. (2023). Sueño y epilepsia: exploración de relaciones y trastornos asociados. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de La Salud*, 9(2), 131-143. <https://doi.org/10.56239/rhcs.2023.92.644>
32. Campos, C, Frazão, B, Saddi, G, Morais, L, Ferreira, M, Setúbal, P, & Alcântara, R. (2009). Manual Prático para o Atendimento Odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais (2a). <https://cvtip.cd.ontario.on.ca/n/95746-manual-pratico-para-o-atendimento-odontologico-de-pacientes-com-necessidades-especiais>
33. Torres, I. (2009). Atitudes dos Médicos Dentistas no tratamento médico dentário de pacientes com deficiência mental [Universidade Fernando Pessoa]. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1147/2/mono_isabeltorres.pdf
34. Greenwood, M, & Meechan, JG. (2003). General medicine and surgery for dental practitioners Part 4: Neurological disorders. In *British Dental Journal* (Vol. 195, Issue 1, pp. 19-25+52). <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4810275>
35. Bertotti, M, Varotto, B, Nápole, R, & Antequera, R. (2018). Relação entre crises epilépticas e lesões no complexo maxilofacial: relationship between epileptic seizures and orofacial injuries. *Odontologia de Lins/Unimep*, 28(2), 49-55. <https://doi.org/10.15600/2238-1236/foi.v28n2p49-55>
36. Adewole, RA, Ojini, FI, Akinwande, JA, & Danesi, MA. (2011). Oro-Dental and Maxillofacial Trauma in Epilepsy at a Tertiary Hospital in Lagos. *West African Journal of Medicine*, 30(2), 114-117. <https://www.ajol.info/index.php/wajm/article/view/77415/67861>
37. Aragon, CE, & Burneo, JG. (2007). Understanding the Patient with Epilepsy and Seizures in the Dental Practice. *J Can Dent Assoc.* 2007 Feb;73(1):71-6. www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-1/71.html
38. Nonato, ER, & Borges, A. (2011). Oral and maxillofacial trauma in patients with epilepsy Prospective study based on an outpatient population. *Arq Neuropsiquiatr*, 69(3), 491-495. <https://www.scielo.br/j/anp/a/j9pgs8ghXyr5z6Xv3n4M/p?format=pdf&lang=en>
39. Ghafoor, PA, Rafeeq, M, & Dubey, A. (2014). Assessment of oral side effects of Antiepileptic drugs and traumatic oro-facial injuries encountered in Epileptic children. *Journal of International Oral Health*, 6(2), 126-128. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4037794/>
40. Rizzi, C. (2022). Protocolos Médico Dentários em Crianças com Necessidades Especiais: Novas Abordagens – Revisão Narrativa [Universidade Fernando Pessoa]. <http://hdl.handle.net/10284/11483>
41. AAPD. (2021). Management of Dental Patients with Special Health Care Needs. In *The Reference Manual Of Pediatric Dentistry* (3rd ed.). https://www.aapd.org/globalassets/mediq/policies_guidelines/bp_shcn.pdf
42. Waltrick, KB. (2018). Artefatos de Materiais Dentários nas Imagens por Ressonância Magnética de Cabeça e Pescoço: Uma Revisão Integrativa [Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia De Santa Catarina]. DOI:10.51859/amppla.pae1993-51
43. Costa, ALF, Appenzeller, S, Yasuda, CL, Pereira, FR, Zanardi, VA, & Cendes, F. (2009). Artifacts in brain magnetic resonance imaging due to metallic dental objects (Vol. 14, Issue 6). *Research*. <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v14i6/medoralv14i6p278.pdf>
44. Banerjee, PN, Filippi, D, & Allen Hauser, W. (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy-A review. In *Epilepsy Research* (Vol. 85, Issue 1, pp. 31-45). <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2009.03.003>
45. Hammett, E. (2018). Medical emergencies: seizures. *BDJ Team*, 5(3). <https://doi.org/10.1038/bdjteam.2018.37>
46. Valente, M, Catarino, R, Ribeiro, H, & Martins, A. (2012). Emergências Médicas (1st ed.). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%Aancias-M%C3%A9dicas.pdf>
47. Caldas Jr, A, Machiavelli, J, & Organizadores. (2013). Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência Protocolos, Diretrizes e Conduas para Auxiliares de Saúde Bucal. https://files.cercomp.ufg.br/web/up/299/o/Livro_-_Eixo_2_-_Cirurg%C3%B5es-dentistas.pdf?1504016031
48. INEM, & DFEM. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Adulto (2nd ed., Vol. 4). https://esocvcp.org/uploads/manuais/manuais_Manual%20Formando%20SBV%20INEM%20052018.pdf
49. LPCE. (n.d.). Crise Epiléptica- O que fazer? Retrieved March 2, 2024, from <https://epilepsia.pt/o-que-fazer-perante-uma-crise-epileptica/>