

Epilepsia e Odontologia: uma revisão da literatura

Epilepsy and Dentistry: a literature review

Alexandre Baumgarten,¹ Claudia Marcela Hernandez Cancino²

¹Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

²Serviço de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, Associação Brasileira de Odontologia seção Rio Grande do Sul, Brasil

• Os autores declaram que não há conflito de interesse.

RESUMO

Objetivo: Este estudo pretendeu realizar uma revisão da literatura sobre o conhecimento necessário aos cirurgiões-dentistas (CD) no atendimento dos pacientes com epilepsia. **Material e Métodos:** Revisão de literatura, por meio de uma pesquisa bibliográfica em livros e nas bases de dados PubMed Central e Scientific Electronic Library Online. **Resultados:** A abordagem segue desde a importância da anamnese, verificando-se os tipos de crises convulsivas, os momentos desencadeadores, os fármacos e seus efeitos. Ainda, vários são os detalhes que o CD deve ter conhecimento, tais como a segurança no uso de anestésicos locais, o cuidado durante o atendimento, em especial com a luz do refletor, as interações medicamentosas dos fármacos anticonvulsivantes e suas implicações bucais diretas e indiretas, os traumatismos dentários devido às convulsões, os fármacos e abordagens para se intervir em situação de emergência. **Conclusão:** O CD precisa conhecer as principais características do paciente epilético devido a suas particularidades neurológicas, sempre buscando oferecer as melhores orientações no tratamento e manejo odontológicos.

Palavras-chave: Epilepsia; Convulsões, Pessoas com deficiência; Odontologia.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to conduct a literature review on the dentists' knowledge in the treatment of patients with epilepsy. **Material and Methods:** A literature review was conducted using bibliographic research of books and databases, such as PubMed Central and Scientific Electronic Library Online. **Results:** We noted several precautions that should be taken. The best approach follows from the importance of anamnesis, checking the types of seizures and their trigger times, and the patient's use of medications and their effects. However, there are several other details that dentists should be aware of, including safety concerns in the use of local anesthetics; care during consultation, especially with reflector lights; drug interactions with antiepileptic drugs and the direct and indirect oral implications of these drugs; potential dental injuries due to seizures; and treatments and approaches for intervention during emergency. **Conclusion:** Dentists need to be aware of the main complications while treating epileptic patients because of their neurological characteristics and should always seek to offer the best guidance on treatment and dental management.

Keywords: Epilepsy; Seizure; Disabled persons; Dentistry.

Introdução

A epilepsia é a doença neurológica grave mais comum no mundo.¹ É caracterizada como uma desordem cerebral que pode gerar crises epiléticas e pelas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais desta condição.² Um ataque epilético é uma ocorrência transiente de sinais e/ou sintomas devidos à uma atividade neuronal excessiva ou síncrona no cérebro. Episódios transitórios de disfunção motora, sensorial, ou psíquica, com ou sem perda de consciência, ou movimentos convulsivos podem estar presentes.²⁻⁴

Uma convulsão pode se manifestar de forma isolada, com ou sem etiologia conhecida. Quando os pacientes sofrem ataques recorrentes o distúrbio é denominado de epilepsia.⁵ O transtorno convulsivo pode estar associado à uma manifestação única de determinada pessoa, como também a muitos dos pacientes com necessidades especiais, tais como aqueles que apresentam: autismo, paralisia cerebral, deficiência mental e algumas síndromes.⁶

Na Odontologia, os relatos encontrados quanto ao atendimento a pacientes epiléticos estão presentes apenas recentemente na literatura e o tratamento destes pacientes necessita ser bem definido. Uma vez que a epilepsia não apresenta características odontológicas específicas, as alterações relatadas são devidas ao uso de medicamentos no tratamento para prevenção das crises e daquelas decorrentes de acidentes durante as convulsões, o que pode acarretar ferimentos em tecidos moles e/ou traumatismo dental.⁶

Estudos têm apontado que os pacientes com epilepsia tendem a ter uma pior condição de saúde bucal se comparados à população em geral, apresentando uma significativa maior perda dentária e dentes cariados, doença periodontal e necessidade de próteses. Razões para essas diferenças são relacionados quanto a situação socioeconômica do paciente.⁷ No tratamento desses pacientes, os cirurgiões-dentistas devem estar familiarizados das necessidades específicas desta condição, devendo ser capazes de gerir e prevenir formas agudas de convulsões, além de prever e tratar muitos dos problemas dentários associados à epilepsia de forma eficaz.⁵

A carência de maiores conhecimentos e aprimoramento por parte dos cirurgiões-dentistas sobre epilepsia pode afetar diretamente o acesso aos cuidados com a saúde bucal para pessoas acometidas por esta doença.⁸ Justificando-se a relevância de uma abordagem a cerca de como tratar pacientes com epilepsia no consultório odontológico, uma vez que são escassos os trabalhos publicados que reúnam essas informações agrupadas. Assim, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre o conhecimento necessário aos cirurgiões-dentistas no atendimento de pacientes com epilepsia.

Material e Métodos

Para o desenvolvimento dessa revisão de literatura seguiu-se os preceitos do estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos sobre o tema. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PubMed

Material e Métodos

Para o desenvolvimento dessa revisão de literatura seguiu-se os preceitos do estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos sobre o tema. Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados PubMed Central e Scientific Electronic Library Online compreendendo o período dos últimos 15 anos, através das palavras-chave em português e sua correspondente em inglês: “Epilepsia”, “Convulsões”, “Odontologia”. Foram selecionados 20 artigos relevantes sobre o tema e, a partir destes, outras referências foram localizadas por suas referências. Foram utilizados, ainda, quatro livros que abordaram a temática de “Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais”, publicados no período de 2002 a 2009.

Para a coleta das informações, seguiu-se a Leitura Exploratória de todo o material selecionado (verificação se a obra é de interesse para o trabalho); seguido de leitura seletiva (aprofundamento das partes de interesse para a revisão); registro das informações extraídas das fontes em instrumento específico (autores, ano, método, resultados e conclusões). A análise e interpretação dos resultados foi realizada por meio de uma leitura analítica com a finalidade

Revisão de Literatura A Crise Epilética

Uma crise convulsiva é uma ocorrência transiente de sinais e/ou sintomas devidos a uma atividade neuronal excessiva. Quando os pacientes sofrem ataques recorrentes o distúrbio é denominado de epilepsia. A definição de epilepsia requer a ocorrência de mais de uma crise convulsiva. Assim, a crise convulsiva inicialmente pode manifestar-se desde uma ausência da consciência com fixação do olhar, perturbações como alterações sensoriais (visual, auditiva e olfativa), medo, distúrbio momentâneo de memória e movimentos descoordenados e automáticos que podem ou não progredir para uma convulsão.^{6,9} Nesse ponto observa-se a queda do indivíduo levando a perda da consciência, movimentos bruscos e anormais de todas as extremidades, travamento da boca pela hipertensão dos músculos masseter e temporais, sialorreia e até as perturbações do sistema nervoso autônomo (incontinência urinária e fecal podem ocorrer).⁹

Após a crise convulsiva, a pessoa entra em um estado de consciência alterada, que pode durar entre cinco e 30 minutos ou mais, nos casos de convulsões maiores ou mais graves.¹⁰ Esse período é caracterizado por sonolência, confusão, náusea, hipertensão, dor de cabeça ou de enxaqueca e outros sintomas de desorientação.¹¹ Além disso, a amnésia ou outros defeitos de memória podem estar presentes. É durante este período que o cérebro se recupera do trauma da apreensão.¹⁰

Em razão dos diversos avanços médicos que ocorreram no campo da epilepsia, desde 1969, ano da primeira classificação, até 2010, diferentes classificações foram criadas. Para alguns autores as novas classificações são apenas sugestões, e não são globalmente aceitas.¹² Berg *et al.* apresentaram

a classificação mais atual das crises,¹³ em três grandes grupos:^{12,14}

- **Crises generalizadas:** aquelas que começam em algum ponto de uma rede neural e rapidamente são distribuídas de forma bilateral, podendo pertencer a redes corticais ou estruturas subcorticais. No entanto, as convulsões generalizadas não incluem necessariamente todo o córtex e suas manifestações podem ser assimétricas. É importante salientar que as convulsões generalizadas podem ser oriundas de uma lesão focal;
- **Crises focais:** aquelas que provêm de redes neurais limitadas a um hemisfério, o início é sempre o mesmo, embora possam ter diferentes padrões de propagação. Podem se originar em estruturas subcorticais e neocórtex. Para detalhá-las mais precisamente são subdivididas em: crises sem estado alterado de consciência, crises com limitação sensorial ou psíquica, crises com alteração do estado de consciência e crises que evoluíram de uma convulsão bilateral;
- **Crises em forma de início desconhecido:** o termo “início desconhecido” é usado no caso de uma crise em que não está claro se o início é focal ou generalizado. O exemplo mais típico são os espasmos infantis que não permitem que se especifique o modo de inicialização.

O diagnóstico de epilepsia é fundamentalmente clínico, sendo obtido por meio da história detalhada de pessoas que presenciaram as crises convulsivas. Exames neurológicos complementares são habitualmente utilizados como o eletroencefalograma, a tomografia computadorizada ou a ressonância magnética, os quais servem para uma melhor caracterização da situação e avaliação da sua etiologia e dependem da individualidade do caso. Por vezes, se deve ampliar a investigação com testes genéticos.¹⁵ Diversos fatores etiológicos são determinantes, dentre os principais estão: causas genéticas, tumores cerebrais, distúrbios cerebrovasculares, distúrbios imunológicos cerebrais, sequelas de traumatismo craniano, febre elevada em crianças pequenas, ingestão excessiva de álcool e distúrbios metabólicos.^{6,16} Sabe-se que a epilepsia pode estar associada à uma manifestação única de determinada pessoa, como também a muitos dos pacientes com necessidades especiais, tais como aqueles que apresentam: autismo, paralisia cerebral, deficiência mental e algumas síndromes.⁶

O tratamento médico para epilepsia pode ser cirúrgico ou medicamentoso. A cirurgia é indicada na eliminação de focos (tumores e abscessos). Por sua vez a terapia medicamentosa consiste em drogas anticonvulsivantes para controle das crises.^{17,18} Apesar da qualidade e da quantidade de medicamentos interferirem no controle, outros fatores emocionais e sociais da vida diária devem ser levados em consideração, como a questão do estigma, exclusão, restrições, sobreproteção e isolamento que pode ser prática da condição epilética. Assim, o consultório odontológico, por suas características de atendimento estressante, pode ser fator determinante da manifestação convulsiva.¹⁹

Considerações Sociais

A visão do transtorno convulsivo (epilepsia) é modificada pelo contexto social e cultural no qual o paciente está inserido. Algumas culturas acreditam que a epilepsia representa “possessão demoníaca”.²⁰ Embora a epilepsia ocorra a partir de uma disfunção transitória do cérebro, o medo e a ignorância de algumas pessoas levam a casos de discriminação e sentimentos de vergonha pelo doente. Na mente das pessoas e nas leis de alguns países, esta patologia é fortemente associada com doença mental e deficiências cognitivas, generalizações que injustamente afetam muitas pessoas acometidas. Tais estereótipos sociais generalizados ainda são difíceis de superar.²¹

Pacientes com quadros epiléticos apresentam-se mais suscetíveis a quadros de depressão, sendo como principais causas relatadas o preconceito e as dificuldades de adaptação em ambientes públicos, como trabalho, escola e universidade. Devido a isso, muitas vezes possuem baixa autoestima e acabam por deixarem seus cuidados pessoais em segundo plano, tendo como consequência um déficit na sua higiene pessoal e pior higiene bucal.⁶ Em geral, o perfil socioeconômico dos pacientes com epilepsia mal controlada é descrito como de baixo nível, uma vez que, nas formas graves, pode haver limitações para a vida de forma geral e para o trabalho de forma particular, além do alto custo para o diagnóstico e tratamento.^{22,23}

Epidemiologia

Estima-se que a proporção da população geral com epilepsia ativa em um determinado momento (isto é, convulsões contínuas ou a necessidade de tratamento) seja entre quatro a 10 por 1.000 pessoas.^{24,25} Sendo maior em pacientes com menos de dois anos de idade e com mais de 65 anos.¹¹ No entanto, alguns estudos em países em desenvolvimento, como o Brasil, sugerem que a incidência da doença está entre seis a 10 pessoas por mil. Cerca de 50 milhões de pessoas no mundo têm epilepsia.²⁵ Essa alta prevalência faz deste transtorno um problema de saúde pública.¹⁹

Diversos fatores influenciam a incidência e a prevalência desta doença: idade, sexo, área de residência, *status* socioeconômico, etiologia da epilepsia, entre outros. A incidência da epilepsia é mais alta nas idades extremas da vida, isto é, antes do primeiro ano de vida e após os 80 anos, ficando, aproximadamente, em torno de 100 casos para cada 100 mil habitantes. Por sua vez, a prevalência permanece estável ao longo de toda a vida, em torno de 0,5-1%. Os homens têm um maior risco de sofrerem de epilepsia do que as mulheres, especialmente no caso de epilepsias sintomáticas. Também possuem risco aumentado as pessoas de classe social mais baixa. Apesar de que, essa diferença não é explicada pela etiologia da doença. Os quadros epiléticos também estão associados a um aumento nas taxas de mortalidade que é de cerca de dois a três vezes maior do que a população em geral.²⁶

O Tratamento Odontológico

Indivíduos que fazem crises epiléticas se inserem na categoria de pacientes com necessidades especiais e requerem um atendimento odontológico diferenciado. Esses pacientes são considerados como um paciente especial devido às suas características médicas da doença, não necessariamente possuindo outras doenças associadas ou comprometimento na área intelectual do cérebro. Destaca-se que muitos deficientes mentais ou neuromotores podem apresentar crises epiléticas, mas a recíproca não é verdadeira.²⁷

A anamnese é o momento para identificar questões fundamentais quanto à epilepsia. A maioria dos pacientes tem conhecimento dos fatores associados ao aumento do risco de crises, dentre os mais relatados são: a privação do sono, estresse, uso de álcool, uso irregular do medicamento antiepilético e a época do ciclo menstrual nas mulheres. Nos dias que antecedem ao atendimento, os pacientes devem estar vigilantes quanto ao uso dos medicamentos. Em especial, no dia da consulta odontológica, os pacientes precisam sentir-se bem descansados e evitar a ingestão de bebidas que contenham álcool.¹⁹

Quando o paciente apresentar-se livre de crises e sob controle das drogas antiepiléticas, tanto o epilético quanto o cirurgião-dentista terão maior tranquilidade e segurança durante o atendimento. Entretanto, um fato quase que impossível seria assegurar a ausência de crises durante os procedimentos odontológicos para aqueles com episódios de difícil controle. Nestas situações, é recomendada a administração de benzodiazepínicos 30-45 minutos antes do procedimento odontológico, sendo o Lorazepam 0,5 mg - 1,0 mg o mais indicado.²⁸

Faz-se uma necessidade vital no tratamento odontológico destes pacientes que se tenha segurança na realização dos procedimentos. Tão importante quanto isso, é o reconhecimento das limitações de cada paciente quando se observa a falta de condições físico-clínicas. Uma exigência mínima seria que o ambiente da consulta permaneça calmo, devendo-se evitar estímulos desencadeadores da crise. Certos estímulos são capazes de despolarizar os neurônios, por exemplo, ruídos, a luz do refletor a contenção mecânica por meio do medo podem desencadear crises.^{27,29}

O estado geral de saúde é de grande importância e reflete nas principais causas de doenças orais, a hiperplasia gengival ou fibromatose gengival devido ao uso de medicamentos e no traumatismo facial de tecidos moles e duros (Figura 1). Cicatrizes na pele e fraturas dentárias não são incomuns, assim como os casos de avulsão dos incisivos.⁶



Figura 1. Principais considerações a serem avaliadas no tratamento odontológico do paciente epilético

A hiperplasia fibrosa gengival advém dos efeitos colaterais de algumas drogas utilizadas, como a Fenitoína. É comum observar-se aumento dos tecidos gengivais após dois a três meses do início do uso desta medicação. Apesar disso, esse quadro pode estar agravado devido ao controle inadequado do biofilme dental, uma vez que as profundas bolsas periodontais formadas favorecem o crescimento de micro-organismos anaeróbicos. Há também uma correlação entre o grau de aumento gengival e a presença de acúmulo de biofilme, como cavidades de cáries dentárias, restaurações deficientes ou falhas e bandas ortodônticas.³⁰

A hiperplasia fibrosa gengival pode muitas vezes dificultar a mastigação, causar problemas estéticos, na fala e na erupção dental. Em geral, a mucosa gengival apresenta coloração mais pálida em comparação com parte da gengiva saudável e é mais pronunciada nas faces vestibulares dos dentes anteriores e frequentes na maxila do que na mandíbula. Em alguns pacientes o aspecto inflamatório da gengivite é muito evidente.⁶

Outros fármacos como Carbamazepina e Lamotrigina 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 indicado.^{31,32}

Diversas drogas recomendadas para o tratamento de crises convulsivas têm repercussão nos tecidos bucais. Os medicamentos mais utilizados, suas interações e cuidados especiais estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Medicamentos anticonvulsivantes, implicações orais, interações medicamentosas e indicação

Medicamento	Indicação	Nome comercial	Implicações bucais (diretas e indiretas)	Interações medicamentosas
Fenitoína (Hidantoína)	Crises convulsivas epiléticas e parciais. Crises convulsivas por traumatismo cranioencefálico, secundárias e neurocirurgia	Dantalin® Epelin® Fenital® Fenitoína®	Hiperplasia ou sangramento gengival, cicatrização demorada. Aumento da incidência de fissuras de lábio e palato em filhos de gestantes	Fluconazol, Metronidazol, Eritromicina, Rifamicina, Paracetamol, Aspirina e Ibuprofeno
Carbamazepina	Crises convulsivas parciais complexas ou simples (com ou sem perda da consciência) com ou sem generalização secundária. Crises tônico-clônicas generalizadas. Formas mistas dessas crises. Não é adequada para monoterapia e terapia combinada	Carbazol® Carmazin® Convulsan® Tegretard® Tegretol®	Hiperplasia ou sangramento gengival, cicatrização demorada. Aumento da incidência de Ulceração, xerostomia, glossite, estomatite, maior CPOD, candidíase, leucopenia, trombocitopenia, sangramento gengival, erupções cutâneas e cicatrização demorada em filhos de gestantes	Claritromicina, Eritromicina, Benzilpenicilina, Metronidazol, Doxicilina, Rifamicina e Midazolam
Lamotrigina	Droga antiepilética para o tratamento de crises convulsivas parciais e crises generalizadas, incluindo crises tônico-clônicas. Após o controle epilético pode ser usado como monoterápico	Lamictal® Lamotrix® Neural® Neurium®	Xerostomia, úlceras, CPOD elevado, candidíase e leuco-	Fluconazol
Ácido Valproico	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 Depakene® Depakote® Valpakine® Valprene®	Depakene® Depakote® Valpakine® Valprene®	Trombocitopenia, diminuição da agregação plaquetária, prolongado tempo de sangramento, leucopenia e	Rifamicina, Aspirina, Fluconazol, Eritromicina e Ibuprofeno

**Quadro 1.** Medicamentos anticonvulsivantes, implicações orais, interações medicamentosas e indicação

Medicamento	Indicação	Nome comercial	Implicações bucais (diretas e indiretas)	Interações medicamentosas
Clonazepan	Indicado isoladamente ou como adjuvante no tratamento das crises epiléticas mioclônicas, acinéticas, ausências típicas (pe-tit mal), ausências atípicas	Clonotril® Navotrax® Rivotril® Clonazepax®	Aumento da salivagem	
Fenobarbital	É um barbitúrico com propriedades anticonvulsivantes, devido a sua capacidade de elevar o limiar de convulsão	EdhanoI® Gardenal® Luminal®	Hiperalgisia, leucopenia, osteopenia, sonolência	Paracetamol, metronidazol, cloranfenicol, corticosteroides, benzilpenicilina, doxicilina e tetraciclina
Primidona	É indicada no controle do grande mal, refratárias à terapia com outros anticonvulsivantes, e nas crises epiléticas psicomotoras e focais	Mysoline® Primidon®	Hiperalgisia, leucopenia, osteopenia, sonolência	Cloranfenicol, doxicilina e tetraciclina

Adaptada pelo autor com base em Barbério *et al.* (2013) e Campos e Haddad (2007).

Algumas medidas são necessárias para a manutenção e controle da hiperplasia gengival, dentre as quais: instruções de higiene bucal para rigoroso cuidado diário. Profilaxia profissional periódica, com especial importância para a remoção de cálculo dental e fatores retentivos de biofilme dental. As restaurações precisam estar sempre bem adaptadas e sem regiões de irritação, como a presença de degraus positivos ou negativos. Quando a hiperplasia gengival for de caráter grave, podendo influir na função e estética, o tratamento cirúrgico poderá ser instituído.³⁰

Quanto ao uso de anestésicos, algumas considerações são recomendadas. Interações significantes clinicamente entre anticonvulsivantes e anestésicos locais não são conhecidas, embora o uso de lidocaína com adrenalina seja preconizado. Assim como a utilização de seringa carpule com aspiração para evitar injeção intravenosa.¹⁹ Na necessidade de se intervir em pacientes sob sedação, é relevante saber que a sedação com Midazolam pode causar convulsões,³³ e que o uso de óxido nítrico ou anestesia geral pode reduzir os riscos de convulsões, principalmente por ser uma forma de diminuir o estresse do paciente durante o procedimento odontológico, cirúrgico ou clínico.³⁴

Próteses totais ou parciais removíveis não são as mais indicadas, sendo as próteses fixas de primeira escolha. Por serem cimentadas, têm menor risco de aspiração ou de se deslocarem e causarem traumas intraorais durante as crises convulsivas. Os dentes perdidos têm indicação de serem substituídos para evitar que a língua fique presa no espaço causando traumas e feridas. A reposição de elementos dentários ausentes pode ser realizada por meio de implantes dentários, uma vez que os mesmos apresentam ótima sobrevida e raramente são perdidos.¹⁹

Procedimentos Durante uma Crise em Ambulatório

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.¹⁹

Na ocorrência de uma crise convulsiva, durante o atendimento no consultório odontológico, como providência imediata, alguns procedimentos devem ser considerados como padrão e podem ser vistos no Quadro 2.^{29,30}

Quadro 2. Procedimentos padrões para ocorrência de uma crise convulsiva durante o atendimento odontológico. (1) Intervenção imediata no paciente, (2) recomendações para a equipe odontológica

Permanecer calmo e observar o paciente é fundamental

Evitar traumatismos e ferimentos, removendo todos os materiais, insumos e equipamentos odontológicos da boca do paciente

Posicionar a cabeça de lado, para evitar aspiração da saliva, auxiliando com o sugador, permitindo a aspiração mais fácil

Se possível, colocar o paciente em decúbito lateral ou em posição de Trendelenburg

Não tentar imobilizar o paciente a força, os movimentos são normais

Contenção passiva deve ser usada apenas para prevenir o paciente de atingir objetos próximos ou cair da cadeira

Manter o paciente arejado e afrouxar roupas e acessórios

A crise poderá ser interrompida com a utilização lenta de Diazepam por via intramuscular e endovenosa (0,2 - 0,5 mg/Kg), no máximo de 10 mg por dose, se o CD estiver habilitado e apto a realizar o procedimento

Não use oxigênio em casos que o paciente se apresente cianótico, pois isso pode prolongar a crise

É comum o paciente, principalmente crianças, dormir após a crise. Não há necessidade de acordá-lo

A maioria das crises são de curta duração e requerem muito pouca intervenção

Após a crise é necessário interromper o atendimento odontológico

Em crises longas, com mais de cinco minutos de duração ou repetidas, encaminhar o paciente para atendimento médico de suporte

Conclusão

Esta revisão de literatura buscou preencher esta lacuna de conhecimento, principalmente em vista de questões clínicas que geram grandes controvérsias na própria literatura, refletindo as experiências dos tratamentos até o ano de 2016. O tratamento de pacientes com epilepsia ou epilepsia associada a algum outro problema médico é uma condição que todos os cirurgiões-dentistas podem encontrar na prática clínica. É necessário que se conheça a história completa da doença destes pacientes, isto inclui uma descrição completa das crises convulsivas, do tipo de tratamento médico e os medicamentos utilizados e, ainda, o quanto bem controlado o paciente está no momento do tratamento. A equipe do consultório deve estar preparada e treinada para lidar com uma crise, devendo também estar organizada com antecedência para prestar um possível atendimento de emergência de forma eficiente. Um bom exame intraoral para descobrir quaisquer problemas decorrentes das crises e possíveis efeitos colaterais das medicações anticonvulsivantes são necessários.

Referências ::

- Banerjee PN, Filippi D, Hauser WA. The descriptive epidemiology of epilepsy - a review. *Epilepsy Res.* 2009;85(1):31-45.
- Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia.* 2014;55(4):475-82.
- Chhabra N, Chhabra A, Bansal S. An innovative approach to cessation of thumb-sucking in a child with epilepsy: a case report. *Spec Care Dent.* 2012;32(6):270-3.
- Fisher RS, Van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: Definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia.* 2005;46(4):470-2.
- Bryan RB, Sullivan SM. Management of dental patients with seizure disorders. *Sci York.* 2006;50:607-23.
- Campos C de C, Haddad AS. Transtorno Convulsivo: Epilepsia. In: *Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.* 2007. p. 292-7.
- Károlyházy K, Kivovics P, Fejérdy P, Arányi Z. Prosthodontic status and recommended care of patients with epilepsy. *J Prosthet Dent.* 2005;93(2):177-82.
- Aragon CE, Hess T, Burneo JG. Knowledge and attitudes about epilepsy: A survey of dentists in London, Ontario. *J Can Dent Assoc (Tor).* 2009;75(6):450-450g.
- Engel J. Report of the ILAE classification core group. *Epilepsia.* 2006;47(9):1558-68.
- Fisher RS, Engel JJ. Definition of the postictal state: When does it start and end? *Epilepsy Behav.* Elsevier Inc.; 2010;19(2):100-4.
- Robbins MR. Dental Management of Special Needs Patients Who Have Epilepsy. *Dent Clin North Am.* Elsevier Ltd; 2009;53(2):295-309.
- Falip M, Codina M. *Epilepsia.* *Medicine (Baltimore).* 2011;10(74):4991-5001.
- Berg A, Berkovic S, Brodie M, Buchhalter J, Cross H, Emde VW. ILAE Revised Terminology for Organization of Seizures and Epilepsies 2011 - 2013 Classification of Seizures Electroclinical Syndromes and Other Epilepsies Grouped by Specificity of Diagnosis ILAE Revised Terminology for Organization of Seizures and Epilepsy. *Epilepsia.* 2010;51:676-85.
- Viterri Torres C. *Epilepsia.* *Medicine (Baltimore).* 2015;11(73):4364-73.
- Silva CRA, Cardoso I, Machado NR. Considerações sobre epilepsia. *Bol Cient Pediatr.* 2013;02(3):71-6.
- Shorvon SD. Classificação etiológica da epilepsia. *Epilepsia.* 2011;52(6):1052-7.
- Betting LE, Kobayashi E, Montenegro MA, Min LL, Cendes F, Guerreiro MM, et al. Tratamento de epilepsia: Consenso dos Especialistas Brasileiros. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(4):1045-70.
- Goldenberg MM. Overview of drugs used for epilepsy and seizures: etiology, diagnosis, and treatment. *Pharm and Therap.* 2010;35(7):392-415.
- Barbério GS, Santos PS da S, Machado MA de AM. Epilepsia: condutas na prática odontológica. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* 2013;25(2):141-6.
- Burneo JG. Sonko-Nanay and epilepsy among the Incas. *Epilepsy Behav.* 2003;4(2):181-4.
- Jacoby A, Snape D, Baker GA. Epilepsy and social identity: The stigma of a chronic neurological disorder. *Lancet Neurol.* 2005;4(3):171-8.
- Melo MS de S, Costa Y da, Pacheco LF, Viana FP, Silva-Hamu TCD da, Cavalcante JE da S, et al. Quality of life of epileptic patients with neurocysticercosis. *Movimenta.* 2014;7(4):819-28.
- Bastos M, Van der Laan F, Gitaí L, Gameleira FT, Reis da Silva L. Epilepsia Mioclônica Juvenil: Estudo clínico, epidemiológico, terapêutico e da qualidade de vida. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2009;15(2):65-9.
- Sander JW a S, Shorvon SD. Epidemiology of the epilepsies Methodological issues. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1996;61(5):433-43.
- WHO. Media centre Epilepsy. *Media.* 2009.
- Neligan A, Bell GS. The mortality of epilepsy. In: *Epilepsy.* 2014. p. 302.
- Filho AF. Pacientes Especiais e a Odontologia. 2002. 472 p.
- Allredge BK, Gelb AM, Isaacs SM, Corry MD, Allen F, Ulrich S, et al. A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out-of-hospital status epilepticus. *N Engl J Med.* 2001;345(9):631-7.
- Varellis MLZ. Epilepsia. In: *O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia - Manual Prático.* 2005. p. 101-11.
- Silva LCP, Cruz R de A, Taitson PF. Doenças mais Frequentes. In: *Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais - Protocolos para o Atendimento Clínico.* 2009. p. 27-52.
- Károlyházy K, Kovács E, Kivovics P, Fejérdy P, Arányi Z. Dental status and oral health of patients with epilepsy: an epidemiologic study. *Epilepsia.* 2003;44(8):1103-8.
- 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. *Comm Dent Health.* 2010;27(4):233-7.
- Robb N. Epileptic fits under intravenous midazolam sedation. *Br Dent J.* 1996;181(5):178-9.
- Vorkas C, Gopinathan M, Singh A, Devinsky O, Lin L, Rosenberg P. Epilepsy and dental procedures. A review. *N Y State Dent J.* 2008;74(2):39-43.

Recebido em: 12/07/2016 / Aprovado em: 07/08/2016

Autor Correspondente

Alexandre Baumgarten

E-mail: a.baumgarten@hotmail.com