Rev. Port. de Est. e Cir. Maxilofac.
32 (2): 99-104

ALTERAÇÕES GENGIVAIS EM CRIANÇAS A EFECTUAR MEDICAÇÃO ANTI-EPILÉPTICA

4 Anos de Avaliação Clínica

Ivo A. Furtado*, Paulo A. Palmela**, Virgínia B. Milagre**

RESUMO: Os Autores efectuaram durante 4 anos a avaliação clínica das alterações gengivais em crianças a fazer medicação anti-epiléptica. Foram seguidas 300 crianças de risco médico acrescido, de ambos os sexos, até aos 12 anos de idade; tomaram como grupo testemunha igual número de crianças saudáveis, da mesma faixa etária.

Analisaram a distribuição das crianças consoante o sexo e a idade, em ambos os grupos. Verificaram o número de casos de crianças com epilepsia e a data do diagnóstico, início da terapêutica e ainda o fármaco utilizado. Determinaram a prevalência de hiperplasia gengival nos diferentes grupos e a sua correlação com a medicação, a higiene oral e o tipo de dieta. Fizeram propostas terapêuticas com base na experiência que obtiveram.

Concluiram que a hiperplasia gengival se encontra predominantemente associada à Fenitoína e à Primidona; apresenta também uma íntima relação com a deficiente higiene oral e com a dieta mole.

ABSTRACT: The authors have made during four years, the clinical evaluation of the gingival alterations in the children getting anti-epileptic medication.

A follow up of three hundred increased medical risk children, was done. These children, from both the sexes were aged until twelve.

An equal number of healthy children, aging the same range, was considered as testimony group.

The distribution of these children was analysed according the sex and the age in both the groups.

The number of the cases of children with epilepsy and the time of the diagnosis, the therapeutic beginning and still the used medicine, was verified.

The prevalence of gingival hyperplasia at the different groups and its correlations with the medication, the oral hygiene and the type of the diet were recorded.

Therapeutical proposals based on the obtained experience were advanced.

The authors have concluded that the gingival hyperplasia is mainly associated to Phenytoin and Primidone and has also a close connection with the poor oral hygiene and the soft diet.

Palavras-chave: Epilepsia, Anti-epilépticos, Hiperplasia Gengival, Dieta Mole, Higiene Oral

Key-words: Epilepsy, Anti-Epileptics, Gingival hyperplasia, Soft diet, Oral hygiene

* Médico Estomatologista. Responsável pela Consulta de Estomatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria — Lisboa
Professor de Medicina Dentária Preventiva e Odontopediatria do Instituto Superior de Ciências da Saúde — Lisboa
** Médico Interno do Internato Complementar de Estomatologia do Hospital de Santa Maria — Lisboa

INTRODUÇÃO

As epilepsias são um grupo de distúrbios caracterizados por alterações paroxísticas crónicas e recorrentes da função neurológica, causadas por

anomalias da actividade eléctrica do cérebro. São distúrbios neurológicos comuns e considera-se que afectam 0,5 a 2% da população, podendo ocorrer em qualquer idade (1) (2).

Na terapêutica destas situações, recorre-se a um grupo de fármacos depressores selectivos do S.N.C., que permitem evitar e controlar a frequência das crises convulsivas — medicamentos anti-epilépticos (3).

Estes classificam-se em Barbitúricos (Fenobarbital e Primidona), Hidantoína (Fenitoína), Oxazolidonas, succinimidas (etosuccimida) e outros (Carbamazepina, Valproato de sódio, clonazepam, etc.) (3) (1).

Actualmente os mais usados na clínica são o Fenobarbital, a Primidona, Fenitoína, Carbamazepina, Valproato de Sódio e Clonazepam.

Estes fármacos apresentam acções acessórias, que devem ser conhecidas dos profissionais que lidam com os pacientes epilépticos. Assim, são de salientar as mais frequentes, como a vertigem, a sonolência, a ataxia, as náuseas, os tremores, as discrasias hemorrágicas, diptopia, as disritmias cardíacas, bem como a hiperplasia gengival.

A Hiperplasia Gengival, tem sido principalmente associada ao uso de fenitoína e de primidona (4) (5). (Fig. 1)

Fig. 1 — Um caso de hiperplasia gengival associado à Fenitoína

A Hiperplasia Gengival consiste numa proliferação do tecido conjuntivo fibroso com numerosos fibroblastos, sem componente inflamatório evidente (6).

Como causa tem sido apresentada a activação dos mastócitos locais com libertação de mediadores químicos que activam os fibroblastos (4).

Muitos autores (4) concordam que factores inflamatórios locais desempenham também importante papel na etiopatogenia da hiperplasia gengival.

Reconhece-se ainda uma correlação entre o grau de hiperplasia e a dose diária de anti-convulsivante, a má higiene oral, outros irritantes locais e a idade do paciente.

A presença de dentes é indispensável ao desenvolvimento da hiperplasia; as zonas desdentadas são, por norma, poupadas (5,7).

MATERIAL E MÉTODOS

O Universo do nosso estudo abrangeu 300 crianças de risco médico-acrescido, de ambos os sexos e idades até aos 12 anos inclusivé, utentes da Consulta de Estomatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria (H.S.M.).

O grupo testemunha incluíu igual número de crianças do mesmo grupo etário e utentes da Consulta Geral de Estomatologia do H.S.M..

Estas crianças foram acompanhadas de 1 de Julho de 1986 a 30 de Junho de 1990.

Na distribuição das crianças dos dois grupos por idade e sexo, encontrámos práticamente uma sobreposição dos valores percentuais (Quadros I e II), bem como uma predominância dos grupos etários mais velhos (Gráficos 1 e 2).

Considerámos como sub-universo, o grupo das crianças epilépticas, tendo encontrado 51 casos, que representam 17% do Universo. Na análise da sua distribuição por idade e sexo constatamos maior frequência dos grupos etários mais velhos (Quadro III e Gráfico 3).

Apontamos 3 razões para este facto:

1 — A distribuição etária do próprio Universo
2 — O envio destes doentes à nossa Consulta, após controle da sua patologia médica de base.
3 — Serem inicialmente seguidos em ambulatório e enviadas posteriormente à nossa consulta pelas características específicas da sua patologia.

Para a realização do nosso trabalho recolhemos elementos da história clínica de todos os pacientes, dando relevo ao diagnóstico de epilepsia referenciando a data de início das convulsões,

QUADRO I

Distribuição das crianças por idade e sexo
consulta de Estomatologia Pediátrica

IDADE (Anos)	NÚMERO DE CRIANÇAS OBSERVADAS			PERCENTAGEM DE CRIANÇAS OBSERVADAS
	Sexo ♂	Sexo ♂	Sexo ♂ Sexo ♂+	Sexos ♂+ ♂ %
<1	0	1	1	0,33
1	0	0	0	0,00
2	1	1	2	0,67
3	2	7	9	3,00
4	6	6	12	4,00
5	16	6	22	7,33
6	18	15	33	11,00
7	20	11	31	10,33
8	24	26	50	16,67
9	15	21	36	12,00
10	22	17	39	13,00
11	12	11	23	7,67
12	20	22	42	14,00
TOTAIS	156	144	300	100

QUADRO II

Distribuição das crianças por idade e sexo
consulta geral de Estomatologia

IDADE (Anos)	NÚMERO DE CRIANÇAS OBSERVADAS			PERCENTAGEM DE CRIANÇAS OBSERVADAS
	Sexo ♂	Sexo ♂	Sexo ♂ Sexo ♂+	Sexos ♂+ ♂ %
<1	2	2	4	1,33
1	4	3	7	2,33
2	4	5	9	3,00
3	4	4	8	2,67
4	6	7	13	4,33
5	13	15	28	9,33
6	9	5	14	4,67
7	5	15	20	6,67
8	20	23	43	14,33
9	23	23	46	15,33
10	11	18	29	9,67
11	11	19	30	10,00
12	31	18	49	16,40
TOTAIS	143	157	300	100

Gráfico 1

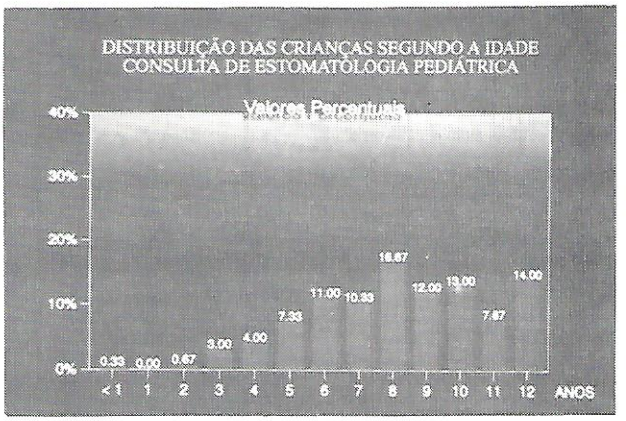
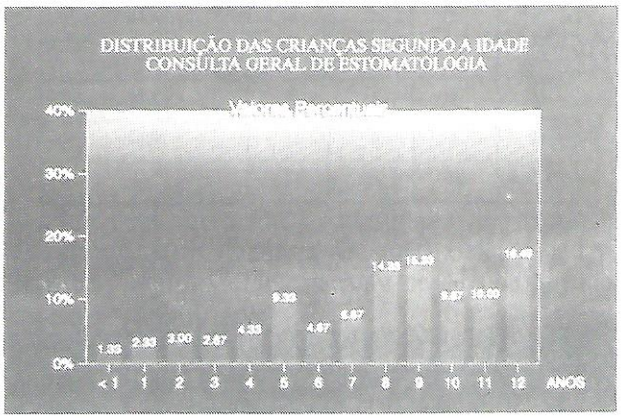


Gráfico 2



a medicação efectuada e respectiva dosagem; determinámos o índice de placa (Ramfjord) e procedemos ao registo e à análise da dieta.

RESULTADOS

Diagnosticámos 16 casos de hiperplasia gengival, sendo 1 caso no grupo testemunha, 2 casos em crianças doentes não epilépticas e 13 casos em crianças epilépticas. (Quadro IV e Gráfico 4).

O Quadro e o Gráfico número 5, mostram a prevalência da hiperplasia gengival em crianças medicadas com anti-epilépticos.

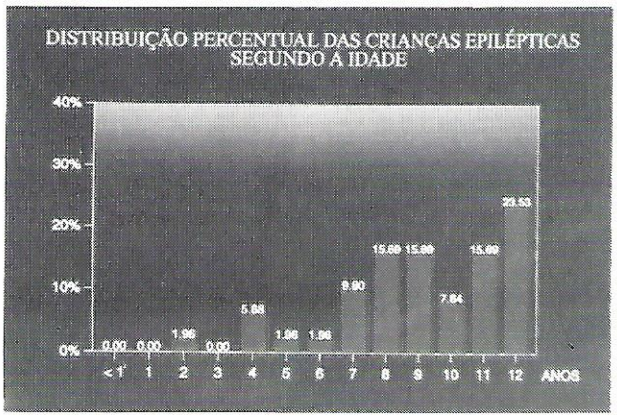
Correlacionámos de seguida a medicação efectuada e as hiperplasias gengivais observadas, tendo encontrado uma associação evidente da hiperplasia com a fenitoína, quer isolada, quer em associação com outros anti-epilépticos.

QUADRO III

Distribuição das crianças epipléticas por idade e sexo

IDADE (Anos)	NÚMERO DE CRIANÇAS OBSERVADAS			PERCENTAGEM DE CRIANÇAS OBSERVADAS
	Sexo ♂	Sexo ♂	Sexo ♂ + Sexo ♂ +	Sexos ♂ + ♂ %
< 1	0	0	0	0,00
1	0	0	0	0,00
2	0	1	1	1,96
3	0	0	0	0,00
4	3	0	3	5,88
5	0	1	1	1,96
6	1	0	1	1,96
7	2	3	5	9,80
8	3	5	8	15,69
9	3	5	8	15,69
10	1	3	4	7,84
11	4	4	8	15,69
12	4	8	12	23,53
TOTAIS	21	30	51	100

Gráfico 3



Consideramos importante realçar também a percentagem encontrada de hiperplasias relacionadas com a Primidona, em associação com outros anti-epilépticos.

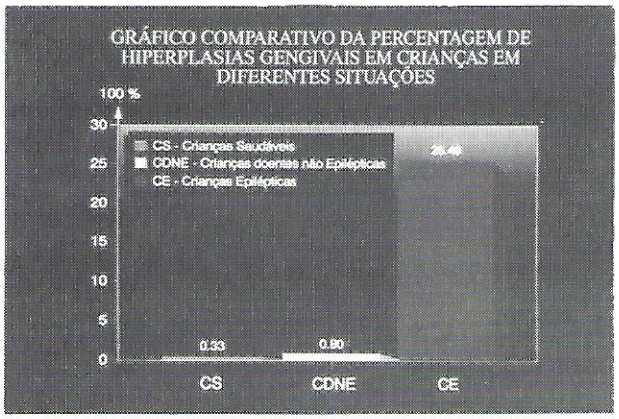
Os restantes casos de hiperplasia em crianças a efectuar actualmente medicação anti-epiléptica com fármacos, não clássicamente associados à hiperplasia, todos eles tinham feito anteriormente medicação com Fenitoína. (Quadro VI).

QUADRO IV

Número e percentagem de hiperplasias

	Número	Percentagem %
Crianças Saudáveis n= 300	1	0,33
Crianças Doentes não Epilépticas n= 249	2	0,80
Crianças Epilépticas n= 51	13	25,49

Gráfico 4



O valor médio do índice de placa encontrado na 1.ª Consulta em doentes com hiperplasia, foi de 2,52, o que corresponde a uma higiene oral deficiente. Comparámos com os valores médios do Índice de Placa do grupo testemunha (1,67) e do grupo das crianças com doença que não a epilepsia (2,18).

Nas crianças epilépticas sem hiperplasia gengival, o valor médio foi de 2,44.

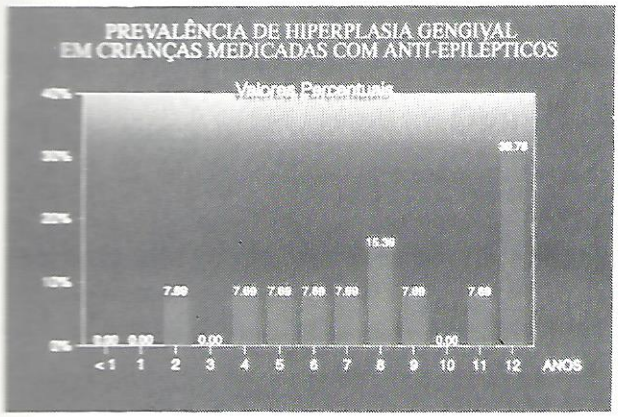
Do registo e análise da dieta, constatámos que 60% das crianças que observámos com hiperplasia gengival, fazem dieta mole e hipercalórica, fundamentalmente com predominância de farinhas lácteas, por se tratar de deficientes profundos com grande diminuição da função mastigatória.

QUADRO V

Prevalência de hiperplasia gengival em crianças medicadas com anti-epiplépticos

IDADE (Anos)	NÚMERO DE CRIANÇAS COM HIPERPLASIA			PERCENTAGEM DE CRIANÇAS C/ HIPERPLASIA
	Sexo ♂	Sexo ♂	Sexo ♂ + Sexo ♂	Sexos ♂+ ♂ %
<1	0	0	0	0,00
1	0	0	0	0,00
2	0	1	1	7,69
3	0	0	0	0,00
4	1	0	1	7,69
5	1	0	1	7,69
6	0	1	1	7,69
7	0	1	1	7,69
8	1	1	2	15,39
9	0	1	1	7,69
10	0	0	0	0,00
11	1	0	1	7,69
12	1	3	4	30,78
TOTAIS	5	8	13	100

Gráfico 5



Pudémos observar ainda que enquanto 60% das crianças com hiperplasia gengival, iniciaram terapêutica medicamentosa antes dos 12 meses de idade, apenas 21,4% das que não desenvolveram hiperplasia gengival, iniciaram também medicação anti-epiléptica antes de 1 ano de idade.

A orientação terapêutica efectuada a estes pacientes consistiu na instituição de medidas de higiene oral, na correcção da dieta e na proposta de alteração medicamentosa aos colegas Neurologistas, sempre que a mesma se nos afigurava possível. (Quadro VII)

QUADRO VI

Correlação entre a medicação efectuada e as hiperplasias gengivais observadas

NÚMERO DE CRIANÇAS	MEDICAÇÃO EFECTUADA	NÚMERO DE HIPERPLASIAS	PERCENTAGEM (%)
8	Fenitoína (Hidantina)	5	62,50
0	Valproato de Sódio (Diplexil)	0	0,00
5	Carbamazepina (Tegretol)	0	0,00
3	Clonazepam (Rivotril)	0	0,00
0	Primidona (Mysoline)	0	0,00
8	Fenobarbital (Luminal)	0	0,00
3	Diplexil + Rivotril	1	33,33
3	Tegretol + Mysoline	2	66,66
2	Tegretol + Hidantina	1	50,00
3	Tegretol + Rivotril	2	66,66
6	Diplexil + Fenobarbital	2	33,33
3	Diplexil + Tegretol	0	0,00
nt= 44			

QUADRO VII

ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA	Nº DE CASOS	PERCENTAGEM (%)
MELHORIA DE HIGIENE ORAL	50	98,03
CORRECÇÃO DA DIETA	10	19,60
ALTERAÇÃO DA TERAPÊUTICA	2	3,92
CIRURGIA GENGIVAL	2	3,92

Com estas três medidas, associadas a destartarizações periódicas e à remoção dos focos sépticos orais, conseguiu-se controlar a grande maioria das

situações de hiperplasia gengival. Apenas houve necessidade de recorrer à Cirurgia (gengivectomia) em duas crianças.

CONCLUSÕES

Há alterações gengivais em crianças a efectuar medicação anti-epiléptica. A Hiperplasia Gengival encontra-se associada principalmente à Fenitoína e à Primidona.

Apresenta íntima relação com a deficiente higiene oral e encontrámos como factor adjuvante a dieta mole.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. HARRISON. Medicina Interna, Vol. 2, pág. 2243, 10.ª Edição, Guanabara Koogan, Brasil, 1984.
2. MARCUS, A., KRUPP, MILTON J., CHATTON. Diagnóstico Clínico e Tratamento, pág. 584-589, 21.ª Edição, 1983.
3. GOTH, A. Farmacologia Médica, pág. 273-278, Editorial Interamericana, S.A., 1979.
4. MALCOM, A. Lynch, Burket's Oral Medicine, 7.ª Edição, J.B. Lippincort Company. Philadelph, 1977.
5. LINDHE, J. Tratado de Periodontologia Clínica, pág. 223-224, Editora Guanabara S.A., Brasil, 1988.
6. SHAFER, WILLIAM G. Patologia Bucal, pág. 727-728, 4.ª Edição Interamericana, 1985.