



ALESSANDRA MARIA LOPES DE AZEVEDO

**HIPERPLASIA GENGIVAL MEDICAMENTOSA EM PACIENTES USUÁRIOS DE
FENITÓINA: revisão de literatura**

São Luís

2019

ALESSANDRA MARIA LOPES DE AZEVEDO

**HIPERPLASIA GENGIVAL MEDICAMENTOSA EM PACIENTES USUÁRIOS DE
FENITÓINA: revisão de literatura**

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Periodontia

Orientador: Prof.^a Esp. Luciana Maia Moura Naves

São Luís

2019



Monografia “HIPERPLASIA GENGIVAL MEDICAMENTOSA EM PACIENTES USUÁRIOS DE FENITÓINA: revisão de literatura” de autoria da aluna Alessandra Maria Lopes de Azevedo.

Aprovado em: 17 / 08 / 2019 pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof.^a PhD. Luciana Salles Branco de Almeida-UFMA
Orientadora

Prof.^a Dra. Liana Linhares Lima Serra-UFMA
1º Examinador

Prof.^a Esp. Luciana Maia Moura Naves-Instituto Pós-Saúde
2º Examinador

São Luís, 17 de Agosto de 2019

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fortalecer todos os dias me enchendo de fé e esperança em dias melhores, por me conceder saúde, força de vontade e guiar os meus passos para mais uma vitória na minha vida. Grata também a minha família, o meu namorado e todos aqueles que me amam e me apoiam que sempre estiveram ao meu lado torcendo por mim todos os dias e vibrando com cada passo desse sonho.

Para todas as professoras e amigas queridas, Luciana Salles, Liana Linhares e Luciana Naves, pelo carinho, pela paciência e dedicação em cada detalhe da especialização. Vocês são as minhas fontes de inspiração profissional.

A todos os meus amigos de especialização que no qual sentirei saudade desse nosso convívio na pós e estou na torcida pelo sucesso de todos. Gostaria de agradecer de maneira especial a minha amiga da vida e dupla da pós, Mayana Viera, amiga você é brilhante como profissional e melhor ainda como pessoa, obrigada por todos os gestos de amizade e companheirismo comigo.

RESUMO

Observa-se um crescimento da quantidade de pacientes que comparecem ao consultório odontológico apresentando alterações sistêmicas e fazendo uso de algum tipo de medicamento que ocasionalmente pode ter como efeito adverso mais comum a hiperplasia gengival medicamentosa, como por exemplo, a fenitoína. Estudos vêm sendo realizados no intuito de investigar a relação desse medicamento com a saúde bucal, mostrando também a importância da prevenção, do diagnóstico precoce e as condutas de atendimento para os pacientes com epilepsia. Por serem considerados pacientes especiais, o tratamento odontológico deve ser realizado de forma diferenciada. A proposta deste trabalho, por meio de uma revisão de literatura é que possamos observar todos os aspectos da hiperplasia gengival medicamentosa, verificar a necessidade de aliar o tratamento odontológico ao tratamento medicamentoso, mostrar importância do tratamento adequado e do acompanhamento de pessoas com epilepsia em especial os que fazem o uso de fenitoína.

Palavras-Chave: Hiperplasia gengival; Hiperplasia medicamentosa; Fenitoína; Epilepsia.

ABSTRACT

There is an increase in the number of patients who come to the dental office presenting systemic changes and using some type of medication that may occasionally have the most common adverse effect of drug gingival hyperplasia, such as phenytoin. Studies have been conducted to investigate the relationship of this drug with oral health, also showing the importance of prevention, early diagnosis and care procedures for patients with epilepsy. Because they are considered special patients, dental treatment should be performed differently. The purpose of this paper, through a literature review is that we can observe all aspects of drug gingival hyperplasia, verify the need to combine dental treatment with drug treatment, show the importance of proper treatment and monitoring of people with epilepsy in particular those who use phenytoin.

Keywords: Gingival hyperplasia; Drug hyperplasia; Phenytoin; Epilepsy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	MATERIAL E MÉTODOS.....	09
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1	FENITOÍNA.....	10
3.2	ASPECTOS DA HIPERPLASIA MEDICAMENTOSA.....	11
3.3	CONDUTA DE ATENDIMENTO.....	13
3.4	TRATAMENTO.....	14
4	DISCUSSÃO.....	16
5	CONCLUSÃO.....	19
	REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A hiperplasia gengival é resultado de uma inflamação crônica, desencadeada a partir de fatores locais (biofilme filme ou cálculo), ou fatores sistêmicos como doenças crônicas, variações hormonais e uso de medicamentos (Almeida&Dias, 2004). Tendo como característica um aumento de volume gengival podendo se apresentam de forma localizada ou generalizada e/ou inflamatória ou fibrótica (Breitenbach, 2008).

Classifica-se de acordo com o tipo de tecido que as compõe, com isso podem ser de predomínio de tecido de granulação, como por exemplo, o granuloma piogénico; como também a hiperplasia inflamatória com predomínio misto de tecido fibroso e inflamatório ou classificado por conta de uso de algumas medicações, nesse caso nomeia-se como hiperplasia gengival medicamentosa. (Romero, 2011).

A hiperplasia gengival medicamentosa é considerada um dos efeitos adversos mais comuns. Um desses medicamentos é a fenitoína, uma droga de primeira linha para o tratamento de epilepsia e outras doenças convulsivas, por conta do seu custo-benefício (Guimarães Junior, 2007).

Do ponto de vista sobre o paciente, estudos mostram que os pacientes com epilepsia tendem a ter uma pior condição de saúde bucal, apresentando uma significativa maior perda dentária e dentes cariados, necessidade de próteses e doença periodontal.

Essa relação pode ser por conta da sua suscetibilidade a quadros de depressão e muitas vezes possuem baixa autoestima, fazendo com que acabe deixando seus cuidados pessoais de lado e como consequência um déficit na sua higiene bucal. Esses pacientes são considerados pacientes especiais devido às suas características médicas da doença, não necessariamente possuindo outras doenças associadas ou comprometimento na área intelectual e devem receber um atendimento odontológico diferenciado (Baumgarten et al., 2009).

Este artigo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura a respeito da hiperplasia gengival em pacientes que fazem uso de fenitoína, buscando abordar suas características clínicas, o manejo desse paciente especial e a condição de tratamento mais indicada. Com isso responder aos seguintes questionamentos: O que é de hiperplasia gengival medicamentosa? O uso da fenitoína leva o aparecimento de hiperplasia gengival? Como tratar essa situação e esse paciente?

2 MATERIAL E MÉTODOS

Para o desenvolvimento dessa revisão de literatura seguiu-se os preceitos do estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfica de 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 30 anos, através das palavras-chave em português e sua correspondente em inglês: "Hiperplasia gengival", "Hiperplasia medicamentosa", "Fenitoína", "Epilepsia".

Foram selecionados 20 artigos relevantes sobre o tema e, a partir destes, outras referências foram localizadas por suas referências. Na coleta das informações, seguiu-se a leitura exploratória de todo o material selecionado observando se o artigo é de interesse para revisão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A hiperplasia gengival medicamentosa é denominada um crescimento anormal dos tecidos gengivais por conta do uso de medicamentos sistêmicos, que podem alterar também os tecidos periodontais, modificando a sua resposta inflamatória e imunológica, é observada principalmente na gengiva (Paraguassú et al., 2012).

É considerado um dos principais efeitos adversos desses três grupos de drogas: as antiepilépticas (fenitoína), as imunossupressoras (ciclosporina A) e as betabloqueadoras ou bloqueadoras dos canais de cálcio que são as diidropiridinas (nifedipina, nitrendipina, oxidipina, felodipina, anlodipina), uma benzeno-acetilnitrila (verapamil) e uma benzodiazepina (diltiazina) (Almeida&Dias, 2004).

3.1 Fenitoína

Essa literatura vai abordar principalmente a fenitoína que é uma droga do grupo das hidantoínas usada principalmente no tratamento de crises epiléticas e no controle de convulsões pós-trauma craniano, no tratamento de dor neurítica e arritmias ventriculares (Seymour, 2003).

É comercializada desde 1938 quando foi descoberta como um medicamento anticonvulsivante. Embora já existam outras drogas comercialmente disponíveis para o tratamento de crises convulsivas, a fenitoína ainda é a droga mais utilizada, sendo considerada a preferida e também como já foi citado por conta de suas indicações no tratamento de algumas formas de neuralgia e arritmias cardíacas (Thompson *et al.*, 2004). Dentre os anticonvulsivantes fornecidos pela farmácia do SUS está a fenitoína, pois é a droga de primeira linha para o tratamento e também pelo seu custo-benefício (Guimarães, 2007).

A fenitoína apresenta vários efeitos adversos, sendo que a hiperplasia gengival é um dos mais comuns que acometem a cavidade bucal do usuário. Pode ainda ocorrer aumento da taxa de glicose no sangue, confusão mental, crescimento de pelos no corpo e rosto, insônia, náusea e queda de pressão arterial (Martorelli *et al.*, 2008). Interações medicamentosas perigosas que podem impedir a absorção do antiepiléptico como: Eritromicina, Metronidazol, Aspirina e o Ibuprofeno. (Barbério et al., 2013)

Em seu estudo Machado (2001), observou diversas literaturas que afirmam que nem todos os doentes tratados com fenitoína desenvolvem crescimento gengival, sendo a prevalência deste efeito indesejado de aproximadamente 50%, enquanto que para a ciclosporina e nifedipina as percentagens rondam os 30% e 20% respectivamente.

Explicação definitiva sobre como a fenitoína induz a aumento gengival ainda não existe, mas provavelmente, ela é multifatorial. A maioria das teorias mostra uma relação da fenitoína e seus metabólitos sobre subtipos de fibroblastos gengivais sensíveis, levam a uma diminuição da absorção de cálcio ocasionando uma redução da absorção celular de ácido fólico por conta das alterações na troca de cálcio-sódio e dessa maneira uma redução da degradação do colágeno. Portanto, entende-se que se o usuário da fenitoína apresentar suscetibilidade genética, ou seja, subtipos de fibroblastos sensíveis à droga podem levar a um aumento da produção de colágeno, e conseqüentemente, um aumento gengival (Santos *et al.*, 2001; LIN *et al.*, 2007).

Além da susceptibilidade individual a hiperplasia gengival medicamentosa tem também como fatores etiológicos à predisposição genética, fatores hormonais, características farmacológicas dos medicamentos envolvidos, o tempo de uso dessa droga, deve-se destacar primordialmente, fator do acúmulo de biofilme dentário oriundo de higiene bucal deficiente. Entretanto o papel do biofilme dentário no aumento gengival induzido por drogas ainda permanece contraditório, embora uma higiene bucal adequada seja um fator importante para o controle desta patologia (Paraguassú *et al.*, 2012).

Os estudos sobre a prevalência desta alteração mostraram de forma geral, que não há predileção por etnias, gêneros e faixas etárias, embora haja relato quanto a uma predileção por pacientes jovens com menos de 25 anos em alguns casos de hiperplasia gengival induzida pela fenitoína (Santos *et al.*, 2001; Vieira, 2007; Lin *et al.*, 2007; Guimarães Junior, 2007).

3.2 Aspectos da Hiperplasia medicamentosa

Clinicamente é caracterizada por aumento de volume na gengiva marginal e papilar de crescimento lento e progressivo, não hemorrágico e seu início pode ser de forma localizada tendo a possibilidade evoluir para a forma generalizada. É

observada com maior severidade na face vestibular superior e inferior da gengiva (Pedreira; Cardoso; Taveira, 2011).

Pode também apresentar halitose, variação na cor gengival entre normal e hiperemiada e um crescimento gengival difuso podendo afetar todas as faces e cobrir todos os dentes provocando abalamento e mobilidades destes. As papilas da região interdental ficam hiperplásicas formando massas teciduais nodular de consistência firme, móveis e triangulares e que podem aumentar ainda mais, levando a uma fusão das papilas e forma-se uma “cortina” contínua de tecido gengival que quando atinge seu tamanho máximo tem um aspecto lobulado à gengiva (Vieira, 2007; Lin *et al.*, 2007; Guimarães Junior, 2007).Entretanto a hiperplasia gengival medicamentosa é considerada assintomática, exceto se ocorrer alguma inflamação capaz de provocar hemorragia e conseqüentemente alguma dor (Hassessian *et al.*, 2003).

Em alguns estudos relata-se que o crescimento gengival dificulta a higienização e aumenta o acúmulo de biofilme fazendo com que à hiperplasia tenha um aspecto hiperêmico, edematoso e hemorrágico. Essas manifestações clínicas da hiperplasia gengival associada ao uso de fenitoína são observadas no terceiro mês de uso, porém costuma ser mais bem notada após três a seis meses de uso dos medicamentos, aumentando durante os próximos doze a dezoito meses (Vieira, 2007; Lin *et al.*, 2007; Martorelli *et al.*, 2008; Guimarães Junior, 2007).

O termo hiperplasia pode não ser o mais adequado, pois de acordo com os aspectos histopatológicos a hiperplasia gengival induzida pela fenitoína e as por outras drogas mostram que são semelhantes entre ambas e basicamente observa-se um aumento excessivo de colágeno e inflamação, acantose epitelial com aumento das papilas delomórficas e fibroplasia. O excesso está mais relacionado ao aumento de colágeno na matriz extracelular do que nos fibroblastos (MIGUEL JR, 2008). Diante disso o termo hiperplasia gengival tem sido substituído por crescimento ou aumento gengival em publicações mais recentes.

As literaturas mostram características microscópicas onde é observada uma intensa proliferação do epitélio, áreas de acantose epitelial e áreas de um infiltrado inflamatório crônico, que variam significativamente. O excessivo aumento de volume gengival acontece devido à expansão do compartimento de tecido conjuntivo, que exhibe feixes de colágenos densamente arranjados. O colágeno tem duas vezes mais colágeno do tipo II que o tipo I. Observa-se que existe um grande

volume de colágeno na matriz extracelular em relação ao número de fibroblastos (Pedreira; Cardoso; Taveira, 2011; Corrêa *et al.*, 2011; Guimarães Junior, 2007).

O diagnóstico diferencial da hiperplasia gengival deve se avaliar os possíveis agentes etiológicos para isso deve ser realizada uma boa anamnese e da história clínica completa do paciente. Diante disso descarta a possibilidade alguns processos proliferativos não neoplásicos: granuloma piogênico, lesão periférica de células gigantes, papiloma e condiloma acuminado. Por este motivo, justifica-se a realização da biópsia para excluir e confirmar a hipótese de diagnóstica (Miguel Junior, 2008).

3.3 Conduas de atendimento

Segundo Kato *et al.* (2006), a hiperplasia gengival medicamentosa por conta do excessivo aumento de volume gengival pode interferir no aspecto psicológico, estético, funcional e aumentar a susceptibilidade às infecções em cavidade bucal. Diante disso, os pacientes necessitam de tratamento odontológico diferenciado, com a estimulação e motivação constante da higienização, opção de tratamento para minimizar os efeitos adversos da medicação e em casos severos procedimentos cirúrgica (Thompson *et al.*, 2004).

As literaturas preconizam que o profissional deve realizar um exame clínico de forma cuidadosa, acompanhado de uma anamnese bem detalhada, de modo a investigar as medicações que o paciente faz uso e entender o seu comprometimento sistêmico. Nesse ensejo convém salientar a importância da relação multidisciplinar entre médico e cirurgião-dentista (Mendes *et al.*, 2014).

Em seu artigo Baumgarten *et al.*, 2016 relacionam a epilepsia e a odontologia, onde relatam que durante o tratamento odontológico destes pacientes é necessário que se tenha segurança na realização dos procedimentos, reconhecendo as limitações físicas, mentais ou emocionais de cada paciente.

É importante que o ambiente da consulta permaneça tranquilo e devem-se evitar estímulos desencadeadores da crise, por exemplo, ruídos, a luz do refletor, a contenção mecânica por meio do medo. A grande maioria dos pacientes tem conhecimento dos fatores associados ao aumento do risco de crises, dentre os mais relatados são: a privação do sono, o estresse, o uso de álcool, uso irregular do medicamento antiepilética e a época do ciclo menstrual nas mulheres. Nos dias que

antecedem ao atendimento, os pacientes devem estar assíduos quanto ao uso dos medicamentos.

Os autores também ressaltaram que quando o paciente apresentar-se livre de crises e sobre controle das drogas antiepilépticas proporciona-se uma maior tranquilidade e segurança durante o atendimento. Entretanto, um é fato quase que impossível seria assegurar a ausência de crises durante os procedimentos odontológicos para aqueles que apresentam episódios recorrentes e de difícil controle. Nestas situações, é recomendada a administração de benzodiazepínicos 30 a 45 minutos antes do procedimento odontológico, sendo o Lorazepam 0,5 mg - 1,0 mg o mais indicado. Em relação ao uso de anestésico, Barbério et al., (2013) indicaram em seu artigo o uso da lidocaína com adrenalina e carpule com aspiração para evitar injeção intravenosa.

3.4 Tratamento

Independente do tipo de hiperplasia gengival, medidas profiláticas de higiene oral são necessárias para controlar os fatores bucais locais, de modo a minimizar os efeitos da inflamação locais e/ou dos fatores sistêmicos (Paraguassú et al., 2012).

Alguns autores preconizaram que o tratamento consiste em três etapas estratégias que podem ser combinadas entre si. A primeira estratégia de tratamento consiste na substituição da droga, pois essa medida pode levar regressão espontânea da alteração gengival. No caso da fenitoína pode ser substituída pela carbamazepina ou pelo valproato de sódio.

Entretanto, é importante ressaltar que a substituição da droga deve ser solicitada e fica a cargo do médico, que por sua vez irá avaliar quanto aos efeitos benéficos da droga utilizada serão mais ou menos importantes do que o efeito adverso na gengival. Portanto, ressalta-se que essa opção de tratamento nem sempre é viável (Santos *et al.*, 2001; Vieira *et al.*, 2001; Guimarães Júnior , 2007; Miguel Júnior , 2008).

Em casos em que a fenitoína não possa ser substituída, o controle dos fatores de risco bucais é indispensável para prevenção da hiperplasia gengival. Portanto, antes de iniciar o tratamento medicamentoso é importante que o paciente seja encaminhado ao dentista, inicie medidas preventivas e de controle através do

tratamento periodontal básico e receba orientações de higienização (Guimarães Junior, 2007).

Outra estratégia de tratamento é a terapia periodontal que abrange raspagem e alisamento radicular, profilaxia profissional frequente, e um controle rigoroso de placa pelo paciente. Essas medidas podem reduzir o componente inflamatório (vermelhidão e edema) e diminuir a necessidade de remoção por procedimentos cirúrgicos.

Pode-se também orientar e prescrever o uso bochechos diários com clorexidina, que são particularmente necessários em alguns casos de pacientes que tomam fenitoína e que muitas vezes apresentam limitações físicas, mentais ou emocionais, que impedem de realizar os meios convencionais de controle de placa de maneira adequada (Santos *et al.*; Vieira *et al.*, 2001).

Para Lopes *et al.* (2008) quando todas as intervenções não alcançarem melhora significativa e quando a hiperplasia gengival apresenta-se bastante avançada e sem possibilidade de tratamento conservador deve-se optar pela estratégia do tratamento cirúrgico, optando por técnicas de gengivectomia convencional ou gengivoplastia com laser.

A gengivoplastia com uso de laser apresenta como principais vantagens à diminuição de hemorragia e sintomatologia no pós-operatório, a possibilidade de realização do tratamento em todos os quadrantes numa única sessão, esterilização do campo cirúrgico e uma cicatrização quase imediata. As principais desvantagens são o custo elevado e a necessidade de pessoal especializado pra manusear o equipamento (Guimarães Júnior, 2007; Thomason *et al.*, 2005; Gama *et al.*, 2007).

Entretanto, a gengivectomia convencional realizada com bisturi ainda é o tratamento cirúrgico mais indicado e escolhido, por ter o custo mais baixo, uma maior durabilidade do instrumento e maiores chances de sucesso e segurança por conta da técnica envolvida. O tratamento através de procedimentos cirúrgicos pela técnica denominada gengivoplastia, tem como objetivo a remodelação da gengiva, removendo a porção hiperplásica, recriando os contornos fisiológicos na região marginal, afinando a gengiva inserida e os sulcos interdentários verticais para remodelação da papila interdentária (Bellini *et al.*, 2000). A gengivectomia e a

gingivoplastia podem ser combinadas para obtenção de um melhor resultado clínico (Wolf; Edith; Rateitschak; 2006).

Quando a hiperplasia gengival não pode ser evitada nos paciente susceptível, mesmo que controle do biofilme possa diminuir a gravidade da lesão sem impedir seu desenvolvimento, se faz necessária à intervenção cirúrgica. Entretanto, a recidiva pode surgir em menos de três meses ou pode-se manter por um a dois anos sem recorrência.

Quando o paciente tem uma cooperação adequada, as possibilidades de controle dos fatores etiológicos e sistêmicos e o prognóstico apresentam resultados melhores, porém o prognóstico se torna duvidoso quando não há cooperação e limitação dos fatores externos (Neville, 2009; Newman; Takei; Klokkevold, 2007).

Portanto o prognóstico e a escolha da estratégia de tratamento para estas alterações dependem das condições sistêmicas dos pacientes, idade e colaboração, a habilidade do paciente controlar o biofilme dental e a disponibilidade em realizar o tratamento odontológico (Bellini *et al.*, 2000).

4 Discussão

A literatura de Lin *et al.* (2007) descrevem que Kimbal em 1939 foi o primeiro a relatar um caso de hiperplasia gengival associado ao uso da droga antiepiléptica fenitoína. Entretanto, fazem também um breve histórico de autores que confirmam a relação entre a fenitoína e a hiperplasia gengival medicamentosa, observaram que os autores Faurbye (1939); Strean&Leoni (1959), sugeriram que a alcalinidade da fenitoína pode ser a causa do efeito colateral da hiperplasia gengival. Já Brandon (1948), levantou a hipótese de que a fenitoína tinha uma ação direta sobre os tecidos gengivais, confirmando as hipóteses de Kimball. O estudioso Angelopoulos (1975) argumentou que a fenitoína induzia a degranulação dos mastócitos, que resulta no aumento da formação de colágeno. Vogel (1977) especulou que o aumento gengival induzido por fenitoína ocorria devido a uma deficiência de ácido fólico de órgão-alvo com isso poderia levar os tecidos gengivais a serem suscetíveis à inflamação, causando alterações degenerativas na gengiva.

Embora várias hipóteses tenham sido sugeridas, as literaturas atuais preconizam ainda que não há uma explicação definitiva e totalmente esclarecida

sobre como a fenitoína induz o aumento gengival, mas, muito provavelmente, ela é multifatorial (Santos *et al*, 2001; Lin *et al* 2007; Chae , 2006).

Entretanto, observar-se um consenso de vários autores afirmando que nem todos os pacientes usuários de fenitoína desenvolvem hiperplasia gengival, sendo a prevalência deste efeito indesejado de aproximadamente 50%. Afirmam também que não existe predileção por etnias, gêneros e faixas etárias, embora haja relato quanto a uma predileção por pacientes jovens (Machado, 2001; Santos *et al*, 2001; Lin *et al* 2007; Guimarães Junior, 2007).

Paraguassú *et al.* (2012), confirmou essa afirmação relatando que a fenitoína é usada com mais frequência em pacientes jovens, com menos de 25 anos de idade fazendo com que a hiperplasia gengival medicamentosa seja mais comum nessa faixa etária, especialmente em adolescentes.

É praticamente impossível prever quem apresentará ou não a hiperplasia gengival medicamentosa, com isso, é importante e indispensável que todos os usuários da fenitoína sejam acompanhados por um cirurgião-dentista, e que de preferência seja um acompanhamento multidisciplinar e em total comunicação com médico do paciente (Paraguassú *et al.* 2012).

As literaturas ainda permanecem contraditórias quanto ao papel do biofilme dentário na hiperplasia gengival induzido por drogas, embora uma higiene bucal adequada seja um fator primordial para o controle da hiperplasia. Essa situação é vista quando mesmo que o paciente tenha boa higiene bucal pode ser observado algum grau de aumento gengival medicamentoso em indivíduos susceptíveis (Paraguassú *et al.*, 2012). Como ressalta Guimarães Júnior (2007) que a higiene bucal rigorosa, controlando os fatores irritantes locais, pode muitas vezes limitar a severidade para níveis clinicamente insignificantes, entretanto, pacientes com saúde bucal precária podem não desenvolver a hiperplasia gengival medicamentosa.

Segundo Almeida&Dias (2004), em muitos casos o acúmulo de biofilme é a condição essencial para o desenvolvimento da hiperplasia gengival, independentemente da associação com medicamento, com doenças sistêmicas ou com alterações hormonais. Nesse intuito, Neville B *et al.* (2004) mostram em seu artigo que o grau de hiperplasia gengival parece estar relacionado tanto à susceptibilidade do paciente como a higiene bucal. Em suas observações dos pacientes com excelente higiene bucal, o aumento gengival e a formação de

pseudobolsas é dramaticamente reduzido ou ausente. Confirmando então uma correlação significativa entre hiperplasia gengival e má higiene bucal.

A literatura escrita por Saito (2000), ele afirma que antes do tratamento cirúrgico, como a gengivoplastia ou a gengivectomia, deve ser realizada uma fase de controle e higienização de forma eficaz. Os autores Almeida & Dias (2004) afirmaram que os procedimentos cirúrgicos só devem ser realizados quando o índice de placa bacteriana do paciente for inferior a 20%. No entanto, o tratamento cirúrgico será inevitável e necessário se o paciente apresentar hiperplasia gengival extensa e exuberante (Carvalho, 2001; Guimarães Júnior, 2007; Gusmão, 2009). Pois o excessivo aumento de volume gengival pode interferir no aspecto psicológico, estético, funcional e aumentar a susceptibilidade às infecções em cavidade oral do paciente (Kato *et al.* 2006).

Quanto ao tratamento a maioria dos autores relata em consenso que se torna desnecessária adotar medidas de descontinuidade da medicação até por conta do custo-benefício da fenitoína, pois o controle do biofilme dental, as terapias básicas periodontais e a remoção cirúrgica da hiperplasia têm resultados de progresso satisfatório. Além disso, ressaltam ainda que a terapia básica pode evitar a necessidade de tratamento cirúrgico (Santos *et al.*, 2001; Vieira *et al.*, 2001; Guimarães Júnior, 2007; Lin *et al.*, 2007; Serighelli, 2007; Bravo *et al.*, 2008; Miguel Junior, 2008).

CONCLUSÃO

Conclui-se que existe correlação entre hiperplasia gengival medicamentosa em pacientes usuários de fenitoína, cerca de 50% de prevalência foram relatadas por vários autores. A hiperplasia gengival medicamentosa compromete os aspectos psicológicos, estéticos e funcionais do paciente fazendo com que nesse estágio seja necessária a realização de procedimentos cirúrgicos. Observou-se de forma conclusiva que a terapia periodontal básica e o controle de biofilme por parte do paciente através de uma excelente higienização têm efeitos positivos na redução e a ausência da hiperplasia medicamentosa. O conhecimento da história médica e odontológica do paciente é de suma importância para o estabelecimento de um diagnóstico correto, que acarreta em um plano de tratamento adequado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA AP, DIAS GS. **Hiperplasia gengival: diagnóstico e tratamento**. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilo facial. 2004;5(2):35-40.
- ALEXANDRE E CANCINO, CLAUDIA MARCELA HERNANDEZ. **Epilepsia e Odontologia: uma revisão da literatura**. *Rev. Bras. Odontol.*[online]. 2016, vol.73, n.3, pp. 231-236. ISSN 1984-3747.
- BRAVO, F. et al. **Hiperplasia gengival medicamentosa atípica relacionada ao uso da fenitoína – Relato de caso**. *International Journal of Dentistry*, Recife, v. 7, n. 1 . 2008.
- CARVALHO, F. TINOCO, E. GOVIL, M. MARAZITA, M. VIEIRA, A. **Agressive periodontitis is likely influenced by a few small effect genes**. *J. Clin. Periodontol*, . (2009). 36, pp.468 – 473.
- CARVALHO, M. NAPIMOGA, M. CASATI, A. MACHADO, M. NOGUEIRAFILHO, G. SALLUM, E. NOCITI Jr, F. SALLUM, A. **Retalho de bisel interno como terapia de escolha para o tratamento do aumento gengival induzido por droga**. *RevPeriodontia*. (2001).12(4), pp.231-5.
- CHAE, H. HA, M. YUN, D. PAE, H. CHUNG, H. CHAE, S. JUNG Y. KIM, H. **Mechanism of Cyclosporine-induced overgrowth gingival**. (2006). *J Dent Res*. 85(6), pp.515-519
- GUARÉ, R. O.; FRANCO, V. B. **Hiperplasia gengival em crianças: uso de anticonvulsivantes e higiene oral**. *Rev Odontol Univ São Paulo*, 1998 jan./mar.v.12, n. 1, p.39-45.
- GUIMARÃES JÚNIOR, J. **Hiperplasia gengival medicamentosa – Parte I**. *J. epilepsy clin. neurophysiol. Porto Alegre*, v.13. n.1, Mar. 2007.
- GUSMÃO, E. CIMÕES, R. COELHO, R. MILHOMENS FILHO, J. SANTOS, R. SALES G. **Diagnóstico e tratamento do aumento gengival induzido por drogas**. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.* (2009). 9(1), pp.59 - 66.
- HASSESSIAN. A. et. Al. **Freqüência de hiperplasia gengival medicamentosa em 48 pacientes tratados com nifedipina**. *Revista Abo Nacional*, Rio de Janeiro, v.11, p. 28-32. 2003.
- LINS, R. D. A. U. et al. **Crescimento gengival induzido por drogas. Parte I: Etiopatogenia e conceitos atuais**. *Rev. Bras. Patol. Oral*. v.4, n.1, p. 17-22, jan./abr. 2005.
- LOUREIRO, C. C. S. et al. **Efeitos adversos de medicamentos tópicos e sistêmicos na mucosa bucal** . *Rev. Bras. Otorrinolaringol. São Paulo* , v.70, n.1, Jan./Feb. 2004. 13.
- MACHADO, M. et al. **Etiologia dos aumentos gengivais**. *Revista Periodontia*. (2001). 11(3), p. 23-28.
- MARTORELLI SBF, ANDRADE FBM, MARTORELLI FO, MARINHO EVS, MELO JF, SILVA ACL. **Crescimento tecidual fibromatoso atípico relacionado ao uso da fenitoína – relato de caso**. *Int J Dent*. 2008;7(1):69-72.

NEVILLE B, et al. **Patologia oral & maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004

PARAGUASSÚ GM, DECASTRO ICV, SANTOS MS, FERRAZ EG, FILHO JMP. **Aspectos periodontais da hiperplasia gengival modificada por anticonvulsivantes**. ClipseOdonto 2012;4(1):26-30.

PEDREIRA, E. CARDOSO, C. TAVEIRA, L.(2011). **Contribuição ao estudo da hiperplasia gengival induzida por drogas**. Revista faipe. 1(2), pp.20-26

ROMERO, C. QUIRAZ, T. TORRES, D. RUIZ,C. **Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: relato de un caso**. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. (2011). 4(2), pp.74-79.

SANTOS. F. A. et al. **Crescimento gengival associado ao uso da fenitoína. Relato de um caso clínico**. Biological and Health Sciences. UEPG. V.7, n.1, p. 79-90, 2001.

SERIGHELLI, V. R. **Hiperplasia gengival medicamentosa induzida por ciclosporina**. Revista ABO, Curitiba, p. 9-13. Março 2007. 15. VIEIRA, M. L. S. O. et al. **Patogenia da hiperplasia gengival medicamentosa: revisão de literatura**. Jornal Brasileiro Endo/Perio. v.2, n.4, p. 15-22, jan./mar. 2001.

VIEIRA, M. L. S. O. et al. **Hiperplasia Gengival medicamentosa: aspecto clínico, aspecto histológico e tratamento** – Revisão de literatura. Revista Periodontia Sobrape, p. 4-8, Março 2001.

WOLF, H. E. RATEITSCHAK-PLUSS & K. RATEITSCHAK (2004). **Color Atlas of dental medicine periodontology**. Germany. German edition. 3rd edition.