

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Angela Maria Lopes

**HIPERPLASIA GENGIVAL ASSOCIADA
AO USO DA FENITOÍNA**

**GINGIVAL HYPERPLASIA ASSOCIATED WITH THE USE
OF PHENYTOIN**

Belo Horizonte-MG
Novembro-2009

Angela Maria Lopes

HIPERPLASIA GENGIVAL ASSOCIADA AO USO DA FENITOÍNA

Monografia para conclusão
do Curso de especialização
em Saúde Coletiva em
Odontologia com ênfase no
PSF promovido pela
Universidade Federal de
Minas Gerais-UFMG e
Prefeitura Municipal de Belo
Horizonte-PBH

Orientador: Marco Túlio de
Freitas Ribeiro

Belo Horizonte-MG
Novembro/2009

Sumário:

Resumo.....	1
Abstract.....	3
1- Introdução.....	5
2- Revisão de literatura.....	7
2.1- Conceito e classificação de hiperplasia gengival.....	7
2.2- Prevalência da hiperplasia gengival com o uso da fenitoína.....	8
2.3- Patogênese da hiperplasia gengival medicamentosa.....	9
2.4- Apresentação clínica e histopatológica.....	10
2.5- Tratamento.....	12
3- Metodologia.....	15
3.1- População de estudo.....	15
3.2- Seleção e composição da amostra.....	16
3.3- Calibração do examinador.....	16
3.4- Coleta de dados.....	16
3.5- Aspectos éticos do projeto.....	17
4- Resultados.....	18
5- Discussão e conclusão.....	20
6- Proposta de intervenção.....	23
7- Avaliação.....	24
Referências.....	26
Anexo 1	28

Resumo

A hiperplasia gengival pode ser causada por alguns medicamentos, entre eles a fenitoína, e sua prevalência é de aproximadamente 50%.

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de hiperplasia gengival entre usuários da fenitoína do Centro de Saúde Visconde do Rio Branco e capacitar os profissionais de saúde quanto aos efeitos colaterais desta droga para a saúde bucal. Este foi um estudo transversal, onde foram avaliados os pacientes em uso de fenitoína cadastrados no Centro de Saúde Rio Branco, em 2009, em relação à presença de hiperplasia gengival. Foram convidados a participar do estudo, todos os 52 pacientes da lista eletrônica da farmácia do Centro de saúde Visconde do Rio Branco, que utilizam a fenitoína. Para avaliação da condição periodontal dos pacientes foi realizada a calibração do examinador utilizando fotos. A partir dos registros da farmácia da Unidade Básica de Saúde (UBS), os pacientes em uso de fenitoína foram convidados através de carta entregue pelas agentes comunitárias de saúde (ACS), para comparecerem à UBS, onde foram avaliados pelo examinador calibrado no estudo piloto, utilizando luz artificial, espelho clínico e sonda periodontal. Paralelamente à avaliação dos pacientes, os profissionais do Centro de Saúde e do NASF (Núcleo de apoio a saúde da família) foram convidados a participar de uma palestra sobre hiperplasia gengival. Após a palestra foi solicitado aos participantes que preenchessem um questionário. Dos 52 pacientes que utilizavam fenitoína apenas 10 (19,2%), compareceram. Destes, 4 apresentavam hiperplasia gengival (40%) e 6 apresentavam a gengiva saudável. Quanto ao conhecimento a respeito da hiperplasia gengival associada ao uso de fenitoína, 79,2% dos profissionais não conheciam a hiperplasia gengival; 89,6% nunca haviam encaminhado ao dentista algum caso de hiperplasia gengival e 93,7% relataram que não sabiam as causas da hiperplasia gengival. Foram feitas duas propostas de intervenção: abordagem direta com os usuários de fenitoína e conscientização dos profissionais de saúde quanto à hiperplasia gengival associada ao uso de fenitoína, o que se deu através de palestra. A proposta de abordagem direta com os usuários de fenitoína não se mostrou eficaz, visto que apenas 10 (19,2%) dos 52 usuários de fenitoína, compareceram. A abordagem

com os profissionais mostrou-se mais adequada à solução do problema, pois quando perguntados se a apresentação sobre o tema contribuiu para sua vida profissional, 100% responderam que sim. Conclui-se que um fator importante no controle da hiperplasia consiste no envolvimento de toda a equipe de saúde da família, objetivando-se a conscientização do paciente.

Abstract

Gingival hyperplasia can be caused by some medicines, including phenytoin, and its prevalence is approximately 50%. The aim of this study was to evaluate the prevalence of gingival hyperplasia between users of phenytoin of the Visconde do Rio Branco Health Center and instruct health professionals about the side effects of this drug for oral health. This was a cross-sectional study, where patients in use of phenytoin enrolled in Visconde do Rio Branco Health Center were evaluated, in 2009, in relation to the presence of gingival hyperplasia. All 52 patients from the electronic list of the pharmacy of the Health Center that make use of phenytoin were invited to participate in this study. For the patient's periodontal condition evaluation, a calibration of an examiner was conducted using photographs. From the records of the Basic Health Unit pharmacy (UBS), patients in use phenytoin were invited by a letter delivered by the community health agents (ACS), to attend to the UBS, where they were evaluated by the calibrated examiner in the pilot study, using artificial lighting, clinic mirror and periodontal probe. Parallel to the evaluation of the patients, professionals of the Health Center and NASF (Support Center of Family Health) were invited to attend a lecture about gingival hyperplasia. After the lecture the participants were requested to complete a questionnaire. Of the 52 patients using phenytoin only 10 (19.2%), attended. Of those, 4 had gingival hyperplasia (40%) and 6 had healthy gum. About the knowledge of gingival hyperplasia associated with phenytoin, 79.2% of the professionals did not know the gingival hyperplasia; 89.6% never sent to a dentist any case of gingival hyperplasia and 93.7% reported that they did not know the causes of gingival hyperplasia. Two intervention proposals were made: direct approach with the users of phenytoin and consciousness of health professionals about the gingival hyperplasia associated with phenytoin, which was done through lectures. The proposal of a direct approach with phenytoin users proved not to be effective, since only 10 (19.2%) of 52 users of phenytoin, attended. The professional approach proved to be more appropriate to the solution of the problem, because when asked if the presentation about the theme contributed to

his professional life, 100% answered yes. It was concluded that an important factor in the control of gingival hyperplasia is the participation of the entire family health team, aiming the patient consciousness.

1. INTRODUÇÃO

Algumas drogas ministradas a nível sistêmico podem, na presença de placa bacteriana, afetar os tecidos periodontais, modificando a resposta inflamatória e imunológica dos mesmos, principalmente da gengiva. Dentre os efeitos adversos mais comuns provocados por drogas na gengiva, está a hiperplasia gengival (BITTENCOURT, 1999; SANTOS et al, 2001; VIEIRA et al, 2001; GUIMARÃES JÚNIOR, 2007; LIN et al, 2007; SERIGHELLI, 2007; MIGUEL JR, 2008).

A hiperplasia é um problema que acomete pacientes que fazem uso de medicamentos como: bloqueadores de canais de cálcio, imunossupressores como a ciclosporina e anticonvulsivantes como por exemplo a fenitoína. Dentre estes grupos de medicamentos, a literatura descreve que a fenitoína é a droga que possui maior potencial para desenvolvimento de alterações gengivais.

Dentre os anticonvulsivantes fornecidos pela farmácia do SUS está a fenitoína, que é distribuída aos pacientes com histórico de convulsão. Muitos pacientes que fazem uso da fenitoína não têm conhecimento dos efeitos colaterais deste medicamento na cavidade bucal especialmente quando em presença de placa bacteriana.

Além de alterações gengivais, a literatura descreve como efeitos colaterais da fenitoína: hirsutismo em mulheres, danos à cognição, alterações hematológicas, distúrbios metabólicos e teratogênias típicas, dentre outros.

Bittencourt (1999) relata que, em mulheres que fazem uso da fenitoína para tratamento da epilepsia, os freqüentes efeitos colaterais da droga não raramente causam mais transtornos médico-sociais que a epilepsia por si própria.

Assim, uma vez que existem medicamentos com a mesma ação e eficazes no tratamento das convulsões, ofertados pela farmácia do SUS, é importante avaliar a prevalência de alterações odontológicas entre usuários deste medicamento e

conscientizar profissionais da equipe de saúde e pacientes quanto aos efeitos colaterais destas drogas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Conceito e classificação de hiperplasia gengival

A hiperplasia gengival medicamentosa foi descrita pela primeira vez por Kimball (1939), logo após a introdução da fenitoína.

O termo hiperplasia é um termo histológico usado para descrever o aumento do tamanho de um órgão devido ao aumento do número de células (CARRANZA, 1983).

Carranza (1983), classificou o aumento gengival de acordo com a etiologia e patologia:

1.- Aumento inflamatório:

- a) Crônico (localizado ou generalizado, circunscrito);
- b) Agudo (Abscesso gengival, abscesso periodontal).

2.- Aumento hiperplásico não inflamatório (hiperplasia gengival):

- a) Hiperplasia gengival associado ao tratamento com drogas;
- b) Aumento hiperplásico hereditário ou idiopático.

3.- Aumento Combinado.

4.- Aumento condicionado:

- a) Crescimento hormonal (aumento na gravidez e puberdade);
- b) Leucêmico;
- c) Associado à deficiência de vitamina C.

5.- Aumento neoplásico.

6.- Aumento de desenvolvimento.

Guaré & Franco (1998) utilizam a seguinte classificação de hiperplasia gengival:

- Grau zero (0) - sem hiperplasia, gengiva normal;
- Grau um (1) - hiperplasia gengival cobrindo 1/3 cervical ou menos da coroa anatômica dos dentes anteriores;
- Grau dois (2) - hiperplasia gengival estendendo-se até 2/3 da coroa anatômica dos dentes anteriores;
- Grau três (3) - hiperplasia gengival cobrindo mais de 2/3 da coroa anatômica dos dentes anteriores.

A hiperplasia gengival pode ser definida como o crescimento anormal do tecido periodontal. Porém, segundo Santos et al. (2001) e Lin et al. (2007), o termo “Hiperplasia gengival” é inadequado porque a hiperplasia não é o resultado de um aumento do número de células, mas sim um aumento do volume (SANTOS et al., 2001; LIN et al.,2007).

2.2 Prevalência de hiperplasia gengival com o uso da fenitoína

Estudos mostram uma variação na prevalência de 0 a 100%, isso provavelmente devido às diferentes metodologias utilizadas nas varias pesquisas. Estudos realizados em adolescentes e pacientes epiléticos institucionalizados mostraram uma prevalência em torno de 50% (SANTOS et al, 2001; VIEIRA, 2007; LIN ET AL,2007; GUIMARÃES JUNIOR, 2007).

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 nos casos de hiperplasia gengival induzida pela fenitoína. (SANTOS et al, 2001; VIEIRA, 2007; LIN ET AL,2007; GUIMARÃES JUNIOR, 2007).

2.3 Patogênese da hiperplasia gengival medicamentosa

As drogas que podem induzir à hiperplasia gengival são a fenitoína, os bloqueadores dos canais de cálcio, a ciclosporina e a nifedipina (SANTOS et al., 2001; VIEIRA et al, 2001; LINS, et al, 2005; SERIGHELLI, 2007; LIN et al.,2007).

Ainda não há uma explicação definitiva sobre como a fenitoína induz ao crescimento gengival, mas, muito provavelmente, ela é multifatorial. A maioria das teorias estabelece uma relação da fenitoína e seus metabólitos sobre subtipos de fibroblastos gengivais sensíveis, levando à uma diminuição da absorção de cálcio, e, com isso, causando uma redução da absorção celular de ácido fólico, devido à alterações na troca de cálcio-sódio. Como o ácido fólico é responsável pela conversão da forma inativa da enzima colagenase, em sua forma ativa, com a redução de ácido fólico, haverá uma redução da enzima colagenase-ativada, e assim, uma redução da degradação do colágeno. Portanto, se o usuário da fenitoína apresenta suscetibilidade genética, ou seja, subtipos de fibroblastos sensíveis à droga haverá um aumento da produção de colágeno, e conseqüentemente, um aumento da síntese protéica (SANTOS et al, 2001; LIN et al 2007) .

Quando o usuário de fenitoína apresenta acúmulo de placa bacteriana, esta leva à inflamação e, com isso, aumento de tecido conjuntivo, resultando em um aumento da produção de colágeno e de síntese protéica. Este aumento de síntese protéica, associado ao ocasionado apenas pelo uso da fenitoína, pode causar hiperplasia gengival, de leve à severa (SANTOS et al, 2001; LIN et al 2007) .

Por isso, afirma-se que a lesão não se trata de hipertrofia, hiperplasia ou fibrose; é apenas um crescimento tecidual em que se tem um número de células aparentemente normal, com um aumento no número de fibras (SANTOS et al, 2001; LIN et al 2007) .

São considerados fatores de risco adicionais aos medicamentos: estado da boca antes da administração do medicamento; perda prematura de dentes; fatores irritantes externos, como ortodontia e pós ortodontia, gengivite, presença local de biofilme bacteriano capaz de causar inflamação e de servir de reservatório das drogas, periodontite e profundidade das bolsas periodontais, suscetibilidade às drogas dos fibroblastos e ceratinócitos, número de células de Langerhans processando e apresentando antígenos, severidade da doença de base, alteração do metabolismo do cálcio e dosagem e tempo de uso dos medicamentos. Porém, há controvérsia sobre a exata relação entre a inflamação gengival e hiperplasia gengival. (VIEIRA, et al., 2001; LOUREIRO et al, 2004; LINS, et al, 2005; SERIGHELLI, 2007; VIEIRA, 2007; LIN et al,2007; GUIMARÃES JUNIOR, 2007).

2.4 Apresentação clínica e histopatológica

A hiperplasia gengival induzida pela fenitoína inicia-se geralmente do primeiro ao terceiro mês da terapia com a droga, costuma ser mais bem notada após três a seis meses de uso dos medicamentos, aumentando durante os próximos doze a dezoito meses, quando atinge um platô (HASSESIAN, 2003; LOUREIRO et al, 2004; VIEIRA, 2007; LIN ET AL,2007; GUIMARÃES JUNIOR, 2007).

O aumento de volume da gengiva se traduz por uma hiperplasia fibrosa, que clinicamente é caracterizada por tecido firme o que o distingue do edema causado por inflamação ou por um infiltrado leucêmico (LOUREIRO et al, 2004).

A hiperplasia gengival é assintomática, exceto se houver inflamação capaz de provocar ulceração e alguma dor. É comum a ocorrência de halitose. O crescimento gengival difuso tem expressão variável, podendo cobrir todos os dentes e provocar abalamento e mobilidades destes. A doença é mais comum na face vestibular dos dentes anteriores, porém todos os segmentos da dentição podem ser afetados. As papilas interdentais ficam hiperplásicas e extruem,

formando massas teciduais de consistência firme , móveis e triangulares (VIEIRA, 2007; LIN et al, 2007; GUIMARÃES JUNIOR, 2007).

A hiperplasia pode aumentar ainda mais, ocorrendo fusão das papilas, formando uma cortina contínua de tecido gengival atingindo então o seu tamanho máximo. A gengiva inserida em geral apresenta nódulos firmes com aparência granular na superfície vestibular. Na ausência de hipertrofia papilar, a hiperplasia gengival pode se desenvolver como diferentes tipos de festão gengival ou na forma de meia-lua que gradualmente reduz a extensão aparente da coroa clínica (VIEIRA, 2007; LIN et al, 2007; GUIMARÃES JUNIOR, 2007).

Raramente há migração apical do epitélio juncional; por isso são criadas pseudo-bolsas profundas quando o acúmulo de tecido continua. O crescimento do tecido dificulta a higiene oral e o acúmulo de placa confere à hiperplasia um aspecto hiperêmico, edematoso e hemorrágico (VIEIRA, 2007; LIN et al, 2007; GUIMARÃES JUNIOR, 2007).

A ocorrência de hiperplasia gengival induzida por drogas em pacientes desdentados não é comum e, se ocorre, está relacionada a irritantes locais como próteses e placa depositada sobre a prótese. A hiperplasia gengival induzida por drogas também já foi relatada ao redor de implantes de titânio (VIEIRA, 2007).

No diagnóstico diferencial merecem ser incluídos a leucemia, alguns processos proliferativos não neoplásicos (ex. granuloma piogênico, lesão periférica de células gigantes, papiloma e condiloma acuminado). Justifica-se a realização de biópsia para dirimir estas dúvidas (MIGUEL JR, 2008).

O histopatológico da hiperplasia gengival medicamentosa mostra aumento de colágeno, acantose epitelial com aumento das papilas delomórficas e um infiltrado inflamatório crônico. O excesso está mais no colágeno da matriz extracelular do que nos fibroblastos. Diante disto, pode-se inferir que o termo hiperplasia pode não ser o mais adequado (GUIMARÃES JUNIOR, 2007; MIGUEL JR, 2008).

A nível de microscopia ocular observam-se graus variados de acantose com alongamento das cristas epiteliais. A principal mudança na lâmina própria é a proliferação de fibroblastos e aumento na produção de colágeno. O grande aumento em volume gengival é devido à enorme expansão do compartimento de tecido conjuntivo, que exhibe abundantes e tortuosos feixes de fibras colágenas não orientados. O colágeno é bioquimicamente diferente daquele da gengiva normal, com duas vezes mais o tipo III e menos o tipo I. O grau de inflamação do tecido excisado é que vai determinar a presença e a extensão dos leucócitos polimorfonucleares. Estudos através de microscopia eletrônica têm demonstrado que o tecido conjuntivo em excesso tem também densidade de volume significativamente maior de matriz não colágena e substância fundamental amorfa. Esses achados morfológicos são confirmados pela descoberta de maior quantidade de matriz não colágena (proteoglicanos e glicosaminoglicanos) na gengiva excisada de cultura de células de gengiva hiperplásica relacionada à fenitoína (VIEIRA et al, 2001; MIGUEL JR, 2008).

2.5 Tratamento

A instituição de um programa rígido de controle de placa antes do início do tratamento com a droga pode resultar em diminuição tanto da incidência quanto da severidade da hiperplasia gengival. Este, portanto, seria o procedimento ideal sempre que possível. No caso da alteração já estar presente, o tratamento é necessário sempre que existir inflamação gengival, interferência com a estética, com a fala ou com a função. (SANTOS et al, 2001; VIEIRA et al, 2001; GUIMARÃES JÚNIOR, 2007; LIN et al, 2007; SERIGHELLI, 2007; MIGUEL JR, 2008).

O tratamento consiste na utilização de três estratégias que podem ser combinadas entre si. Uma estratégia de tratamento consiste na substituição da droga. Com

isso, pode ocorrer regressão espontânea da alteração gengival. A fenitoína pode ser substituída, por exemplo, pela carbamazepina ou pelo valproato de sódio. É importante ressaltar que a substituição da droga fica a cargo do médico do paciente, que irá avaliar quando os efeitos sistêmicos benéficos da droga utilizada serão mais ou menos importantes do que o efeito local indesejável a nível gengival. Portanto essa opção de tratamento nem sempre é viável (SANTOS et al, 2001; VIEIRA et al, 2001; GUIMARÃES JÚNIOR, 2007; LIN et al, 2007; SERIGHELLI, 2007; MIGUEL JR, 2008).

Outra opção de tratamento é a terapia periodontal conservadora, incluindo profilaxia profissional freqüente, raspagem e alisamento radicular e um regime rigoroso de controle de placa pelo paciente. Isto reduzirá o componente inflamatório do excesso tecidual (vermelhidão e edema) e poderá diminuir a necessidade de remoção cirúrgica. Podem ser utilizados bochechos diários com clorexidina. Esses bochechos são particularmente importantes no caso de pacientes que tomam fenitoína e que muitas vezes apresentam limitações físicas, mentais ou emocionais, não podendo, assim, realizar os meios convencionais de controle de placa de maneira adequada (SANTOS et al, 2001; VIEIRA et al, 2001; GUIMARÃES JÚNIOR, 2007; LIN et al, 2007; SERIGHELLI, 2007; BRAVO et al, 2008; MIGUEL JR, 2008).

Além disso, pode-se citar a eliminação cirúrgica da hiperplasia, quando esta já é de grau elevado e causa comprometimento estético e funcional. A remoção cirúrgica do tecido gengival em excesso pode ser realizada por meio de técnicas convencionais ou gengivectomia a laser. A recidiva é comum, principalmente em indivíduos com menos de 25 anos. A higiene oral inadequada pode apressar o quadro de recidiva. Os bochechos com clorexidina por tempo indefinido após a cirurgia, podem ajudar a prevenir a recorrência da alteração (SANTOS et al, 2001; VIEIRA et al, 2001; GUIMARÃES JÚNIOR, 2007; LIN et al, 2007; SERIGHELLI, 2007; BRAVO et al, 2008; MIGUEL JR, 2008).

A maioria dos autores relata que um prolongado controle do biofilme dental e a remoção cirúrgica da hiperplasia resultam em progresso satisfatório sem a necessidade de descontinuar a medicação. Além disso, a raspagem e polimento corono-radicular dos dentes 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 JR, 2008).

3. METODOLOGIA

Este foi um estudo transversal, onde foram avaliados os pacientes em uso de fenitoína cadastrados no Centro de Saúde Rio Branco, em 2009, em relação à presença de hiperplasia gengival.

Considerando a necessidade de uma abordagem interdisciplinar do problema, paralelamente a avaliação dos pacientes, foi realizada uma palestra para conscientização dos profissionais do Centro de Saúde, incluindo gerente da Unidade, médicos, dentistas, enfermeiras, profissionais do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) _ que engloba psicólogo, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional e assistente social _ , auxiliares de enfermagem, ACS (agente comunitária de saúde) e ASB (auxiliar de saúde bucal). Após a palestra foi aplicado um questionário (anexo 1), para se analisar o conhecimento dos profissionais acerca do tema.

3.1 População de estudo

População da área de abrangência do Centro de Saúde Rio Branco que faz uso da fenitoína, identificados através da lista eletrônica da farmácia do referido Centro de Saúde.

Profissionais do Centro de Saúde, incluindo gerente da Unidade, médicos, dentistas, enfermeiras, profissionais do Nasf (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) _ que engloba psicólogo, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional e assistente social _, auxiliares de enfermagem, ACS (agente comunitária de saúde) e ASB (auxiliar de saúde bucal).

3.2 Seleção e composição da amostra

Foram convidados a participar do estudo, todos os 52 pacientes da lista eletrônica da farmácia do Centro de saúde Visconde do Rio Branco, que utilizam a fenitoína.

Profissionais do Centro de Saúde, incluindo gerente da Unidade, médicos, dentistas, enfermeiras, profissionais do Nasf (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) _ que engloba psicólogo, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional e assistente social _, auxiliares de enfermagem, ACS (agente comunitária de saúde) e ASB (auxiliar de saúde bucal).

3.3 Calibração do examinador

Para avaliação da condição periodontal dos pacientes foi realizada a calibração do examinador utilizando fotos de pacientes saudáveis, com gengivite e diagnóstico de hiperplasia gengival. A concordância intra-examinador foi de 76%, considerada satisfatória para o estudo.

3.4 Coleta de dados

A partir dos registros da farmácia da Unidade Básica de Saúde (UBS), os pacientes em uso de fenitoína foram convidados através de carta entregue pelas agentes comunitárias de saúde (ACS), para comparecerem à UBS, onde foram avaliados pelo examinador calibrado no estudo piloto, utilizando luz artificial, espelho clínico e sonda periodontal (instrumental de uso do serviço).

Os profissionais do Centro de Saúde e do NASF foram convidados para participar de uma palestra sobre hiperplasia gengival, a qual foi realizada após a apresentação do “Plano Macroestratégico da Secretaria Municipal de Belo

Horizonte 2009-2012". Após a palestra foi solicitado aos participantes que preenchessem o questionário para avaliação de seu conhecimento.

3.5 Aspectos éticos do projeto

Após o exame, os casos de hiperplasia diagnosticados, que necessitavam de gengivectomia foram encaminhados para o serviço de referência e/ou FOUFMG (Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais). Todos os pacientes avaliados foram orientados quanto à importância do controle de placa.

4. RESULTADOS

Dos 52 pacientes que utilizam fenitoína convidados a comparecerem ao consultório odontológico do C. S. Visconde do Rio Branco, apenas 10 (dez) compareceram. Dentre os que compareceram, 4 (quatro) apresentavam hiperplasia gengival e 6 (seis) apresentavam a gengiva saudável, ou seja, 40% (quarenta por cento) dos pacientes examinados apresentavam hiperplasia gengival.

Em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde da Unidade básica a respeito da hiperplasia gengival associada ao uso de fenitoína foram aplicados 48 (quarenta e oito) questionários para profissionais da Unidade, contendo seis perguntas, sendo cinco fechadas e uma aberta.

Em relação a pergunta 1 (Você conhecia a hiperplasia gengival?), 20,8% dos profissionais responderam que sim, a maioria (79,2%) assinalaram que não conheciam a hiperplasia gengival.

Quando questionados se já haviam observado algum caso de hiperplasia gengival, 16,6% disseram que sim, e 83,4% responderam que nunca haviam observado nenhum caso de hiperplasia gengival.

Perguntados se já haviam encaminhado ao dentista algum caso de hiperplasia gengival, 10,4% responderam que sim, e 89,6% assinalaram que nunca encaminharam nenhum caso de hiperplasia gengival ao dentista.

A maioria dos profissionais (93,7%) relataram que não sabiam as causas da hiperplasia gengival.

Ao serem inqueridos como podiam contribuir com sua prática para a solução deste problema, a maioria dos profissionais (70,8%) respondeu que pode contribuir,

perguntando ao usuário da fenitoína sobre sua saúde bucal, orientando e conscientizando estes pacientes sobre a importância de uma higiene oral adequada, bem como de uma alimentação equilibrada. Além disso, relataram ter a pretensão de encaminhar tais pacientes ao dentista para avaliação da condição bucal e - se necessário - limpeza dentária. No caso dos médicos, uma pequena parcela dos entrevistados (14,6%), relataram que vão avaliar a possibilidade de substituição do medicamento por outro de efeito similar, mas sem tantos efeitos colaterais, ou vão encaminhar para consulta médica, para que este avalie a possibilidade da troca da droga. Também descreveram que pretendem realizar um trabalho de conscientização com os usuários da fenitoína, bem como encaminhá-los ao dentista para avaliação da cavidade oral e possíveis tratamentos. Outros 14,6% relataram que vão avaliar a cavidade oral do paciente, e, se necessário, encaminhar ao dentista.

Todos os dos entrevistados (100%) responderam que a apresentação sobre este tema contribuiu para sua vida profissional.

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Como não é possível prever quem desenvolverá a hiperplasia gengival, visto que esta é uma doença de natureza multifatorial, podendo ser influenciada por suscetibilidade genética, sensibilidade à droga, posologia e duração do tratamento (SANTOS et al, 2001; LIN et al 2007) , é importante que todos os usuários da fenitoína sejam acompanhados por um cirurgião-dentista. Porém, a adesão dos usuários à convocação para avaliação odontológica foi baixa, o que dificultou a avaliação da prevalência da hiperplasia gengival dos indivíduos da área de abrangência do Centro de Saúde Visconde do Rio Branco.

Dentre os 10 (dez) usuários de fenitoína avaliados, 2 (dois) eram edêntulos e não apresentavam hiperplasia gengival. Tais pacientes eram usuários de próteses dentárias totais, e apresentavam higiene oral e higiene da prótese satisfatórias. Vieira (2007) relata que a hiperplasia gengival medicamentosa não é comum em pacientes desdentados, e, quando ocorre, está relacionada à má higiene da prótese. Já entre os 8 (oito) pacientes com dentes, 4 (quatro) apresentavam hiperplasia gengival, e os outros 4 (quatro) apresentavam a gengiva saudável. Assim, desconsiderando-se os indivíduos edêntulos, 50% (cinquenta por cento) dos pacientes avaliados apresentavam algum grau de hiperplasia gengival, o que também vai ao encontro do que é relatado na literatura (SANTOS et al, 2001; VIEIRA, 2007; LIN ET AL,2007; GUIMARÃES JUNIOR, 2007).

Todo paciente que receba prescrição para uso deste medicamento deve ser orientado sobre o problema e encaminhado ao cirurgião-dentista, antes de iniciar o tratamento ou o mais breve possível, para que seja avaliado, instruído e conscientizado sobre a importância de sua higiene oral. Se necessário, devem ser removidos os fatores irritativos locais e instituído o tratamento periodontal básico (SANTOS et al, 2001; VIEIRA et al, 2001; GUIMARÃES JÚNIOR, 2007; LIN et al, 2007; SERIGHELLI, 2007; BRAVO et al, 2008; MIGUEL JR, 2008). Entretanto,

79,2% dos profissionais avaliados neste estudo assinalaram que não conheciam a hiperplasia gengival. Neste sentido, e considerando a baixa adesão dos pacientes ao convite para avaliação profissional, concluiu-se que uma abordagem multiprofissional é importante na resolução do problema. É, ainda, essencial que tais pacientes sejam regularmente acompanhados e reavaliados. Se apesar disto, ocorrer a hiperplasia gengival medicamentosa, o cirurgião-dentista realizará a raspagem, curetagem e polimento coronário, antes de iniciar a remoção das hiperplasias que poderá ou não ser necessária. Este procedimento, entretanto, será inevitável se o paciente se apresentar hiperplasia gengival medicamentosa exuberante.

Através do questionário aplicado com os profissionais da Unidade básica, percebe-se que a maioria não tinha conhecimento sobre a hiperplasia gengival associada à fenitoína. Visto que esta doença que pode trazer inúmeros desconfortos – funcional, estético e social - , pode ser evitada ou minimizada com medidas simples de higiene oral ((SANTOS et al, 2001; VIEIRA et al, 2001; GUIMARÃES JÚNIOR, 2007; LIN et al, 2007; SERIGHELLI, 2007; BRAVO et al, 2008; MIGUEL JR, 2008), é de suma importância que os demais profissionais da equipe tenham o conhecimento suficiente, para instruir o paciente, e também encaminhá-lo ao dentista. Entretanto, 79,2% dos profissionais disseram que não conheciam a hiperplasia gengival e a maioria (89,6%) nunca encaminhou nenhum caso de hiperplasia gengival ao dentista.

Contudo, tendo em vista a natureza invasiva do tratamento cirúrgico, bem como o alto índice de recidivas, quando de higienização bucal deficiente, além do fato de normalmente o SUS não fornecer este tipo de tratamento, parece óbvio que o tratamento mais eficaz da hiperplasia gengival medicamentosa, consiste na prevenção, através de um controle de placa bacteriana rigoroso feito pelo paciente e o auxílio periódico do cirurgião-dentista (SANTOS et al, 2001; VIEIRA et al, 2001; GUIMARÃES JÚNIOR, 2007; LIN et al, 2007; SERIGHELLI, 2007; BRAVO et al, 2008; MIGUEL JR, 2008). Porém, 93,7% dos profissionais avaliados

desconhecem as causas da hiperplasia. Pode-se concluir a partir dos resultados que, um fator importante no controle da hiperplasia consiste no envolvimento de toda a equipe de saúde da família, objetivando-se a conscientização do paciente. Os resultados mostraram que uma abordagem educativa interdisciplinar é uma boa estratégia para enfrentamento deste problema, visto que a maioria dos profissionais demonstrou a possibilidade de orientar esse pacientes quanto a importância dos autocuidados bucais e todos reconheceram como válida a palestra ministrada.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A primeira proposta de intervenção pensada foi a abordagem direta com os pacientes usuários de fenitoína. Tal abordagem consistiu de exame da saúde periodontal, para se determinar a prevalência de hiperplasia gengival entre os pacientes usuários de fenitoína no Centro de Saúde Visconde do Rio Branco. Os pacientes receberam raspagem e polimento coronário, foram orientados quanto a importância de uma boa higiene bucal para controle da doença e os casos que necessitam de gengivectomia serão encaminhados para o serviço de referência em periodontia do SUS/BH (Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte) e para a FOUFMG. Todos os pacientes serão colocados em um sistema de controle, através de revisões periódicas, sendo que o tempo para as revisões será determinado de acordo com a gravidade do caso.

Uma segunda proposta de intervenção consistiu na conscientização dos profissionais de saúde do Centro de Saúde Visconde do Rio Branco quanto à hiperplasia gengival associada ao uso de fenitoína. Isso se deu através de palestra explicando as causas da hiperplasia gengival e enfatizando a importância de os pacientes que utilizam a fenitoína realizarem consultas odontológicas periódicas. Dessa forma, quando o paciente usuário de fenitoína procurar o médico, a enfermeira, a ACS (agente comunitária de saúde), o atendente da farmácia do Centro de Saúde, dentre outros, estes estarão capacitados para encaminharem tais pacientes para o dentista.

7. AVALIAÇÃO

A proposta de abordagem direta com os usuários de fenitoína não se mostrou a mais adequada, visto que a convocação dos pacientes pelas ACS para a realização de uma limpeza dentária, sem uma explicação clara do real motivo da consulta teve uma baixa adesão. Tal fato decorre do risco de que alguns pacientes, temendo possíveis efeitos colaterais da fenitoína, como a hiperplasia gengival, poderiam erroneamente parar de tomar o medicamento, o que não é o nosso objetivo. Apenas durante a consulta com o dentista, o paciente seria devidamente orientado sobre a hiperplasia gengival associada à fenitoína e conscientizado a respeito da importância de uma higiene oral adequada, bem como de um acompanhamento periódico pelo dentista. No entanto, o fato de ser apenas convidado para uma limpeza dentária, não foi suficiente para atrair o paciente até o consultório odontológico da Unidade básica, sendo que apenas 8 (15,4%), dos 52 usuários de fenitoína, compareceram.

Com isso, percebemos a necessidade de uma abordagem interdisciplinar. Optamos, então, por capacitar os demais profissionais do Centro de Saúde sobre a hiperplasia gengival medicamentosa. Assim, quando o paciente for consultar com o médico, passar no acolhimento com a enfermeira ou pegar o medicamento na farmácia, por exemplo, todos estes profissionais saberão orientar e encaminhar tais pacientes a procurarem o dentista. Esta abordagem é mais demorada, visto que alguns pacientes renovam a receita da fenitoína apenas a cada seis meses. Assim, os resultados serão a longo prazo, mas certamente uma abordagem interdisciplinar trará melhores resultados. Os resultados do estudo mostraram que profissionais orientados e motivados em relação ao problema, demonstraram disposição em educar os pacientes sobre o assunto.

Avaliando-se a abordagem com os profissionais, pode-se concluir que foi eficaz, visto que, quando perguntados no questionário sobre a hiperplasia gengival (Você

acha que a apresentação sobre este tema contribuiu para sua vida profissional?),
100% responderam que sim.

REFERÊNCIAS

1. BITTENCOURT, P. C. T. et al. Fenitoína como primeira opção em mulheres com epilepsia?. *Arq. Neuropsiquiatr.* , São Paulo, v. 57. p. 784-786. 1999.
2. 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.
3. CARRANZA, F. A. Aumento Gengival. *Periodontia Clínica de Glickman*. Interamericana, p. 95-121. 1983.
4. GUARÉ, R. O.; FRANCO, V. B. Hiperplasia gengival em crianças: uso de anticonvulsivantes e higiene oral. *Rev Odontol Univ São Paulo*, v.12, n. 1, p.39-45, jan./mar. 1998.
5. GUIMARÃES JÚNIOR, J. Hiperplasia gengival medicamentosa – Parte I. *J. epilepsy clin. neurophysiol*. Porto Alegre, v.13. n.1, Mar. 2007.
6. HASSESIAN. 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.
7. KIMBALL, O.P. The treatment of epilepsy with sodium diphenil hidantoinate. *J. Am. Med. Assoc.*, Chicago, v.112, n.13. p. 1244-1245, Apr. 1939.
8. LAGES, E. J. P. Análise comparativa do tecido gengival de ratos em uso de imunossupressores ciclosporina e tacrolimus. p. 18. UFMG. Belo Horizonte. 2001.
9. LIN, K. et al. Drug-induced gingival enlargement – Part II. Antiepileptic drugs: not only phenytoin is involved. *J. epilepsy clin. neurophysiol*. Porto Alegre , v.13, n.2 , Jun. 2007.

10. LINDHE, J. Patogênese da periodontite . Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. Guanabara Koogan, terceira edição, p. 127-152. 1997.
11. 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.
12. 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. 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.
14. 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.
16. 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.

ANEXO 1

Questionário sobre a hiperplasia gengival

1. Você conhecia a hiperplasia gengival?
 sim
 não

2. Você já havia observado algum caso de hiperplasia gengival?
 sim
 não

3. Você já encaminhou ao dentista algum caso de hiperplasia gengival?
 sim
 não

4. Você sabia as causas da hiperplasia gengival?
 sim
 não

5. Como você acha que pode contribuir com sua prática para a solução deste problema?

6. Você acha que a apresentação sobre este tema contribuiu para sua vida profissional?
 sim
 não