



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



SARAH DE ARAUJO CARATO

**MANEJO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM DEFICIÊNCIA
INTELECTUAL, COGNITIVA E PORTADORA DE EPILEPSIA: RELATO DE
CASO**

UBERLÂNDIA

2025

SARAH DE ARAUJO CARATO

**MANEJO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM DEFICIÊNCIA
INTELECTUAL, COGNITIVA E PORTADORA DE EPILEPSIA: RELATO DE
CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alessandra Maia de Castro Prado

Coorientadora: Me. Laura Macho Martins Quagliato

UBERLÂNDIA

2025

Sarah de Araujo Carato



ATA DE DEFESA - GRADUAÇÃO

Curso de Graduação em:	Odontologia			
Defesa de:	Trabalho de Conclusão de Curso II - FOUFU 31003			
Data:	22/08/2025	Hora de início: 9h	Hora de encerramento: 9h50	
Matrícula do Discente:	12021ODO0048			
Nome do Discente:	Sarah de Araújo Carato			
Título do Trabalho:	Manejo odontológico para pacientes com deficiência intelectual, cognitiva e portador de epilepsia: Relato de caso			
A carga horária curricular foi cumprida integralmente?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

Reuniu-se na Sala de Aula nº 31, Vila Digital, da Faculdade de Odontologia, Bloco 4L anexo A, último andar, Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Odontologia, composta pelas professoras doutoras: **Fabiola Galbiatti de Carvalho Carlo** (FOUFU); **Paula Caetano Araújo** (FOUFU); e **Alessandra Maia de Castro Prado** (FOUFU) - orientadora do candidato.

Iniciando os trabalhos, a presidente da Banca examinadora, Prof.^a Dr.^a **Alessandra Maia de Castro Prado**, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público, e concedeu ao discente a palavra, para a exposição do seu trabalho.

A seguir, a presidente da Banca concedeu a palavra, pela ordem, sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir o candidato. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca Examinadora, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

(X) Aprovada

Nada mais havendo a tratar, foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata, que após lida, foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Paula Caetano Araujo, Professor(a) do Magistério Superior**, em 22/08/2025, às 09:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

AGRADECIMENTOS

Chegar ao final desses 5 anos é a realização de um sonho, conquistado com muita dedicação, disciplina e persistência. Não poderia deixar de expressar minha imensa gratidão a todos que estiveram ao meu lado ao longo dessa jornada, oferecendo apoio, incentivo e força para que eu chegasse até aqui.

Agradeço a Deus, que me guiou ao longo desses 5 anos. Agradeço a minha família, que sempre me apoiou e se encheram de orgulho. Em especial, a minha mãe, Rejane Araújo, que sempre foi inspiração de gentileza, força e alegria para mim, sempre acreditou no meu potencial e me incentivou a chegar cada vez mais longe. Obrigada por tornar esse sonho possível e por não medir esforços para me ver feliz. Ao meu irmão, João Guilherme, minha pessoa preferida no mundo, que cuida e vibra a cada conquista. Sua cumplicidade e amor me levam para qualquer lugar desse mundo. Ao meu pai, Paulo Carato, que me ensinou desde cedo que “conhecimento é a única coisa que ninguém pode tirar de você”, isso me guiou durante os 5 anos da faculdade para sempre estudar mais e levar o melhor de mim para meus pacientes.

Agradeço aos meus amigos de Uberlândia, que tornaram qualquer dano (dificuldade) de morar de longe de casa mínimo, ter um lugar confortável para dividir medos, alegrias, conquistas, dificuldades, sonhos e o futuro foi essencial. As minhas meninas de Sertãozinho, que sempre ouviram todas as histórias com muito amor, paciência e entusiasmo. Obrigada pela amizade de muito respeito e confiança, crescer e participar de cada fase da vida de vocês é um presente.

Agradeço à FOUFU e a todos os meus professores pelos ensinamentos ao longo desses cinco anos, que foram muito além da Odontologia. Levarei comigo um pouco de tudo o que aprendi, buscando exercer a profissão com humanidade e dedicação, para fazer a diferença na vida de cada pessoa que cruzar o meu caminho.

RESUMO

Este artigo apresenta um relato de caso clínico de uma paciente pediátrica de 9 anos, atendida no Setor de Pacientes Especiais do Hospital Odontológico da UFU (SEPAE). A paciente possui deficiência intelectual cognitiva associada à epilepsia, uma condição neurológica que predispõe a episódios de crises epilépticas. A paciente também tem um histórico de prematuridade extrema, tendo nascido com apenas 27 semanas de gestação, em uma gestação gemelar.

Essas condições clínicas, combinadas com uma sensibilidade oral acentuada e um comportamento resistente ao atendimento, trouxeram desafios significativos para o tratamento odontológico convencional. Diante da alta demanda por procedimentos restauradores-cirúrgicos e da complexidade do quadro sistêmico, decidiu-se realizar o tratamento em um ambiente hospitalar, utilizando anestesia geral, já que a sedação consciente multimodal estava contraindicada.

O tratamento foi realizado em sessão única no Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia sob anestesia geral. Foram realizadas restaurações em dentes permanentes e decíduos, profilaxia, remoção de placa bacteriana e exodontias múltiplas de dentes permanentes e decíduo. O caso evidencia a importância da abordagem interdisciplinar e do manejo comportamental para pacientes com deficiência, além de destacar a relevância do planejamento personalizado para sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Anestesia geral; Tratamento odontológico; Epilepsia.

ABSTRACT

This article presents a clinical case report of a 9-year-old pediatric patient treated at the Special Patients Sector of the Dental Hospital of UFU (SEPAE). The patient has cognitive intellectual disability associated with epilepsy, a neurological condition that predisposes to epileptic seizures. Additionally, she has a history of extreme prematurity, having been born at only 27 weeks of gestation in a twin pregnancy.

These clinical conditions, combined with heightened oral sensitivity and resistant behavior during care, posed significant challenges to conventional dental treatment. Due to the need for multiple restorative and surgical procedures and the complexity of the systemic condition, treatment was performed in a hospital setting under general anesthesia, as multimodal conscious sedation was contraindicated.

The treatment was completed in a single session at the Surgical Center of the University Hospital of the Federal University of Uberlândia, including restorations on permanent and deciduous teeth, prophylaxis, dental plaque removal, and multiple extractions. This case highlights the importance of an interdisciplinary approach and behavioral management for patients with disabilities, as well as the relevance of personalized planning for treatment success.

Keywords: General anesthesia; Dental treatment; Epilepsy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS:.....	12
3. RELATO DE CASO CLÍNICO.....	13
3.1 EXAME CLÍNICO:.....	13
3.2 PRÉ-OPERATÓRIO	15
3.3. PROCEDIMENTO NO CENTRO CIRURGICO.....	15
3.4 PÓS-OPERATÓRIO.....	22
4. DISCUSSÃO.....	24
5. CONCLUSÃO.....	27
6. REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

As epilepsias compreendem um amplo grupo de distúrbios/doenças com diversas etiologias, diversas apresentações eletroclínicas e acentuada variabilidade nos resultados clínicos.¹ A epilepsia é uma condição neurológica caracterizada por descargas elétricas anormais no cérebro, nas quais os estímulos neurais ocorrem de forma simultânea ou excessiva. Essas descargas alteram a função de determinadas redes corticais, resultando em manifestações clínicas diversas ou alterações detectadas no eletroencefalograma (EEG). A doença pode provocar crises epilépticas recorrentes, e seu impacto abrange aspectos neurobiológicos, cognitivos e psicossociais.²

A Classificação das Epilepsias da Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE) de 2017 definiu três níveis diagnósticos, incluindo (1) tipo de convulsão, (2) tipo de epilepsia e (3) síndrome epiléptica, enfatizando que a etiologia e as comorbidades devem ser consideradas em cada nível.³

Estudos indicam que as crises epilépticas podem ser classificadas como focais, generalizadas combinadas, generalizadas idiopáticas (ou genéticas), autolimitadas com foco cortical e de origem desconhecida. As crises podem ter início focal, generalizado ou desconhecido. Nas crises focais, o EEG interictal (intervalo de tempo que ocorre entre duas crises) revela descargas epileptiformes localizadas. Já nas generalizadas, são observadas espículas-ondas em múltiplas regiões cerebrais. A forma mais comum de epilepsia focal autolimitada é aquela com descargas centrotemporais. Também fazem parte desse grupo as epilepsias occipitais autolimitadas da infância, a de início precoce, descrita por Panayiotopoulos, e a de início tardio, por Gastaut. Há ainda registros de epilepsias autolimitadas nos lobos frontal, temporal e parietal, algumas com início na adolescência ou na vida adulta.³

A etiologia da epilepsia pode ser agrupada em seis categorias principais: estrutural, genética, infecciosa, metabólica, imunológica e desconhecida. A causa estrutural refere-se a anomalias cerebrais que aumentam o risco de epilepsia, sejam elas adquiridas (como AVC, traumas ou infecções) ou genéticas (como malformações do desenvolvimento cortical). A epilepsia de origem genética decorre de mutações conhecidas ou presumidas, nas quais a epilepsia é o principal sintoma. A etiologia infecciosa é a mais comum e está

associada diretamente à infecção do sistema nervoso central, devendo ser diferenciada de crises epilépticas agudas decorrentes de infecções como meningite ou encefalite.³

A epilepsia relacionada a distúrbios metabólicos conhecidos ou presumidos, apresenta as crises epilépticas como principal manifestação clínica. A maioria desses casos possui base genética, mas algumas condições, como a deficiência cerebral de folato, pode ser adquirida. E quando há evidência de inflamação imunomediada no sistema nervoso central, tem-se a epilepsia de origem imunológica. Por fim, há casos em que, mesmo após investigação clínica, EEG e exames de neuroimagem, não se identifica uma causa específica para a epilepsia.³

As síndromes epilépticas são fundamentais para uma melhor compreensão do quadro clínico, pois orientam tanto o prognóstico quanto a escolha do tratamento. Essas síndromes são definidas por um conjunto de sinais e sintomas característicos, como tipo de crise, idade de início, achados eletroencefalográficos, manifestações clínicas e causas genéticas ou estruturais associadas.⁴

Reconhecer uma síndrome pode ser fundamental para definir o tratamento adequado e prever a evolução da doença. Entre os exemplos de síndromes epilépticas na infância, destacam-se a síndrome de West, a síndrome de Lennox-Gastaut, a epilepsia rolândica benigna e a síndrome de Dravet.

De acordo com a ILAE (2013)⁵, o diagnóstico de epilepsia pode ser estabelecido nas seguintes situações: ocorrência de pelo menos duas crises epilépticas não provocadas (ou reflexas) com intervalo superior a 24 horas; uma única crise não provocada com probabilidade de recorrência superior a 60% nos próximos 10 anos; ou diagnóstico de uma síndrome epiléptica.

A epilepsia tem maior incidência no período neonatal, de início precoce na infância e na terceira idade, com taxas superiores a 60 por 100.000 indivíduos em menores de cinco anos e maiores de 65 anos. Crianças que desenvolvem epilepsia nos primeiros anos de vida frequentemente apresentam comorbidades cognitivas e comportamentais significativas, além de maior resistência aos medicamentos e aumento da mortalidade. Cerca de 50% desses pacientes têm atraso global no desenvolvimento dois anos após o início da doença. As comorbidades são mais comuns em casos de epilepsia fármaco resistente e com alta frequência de crises. A incidência em crianças até 16 anos é de

aproximadamente 40 por 100.000 ao ano, sendo três vezes maior no primeiro ano de vida⁶.

Algumas etiologias, como as estruturais, metabólicas, imunológicas e infecciosas, podem apresentar fenótipos eletroclínicos característicos. Quando essas características estão presentes, é possível diagnosticar uma síndrome epiléptica, o que é essencial para um manejo clínico adequado e melhor definição do prognóstico.

De acordo com Zuberi et al. (2022)⁴, em crianças menores de três anos, cerca de 54% dos casos de epilepsia podem ser classificados tanto por síndrome, conjunto de características clínicas, quanto por etiologia, causa ou origem da doença, quando são utilizados recursos diagnósticos avançados, como neuroimagem de alta resolução, exames metabólicos e testes genéticos. Nos menores de 12 meses, a causa (etiologia) é identificada em aproximadamente 64% dos casos. Já entre crianças com epilepsia grave iniciada antes dos 18 meses, é possível determinar a síndrome em 64% e a etiologia em 67% dos casos. Esses dados evidenciam que, especialmente nas faixas etárias mais precoces e nos quadros de maior gravidade, o uso de métodos diagnósticos especializados aumenta significativamente a probabilidade de identificar a causa e a síndrome, permitindo intervenções mais direcionadas e um melhor planejamento terapêutico.

As síndromes epilépticas que surgem no período neonatal ou na infância são geralmente categorizadas como epilepsias autolimitadas, com tendência à remissão espontânea, ou como encefalopatias epilépticas e do desenvolvimento (DEEs), que envolvem prejuízo cognitivo decorrente da atividade epiléptica e/ou da etiologia subjacente. Muitas dessas síndromes possuem causas bem definidas como, razões genéticas, estruturais, metabólicas, imunológicas ou infecciosas, e apresentam características eletroclínicas, condutas terapêuticas e prognósticos específicos. A maioria das DEEs tem início na infância.⁴

Nesse contexto, o atendimento odontológico de pacientes com epilepsia requer atenção especial, sobretudo em relação a abordagem comportamental, tipo de sedação utilizado e de acordo com os procedimentos.

A escolha adequada do método sedativo é essencial para garantir segurança e qualidade no tratamento, entre estes destaca-se o óxido nitroso, um gás incolor de sabor adocicado, que promove sedação por inalação, causando depressão do sistema nervoso central com

mínimos efeitos sobre os sistemas respiratório e cardiovascular. Durante sua administração, o paciente permanece consciente, o que pode ser um desafio para indivíduos muito ansiosos ou claustrofóbicos devido ao uso da máscara nasal.⁷ Diferentemente, a anestesia geral induz a perda da consciência e pode ser realizada por via intravenosa, inalatória ou combinada.

Diante disso, este estudo, por meio de um relato de caso clínico envolvendo uma paciente pediátrica com epilepsia, deficiência intelectual e histórico de prematuridade extrema, tem como objetivo correlacionar os achados da literatura com as características clínicas do caso. Destacando a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico, planejamento terapêutico e acompanhamento desses pacientes. Tornando-se uma estratégia essencial para garantir segurança e qualidade no tratamento.

2. OBJETIVO

Apresentar um relato clínico detalhado e descrever os procedimentos técnicos e clínicos empregados na reabilitação de uma paciente pediátrica com deficiência intelectual e cognitiva associada à epilepsia e com histórico de prematuridade extrema em uma gestação gemelar.

3. RELATO DE CASO CLÍNICO

Este estudo consiste em um relato de caso clínico de uma paciente pediátrica, com deficiência intelectual e cognitiva associada à epilepsia. O atendimento foi realizado no Setor de Pacientes Especiais (Sepae) do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia, seguindo o protocolo inicial de anamnese e exame clínico.

Como a paciente é menor de idade e PCD, a responsável assinou um termo de consentimento para iniciar o tratamento. A avaliação diagnóstica incluiu exame clínico detalhado, anamnese, histórico médico e odontológico, exame clínico intraoral e exames radiográficas, realizados durante a consulta inicial, considerando os aspectos sistêmicos, comportamentais e odontológicos. A partir desses dados, foi elaborado um plano de tratamento sob anestesia geral, visto que a anestesia multimodal estava contraindicada e devido à complexidade dos tratamentos e às condições clínicas.

O presente relato foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFU (CAAE: 91470025.2.0000.5152).

3.1 EXAME CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 9 anos, compareceu ao SEPAE no dia 02/01/2025 para primeiro atendimento odontológico no setor. Foram realizados anamnese detalhada, levantamento do histórico médico e odontológico, além do exame clínico intraoral.

A paciente apresenta epilepsia, com início das crises convulsivas aos 3 anos de idade, ocasião em que foi realizado o diagnóstico. Atualmente, é acompanhado por uma equipe multidisciplinar composta por pediatra, neuropediatra, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, psicóloga com formação em análise do comportamento aplicada (ABA) e cirurgião dentista.

Em casa, apresenta bastante sensibilidade durante a escovação, havendo dias em que aceita o procedimento e outros em que sequer permite a introdução da escova na boca. No entanto, demonstra maior aceitação e descontração durante a escovação realizada no banho.

Quanto à alimentação, não apresenta seletividade alimentar, embora demonstre preferência por alimentos de consistência pastosa e preparações mais caldosas, característica frequentemente observada em pacientes pediátricos com epilepsia associada à deficiência intelectual.

Durante o primeiro atendimento, foi efetuada profilaxia com remoção de placa bacteriana, apesar de apresentar resistência inicial, a paciente tem um comportamento colaborador com ressalvas, colaborou com a avaliação inicial e permitiu a escovação supervisionada. Observou-se a presença de sensibilidade dentinária significativa, enquanto a paciente não apresentava hiperplasia gengival, uma manifestação frequentemente observada em indivíduos com epilepsia.

Devido à complexidade e extensão do tratamento necessário, considerou-se mais adequado realizá-lo sob anestesia geral, sendo contraindicada a sedação multimodal. Não houve solicitação de parecer médico, uma vez que, diante da complexidade do caso, a paciente foi encaminhada diretamente para o Centro Cirúrgico, realizando o pré-anestésico.

A paciente é respiradora bucal e possui diagnóstico de epilepsia, com histórico relevante de crises convulsivas recorrentes, que frequentemente exigem intervenção hospitalar.

Dente 16 – Necessita de avaliação para realização de restauração profunda ou exodontia, dependendo da resposta clínica e radiográfica;

Dentes 54, 55, 65, 75, 85 e 36 – Indicação de exodontia devido ao comprometimento extenso.

Dentes 26, 46, 74 e 84 – Indicação de restauração por presença de lesões cariosas passíveis de tratamento conservador.

Figura 1 – Radiografia Panorâmica do exame inicial



Fonte: Autor (2025).

3.2 PRÉ-OPERATÓRIO

Os procedimentos realizados em ambiente de Centro Cirúrgico requerem planejamento criterioso e a solicitação prévia de exames laboratoriais, com o objetivo de assegurar a segurança e eficácia do atendimento. Entre os exames solicitados, incluíram-se: hemograma completo, testes de coagulação, série plaquetária, dosagens de glicemia, eletrólitos (sódio, potássio e magnésio), ureia, hormônios tireoidianos (T4 livre, TSH, T3 livre) e tempo de protrombina.

Foi aplicado um checklist pré-operatório abrangente, no qual foram avaliados os medicamentos de uso contínuo da paciente: Topiramato 100 mg (1 comprimido a cada 12 horas), Fenobarbital 40 mg/ml (40 gotas a cada 12 horas), Insulina Glargina – Lantus (9 UI pela manhã), Risperidona 1 mg/ml (0,5 ml pela manhã e à noite) e Clonazepam – Rivotril 2,5 mg/ml (5 gotas à noite). Consta, ainda, histórico de alergia à dipirona e liberação médica prévia para realização de anestesia geral.

3.3. PROCEDIMENTO NO CENTRO CIRURGICO:

Os procedimentos no Centro Cirúrgico foram realizados no dia 29/04/2025. Foi realizado raspagem alisamento, polimento supragengival dos sextantes, profilaxia e remoção da placa bacteriana. Foram realizadas exodontias dos dentes permanentes (16 e 36) e dos decíduos (55, 54, 64, 75 e 85), conforme imagens de 2 a 11.

Figura 2 – Foto inicial.



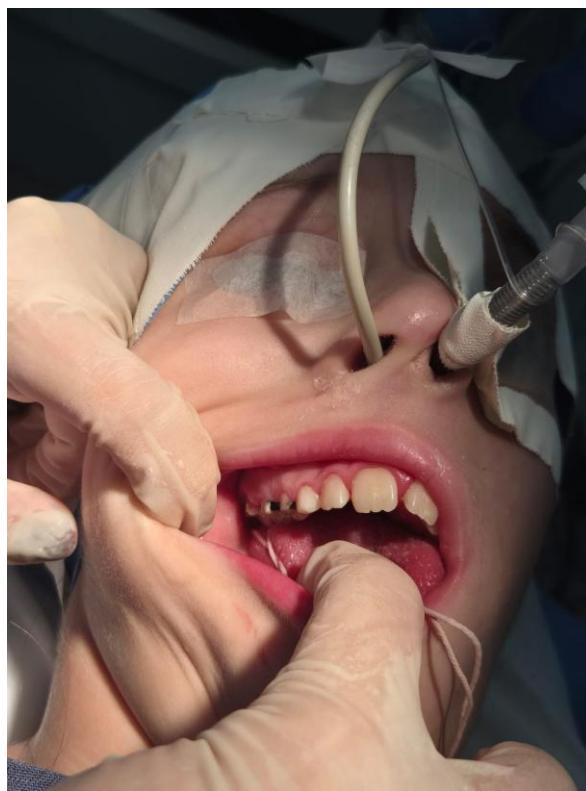
Fonte: Autor (2025).

Figura 3 – Dentes 16, 55 e 54 para exodontia.



Fonte: Autor (2025).

Figura 4 – Exodontia de dentes 16, 55, 54.



Fonte: Autor (2025).

Figura 5 – Exodontia dos dentes 16,55 e 54



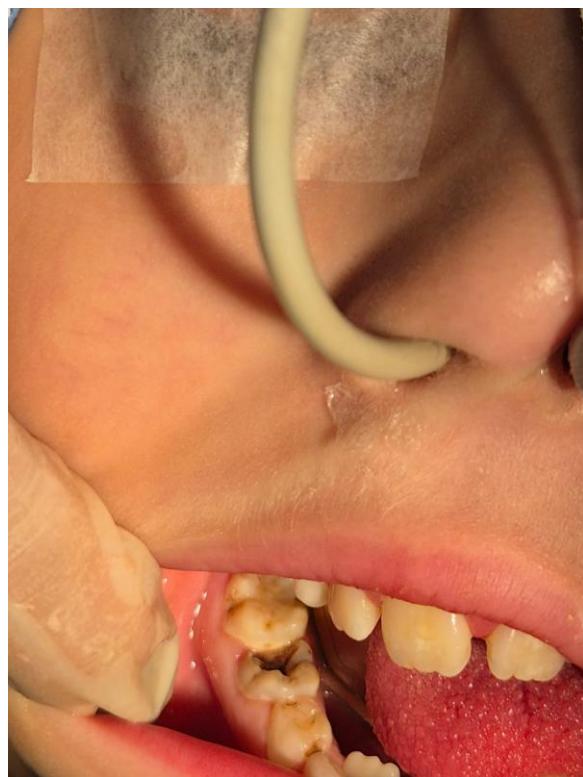
Fonte: Autor (2025).

Figura 6 – Exodontia 16, 55 e 53



Fonte: Autor (2025).

Figura 7 – Exodontia do 85



Fonte: Autor (2025).

Figura 8 – Exodontia do 85



Figura 9 – Exodontia do 64



Fonte: Autor (2025)

Figura 10 – Exodontia do 64



Figura 11 – Exodontia do 36 e 75



Fonte: Autor (2025)

3.4 PÓS-OPERATÓRIO

A paciente retornou ao SEPAE no dia 07/05/2025 para realização da avaliação pós-operatória. Durante o exame clínico, observou-se boa cicatrização nas regiões submetidas a procedimento cirúrgico. Na mesma sessão, foram realizadas restaurações com resina composta em um dente permanente posterior (26) e em dois dentes decíduos posteriores (74 e 84). Também foi realizada a remoção de placa bacteriana seguida de profilaxia, visando à manutenção da saúde bucal. A paciente colaborou no retorno, sobretudo com ressalvas.

Após a realização dos procedimentos, a paciente foi reagendada para retorno em um ano, com o objetivo de reavaliação clínica, realização de profilaxia e reforço das instruções de higiene oral.

4. DISCUSSÃO

O atendimento odontológico de pacientes com epilepsia associada à deficiência intelectual representa um desafio clínico, especialmente quando se trata de pacientes pediátricos com histórico de prematuridade extrema e múltiplas comorbidades. No caso apresentado, a complexidade do quadro clínico, alta demanda odontológica aliada ao comportamento não colaborador da paciente, exigiu a adoção de estratégias específicas, como a realização do tratamento sob anestesia geral em ambiente hospitalar.

Oliveira et al. (2016)⁸ afirma que a gestação múltipla (gemelar ou trigemelar) apresenta associação significativa com a prematuridade, mantendo-se como fator de risco mesmo após análise multivariada. Em um estudo multicêntrico brasileiro realizado com 20 maternidades de referência obstétrica, observou-se que a gestação gemelar aumentava em até 15 vezes a chance de nascimento prematuro. No caso clínico apresentado, a paciente com histórico de prematuridade extrema, com 27 semanas de gestação gemelar.

Em uma revisão sistemática, verificou-se que recém-nascidos prematuros com convulsões apresentam risco significativamente maior de mortalidade e, a longo prazo, correm o risco de comprometimento do neurodesenvolvimento (cognitivo, motor e de linguagem), paralisia cerebral moderada a grave e epilepsia.⁹

Considerando que a paciente tem histórico de nascimento prematuro, a literatura evidencia que em relação a prematuridade, em um estudo de coorte, com 269 bebês prematuros e verificou-se que a incidência de convulsões confirmadas por EEG foi de 40% (108/269); 49% foram clínicas e 51% subclínicas. As convulsões ocorreram em 72% dos bebês ≤ 24 semanas, 57% daqueles de 25 a 26 semanas e 23% daqueles de 27 a 28 semanas.¹⁰

Um outro ponto a ser discutido é em relação a escolha da técnica de gerenciamento comportamental selecionada. Estudos indicam que crianças com epilepsia, cujas crises são desencadeadas por estresse, apresentam alterações fisiológicas na resposta ao estressor, sugerindo uma associação direta entre estresse emocional e aumento da frequência das crises convulsivas.¹¹ Diante disso, a estabilização protetora não foi indicada, visto que submeter a paciente ao estresse de atendimentos ambulatoriais repetidos, em pelo menos quatro sessões, representaria risco adicional à sua estabilidade neurológica.

Os benzodiazepínicos mais utilizados em odontologia para sedação incluem o midazolam e o Diazepam.¹² Estas drogas atuam no sistema nervoso central, potencializando os efeitos do neurotransmissor inibitório GABA (ácido gama-aminobutírico), resultando em ações ansiolíticas, sedativas e relaxantes musculares. Esses efeitos favorecem a cooperação do paciente e aumentam a eficiência do tratamento odontológico e apresentam baixa incidência de efeitos colaterais e boa margem de segurança clínica.¹³ No entanto, um dos fatores que fundamentaram a escolha pela anestesia geral foi o risco associado à sedação medicamentosa, visto que o uso do flumazenil, antagonista dos benzodiazepínicos, pode reduzir o limiar para crises convulsivas.

O flumazenil (8-fluoro-5,6-diidro-5-metil-6-oxo-4H-imidazol [1,5a] [1,4] benzodiazepina-3-carboxilato de etila) bloqueia, por inibição competitiva, os efeitos centrais de substâncias que atuam nos receptores benzodiazepínicos é o único fármaco aprovado para reverter os efeitos dos benzodiazepínicos em sedação consciente. É indicado, principalmente, para reversão da sedação após anestesia e no tratamento de superdosagem aguda por benzodiazepínicos.

Uma análise de 43 casos de convulsões pós-uso de flumazenil revelou que essas ocorreram, sobretudo, por associação com antidepressivos tricíclicos ou pelo desmascaramento do efeito anticonvulsivo dos benzodiazepínicos. Ou seja, é contraindicado em pacientes em uso de antidepressivos tricíclicos em altas doses ou com histórico de distúrbios convulsivos. Por esse motivo, optou-se por não utilizar a sedação consciente.¹³

Embora a anestesia geral seja considerada um procedimento invasivo, constitui alternativa eficaz e segura para o manejo de crianças com baixa colaboração, especialmente aquelas com deficiência intelectual. A anestesia geral promove um estado controlado de inconsciência, com perda parcial ou total dos reflexos protetores, permitindo a realização de procedimentos odontológicos sem dor, ansiedade ou movimentos involuntários. Sua aplicação requer a presença de um médico anestesista e equipe especializada.

Segundo Bengtson et al. (2006, p. 321)¹⁴, aproximadamente 45,2% dos atendimentos odontológicos em pacientes pediátricos com necessidades especiais ou fobia severa são realizados sob anestesia geral. No entanto, a indicação deve ser criteriosa, considerando os riscos anestésicos, o estado sistêmico do paciente e a possibilidade de resolução do

tratamento em sessão única. Após a indicação, deve-se elaborar um plano terapêutico detalhado e encaminhar a criança para avaliação médica, incluindo pediatra e anestesiologista, sendo classificada conforme o status físico pela ASA (American Society of Anesthesiologists). Crianças com deficiência física e/ou intelectual podem ser submetidas à anestesia geral desde que classificadas como ASA I, II ou III, a paciente em questão foi enquadrada como ASA III.

Dessa forma, a anestesia geral em odontopediatria consolida-se como recurso terapêutico eficaz, promovendo maior conforto e segurança. No entanto, é imprescindível que o cirurgião-dentista possua domínio técnico e ético sobre essa conduta integrada, respeitando os princípios de responsabilidade profissional e garantindo um bom prognóstico em longo prazo. No presente caso, a paciente apresentava perda significativa de estrutura dentária, e os dentes decíduos envolvidos não apresentavam viabilidade restauradora.

Os procedimentos realizados sob anestesia geral transcorreram sem intercorrências. Posteriormente, foram iniciadas as intervenções em ambiente ambulatorial, incluindo restaurações com resina composta em dente permanente posterior (26) e em dentes decíduos (74 e 84), além de remoção de biofilme dental e profilaxia. A paciente demonstrou colaboração parcial nos atendimentos subsequentes.

Por fim, destaca-se que a hiperplasia gengival é uma condição frequentemente associada ao uso de determinados anticonvulsivantes. A fenitoína, por exemplo, pode provocar aumento das papilas interdentais, especialmente na região anterior da maxila e mandíbula. A paciente faz uso de três anticonvulsivantes: topiramato 100 mg (1 comprimido a cada 12 horas), fenobarbital 40 mg/ml (40 gotas a cada 12 horas) e lamotrigina 25 mg (2 comprimidos pela manhã e 4 à noite). Dentre esses, apenas o fenobarbital, pertencente à classe dos derivados da fenitoína, apresenta como efeito colateral a hiperplasia gengival, no caso a paciente não apresentava esse distúrbio, mas é importante que seja acompanhada clinicamente.

O manejo odontológico de pacientes pediátricos com epilepsia e deficiência intelectual exige planejamento individualizado, integração multiprofissional e profunda compreensão das implicações clínicas e comportamentais do caso. De acordo com Meline et al., (2020)¹⁵, a anamnese é o único exame capaz de identificar aspectos essenciais que permita ao cirurgião dentista a aplicação da técnica de forma mais eficaz e segura, por

isso a importância de fazer uma boa anamnese e um bom planejamento. Dentre os métodos empregados, a sedação com óxido nitroso, anestesia dissociada e a anestesia geral quando utilizados por profissionais adequados, diminui os fatores de risco e prioriza o bem-estar do paciente.

A escolha pela anestesia geral mostrou-se a conduta mais segura e eficaz, considerando a alta demanda de procedimentos cirúrgicos, os riscos neurológicos associados à sedação consciente e à exposição a múltiplas sessões ambulatoriais com estabilização protetora. O acompanhamento pós-operatório, aliado à continuidade do atendimento em ambiente ambulatorial, reforça a importância de estratégias adaptadas às necessidades do paciente, priorizando o conforto, a segurança e a efetividade do tratamento. Assim, o presente caso evidencia a relevância da atuação interdisciplinar e da tomada de decisão baseada em evidências científicas, respeitando os limites e as particularidades de cada paciente.

5. CONCLUSÃO

O trabalho revelou a complexidade do atendimento odontológico a pacientes pediátricos com epilepsia, deficiência intelectual e a relevância de um atendimento multiprofissional, com profissionais capacitados para a realização de um bom levantamento de história médica e um plano de atendimento adequado, respeitando as limitações da paciente. Essas comorbidades apresentam desafios que extrapolam as fronteiras da clínica odontológica convencional, demandando atendimento humanizado, planejamento personalizado e atuação interdisciplinar.

O relato de caso ilustrou que, em face de limitações comportamentais e riscos neurológicos relevantes, a anestesia geral apresenta-se como uma alternativa segura e efetiva para o atendimento odontológico integral, evitando traumas, estabilizações protetoras e possíveis descompensações sistêmicas, proporcionando conforto para o atendimento e pós-operatório. O êxito do atendimento esteve diretamente associado à criteriosa avaliação pré-operatória, ao controle das comorbidades, à escolha da conduta clínica adequada com o quadro neurológico da paciente e à continuidade do cuidado em ambiente ambulatorial.

Ademais, ressalta-se a importância da especialização do cirurgião-dentista no atendimento de pacientes com necessidades especiais, da valorização das particularidades clínicas e emocionais de cada paciente e da decisão embasada por evidências científicas e éticas. Assim, pode-se concluir que a anestesia geral, quando corretamente indicada e executada por equipe habilitada, representa um recurso essencial na Odontopediatria hospitalar, contribuindo significativamente para a promoção da saúde bucal, qualidade de vida e bem-estar de pacientes com condições clínicas complexas.

6. REFERÊNCIAS

- (1) Wirrell E, Tinuper P, Perucca E, Moshé SL. Introduction to the epilepsy syndrome papers. *Epilepsia.* 2022 Jun;63(6):1330-2. doi: 10.1111/epi.17262.
<https://doi.org/10.1111/epi.17262>
- (2) Fisher RS, et al. Relatório oficial do ILAE: uma definição clínica prática de epilepsia. *Epilepsia.* 2014 Apr;55(4):475-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/epi.12550>
- (3) Scheffer IE, et al. Classificação da ILAE das epilepsias: artigo da posição da Comissão de Classificação e Terminologia da International League Against Epilepsy. *Arq Neuropsiquiatr.* 2017 Oct;75(10):783-800. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20170135>
- (4) Zuberi SM, Wirrell E, Yozawitz E, Wilmshurst JM, Specchio N, Riney K, et al. ILAE classification and definition of epilepsy syndromes with onset in neonates and infants: Position statement by the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. *Epilepsia.* 2022 Jun;63(6):1349-97. doi: 10.1111/epi.17239.
<https://doi.org/10.1111/epi.17239>
- (5) International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia.* 2013 Apr;54(4):761-6.
- (6) Da Silva CRA, Cardoso ISZO, Machado NR. Considerações sobre epilepsia. *Boletim Científico de Pediatria.* 2013;2(3).

(7) Fiorillo L. Conscious sedation in dentistry. Medicina (Kaunas). 2019 Dec;55(12):778. doi: 10.3390/medicina55120778.
<https://doi.org/10.3390/medicina55120778>

(8) Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Maternal and neonatal factors related to prematurity. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(3):382-9. doi: 10.1590/S0080-623420160000400002.

<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400002>

(9) Pisani F, Prezioso G, Spagnoli C. Neonatal seizures in preterm infants: A systematic review of mortality risk and neurological outcomes from studies in the 2000's. Seizure. 2020 Feb;75:7-17. doi: 10.1016/j.seizure.2019.12.005. Epub 2019 Dec 13. PMID: 31864147.

<https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.12.005>

(10) Raghuveer TS, Zackula RE, Gibson LC, Martin RJ, Shah S. Seizures in pre-term infants less than 29 weeks: incidence, etiology, and response to treatment. Kans J Med. 2020 Jun 25;13:134-42. PMID: 32612745; PMCID: PMC7324056.

<https://doi.org/10.17161/kjm.v13i.13817>

(11) Van Campen JP, et al. Stress and epilepsy: clinical and experimental findings. Epilepsy Behav. 2015 May;47:126-33. doi: 10.1016/j.yebeh.2015.03.024.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.03.024>

(12) Gallagher J. Uso de benzodiazepínicos na sedação odontológica. J Dent Sedat. 2016;12(3):45-52.

(13) Oliveira GHP, et al. Efficacy and safety of oral midazolam sedation compared with its combination with hydroxyzine use in pediatric dentistry: a systematic review. Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr. 2023;23:e210213. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pboci/a/XNQxTzk3JLQv5MpmLjWmTbL/>
<https://doi.org/10.1590/pboci.2023.014>

(14) Bengtson CRG, et al. O uso da anestesia geral em odontopediatria. Rev Inst Ciênc Saúde. 2006;24(4):319-25.

(15) Correia BT. Técnica de sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia: uma revisão bibliográfica. Braz J Implantol Health Sci. 2024;6(11):728-43. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n11p728-743. Disponível em: <https://bjihhs.emnuvens.com.br/bjihhs/article/view/4230>
<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n11p728-743>