

Crescimento tecidual fibromatoso atípico relacionado ao uso da fenitoína – relato de caso

Atypical gingival overgrowth phenytoin-induced – a case report

Sérgio Bartolomeu de Farias Martorelli¹
Felipe Bravo Machado de Andrade²
Fernando de Oliveira Martorelli³
Érica Von Söhsten Marinho⁴
Júlia Figueirêdo de Melo⁵
Adelaide Cristina Lins Silva⁶

- 1 - Professor da Faculdade de Odontologia do Recife (FOR), Recife-PE, Brasil
- 2 - Mestrando em Clínica Integrada UFPE
- 3 - Acadêmico de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Caruaru
- 4 - Aluna da Especialização em Periodontia UFPE
- 5 - Aluna da Especialização em Endodontia UFPE
- 6 - Cirurgiã-dentista

Correspondência:

Sérgio B. de Farias Martorelli
Av. Conselheiro Aguiar, 1360 – Sala 128
– Boa Viagem
Recife – PE – CEP 51011-030
Email:
smartorelli_maxilofacial@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Fenitoína (Dilantina) é um medicamento de primeira escolha no tratamento de epilepsia e outras formas convulsivas¹⁻³ devido a sua eficiência e custo acessível¹. Exerce o seu efeito estabilizando as membranas de células nervosas em relação ao influxo dos íons de sódio, potássio e cálcio, tanto durante o repouso quanto durante o potencial de ação. Dessa maneira impede que haja deflagrações neuronais repetitivas provocadas pela passagem de corrente intracelular sem causar depressão do sistema nervoso central¹.

O uso regular da Fenitoína pode levar ao aparecimento de algumas reações adversas entre elas temos: alterações psiquiátricas, ataxia (falta de coordenação muscular), aumento da taxa de glicose no sangue,

RESUMO

A Fenitoína é a droga de primeira linha para o tratamento de muitas formas de epilepsia, tanto pela sua boa eficácia quanto pelo seu custo acessível. Seu uso, no entanto, não é isento de efeitos adversos, sendo um dos mais comuns a hiperplasia gengival. Este trabalho apresenta um caso clínico de uma paciente portadora de epilepsia e usuária da Fenitoína que apresentava crescimento tecidual fibromatoso há 5 anos, de forma atípica pela localização e aspecto clínico. Após exames auxiliares, realizou-se biópsia excisional das lesões, sendo as amostras histologicamente compatíveis com fibroma, confirmando o diagnóstico de Hiperplasia Dilantínica. Não houve recidiva após dois anos de acompanhamento. O cirurgião-dentista deve estar atento a pacientes que fazem uso de medicações indutoras de hiperplasia gengival, realizando o acompanhamento através do controle de placa, raspagens e instruções de higiene oral. Nos casos de hiperplasias exuberantes, torna-se imprescindível sua remoção cirúrgica.

Palavras-chave: Hiperplasia Gengival; Biopsia; Fenitoína

ABSTRACT

The Phenytoin is the first line drug for the treatment of many forms of epilepsy, as much for its good effectiveness but yet for its accessible cost. Its use, however, is not exempt of adverse effect, like gingival overgrowth. This work presents a case report of a epileptic patient that uses Phenytoin and presented atypical localization and clinical aspect gingival growth for 5 years. After excisional biopsy, the histological aspect was compatible with fibroma, confirming the phenytoin-induced gingival overgrowth diagnosis. There wasn't recurrence after two years. Dentists must take care patients who use gingival overgrowth induce medications, doing the plate control and giving instructions of oral hygiene. In exuberant hiperplasias cases, its surgical removal becomes essential.

Key words: Gingival Hyperplasia; Biopsy; Phenytoin

confusão mental, constipação, crescimento de pêlos no corpo e no rosto, insônia, náusea, osteomalácia, queda na pressão arterial, distúrbios visuais e também crescimento do tecido gengival¹.

A primeira descrição de um caso de crescimento gengival causado por medicamentos data de 1939 e foi associada ao uso de anticonvulsivantes como fenitoína ou dilantina⁴. A hiperplasia gengival dilantínica refere-se ao aumento benigno dos tecidos gengivais⁵, compondo-se de tecido fibroso vascularizado parcialmente recoberto por epitélio escamoso exibindo hiperplasia simples. É uma má formação resultante de uma proliferação celular exacerbada que pode ser causada pelo uso de determinados medicamentos como a Fenitoína^{1,2,5,6}. Na década de oitenta, percebeu-se que pacientes transplantados que faziam uso de ciclosporina

apresentavam características semelhantes de hiperplasia gengival. Desde então, a hiperplasia gengival dilatínica, a primeira descrita, passou a ser apenas uma das HGM. Outros estudos também relacionam a HGM ao uso de bloqueadores do canal de cálcio como Nifedipina, Verapamil e Diltiazem, usados no tratamento da hipertensão⁷.

O mecanismo de ação pela qual a Fenitoína ocasione a hiperplasia gengival não está devidamente esclarecido⁵; no entanto, a prevalência associada ao uso desse medicamento é de aproximadamente 50 %, sendo a maior prevalência dentre as drogas que causam a HGM⁷. É controverso se existe alguma relação entre a dosagem e o risco ou severidade da hiperplasia^{1,3,5}. Porém, a HGM costuma ser mais bem notada após três a seis meses de uso dos medicamentos. De forma geral, não há predileção por etnias, gêneros e faixas etárias, entretanto, já foi citada uma predileção pelo sexo masculino em HGM induzida por antagonistas de canais de cálcio e por pacientes jovens em HGM induzida pela fenitoína^{4,7}.

RELATO CLÍNICO

Paciente M.P.L.C. , sexo feminino, 55 anos, natural de Recife, PE, leucoderma, professora da rede estadual de ensino de PE, procurou a clínica da FOR (Faculdade de Odontologia do Recife), tendo como queixa principal aumento de volume na boca. Na história de doença atual revelou ser portadora de Epilepsia há mais ou menos 40 anos, usuária das medicações Rivotril e Gardenal, relatando crescimento gengival há mais ou menos 5 anos.

O exame físico extrabucal não apresentou alterações significativas. O exame intrabucal evidenciou edentação total superior e inferior. Havia presença de lesões exofíticas, bilaterais, atípicas, não ulceradas, assintomáticas, de coloração menos rósea que a mucosa circunvizinhada (Figura 1); envolvendo a lesão com um fio dental, observou-se ser do tipo pediculada (Figura 2), não associada ao uso da prótese total. Firmou-se uma hipótese diagnóstica de Fibroma ou Gengivite Dilatínica.

O exame radiográfico ortopantomográfico não apresentou alterações significantes. Solicitou-se exames pré-operatórios rotineiros que apresentaram resultados dentro do padrão de normalidade.

Sob anestesia local realizou-se a biópsia excisional mediante eletro-cirurgia com emprego de eletrodo reto tipo agulha (Figuras 3 e 4). Logo após a hemostasia por electrocoagulação (Figura 5), foi realizado o preenchimento da prótese com cimento cirúrgico para a proteção da ferida, ancorando o cimento na prótese total (Figura 6). Na Figura 7 pode ser observado o aspecto macroscópico das peças operatórias.

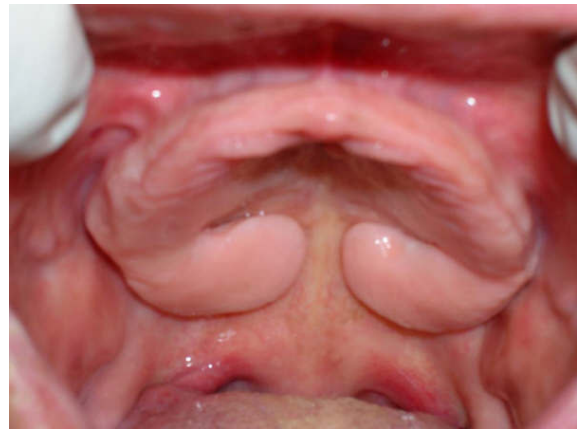


Figura 1 – Aspecto inicial da lesão



Figura 2 – Evidenciação do tipo de lesão com fio dental (pediculada)

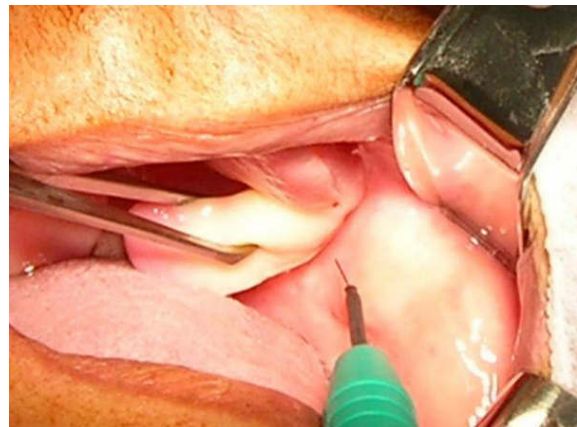


Figura 3 – Início da eletrocirurgia

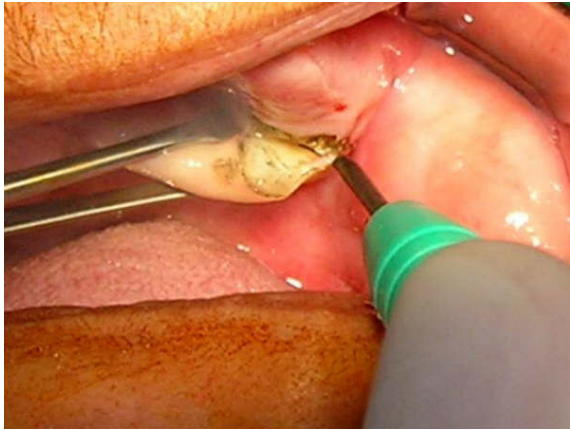


Figura 4 – Transoperatório da eletrocirurgia

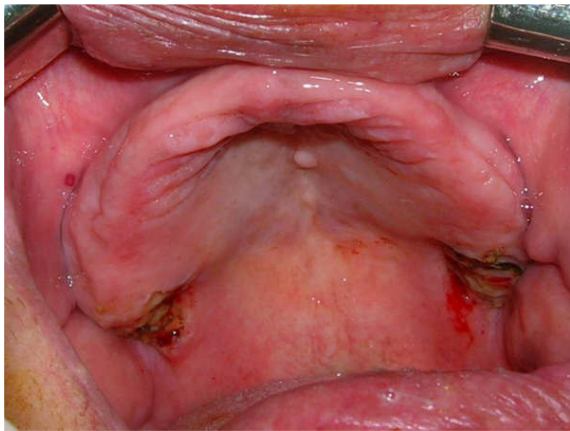


Figura 5 – Aspecto da ferida após electrocoagulação



Figura 6 – Proteção da ferida com a prótese e cimento cirúrgico.

Transcorrido o pós-operatório de 1 semana sem qualquer intercorrência, removeu-se o cimento cirúrgico e foi prescrito bochechos de colutório à base de benzidamina por 1 semana. Após 30 dias as feridas se encontravam totalmente cicatrizadas (Figura 8). O exame histopatológico foi compatível com Fibroma (Figura 9). O caso tem um acompanhamento de dois anos. Não foi

possível a substituição do medicamento, porém não se observou recidiva do crescimento gengival.



Figura 7 – Aspecto macroscópico das peças operatórias



Figura 8 – Aspecto pós-operatório com 30 dias.

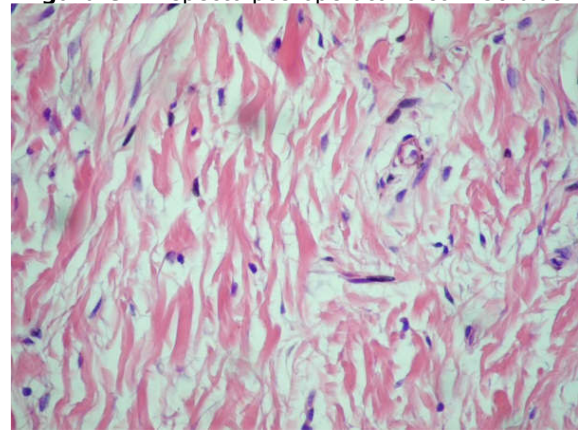


Figura 9 – Fotomicrografia de uma das peças operatórias

DISCUSSÃO

O aumento gengival parece ter relação com a higiene oral inadequada^{1,5,6}. Estudos longitudinais indicam que um adequado controle de placa pode prevenir ou diminuir a severidade do crescimento¹. No entanto, mesmo com boa higiene oral algum grau de aumento gengival pode ser observado em indivíduos suscetíveis, embora em muitos

casos seja difícil detectar as alterações⁵. Podemos ainda observar que o aumento gengival favorece o acúmulo de placa bacteriana e dificulta a sua remoção, contribuindo para o estabelecimento do processo inflamatório¹.

Aarli⁸ relatou uma menor secreção de IgA em pacientes que faziam uso da fenitoína. Essa deficiência pode resultar em uma maior susceptibilidade à inflamação gengival, que é considerada como um dos fatores predisponentes para o subsequente desenvolvimento da hiperplasia gengival⁸.

Em contrapartida, Dahllöt, Modéer⁹ realizaram um estudo longitudinal com crianças que faziam uso da fenitoína. Foi analisado o efeito do prévio controle de placa sobre os efeitos indesejáveis da medicação. Os autores chegaram à conclusão de que a hiperplasia gengival induzida pela fenitoína não pode ser prevenida por um programa de controle de placa dental⁹.

O crescimento indolor inicia-se nas papilas interdentais^{1,3,5} e dissemina-se através da superfície gengival relacionada com os dentes³. Em casos mais severos, a gengiva hiperplásica pode recobrir as coroas dentais causando problemas de fonação e dificultando a alimentação^{1,3}, podendo também provocar abalamento e mobilidade dos elementos. A hiperplasia é mais evidente nas faces vestibulares e nos espaços interdentais dos elementos dentários⁷. Estudos afirmam que o crescimento gengival não ocorre em áreas desdentadas^{1,3}, porém algumas pesquisas mostram que isso pode acontecer¹.

A coloração pode ser variável de acordo com o grau de inflamação¹, desde normal a hiperemiada. Na ausência de inflamação, a gengiva aumentada apresenta-se firme^{3,5} e com coloração normal, com superfície que pode ser plana, pontilhada ou granular. Com a inflamação, a gengiva afetada torna-se vermelho escura e edematosa, com a superfície friável, sangra facilmente e está ocasionalmente ulcerada^{3,10,11}. Uma vez controlado os fatores irritantes locais, o crescimento pode ser minimizado.

No diagnóstico diferencial merecem ser incluídos a leucemia, alguns processos proliferativos não neoplásicos como granuloma piogênico, lesão periférica de células gigantes, papiloma e condiloma acuminado. Por esse motivo, justifica-se a realização de biópsia para diminuir estas dúvidas e confirmar a hipótese diagnóstica^{7,9}.

O controle da placa e dos fatores bucais é imprescindível. O paciente que fará uso da fenitoína deve ser enviado ao cirurgião-dentista, devendo ser realizado o controle periodontal básico, além de instruções de higiene oral. Pode-se, ainda, programar raspagens, curetagem e polimento dental antes da remoção das hiperplasias. A cirurgia para remoção será inevitável nos casos onde há o crescimento gengival exuberante⁷.

CONCLUSÃO

A Hiperplasia Gengival Medicamentosa é um efeito adverso que pode acometer até 50% dos pacientes portadores de epilepsia e que fazem o uso continuado de Fenitoína. Pela impossibilidade de prever quais pacientes desenvolverão a HGM, o trabalho interprofissional (médico/cirurgião-dentista) pode beneficiar o paciente contra os efeitos adversos conhecidos, principalmente quando há comprometimento estético. Cabe ao cirurgião-dentista o acompanhamento cuidadoso desses pacientes a fim de prevenir e tratar os casos de crescimento gengival atípico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos FA, Carvalho CA, Pochapski MT. Crescimento Gengival Associado ao uso da Fenitoína. Relato de um Caso Clínico. *Biol Health Sciences* 2001;7(1):79-90.
2. Spolidório LC, Gonzaga HFS, Spolidório DMP. Análise Quantitativa de Tecidos Gengivais de Ratos tratados com Fenitoína e Ciclosporina. *Pesqui Odontol Bras* 2000; 14(4):
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*, 2ª edição, Guanabara Kogan, 2004.
4. Ramalho VL, Ramalho HJ, Cipullo JP, Burdman EA. Hiperplasia Gengival Induzida por Ciclosporina A. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(2): 210-213
5. Loureiro CCS, Adde CA, Perez FEG, Penha SS. Efeitos Adversos de Medicamentos Tópicos e Sistêmicos na Mucosa Bucal. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004; 70(1):106-11.
6. Guaré RO, Franco VB. Hiperplasia Gengival em Crianças: uso de anticonvulsivantes e Higiene Oral. *Rev Odontol USP* 1998; 12(1):
7. Guimaraes Júnior J. Hiperplasia gengival medicamentosa: parte I. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2007; 13(1): 33-36
8. Aarli JA. Phenytoin-Induced Depression of Salivary IgA and Gingival Hyperplasia. *Epilepsia* 1976; 17(3): 283-291
9. Dahllöt G, Modéer T. The effect of a plaque control program on the development of phenytoin-induced gingival overgrowth. *J Clin Periodont* 1986;13(9):845-849
10. Bittencourt PCT, Silva VR, Molinari MA, Troiano AR. Phenytoin as the First Option in Female Epileptic Patients? *Arq Neuro-Psiquiatr* 1999; 57(3B).
11. Del Negro A, Dantas CR, Zanardi V, Montenegro MA, Cendes F. Relação Dose-Dependente do Uso Crônico de Fenitoína e Atrofia Cerebelar em Pacientes com Epilepsia; *Arq Neuro-Psiquiatria* 2000; 58(2ª).