

Como atender um paciente com crises epiléticas ou epilepsia

História clínica é fundamental para o diagnóstico

1º. DETERMINAR SE O PACIENTE TEM CRISES EPILÉPTICAS

- Crises epiléticas são caracterizadas pelo aparecimento súbito de sinais ou sintomas neurológicos (paroxismos), em geral de curta duração (60 a 90 segundos). Na epilepsia os episódios são recorrentes e estereotipados (sempre iguais).

Principais diagnósticos diferenciais das crises epiléticas:

Síncope
Crises psicogênicas
Perda de fôlego (crianças)
Enxaqueca
Narcolepsia
Crises de pânico
Crises de hipoglicemia
Distúrbios paroxísticos do movimento
Ataque isquêmico transitório
Distúrbios do sono
Amnesia global transitória
Drop-attacks

O que é importante perguntar na HISTÓRIA CLÍNICA?

(Obter informações minuciosas do(s) episódio(s) ocorrido(s) com o paciente, e se possível com alguém que testemunhou os eventos)

- Quando foi o evento paroxístico? Foi o primeiro, ou já ocorreram outros semelhantes? Quantos episódios já ocorreram? Quando foi o último? Se já ocorreram outros, qual é a frequência média de episódios? Os episódios são sempre iguais? Estão associados com algum fator desencadeante? Ao levantar, etc.? Descreva a sequência de eventos que ocorrem no episódio. Há perda de consciência? Ocorrem manifestações motoras? Há queda ao solo? Mordeu a língua? Urinou na roupa? Babou? Recuperou logo a consciência ou demorou? Sentiu o que ao acordar? Ficou confuso após o evento? Foi levado ao PS por causa das crises? Sente algo pouco antes do episódio como: mal estar epigástrico, sensação de desmaio ou escurecimento gradual da visão, dormência em parte do corpo, escurecimento de metade com campo visual, luzes e brilhos na visão, náuseas ou vômitos, contrações musculares? Um informante descreveu que houve perda da consciência? Descreveu piscamentos, arregalar ou fixação dos olhos, olhar vago? Contrações motoras (tônicas, clônicas, distônicas, etc.) ou automatismos (orais, gestuais, de marcha), queda ao solo, liberação de esfíncteres, respiração ruidosa, cianose, ruborização, palidez, midríase, pilo-ereção, grito epilético, desvio cefálico e ocular, em que direção? Sempre a mesma sensação se repete antes de cada crise? Quanto tempo durou o episódio? Recobrou rapidamente a consciência? Manteve-se desacordado muito tempo? Quanto tempo? Apresentava algum déficit motor? De que lado?

Apresentava confusão mental ou sonolência? Sentia dores musculares? Cefaleia? Apresentava ferimento na boca ou na língua? Houve algum quadro na história clínica sugestivo de estado de mal epilético? O paciente foi ou está sendo medicado com antiepiléticos? Descrever as doses utilizadas durante todo o tratamento, tempo de uso, efeito sobre as crises e os efeitos adversos. **IDA:** importante verificar se há alguma doença ou sintoma concomitante. **ANTECEDENTES:** Determine se o paciente: Tem outras doenças? Usa alguma outra medicação? Tem história familiar de epilepsia? Há história de crise convulsiva febril? Há história de problemas no parto e atraso no desenvolvimento? Teve traumatismo craniano grave? Teve crise epilética prolongada ou status, seja febril, por infecção do SNC ou trauma craniano na infância? Teve episódios prévios de déficit neurológico agudo sugestivo de isquemia cerebral? Tem história de cálculo renal? Alergia a algum medicamento ou antiepilético? Trata-se de mulher em idade fértil? Grávida? Em uso de anticoncepcionais **EXAME FÍSICO Geral:** Fascies sindrômica? PA, FC, hipotensão postural, ritmo e ausculta cardíaca, lesões na pele*, palpação do fígado, sinais de icterícia, edema de mml, tremores. * atenção para dados associados a doenças neurocutâneas que cursam com Epilepsia: manchas hipocrômicas/hipercrômicas e pequenos neurofibromas peri-nasais (Esclerose Tuberosa), hemangioma cutâneo numa hemiface (Síndrome de Sturge-Weber), manchas hipocrômicas irregulares em todo um hemicorpo (Hipomelanose de Ito) **Neurológico:** sinais localizatórios em geral, sinais de hipertensão intracraniana, oligofrenia ou retardo mental.

2º. CLASSIFICAR AS CRISES EPILÉPTICAS



3º. SE ESSA FOR A PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA, DETERMINAR A SUA POSSÍVEL CAUSA

CRISES PROVOCADAS, OU SINTOMÁTICAS, OU NÃO-ESPONTÂNEAS, seriam causadas por um fator externo

- Distúrbios sistêmicos como: intoxicação ou abstinência alcoólica, intoxicação ou abstinência a benzodiazepínicos, hipoglicemia, hiperglicemia, hiponatremia, hipocalcemia, abuso de drogas (cocaína, anfetamina, opiáceos)
- Medicações que podem provocar crises epiléticas:

antibióticos (penicilinas, cefalosporinas, fluoroquinolonas e carbapenem), antipsicóticos (clorpromazina, clozapina, etc.), opiáceos e antidepressivos (bupropiona, etc).

- **Insultos cerebrais agudos:** traumatismo de crânio, AVC, infecções do sistema nervoso central.

ATENÇÃO: outros fatores desencadeantes como febre alta, privação de sono ou crises exclusivamente no sono, estímulos luminosos em padrões ou repetitivos, são potenciais fatores provocadores de crises epiléticas em indivíduos com epilepsia ou com propensão genética para epilepsia.

CRISES NÃO PROVOCADAS, OU ESPONTÂNEAS,

Realizar exames complementares:

1. Neuroimagem: RNM ou CT
2. EEG
3. LCR ou exames específicos

4º. SE ESSA FOR A PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA NÃO PROVOCADA, DETERMINAR O RISCO PARA RECORRÊNCIA DAS CRISES

Consenso da Academia Americana de Neurologia (AAN) sobre os fatores que mais comprovadamente implicam em maior risco para o indivíduo ter uma nova crise epilética são:

- a) Ter um histórico de um insulto cerebral prévio como traumatismo craniano ou AVC,
 - b) Ter um EEG com anormalidades epileptiformes
 - c) Ter alguma anormalidade significativa nos exames de neuroimagem
 - d) Ter tido a crise epilética durante o sono
- Outros fatores que podem ser considerados como fatores de risco para recorrência:
- e) Ser jovem ou idoso
 - f) Se a crise for e início focal
 - g) Se houver retardo mental.

*Apresentar múltiplas crises recorrentes em 24 horas logo pela primeira vez, não aumenta o risco de recorrência das crises.

5º. DETERMINAR SE O QUADRO CLÍNICO DEFINE UMA SÍNDROME EPILÉPTICA

- a) Epilepsia tipo ausência infantil
- b) Epilepsia mioclônica juvenil
- c) Epilepsia benigna da infância com pontas centro-temporais
- d) Convulsões febris
- e) Epilepsia do lobo temporal mesial
- f) OUTRA

6º. O DIAGNÓSTICO É DE EPILEPSIA??

1. Ocorreram pelo menos duas crises epiléticas não-provocadas, separadas por um intervalo maior que 24 horas, OU,
2. Ocorreu uma crise epilética não-provocada, e há uma probabilidade calculada de pelo menos 60% para o sujeito apresentar crises recorrentes nos próximos 10 anos, OU,

3. Há diagnóstico de uma síndrome epilética,

7º. QUAL É A ETOLOGIA DA EPILEPSIA??

1. **Epilepsias secundária:** quando há uma lesão estrutural suspeita de causar o problema
2. **Epilepsia de origem genética:** quando há uma mutação conhecida que causa epilepsia, quando a história familiar é sugestiva de um problema familiar e não há uma lesão suspeita, ou quando o paciente apresenta uma síndrome epilética que acredita-se tenha origem genética
3. **Epilepsias de causa desconhecida**

8º. HÁ INDICAÇÃO PARA INICIAR O USO DE DROGAS ANTEPILEPTICAS?

- a) Iniciar com a droga mais adequada de acordo com o tipo de crise epilética inicial que o paciente apresenta
- b) E de acordo com o perfil de efeitos colaterais
- c) Lembrar que em mulheres as DAE alteram aspectos hormonais, podem ser teratogênicas (valproato), são encontradas no leite materno, reduzem os níveis de anticoncepcionais orais
- d) Iniciar tratamento em monoterapia
- e) Em doses progressivamente crescentes até controle das crises, ou efeitos colaterais indesejáveis, ou além dos níveis terapêuticos no sangue

INDICAÇÃO DOS ANTEPILEPTICOS SEGUNDO O TIPO DE CRISE EPILÉPTICA					
ANTEPILEPTICO	Crises focais	Crises convulsivas generalizadas	Crises de Ausência	Crises Mioclônicas	Crises Atônicas/tônicas
Carbamazepina	1	1	3	3	3
Oxcarbazepina	1	1	3	3	3
Lamotrigina	1	1	1	2	1
Ácido valpróico	1	1	1	1	1
Topiramato	1	2	2	1	2
Fenitoina	2	2			
Fenobarbital	2	2			
Clonazepam			2	2	2
Clobazam			2	2	2
Gabapentina			3	3	
1. DROGA DE PRIMEIRA LINHA					
2 DROGA DE SEGUNDA LINHA					
3 DROGA QUE DEVE SER EVITADA					

Obs: **Lamotrigina** é droga de primeira escolha para crises epiléticas do idoso. **Valproato** deve ser evitada em mulheres em idade fértil

DROGA	Dose habitual (mg/dia)	Tomadas/dia	Efeitos adversos
Carbamazepina	400-1600 (10-20 mg/kg/dia)	2-3	Leucopenia, hiponatremia, sonolencia, ataxia, diplopia, náuseas, erupção cutânea, hepatotoxicidade
Clobazam	10-30 (0,5-1,5 mg/kg/dia)	1-2	Sonolência
Clonazepam	0,5-4 (0,05-0,3 mg/kg/dia)	1-2	Sonolência
Fenitoina	200-300	1-2	Ataxia, nistagmo, hipertrofia gengival, acne, hirsutismo, lentidão psicomotora, osteoporose
Fenobarbital	100 (3-5 mg/kg/dia)	1	Sonolência, lent psicomotora, sedação, irritabilidade
Gabapentina	900-2400	2-3	Fadiga, sonolência, ataxia, náuseas, ganho de peso
Lamotrigina	100-400 (1-15 mg/kg/dia)	2	Erupção cutânea, náusea, insônia alucinações, pancitopenia
Oxcarbazepina	900-1800 (20-40 ,g/kg/dia)	2	= CBZ
Topiramato	100-200 (1-15 mg/kg/dia)	2	Cefaleia, sedação, perda de memória, glaucoma, perda de peso, ansiedade, hiperatividade, depressão, parestesias, cálculo renal
Valproato e Divalproato	600-1500 (15-60 mg/kg/dia)	2-3	Ganho de peso, trombocitopenia, dist menstruais, SOMP, tremores, queda de cabelo, hepatotoxicidade

9º. O PACIENTE É EPILÉPTICO E ESTÁ EM TRATAMENTO COM DAE

a) As crises estão controladas, ou é necessário ajustar ou trocar o tratamento (Insistir sempre na monoterapia)
CONSIDERA-SE A POSSIBILIDADE DE INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO COM DAE?

b) Há quanto tempo o paciente não tem crises? A epilepsia é considerada inativa, ou resolvida, quando os pacientes estão livres de crises epiléticas por pelo menos 10 anos, sem estar em uso de drogas antiepiléticas pelos últimos 5 anos.

CONSIDERA-SE A POSSIBILIDADE DE INDICAR UM TRATAMENTO ALTERNATIVO?

10º. O PACIENTE EPILÉPTICO TEM COMORBIDADES IMPORTANTES?

- Risco de suicídio
- Depressão ou ansiedade
- Queixas cognitivas ou de aprendizado.

11º. SINDROMES EPILÉTICAS ESPECIAIS

CONVULSÕES FEBRIS. (6 meses e 5 anos de idade)

	Crise simples	Crise complicada
Duração	< 15 minutos	Entre 15 e 30 minutos
Início	Generalizado	Focal ou generalizado
Recorrência em 24h	Não ocorre	Ocorre
Estado pós- crise	Recuperação rápida sem alterações neurológicas	Pode apresentar alterações neurológicas (paralisia de Todd)
Alt. neurol prévias	Nenhuma	Pode haver

FATORES QUE AUMENTAM O RISCO DE RECORRÊNCIA DE UMA CRISE FEBRIL

- Primeira crise antes dos 18 meses de idade,
- Apresentou crise febril complicada
- Com história familiar de epilepsia,
- A crise aconteceu quando a febre tinha aparecido há menos de 1 hora

- E com temperatura < 40°C

TRATAMENTO NOS EPISÓDIOS FEBRIS

- Controlar temperatura com antitérmicos (eficácia não comprovada)

- Diazepam: via oral ou retal (doses habituais entre 0,2 a 1mg/Kg/dia divididas em 3 doses). Clonazepam?

PROFILAXIA CONTÍNUA

Fenobarbital (2 a 5mg/Kg/dia)

Ácido valpróico (

EPILEPSIA DO LOBO TEMPORAL MESIAL

Considerar avaliação precoce para o tratamento cirúrgico

TRATAMENTO DA CRISE EPILEPTICA

