

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE MEDICINA

PEDRO REGIS APRATTO ROSA

**Abordagem da Crise Epiléptica**

MACEIÓ  
2024

PEDRO REGIS APRATTO ROSA

**Abordagem da Crise Epiléptica**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à coordenação do  
curso de Medicina da  
Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ  
2024

Gerson Odilon Pereira

# URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro  
Sandrele Carla dos Santos  
Tauani Belvis Garcez

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos. IV. Título.

CDD-616.025

NLM-WB-100

23-166323

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

## Abordagem Da Crise Epiléptica

- João Pedro Alves Xavier
- Pedro Régis Apratto

### ► DEFINIÇÃO

A epilepsia é um distúrbio neurológico crônico caracterizado pela ocorrência de crises epiléticas causadas por uma atividade neuronal anormal, podendo ser prevenida e controlada em até 70% dos casos (BRASIL, 2018) Trata-se de uma emergência médica, relacionada a uma grande morbimortalidade ao redor do mundo, principalmente referente a morte súbita e traumatismos, causados por quedas e lesões provocadas durante a crise. Para o diagnóstico da doença é necessário que o paciente apresente alguns critérios específicos, que serão abordados posteriormente. Já as chamadas convulsões não possuem uma definição universalmente aceita, principalmente em relação a sua duração e suas manifestações. As crises epiléticas podem ter origem de uma lesão cerebral predisponente, considerando o tempo entre a lesão e a crise epilética, essa condição pode ser definida como crise epilética aguda provocada. Ao contrário da crise epilética aguda provocada, a não provocada não possui fatores precipitantes aparentes. Uma manifestação particular da epilepsia é o estado de mau epilético, uma importante emergência neurológica caracterizada quando uma crise tem a duração de mais de 20 minutos ou quando a crise se repete em um espaço de tempo muito curto (FISHER, 2014).

As crises epiléticas podem ser classificadas em três tipos: crise epilética focal, crise epilética generalizada e crise epilética indeterminada. Na crise epilética focal a descarga paroxística neuronal está limitada a uma determinada região do córtex cerebral, a área onde ocorre essa descarga é então definida como zona epileptogênica. A sintomatologia desse tipo de crise é variável e depende das características anátomo-funcionais da região do encéfalo afetada. Já a crise generalizada tem como característica fundamental o acometimento de ambos os hemisférios cerebrais, as crises generalizadas podem ser subdivididas em: crise de ausência típica e atípica, crise mioclônica, tônica, atônica, clônica e tônico-clônica. Por fim, existe a crise do tipo indeterminada que é definida dessa maneira em razão da falta de dados clínicos para a correta determinação de seu tipo (KRUMHOLZ, 2015).

Com relação à etiologia elas eram classificadas como idiopáticas, sintomáticas e criptogênicas, mas uma nova determinação da ILAE alterou as divisões para genética, estrutural, metabólica, imune, infecciosa e desconhecida (Tabela 1) (ZUBERI *et al.*, 2015).

**Tabela 1** Nova classificação etiológica proposta da ILAE (ZUBERI *et al.*, 2015).

Tipo	Definição
Genética	Epilepsias em que foi comprovada ou em que pode ser deduzida uma etiologia genética.
Estrutural	Epilepsias secundárias a uma lesão cerebral estrutural identificável.
Metabólica	Epilepsias secundárias à doença metabólica herdada, em que a epilepsia é considerada resultado do distúrbio metabólico.
Imune	Epilepsias secundárias a um processo patológico mediado pelo sistema imunológico, em que há evidência de inflamação do SNC (por exemplo, encefalite autoimune).
Infecciosa	Epilepsias secundárias a uma infecção, como malária cerebral ou encefalite viral.
Desconhecida	Epilepsias em que nenhuma causa identificável foi encontrada nem pode ser deduzida.

## ► FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia da epilepsia ainda não foi completamente esclarecida, porém sabe-se que o estímulo epileptogênico está associado a diversas alterações bioquímicas em determinadas áreas do cérebro, afetando diversos neurotransmissores como a dopamina, glutamato, GABA e serotonina. Outra condição que está sendo observada em pacientes com epilepsia de maneira recorrente é o envolvimento da inflamação na patogênese da epilepsia, que incluem a ativação de astrócitos e células da micróglia, como também a produção de citocinas pró-inflamatórias, que podem influenciar na excitabilidade neuronal. Além disso, o estado de inflamação crônica no cérebro pode ser um fator predisponente para convulsões e perda neuronal (LIMIRO, 2020).

## ► DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de epilepsia se baseia essencialmente em dados clínicos e na anamnese do paciente, podendo esses dados serem relatados pelo próprio paciente, como também por testemunhas, tendo em vista que nem sempre o paciente se recorda do momento da crise e nem o que há antecedido. Durante a entrevista deve-se inquirir o paciente e seu acompanhante se existe algum sintoma que precede a crise, se é a primeira crise ou se os eventos são recorrentes, identificar se existem fatores etiológicos ou desencadeadores, deve-se também tentar excluir outros eventos que podem ser confundidos com uma crise epiléptica, estabelecer quais são os sintomas pós-crise, como também identificar e definir quais os sintomas focais apresentados durante a crise. Apesar do alto número de diagnósticos errados, o uso das novas ferramentas digitais, principalmente os smartphones, permitem o registro por vídeo de episódios de crise, e essa gravação deve ser incentivada aos pais ou outras testemunhas para fornecer mais dados ao profissional responsável pela condução do caso (ZUBERI *et al.*, 2015).

Segundo a Liga Internacional contra Epilepsia (ILAE), um dos principais critérios para o diagnóstico de epilepsia é a presença de duas crises não provocadas no intervalo maior que 24h, esse critério evidencia a tendência patológica do cérebro de gerar estímulos epileptogênicos de forma recorrente e duradoura, sendo que uma convulsão gerada por um fator transitório não favorece o fechamento do diagnóstico. Outro conceito importante para o diagnóstico da epilepsia é a descoberta de fatores predisponentes logo após a primeira crise, que poderão precipitar uma nova crise epiléptica. Por fim, o diagnóstico pode ser dado também se o paciente apresentar evidências de uma síndrome epiléptica, mesmo que o risco de uma crise epiléptica seja baixo. Um diagnóstico diferencial a ser destacado é o de síncope, que possui diferenças importantes como os sintomas prévios a perda da consciência, que nessa doença podem ser tontura, perda da visão, náusea, transpiração e zumbido nos ouvidos (ZUBERI *et al.*, 2015).

As síndromes de epilepsia da infância encontradas com mais frequência são as de West, a ausência da infância, a benigna da infância com espículas centrotemporais, a ausência juvenil e a mioclônica juvenil (Tabela 2). O eletroencefalograma (EEG) é a principal ferramenta auxiliadora na classificação dessas síndromes, mas não deve ser utilizado como exame de diagnóstico, pois possui especificidade e sensibilidade baixas (ZUBERI *et al.*, 2015).

**Tabela 2** Síndromes de epilepsia mais frequentes da infância (ZUBERI *et al.*, 2015).

Síndrome	Idade de acometimento	Descrição
Síndrome de West	3-12 meses	Espasmos infantis com hipsarritmia no EEG. Normalmente lesões cerebrais secundárias a estruturais, com comprometimento global do desenvolvimento.
Epilepsia Ausência da Infância	8-12 anos	Múltiplas crises ausência por dia em uma criança de outra forma saudável.
Epilepsia benigna da infância com espículas centrotemporais	3-14 anos	Breves crises hemifaciais que podem ser secundariamente generalizadas se ocorrerem no período noturno.
Epilepsia ausência Juvenil	8-20 anos	Crises de ausência típicas relativamente não frequentes, bem como crises convulsivas generalizadas em uma criança ou jovem adulto de outra forma normal.
Epilepsia mioclônica Juvenil	8-25 anos	Crises mioclônicas frequentes mais proeminentes de manhã em uma criança ou jovem adulto de outra forma normal.

As comorbidades mais comuns relacionadas a epilepsia são comprometimentos no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, transtornos do espectro autista (TEA), transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) e problemas comportamentais (ZUBERI *et al.*, 2015).

## ► TRATAMENTO

As medidas terapêuticas devem possuir uma abordagem mais abrangente, holística, pois o paciente e sua família possuem um conjunto complexo e individual de necessidades e expectativas. O médico deve atuar para esclarecer todas as dúvidas sobre os processos indicados para o paciente e dar as devidas opções, como, por exemplo, sugerir uma dieta específica, ou técnicas de neuroestimulação, os quais são algumas opções que podem evitar o uso de certas medicações. O objetivo principal do tratamento é controlar as crises e garantir o atendimento das necessidades de cada paciente, com o auxílio de uma equipe multiprofissional e bem capacitada (ZUBERI *et al.*, 2015).

Normalmente, há um aconselhamento de início da terapia não ocorra após uma crise única, e sim após duas crises não provocadas, já que a partir desse segundo momento, a probabilidade de uma terceira crise gira em torno de 60 a 90%, porém a presença de alguma doença cerebral aliada a apenas uma crise também pode indicar tratamento, como em casos de circunstâncias como a presença da etiologia estrutural ou metabólica, e em casos de crianças com algumas síndromes epiléticas específicas podem afastar a indicação de tratamento medicamentoso. Entende-se que a decisão de iniciar a terapia é multifatorial, e aglomera critérios como idade, diagnóstico sindrômico, etiologia e aceitabilidade de uma crise posterior (ZUBERI *et al.*, 2015).

O controle das crises, sendo esse o principal objetivo, é realizado não apenas para evitar complicações médicas, mas também para evitar impactos da educação, no trabalho e no lazer do indivíduo. Ele possui uma eficiência variável, mas cerca de 60% das crianças ficam totalmente livres de crises após a primeira dose do medicamento antiepilético (AED). Existem mais de vinte AEDs licenciados para o tratamento da epilepsia na infância, a escolha deve considerar os tipos de crise, a síndrome de epilepsia, a idade, a etiologia, as comorbidades e possíveis interações medicamentosas (ZUBERI *et al.*, 2015).

Primeiramente, deve-se dividir a doença entre as com crises focais e as com crises generalizadas. A epilepsia com crises focais apresenta melhores resultados com uso de carbamazepina e lamotrigina, essa última possuindo a efeitos colaterais significativamente inferiores. No caso da doença com crises generalizadas, o valproato de sódio é o mais eficiente no controle do quadro. Outra abordagem que pode ser feita é direcionar o tratamento conforme as síndromes específicas, mas é pouco utilizada devido à falta de ensaios clínicos que utilizam essa separação. A exceção é para, principalmente, a epilepsia ausência da infância, que possui como melhores indicações o uso de etosuximida e de valproato de sódio, esse último possuindo mais efeitos indesejáveis. Já o tratamento baseado na etiologia é uma grande proposta, que promete que os pacientes, futuramente, possam ser estratificados e tratados conforme os genes específicos, mas já existem alguns exemplos funcionantes, como o uso de dieta cetogênica para pacientes com deficiência de GLUT1, público que pode apresentar epilepsia grave refratária à terapia com AEDs (ZUBERI *et al.*, 2015).

O medicamento deve ser introduzido em doses baixas, já que assim os AEDs são bem mais tolerados pelo indivíduo, ajustando gradativamente para cima conforme necessário. O monitoramento deve ser feito por uma análise regular do paciente e pela observação da família de possíveis efeitos colaterais (ZUBERI *et al.*, 2015).

Cabe fazer uma observação para o chamado estado de mal epilético, que corresponde a uma crise com duração maior que 30 minutos ou múltiplas crises sem a restituição do nível normal de consciência entre episódios. Nessa situação, a terapia inicial indicada é o uso de benzodiazepínicos, que pode ser feito até uma segunda dose caso o efeito seja ineficaz, devendo, a partir daí, partir para o uso de outras medicações. Também é importante citar que numa gravidez com potencial de associação a doença, é indicado iniciar uma medicação diferente do valproato de sódio, devido ao seu importante efeito teratogênico (ZUBERI *et al.*, 2015).

## ► REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Avaliação e Conduta da Epilepsia na Atenção Básica e na Urgência e Emergência. Brasília, 2018.
- FISHER, Robert S. *et al.* ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. **Epilepsia**, v. 55, n. 4, p. 475-482, 2014.
- KRUMHOLZ, Allan *et al.* Evidence-based guideline: management of an unprovoked first seizure in adults: report of the guideline development subcommittee of the American academy of neurology and the american epilepsy society: evidence-based guideline. **Epilepsy currents**, v. 15, n. 3, p. 144-152, 2015.
- LIMIRO, Rachel Mendes *et al.* Modulação da inflamação como possível estratégia para profilaxia e tratamento das epilepsias. 2020.
- ZUBERI, Sameer M.; SYMONDS, Joseph D. Atualização sobre o diagnóstico e tratamento de epilepsias da infância. **Jornal de Pediatria**, v. 91, p. S67-S77, 2015.