

Epilepsia: Conduta Prática nas Convulsões

Dr. Carlos José Reis Campos *

ASPECTOS GERAIS

Uma conduta prática efetiva baseia-se num diagnóstico preciso.

Entende-se por convulsão uma manifestação epiléptica caracterizada por contrações musculares tônicas, clônicas, tônico-clônicas e mioclônicas, que são a expressão de uma crise epiléptica generalizada (o clássico "grand mal", expressão já em desuso), ou parcial com generalização subsequente. Durante a crise, o EEG mostra descargas neuronais patológicas generalizadas e bilaterais no primeiro caso ou no segundo caso, começando em determinada região do cérebro e depois se generalizando, cujas manifestações clínicas relacionam-se aos diferentes sistemas específicos do encéfalo e suas conexões sub-corticais.

Alguns tipos clínicos de crise epiléptica parcial merecem citação especial:

- a) Crise jacksoniana: contrações clônicas que se propagam sucessivamente aos segmentos corporais vizinhos, trazendo uma descarga alastrante na região do córtex cerebral correspondente. Quando atinge apenas um membro ou hemicorpo a consciência é mantida.
- b) Crise epiléptica parcial complexa ("psicomotora"): com distúrbio de consciência, com manifestações sensoriais alucinatórias (olfativas, gustativas, auditivas, visuais), com "déjà-vu" e "jamais-vu" e movimentos automáticos que também podem ocorrer (desde mastigar, engolir, até atos motores complexos e elaborados). Se os componentes impulsivos forem reprimidos, podem provocar reação agressiva e mal dirigida do paciente. Podem-se seguir crises convulsivas generalizadas.
- c) "Epilepsia parcial contínua": forma incomum de contrações clônicas persistentes, limitadas a um segmento corporal restrito (dedo, mão, músculos da face). Continuam por longos períodos sem parar e muitas vezes são associadas a distúrbios metabólicos ou lesões cerebrais localizadas.

ASPECTOS PARTICULARES

- a) **Fatores desencadeantes:** estímulos sensoriais (ex: estimulação luminosa intermitente), período menstrual, o sono ou sua privação, processos tóxico-infecciosos (inclusive ingestão de álcool), interrupções dos medicamentos e fatores de ordem afetivo-emocional, estes de especial importância. Deve-se procurar interferir favoravelmente nesses fatores para melhor controle das crises epiléticas.
- b) **Epilepsias e gravidez:** As crises podem diminuir de frequência e intensidade durante a gravidez ou apresentar uma exacerbação dos sintomas. Isto tem sido atribuído às variações hormonais, à hemodiluição e retenção hídrica e às alterações do metabolismo hepático, com modificações dos níveis plasmáticos das drogas. Considera-se que o tratamento medicamentoso, apesar do risco (baixo) de malformações congênitas, não deve ser interrompido, sendo feito preferencialmente em monoterapia com fenobarbital.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Nos adultos, os principais diagnósticos diferenciais correspondem às lipotímias, síncope, crises histéricas e distúrbios do sono (narcolepsia-cataplexia, paralisia do sono, com alucinações hipnagógicas e mioclonias do sono). Nas crianças, entre os principais diagnósticos diferenciais, temos as crises de perda de fôlego e terror noturno. Manifestações neurovegetativas paroxísticas só devem ser consideradas como parte de um

* Prof. Adjunto Doutor, Chefe do SITE-EPM - Setor de Investigação e Tratamento das Epilepsias - Escola Paulista de Medicina.

quadro epiléptico se se fizerem acompanhar de outras manifestações claramente epiléticas, como crises convulsivas.

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Diante de uma primeira crise convulsiva do paciente, ou de crises isoladas, é fundamental tentar identificar o diagnóstico etiológico, já que elas podem ser sintoma de distúrbio metabólico sistêmico, de um acidente vascular cerebral, meningite, tumor etc., que terão tratamento específico. Ainda assim, recomenda-se tratamento profilático com fenobarbital ou carbamazepina ou fenitoína (vide tabela pág. 23).

Tratando-se de crises recorrentes de longa data, no momento controladas com medicação, deve-se ajustar o esquema terapêutico. Se o paciente fizer uso de politerapia, buscar manter o menor número possível de drogas, considerando o nível plasmático efetivo das mesmas, o risco de intoxicação e de recorrência das crises, a intensidade de anormalidade no EEG, antes de se tentar a redução do medicamento.

Considerar, nos casos de crises convulsivas não controladas, fatores desencadeantes como:

- a) a não-ingestão dos medicamentos;
- b) uso incorreto ou irregular dos mesmos;
- c) causas de alterações farmacocinéticas (diminuição da absorção ou aumento do metabolismo) com redução dos níveis plasmáticos;
- d) fatores desencadeantes, como os de natureza afetivo-emocional (inclusive os ligados ao estigma social das epilepsias), bem como a possível associação de crises conversivas (histéricas) no mesmo paciente.

O uso de medicamentos anti-epilépticos mais recentes, como a vigabatina (Sabril) e a lamotrigina (Lamictal), pelo seu custo muito elevado e efeitos indesejáveis, ainda não totalmente esclarecidos, deve ser restrito a casos selecionados e usados sob estrita supervisão médica especializada.

TRATAMENTO DE URGÊNCIA (Estado de Mal Epiléptico Convulsivo)

O médico, trabalhando num pronto-socorro, pode encontrar pacientes tendo crises convulsivas, isoladas ou múltiplas nas últimas horas. Ele deve, então, considerar os diagnósticos diferenciais, e, principalmente, os fatores desencadeantes já citados. A crise isolada, na maioria das vezes, não tem maior gravidade. Basta cuidar que o paciente não se machuque, protegendo sua cabeça e, quando possível, protegendo com um lenço a língua contra mordedura, livrando-o de vestes apertadas e aguardando a cessação do paroxismo. Visando atingir níveis terapêuticos o mais rapidamente possível, o paciente

deve receber uma ampola de 200mg de fenobarbital IM. Não voltando a se repetirem as crises, o paciente poderá ser liberado para o tratamento ambulatorial. Como, em geral, as crises são auto-limitadas, não é necessária medicação endovenosa (diazepam). Cuidados especiais devem ser dirigidos à eventual instalação de asfixia, em geral decorrente da hipotonia dos músculos da faringe e da língua, do acúmulo de secreção na parte alta das vias respiratórias, ou da aspiração do conteúdo gástrico, em consequência do vômito. Após a crise, o paciente deve ser mantido em repouso e agasalhado, aguardando seu despertar espontâneo.

Quanto ao estado de mal epiléptico convulsivo, diferentemente de crises múltiplas ou isoladas, trata-se de convulsões recorrentes sem a recuperação da consciência entre elas, ou crise única com duração maior que 15 minutos, excluindo-se a fase de sonolência pós-crise. Embora sendo situação rara, trata-se de emergência médica devido ao alto grau de morbidade e mortalidade.

O tratamento do estado de mal epiléptico convulsivo visa:

- 1) manutenção de vias aéreas permeáveis,
- 2) boas condições cardiocirculatórias,
- 3) administração EV de solução glicosada hipertônica (com colheita prévia de sangue para obtenção dos parâmetros sanguíneos bioquímicos iniciais, como glicemia),
- 4) injeções endovenosas de diazepam simultaneamente aos primeiros itens, segundo a idade e peso do paciente, em administração rápida, mas com atenção à hipotonia muscular e consequente dificuldade respiratória que às vezes exige o auxílio de aparelhos respiratórios,
- 5) injeção IM de 200mg de fenobarbital (pacientes adultos) para se obter efeito anti-epiléptico duradouro.

Algumas vezes é preconizado o uso de fenitoína EV, 500 a 1.000mg em adultos, ou 10 a 15mg/kg em crianças, em infusão contínua lenta, sem ultrapassar 50mg/min em adultos, ou 0,5 a 1mg/kg/min em crianças pequenas. A fenitoína deve ser administrada diretamente no tubo de infusão salina porque ela tende a se precipitar em solução glicosada e não deve ser diluída no frasco de soro fisiológico. Não vemos vantagem no seu uso, a não ser nos traumas cranianos em que o nível de consciência precise ser continuamente avaliado.

Utilizam-se, ainda, os corticosteróides (dexametasona 4mg EV de 6/6 h) ou solução osmótica (manitol a 20%) para combater o edema cerebral.

Aqueles pacientes que ainda assim não tiverem interrompido o estado de mal epiléptico convulsivo, deverão ser submetidos a anestesia geral, com auxílio de anestesta experiente, com barbitúrico de ação curta, tipo tionembital, por prazo não inferior a 6-12 horas e respiração assistida.

A instituição da terapêutica adequada não deve ser morosa, nem intempestiva.

O estado de mal epiléptico tem prognóstico mais sombrio quanto mais duradouro for o quadro.

TABELA 1 - Fármacos Anti-Epilépticos

Substância Ativa	Indicações Clínicas	Produto Comercial ¹	Posologia Habitual Diária ²	Meio-vida (horas) ³	Número de doses diárias	Ligação Protéica (%)	Nível Terapêutico (µg/ml)	Observações
Fenobarbital	CGTC CPS CGM CPC	Gardenal	Cr = 3 - 5 mg/kg Ad = 100 - 200 mg/dia	Cr = 37 - 73 Ad = 46 - 136	1 - 2	+ (40 - 60)	15-40	Sonolência no início do tratamento; risco de hiperexcitabilidade paradoxal (crianças e velhos)
Carbamazepina	CGTC CPS-CPC CGM	Tegretol	Cr = 10 - 20 mg/kg Ad = 600 - 1200 mg/dia	Cr = 9 - 19 Ad = 9 - 19	2 - 4	++ (68 - 89)	4 - 12	Rara toxicidade hematopoética
Fenitoína	CGTC CPS-CPC	Hidantal Epelin	Cr = 5 - 6 mg/kg Ad = 200 - 300 mg/dia	Cr = 5 - 14 Ad = 10 - 34	1 - 3	++ (69 - 96)	10 - 20	Hiperplasia gengival Hipertricose
Ácido Valpróico (Valproato)	APM CGTC CGM CPS-CPS	Depakene (Valproato) Valpakine	Cr = 20 - 60 mg/kg Ad = 500 - 3000 mg/dia	Cr = 6 - 18 Ad = 6 - 18	2 - 4	++ (80 - 95)	50 - 100	Distúrbios gastrointestinais no início do tratamento. Foram descritos casos de hepatotoxicidade grave
Clonazepam	CGM APM CPAS CGTC	Rivotril	Cr = 0,1 - 0,2 mg/kg Ad = 2 - 6 mg/dia	Cr = 20 - 40 Ad = 20 - 40	2 - 3	+ (47)	0,005 - 0,070	Sonolência excessiva, principalmente com doses elevadas
Etosuximida	APM	Zarontin	Cr = 10 - 20 mg/kg Ad = 250 - 750 mg/dia	Cr = 20 - 60 Ad = 20 - 60	2 - 3	0	40 - 100	Algumas vezes é necessário usar em conjunto com outras drogas devido ao risco de convulsões

- 1 - Citamos apenas alguns nomes a título de exemplo. Outros produtos e suas apresentações podem ser encontrados nos textos apropriados.
- 2 - As doses terapêuticas indicadas devem ser consideradas apenas como guia. Alguns pacientes não tolerarão nem a dose mínima e outros poderão necessitar doses mais elevadas para atingir um nível terapêutico efetivo.
- 3 - Os dados citados podem sofrer alterações quando as drogas são ministradas em associação com outras drogas, anti-epilépticas ou não.
- 4 - Quando fracionada, a dose diária total deve ser administrada em doses iguais, em intervalos regulares.

Ad = adultos

Cr = crianças

0 = praticamente desprezível

+ = média

++ = intensa

CGTC = crise generalizada tônico-clônica (convulsão generalizada)

CPS = crise parcial simples

CPC = crise parcial complexa

CGM = crise generalizada mioclônica

APM = crise tipo ausência "Petit mal"