

## **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 hemisfério 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 epilépticas.
- 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 congênicas, 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 mioclônias 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 epilépticas, 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 conseqüente 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 anestesista 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 <sup>1</sup>	Posologia Habitual Diária <sup>2</sup>	Meio-vida (horas) <sup>3</sup>	Número de doses diárias	Ligação Protéica (%)	Nível Terapêutico (µg/mal)	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"