



EPILEPSIA: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E MANEJO TERAPÊUTICO

MIKAELA PAIZANTE DE PAULA; ANA CARLA LAPA; NATALY MARIA DE MENDONÇA; CARLOS EDUARDO ROLLEMBERG; CARLA AZEVEDO

RESUMO

A epilepsia é caracterizada pela hiperatividade neuronal e de circuitos cerebrais, algo que desencadeia descargas elétricas excessivas e sincrônicas. É possível classificá-la, principalmente, em focais ou generalizadas. As focais têm início restrito a uma parte do hemisfério cerebral, podendo ou não ter perda do nível de consciência. Já em situações no qual a descarga se inicia nos dois hemisférios cerebrais, caracteriza-se como generalizada. Há uma ampla gama de sintomas que podem ser a manifestação subjetiva (aura) ou objetiva de uma crise, entre as auras mais comuns estão a sensação epigástrica ascendente, medo, sensação de irrealidade, experiências de déjà vu e alucinações olfatórias. O diagnóstico é eminentemente clínico, pode ser realizado com a presença de pelo menos duas crises não provocadas (ou duas crises reflexas) ocorrendo em um intervalo superior a 24 horas ou através do diagnóstico de uma síndrome epiléptica. Alguns dos exames de imagem que podem auxiliar durante o diagnóstico e ajudar a determinar as possíveis causas são o eletroencefalograma e a ressonância magnética. O tratamento medicamentoso vai depender da classificação sindrômica e gravidade do caso, dessa forma, pode ser mediante uma monoterapia ou pela associação de fármacos. Associado ao tratamento medicamentoso é importante fazer mudanças no estilo de vida, prezando evitar alguns dos possíveis fatores desencadeantes de crises, os quais são a privação de sono, ingestão de álcool e estresse emocional. Além disso, é interessante ser realizada a terapia cognitivo-comportamental, visto que, grande parte dos pacientes possuem ansiedade e/ou depressão. O tratamento cirúrgico pode ser considerado a partir do momento em que as crises epiléticas não são controladas pelo tratamento clínico ideal, mesmo com o uso de mais de um fármaco antiepilético em doses altas ao longo de 1 a 2 anos; e quando as crises comprometem a qualidade de vida. Dessa forma, o presente trabalho visa esclarecer a importância do diagnóstico precoce da epilepsia e trazer informações acerca do manejo clínico desta patologia.

Palavras-chave: Hiperatividade neural; Crise epilética; Mal epilético.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a epilepsia é uma doença que acomete cerca de 2% da população brasileira e cerca de 50 milhões de pessoas no mundo. Consiste em um distúrbio crônico do sistema nervoso central, se caracterizando por uma predisposição sustentada a causar crises epiléticas, manifestação indispensável, que deve ter recidiva e, nos casos típicos, são espontâneas e geralmente imprevisíveis. Essa patologia pode ser causada por várias anormalidades primárias e diversos mecanismos fisiopatológicos, sendo classificada como sintomática, idiopática ou criptogênica. Em adultos, por exemplo, dentre as causas estão os traumatismos, tumores cerebrais e AVC. Já em crianças, estão mais relacionadas às condições do neurodesenvolvimento, problemas no período neonatal e

predisposição genética (BERTOLUCCI et al., 2011; COSTA, 2020; LOUIS., et al, 2018). O presente trabalho pretende esclarecer a importância do diagnóstico e manejo clínico precoce dessa patologia.

2 METODOLOGIA

Este resumo foi realizado baseado em uma revisão bibliográfica, com o objetivo de esclarecer a importância do diagnóstico e manejo clínico precoce da epilepsia, além da sua relevância clínica e epidemiológica, sendo referenciado em bases de dados científicos, como PubMed, Google Acadêmico e livros grandes reconhecimento na comunidade acadêmica. Foram utilizados os seguintes descritores: “crise epilética”, “epilepsia”, “tratamento”, “complicações” entre o período de 2011 a 2022.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A epilepsia é caracterizada pela hiperatividade neuronal e de circuitos cerebrais, algo que desencadeia descargas elétricas excessivas e sincrônicas. Apresenta-se de diversas formas, como descargas intersticiais que podem estender-se, gerando as crises epiléticas e, em casos mais graves, as crises prolongadas ou repetidas em intervalos mais curtos, caracterizando o estado de mal epilético, circunstância que após um período de tempo pode causar danos neurológicos permanentes. A crise epilética é considerada a manifestação principal da epilepsia, mas nem todas as crises epiléticas implicam em seu diagnóstico. Isso em razão das crises epiléticas poderem estar presentes apenas durante a evolução de uma doença clínica ou neurológica, inclusive distúrbios metabólicos ou intoxicações por droga (COSTA, 2020; LOUIS et al., 2018; SIDAROS et al., 2022).

Como as crises epiléticas são dinâmicas e progressivas, suas manifestações clínicas são determinadas tanto pela sequência de propagação das descargas elétricas no cérebro, quanto pela área da qual se origina a descarga ictal. Dessa forma, de acordo com International League Against Epilepsy (ILAE), as crises epiléticas podem ser classificadas com base nos sintomas clínicos, complementados pelos resultados da EEG. As crises focais têm início restrito a uma parte do hemisfério cerebral, podendo ou não ter perda do nível de consciência. Além disso, tem uma ampla gama de sintomas que podem ser a manifestação subjetiva (aura) ou objetiva de uma crise, entre as auras mais comuns estão a sensação epigástrica ascendente, medo, sensação de irrealidade, experiências de déjà vu e alucinações olfatórias. Já em situações no qual a descarga se inicia nos dois hemisférios cerebrais, caracteriza-se como generalizada. Quando a descarga começa em um local do cérebro e se espalha para os dois hemisférios, temos uma crise focal evoluindo para uma crise tônico-clônica bilateral. Nos adultos, a maioria das crises epiléticas generalizadas tem início focal (LOUIS, et al; 2018; MINISTERIO DA SAUDE, 2018).

A ILAE divide a epilepsia com base no fato de que as crises são parciais ou generalizadas e, em segundo lugar, com base na causa (estrutural, criptogênica ou idiopática). As epilepsias de origem estrutural referem-se às crises que podem ser por causas adquiridas como de acidente vascular cerebral (AVC), traumatismo, infecção ou por uma etiologia genética que está associada a malformação estrutural cortical. As criptogênicas são secundárias a uma lesão pregressa indefinida. Já as idiopáticas são supostamente de origem genética ou podem ser deduzidas por uma etiologia genética. Após definir o tipo de crise epilética e o tipo de epilepsia, verifica-se a possibilidade de diagnosticar uma síndrome epilética, atualmente, dividida em dois grupos: epilepsia generalizada idiopática e epilepsia focal autolimitada (COSTA, 2020; LOUIS et al., 2018).

O diagnóstico pode ser feito quando há presença de pelo menos duas crises não provocadas (ou duas crises reflexas) ocorrendo em um intervalo superior a 24 horas ou através do diagnóstico de uma síndrome epilética. A base do diagnóstico vai ser através da

anamnese, ou seja, é importante obter uma descrição detalhada da crise epiléptica; se foi acompanhada de aura; fatores que desencadeiam as crises, inclusive ingestão de álcool ou privação de sono; dos fatores de risco para crises epiléticas, história familiar de epilepsia, traumatismo craniano, encefalite ou meningite e AVE; se foi acompanhada de movimentos involuntários repetitivos e a duração da crise (COSTA, 2020; LOUIS, et al, 2018; MINISTERIO DA SAUDE, 2018).

Dentre os exames que podem ser realizados, um dos principais é a Eletroencefalografia (EEG), pois ajuda a estabelecer o diagnóstico e a caracterizar as síndromes epiléticas específicas. A realização de registros mais prolongados, ambulatoriais ou hospitalares, aumentam a detecção das anormalidades epileptiformes entre as crises, em razão do tempo de registro ser mais longo e porque são incluídos ciclos complexos de sono-vigília. Os exames de imagem como a Ressonância Magnética (RM) são indicados para os pacientes com mais de 18 anos e nas crianças com desenvolvimento anormal ou tipos de epilepsia provavelmente associados aos distúrbios epiléticos sintomáticos (LOUIS et al., 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A escolha do medicamento antiepilético depende atualmente principalmente da classificação sindrômica, ou seja, será determinada pelo fato de a epilepsia ser considerada generalizada ou focal (LEACH; 2018). A primeira indicação de tratamento medicamentoso é através de uma monoterapia, se não apresentar resposta satisfatória, realizar mais duas tentativas de monoterapia seguida de combinação. Os fármacos tradicionais utilizados no tratamento para epilepsia são: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, valproato e benzodiazepínicos. O fenobarbital, a carbamazepina e/ou fenitoína são utilizados em crises focais e generalizadas. Já o ácido valpróico apresenta bom controle em crises generalizadas tônico-clônicas, ausência, mioclonias, crises primárias generalizadas e com menor efeito, em focais. Lamotrigina, levetiracetam, topiramato e zonisamida são alternativas apropriadas quando o valproato não é eficaz ou tolerado. Os benzodiazepínicos, como o diazepam e midazolam, são indicados para situações de emergência. Além do tratamento farmacológico é importante informar sobre os possíveis fatores desencadeantes de crises, o quais são a privação de sono, ingestão de álcool e estresse emocional (BERTOLUCCI et al., 2011; COSTA, 2020).

O tratamento cirúrgico deve ser considerado quando as crises epiléticas não são controladas pelo tratamento clínico ideal, mesmo com o uso de mais de um fármaco antiepilético em doses altas ao longo de 1 a 2 anos; e quando as crises comprometem a qualidade de vida. Os procedimentos cirúrgicos que podem ser realizados nesses pacientes, caso não haja contraindicações, são os de ressecção cerebral focal, Calosotomia, Hemisferectomia e entre outros. Quando há contraindicações para o tratamento cirúrgico a neuroestimulação pode ser uma boa alternativa (LOUIS, et al 2018). É importante ter consciência que os transtornos mentais, mais frequentemente na forma de ansiedade e/ou depressão, são muito comuns em pacientes com epilepsia, sendo frequentemente oriundos de causas neurobiológicas, problemas psicossociais e efeitos colaterais farmacológicos. Dessa forma, é interessante ser realizada a terapia cognitivo-comportamental nesses pacientes (TUFT, 2018).

4 CONCLUSÃO

É notável a importância do diagnóstico e manejo terapêutico precoce da epilepsia, visto que, quando não tratada adequadamente ou com diagnóstico tardio pode estar mais associada a complicações permanentes. Dessa forma, um manejo farmacológico adequado associado a prevenção dos fatores desencadeantes são essenciais para manter um bom controle do quadro e evitar prejuízos na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BERTOLUCCI, PAULO H F.; FERRAZ, Henrique B.; FÉLIX, Evandro Penteado V.; PEDROSO, José L. **Guia de Neurologia**. Editora Manole, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Avaliação e conduta da epilepsia na atenção básica e na urgência e emergência**; Brasília. 2018.

COSTA LLO, BRANDÃO EC, Marinho Segundo LMB. **Atualização em epilepsia**: revisão de literatura. São Paulo. Rev Med. 2020.

LEACH JP. **Treatment of epilepsy - towards precision**. 2018.

LOUIS, Elan D.; MAYER, Stephan A.; ROWLAND, Lewis P. Merritt - **Tratado de Neurologia**, 13ª edição, 2018.

SIDAROS A, Boxill MF, CHRISTENSEN J, HOEI-HANSEN CE, Beier CP. **Treatment of status epilepticus in children and adults**. Ugeskr Laeger. 2022.

TUFT M, Henning O, NAKKEN KO. **Epilepsy and anxiety**. Tidsskr Nor Laegeforen. 2018.