



Resumo Clínico – Crise Epiléptica e Epilepsia

Introdução

Na Atenção Primária à Saúde (APS), são comuns as solicitações de avaliação por suspeita de epilepsia após um episódio paroxístico de abalos musculares ou por perda súbita de consciência. Entretanto, nem todo paroxismo é uma crise epiléptica e nem toda crise epiléptica significa Epilepsia.

Epilepsia é um transtorno neurológico crônico em que o paciente apresenta crises epilépticas recorrentes sem a pronta identificação de fatores causais como febre, distúrbios hidroeletrólíticos, intoxicações, AVC, TCE, meningite e anoxia. Nessas situações, o paciente pode apresentar uma crise epiléptica reativa, o que não significa que tenha ou que vá desenvolver epilepsia.

Para reforçar a impressão diagnóstica e qualificar o encaminhamento para o serviço especializado, o médico da APS deve:

- determinar as características do evento paroxístico e considerar outras causas, como síncope e crises não epilépticas psicogênicas;
- reconhecer situações desencadeadoras de crises epilépticas agudas e potencialmente reversíveis;
- avaliação inicial das principais causas de epilepsia e iniciar o tratamento, se indicado, enquanto aguarda avaliação com serviço especializado.

1º passo - Avaliar história de crise epiléptica e classificar o tipo de crise

A história clínica é a ferramenta mais importante, preferencialmente reforçada por alguém que tenha testemunhado o evento.

Diante de um episódio de alteração de consciência, algumas características aumentam a impressão de se tratar de uma crise epiléptica real:

- presença de língua mordida;
- desvio cefálico lateral persistente durante a crise;
- posturas não usuais de tronco ou membros durante a crise;
- contração muscular prolongada de membros (atentar para o fato de que pacientes com síncope podem apresentar abalos musculares de curta duração);
- confusão mental prolongada após a crise.

O primeiro passo, portanto, é identificar características do episódio paroxístico (sintomas prodrômicos, sinais e sintomas iniciais, alteração de consciência sintomas pós-evento) que aumentam a suspeita de crise epiléptica real e auxiliam a classificar a crise como de início parcial ou generalizada.

1) Sintomas prodrômicos (auras): Alguns exemplos são luzes brilhantes, movimentos rítmicos da face ou algum membro, sensações epigástricas, medo, “jamais vu” (sensação subjetiva súbita de estranhamento em situações conhecidas do paciente) ou “déjà vu” (sensação subjetiva súbita de familiaridade em situações não conhecidas do paciente). Usualmente são sintomas prodrômicos presentes em crises parciais.

2) Classificação das crises epilépticas: Uma **crise epiléptica** é definida como um distúrbio paroxístico da atividade elétrica cerebral causada por descargas súbitas, excessivas e hipersíncronas dos neurônios. Quando a crise epiléptica acomete o sistema motor de maneira generalizada é denominada como **convulsão**. Sumariamente, as crises são



classificadas de acordo com a forma de início (parcial/focal ou generalizado) e sintomas associados:

- **crise parcial simples:** início focal e com manifestações motoras (como início pelas mãos, pé ou face), sensoriais (início com dormência, formigamento), autonômicas (palidez, sudorese, palpitação) ou psíquicas (medo, transtorno transitório da compreensão da realidade), sem perda de consciência.
- **crise parcial complexa:** é a mais comum do adulto e pode ser precedida de sintomas prodrômicos (auras) ou de crise parcial simples, mas ocorre perturbação no nível da consciência. A apresentação mais usual é quando a pessoa fixa o olhar em um ponto distante e parece desperta, mas não responde a estímulos ou comandos. Pode apresentar movimentos repetitivos, chamados de automatismo, como mastigação ou movimentos manuais e após o paciente entra em estado pós-ictal (sonolência e/ou confusão mental prolongada). Ocorre amnésia de todo período de duração da crise.
- **crise parcial secundariamente generalizada:** inicia parcial e, após, generaliza.
- **crise generalizada:** inicia-se de maneira generalizada com diversas manifestações, como as crises **tônico-clônicas**, de ausência, tônica, mioclônica, entre outras. A crise tônico-clônica é a crise mais conhecida e, quando é generalizada desde o início, **não apresenta aura** e começa com uma fase tônica em que há perda de consciência e da postura, extensão das costas, pescoço e pernas, flexão dos antebraços, desvio ocular cefálico, respiração ruidosa e cianose. Segue-se a fase clônica com espasmos musculares violentos e generalizados, em que persiste a cianose e pode haver perda de esfíncteres. Após, segue-se o período pós-ictal, com cefaleia, dor muscular, fadiga, sonolência e confusão mental. A crise de **ausência** ocorre mais frequentemente na infância e caracteriza-se por perda súbita da consciência, sem perda da postura, com a fixação do olhar e sem resposta aos estímulos. Essas crises costumam durar entre 2 a 20s e podem se repetir várias vezes durante um dia. Alguns pacientes continuam em suas atividades motoras que realizavam antes da crise. Pode ocorrer fenômenos motores breves, como piscamento e mastigação.

3) Sintomas após o evento (estado pós-ictal): após as crises, com exceção às de ausência, o paciente apresenta período confusional prolongado, sonolência, dor muscular e fadiga. Esses sintomas são úteis na diferenciação de síncope com crise convulsiva. Na síncope, os abalos musculares são breves e não costuma seguir-se de confusão pós-ictal que, quando presente, não dura mais que 15 minutos.

2º passo - Identificar fatores agudos ou potencialmente reversíveis que desencadeiam uma crise epiléptica

A crise epiléptica é definida como reativa quando é provocada por fatores agudos e/ou potencialmente reversíveis. Para auxiliar nessa identificação, deve-se questionar sobre outros sintomas sistêmicos no momento da crise (como febre ou suspeita de focos infecciosos), comorbidades (especialmente que possam causar distúrbios hidroeletrolíticos e metabólicos como insuficiência renal e diabetes), medicamentos em uso, história de trauma cranioencefálico e acidente vascular cerebral (AVC) prévio. As principais causas de crise epiléptica reativa são:

- febre,
- abstinência de álcool ou outras drogas (cocaína, anfetamina),
- medicamentos (ver quadro 1 a seguir),
- acidente vascular cerebral
- trauma cranioencefálico,
- infecções do sistema nervoso central (como meningite) ,



- distúrbios metabólicos/eletrolíticos: hipo/hipernatremia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipoglicemia, hiperglicemia não-cetótica, uremia, hipóxia, hipertireoidismo, desidratação.

Quadro 1: Medicamentos que podem precipitar crise epiléptica	
Analgésicos	Ácido mefenâmico, tramadol
Antibióticos	Ampicilina, cefalosporinas, isoniazida, metronidazol, penicilina, pirimetamina
Antidepressivos	Amitriptilina, nortriptilina, bupropiona,
Antipsicóticos	Clorpromazina, haloperidol
Broncodilatadores	Aminofilina, teofilina
Outros	Metotrexato, atenolol, domperidona, ondansetrona, lítio, ácido fólico, metilfenidato, tacrolimus

Fonte: SCHACHTER (2016)

O exame físico geral pode auxiliar na identificação de comorbidades que potencialmente estejam desencadeando as crises. O exame neurológico é fundamental para identificar suspeita de infecção do sistema nervoso central ou possibilidade de acidente vascular cerebral, devendo-se atentar para anormalidades como fraqueza, hiperreflexia ou presença de sinal de Babinski (que pode sugerir lesão encefálica contralateral).

A avaliação em serviço de emergência deve sempre ser considerada nos casos de suspeita de infecção do sistema nervoso central, acidente vascular cerebral agudo e distúrbios hidroeletrólíticos graves.

3º passo - Reconhecer diagnósticos diferenciais de crises epiléticas

Após a exclusão dos principais fatores desencadeantes de crises epiléticas, é necessário diferenciar uma crise epilética de outros distúrbios paroxísticos da consciência que podem confundir o diagnóstico, como:

- síncope vasovagal ou cardiogênica;
- transtornos psiquiátricos;
- distúrbios do sono (como narcolepsia ou movimento periódico dos membros durante o sono);
- migrânea;
- amnésia global transitória.

A avaliação em serviço de emergência deve sempre ser considerada nos casos de suspeita de infecção do SNC, AVC ou AIT agudo, distúrbios hidroeletrólíticos graves e síncope de provável origem cardiogênica.

4º passo - Exames complementares para avaliação etiológica de crise epilética não provocada

Em adultos que apresentam primeiro episódio de crise epilética sem fatores desencadeantes aparentes, a avaliação inicial etiológica pode ser iniciada na APS e permite qualificar o encaminhamento para o serviço especializado. Na impossibilidade de realizar exame de imagem, o paciente deve ser referenciado para o serviço especializado.

Sugere-se realizar os seguintes exames:

- Exames laboratoriais: hemograma, plaquetas, sódio, potássio, glicemia, cálcio magnésio, creatinina, ureia, transaminases. Anti-HIV e sorologias para sífilis também devem ser consideradas, bem como outros exames conforme suspeita clínica.
- Eletrocardiograma, na suspeita de origem cardiogênica.
- Exame de imagem: imprescindível na investigação de qualquer paciente com suspeita de epilepsia. Ressonância magnética é o exame preferencial, pois além de rastrear lesões



estruturais que são identificadas pela tomografia, também detecta alterações mais sutis como displasias corticais e esclerose hipocampal. Na ausência de RMN, pode-se solicitar tomografia de crânio.

- Eletroencefalograma: Pode indicar o tipo de epilepsia, a localização do foco e a etiologia. Importante ressaltar que esse exame não confirma nem exclui o diagnóstico, podendo, portanto, esperar para realização em serviço especializado.

5º passo - Encaminhar paciente para o serviço especializado

De maneira geral, pacientes com suspeita de epilepsia ou diagnóstico recente devem ser encaminhados para o neurologista. Casos selecionados de pacientes com diagnóstico prévio de epilepsia, já devidamente investigados e com bom controle de crises, podem ser acompanhados exclusivamente na APS e serem referenciados novamente se houver crises recorrentes com o tratamento otimizado.

Sugere-se encaminhar ao neurologista pessoas com:

- pelo menos um episódio de alteração de consciência sugestivo de crise, sem fatores desencadeantes reconhecíveis e reversíveis na APS; ou
- diagnóstico prévio de epilepsia com controle inadequado das crises com tratamento otimizado e descartada má adesão.

Sugere-se encaminhar ao neurocirurgião pessoas com:

- crise convulsiva associada a lesão estrutural cerebral com potencial indicação cirúrgica (como malformações vasculares e tumor no SNC).

Diagnóstico de epilepsia e indicação de tratamento

A **epilepsia** apresenta uma prevalência mundial em torno de 0,5 a 1%, sendo que 30% dos pacientes são considerados refratários apesar de tratamento adequado com anticonvulsivante. O **diagnóstico de epilepsia** pode ser estabelecido clinicamente quando **houver recorrência de crises epilépticas não provocadas** em pessoa sem fatores desencadeantes agudos ou potencialmente reversíveis.

Na abordagem das principais etiologias de epilepsia, deve-se determinar a idade de início dos sintomas, história familiar de epilepsia, recorrência do episódio (frequência de ocorrência e intervalos entre as crises) e situações associadas ao evento. Menos da metade dos casos de epilepsia apresentam uma causa identificável das crises (como presença de malformações arteriovenosas ou tumores do sistema nervoso central) e alguns casos apresentam associação com fatores genéticos.

As etiologias mais frequentes conforme a idade de início da epilepsia são as seguintes:

Quadro 3 – etiologia de epilepsia por faixa etária	
Faixa etária	Causas
0 a 14 anos	Transtornos genéticos, malformação cortical, infecção do SNC, TCE
15 a 45 anos	TCE, tumor, etilismo
Acima de 45 anos	Doença cerebrovascular e tumor do SNC

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2016) adaptado de DUNCAN (2013)

Indicação de tratamento de epilepsia com anticonvulsivante

O tratamento para prevenir a recorrência de crises epiléticas está indicado em duas situações:

1. Duas ou mais crises não provocadas (diagnóstico de epilepsia);
2. Crise única em paciente com maior risco de recorrência por:
 - história de crise convulsiva tardia após 1 semana de episódio de TCE grave ou AVC,
 - alterações relevantes no EEG (como descargas epileptiformes),
 - exame de neuroimagem com lesão significativa (como malformação vascular ou tumor)
 - anormalidade no exame neurológico que sugira lesão cerebral focal (como perda de força unilateral).

Não existe evidência para usar anticonvulsivante indiscriminadamente para prevenção primária de crises epiléticas após AVC ou TCE. Pacientes que desenvolvem crise convulsiva tardia (após 1 semana do evento e geralmente até 2 anos) têm maior chance de recorrência e devem receber anticonvulsivante enquanto aguardam consulta com o neurologista.

Escolha do anticonvulsivante e dose otimizada.

Sumariamente, o anticonvulsivante inicialmente escolhido é de acordo com o tipo de crise epilética:

- crises inicialmente generalizadas – uso de ácido valpróico ou
- crises de início focal – uso de carbamazepina, fenitoína ou ácido valpróico.

Enquanto o paciente aguarda consulta com serviço especializado, o médico da APS pode iniciar o uso de anticonvulsivante conforme o tipo de crise epilética, avaliando perfil de eventos adversos, comorbidades e disponibilidade local. A maioria das crises de início na idade adulta é de início focal e respondem bem à carbamazepina, fenitoína ou ácido valpróico. O tratamento deve ser iniciado de maneira gradual (ver quadro 4).

Quadro 4 – tratamento otimizado com anticonvulsivantes de primeira escolha

Medicamento	Dose inicial diária	Intervalo de dose	Escalonar	Dose de manutenção diária	Efeitos adversos
Ácido valpróico (comprimidos 250 ou 500 mg)	250 mg/dia	Dividir em 2 vezes ao dia	Aumentar 250 mg/dia a cada 3 dias	750-3000 mg	Sonolência, fadiga, tremor, insuficiência hepática, pancreatite, hemorragia aguda, encefalopatia, trombocitopenia, ganho de peso, alopecia
Carbamazepina (comprimidos de 200 a 400 mg)	200 mg/dia	Dividir em 2 a 3 vezes ao dia	Aumentar 200 mg/dia a cada semana	600-1800 mg	Sedação, cefaleia, diplopia, visão turva, rash cutâneo, transtornos gastrointestinais, ataxia, tremor, impotência, hiponatremia, neutropenia
Fenitoína (comprimidos de 100 mg)	100 mg/dia	1 a 2 vezes ao dia	Aumentar 100 mg/dia por semana	300-500 mg	Ataxia, sonolência, letargia, sedação e encefalopatia (dose-dependente), hiperplasia gengival, hirsutismo e dismorfismo facial (uso crônico)

Fonte: BRASIL (2013)



Pacientes com diagnósticos prévio de epilepsia que apresenta crise recorrente devem ser questionados sobre potenciais modificações na adesão ao tratamento, situações desencadeadoras das crises (como privação de sono, uso de álcool), eventos adversos associados à medicação e, quando necessário, otimizar a dose do anticonvulsivante.

Cuidados integrais de atenção primária para pacientes com epilepsia

A) Acompanhamento clínico e laboratorial

Avaliar a cada consulta recorrência das crises, fatores associados desencadeadores, mudança na adesão ao tratamento e eventos adversos. Pacientes estáveis podem ser revisados a cada 3 a 6 meses, com orientação para manter diário de crises para auxiliar no registro e buscar a unidade em caso de novo evento.

Não existe evidência sobre o benefício em acompanhar o nível sérico do anticonvulsivante em pessoas com crises bem controladas e sem sintomas que sugiram eventos adversos. Alterações transitórias do exame podem levar a erro de conduta, por exemplo, aumentar dose de medicação em pessoa com nível sérico baixo. Na APS, sugere-se avaliação laboratorial anual com hemograma, função renal (creatinina) e avaliação hepática (TGO/TGP) em vistas a controle de efeitos adversos potenciais das medicações.

B) Quando interromper o tratamento

Após 2 a 3 anos sem crises é necessário reavaliar o tratamento medicamentoso e considerar interromper o uso de anticonvulsivantes considerando o risco de recorrência de crises. Essa decisão deve ser compartilhada com o paciente, família e neurologista. Em caso de pacientes com acompanhamento exclusivo na APS, sugere-se ligar para o TelessaúdeRS/UFRGS pelo canal **0800 644 6543** para auxiliar na tomada de decisão.

Alguns fatores estão associados à recorrência de crises após descontinuidade:

- doença estrutural cerebral (EEG, tumor, malformação congênita, encefalomalácia),
- terapia combinada para controle de crises,
- síndromes epiléticas específicas (especialmente mioclônica juvenil),
- descargas epileptiformes no eletroencefalograma,
- história familiar de epilepsia,
- alteração estrutural do hipocampo na RMN.

C) Orientações para os pacientes e familiares no caso de crises

Informar ao familiar e acompanhante que como a maioria das crises é rápida, não há tempo suficiente para que o paciente seja levado ao hospital para receber medicação. Muitas vezes, após o término da crise o paciente pode ficar ainda confuso e sonolento, sendo que, depois de alguns minutos, o paciente volta ao estado normal. Pode permanecer algum tempo com dor de cabeça e dores no corpo. Apesar de muitas vezes dramática, não há dor nem sofrimento durante a crise. O paciente geralmente tem comprometimento da consciência e não sabe o que está acontecendo. Contudo, orientar que **crises que duram mais de 5 minutos ou crises que ocorrem sem a completa recuperação da consciência devem ser avaliadas na emergência para manejo de estado de mal epilético.**



Orientações para familiares e acompanhantes durante a crise:

1. Mantenha-se calmo;
2. Tente proteger a pessoa em crise epilética, evitando que sofra acidentes tirando objetos pontiagudos ou cortantes de suas mãos e retirando objetos cortantes de locais próximos;
3. Não o imobilize: se estiver indo em direção a algo perigoso, leve-o com tranquilidade para um local seguro; coloque-o deitado de lado e afrouxe as roupas para que ele possa respirar melhor; se possível, coloque um travesseiro ou uma almofada apoiando a cabeça do paciente; não tenha receio da saliva, pois não é contagiosa. O contato com a saliva do paciente não oferece qualquer tipo de risco;
4. Não dê nada para a pessoa em crise epilética beber ou cheirar,
5. Não passe nada no pulso do paciente;
6. Não coloque nada dentro da boca do paciente e não segure a língua, pois ela não enrola.
7. Ligar para SAMU em casos que necessitam de avaliação emergencial, como crise que dura mais que 5 minutos ou paciente não apresenta recuperação completa da consciência.

Fonte: UFSC (2012).

D) Prevenção de saúde

- Pessoas com epilepsia tem risco elevado de morte por causa externa (quedas, afogamento, acidentes automobilísticos). Identificar risco de acidente laboral ou recreativo.
- Atentar para transtornos psiquiátricos (ansiedade e depressão são comuns nesses pacientes) e déficit cognitivos (como complicação da doença ou dos anticonvulsivantes). O risco de suicídio é 3 vezes maior que na população geral.
- Aconselhar não iniciar outras medicações por conta própria, suplementos dietéticos ou plantas medicinais, pois podem afetar as concentrações séricas dos medicamentos.
- Consumo de álcool em pequenas quantidades (uma a duas doses por dia) não afeta os níveis séricos dos anticonvulsivantes. Entretanto, seu uso deve ser desencorajado, pois aumenta o risco de convulsões, particularmente nos 2 primeiros dias após a ingestão. Nunca suspender o uso das medicações caso faça uso de álcool.

E) Mulheres em idade reprodutiva

A maioria dos anticonvulsivantes (como fenitoína, fenobarbital e carbamazepina) reduzem nível sérico de estrogênio e progestogênio a partir de anticoncepcional oral. Nesses casos, deve-se orientar substituir o anticoncepcional oral por dispositivo intrauterino ou utilizar progesterona injetável (medroxiprogesterona 150 mg IM, trimestral). Mulheres em uso de ácido valpróico não necessitam mudança no método anticoncepcional hormonal, pois a medicação não afeta significativamente sua eficácia.

A gestação de mulheres com epilepsia em uso de anticonvulsivante deve ser planejada, recebendo suplementação com ácido fólico (4 mg/dia) por 1 a 3 meses antes da concepção. A maioria dos anticonvulsivantes apresenta risco aumentado de malformações maiores e menores, porém o ácido valpróico é o que apresenta maior efeito teratogênico devendo, sempre que possível, ser substituído por outro anticonvulsivante efetivo para o tipo de crise. Uma vez que o risco de crise durante a gestação é mais grave do que o efeito teratogênico dos anticonvulsivantes, mulheres em tratamento que se descobrem grávidas devem manter o medicamento em uso, mesmo que seja ácido valpróico. Gestantes com epilepsia devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: epilepsia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANE, E. R. J. et al. (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2.

HARZHEIM, E.; AGOSTINHO, M.; KATZ, N. RegulaSUS: protocolos de regulação ambulatorial: neurologia [internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS/UFRGS, 2015. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/telessaunders/nossos-servicos/apoio-a-regulacao/nossos-servicos/apoio-a-regulacao/protocolos/protocolo-encaminhamento-neurologia-tsrs>>. Acesso em: 4 abr. 2016.

SCHACHTER, S. C. **Overview of the management of epilepsy in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-epilepsy-in-adults>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

SCHACHTER, S. Evaluation of the first seizure in adults. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-first-seizure-in-adults>>. Acesso em: 4 abr. 2016.

UPTODATE. **Carbamazepine**: Drug information. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/table-of-contents/drug-information/general-drug-information>>. Acesso em 31 mar. 2016.

UPTODATE. **Phenytoin**: Drug information. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/table-of-contents/drug-information/general-drug-information>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Centro de ciências da saúde. Centro de Ciências da Saúde. **Epilepsia**: material educativo. Florianópolis: UFSC, 2012. Disponível em: <http://neurologiahu.ufsc.br/files/2012/09/Folder-para-pacientes_EPILEPSIA.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2016.

WILDEN, J. A.; COHEN-GADOL, A. A. Evaluation of first nonfebrile seizures. American Family Physician, Kansas, v. 86, n. 4, p. 334-340, 2012. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2012/0815/p334.html>>. Acesso em: 4 abr. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

TelessaúdeRS/UFRGS

Rua Dona Laura, 320 – 11º andar

Bairro Rio Branco

CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS

Tel.: (51) 3333-7025

Site: www.telessauders.ufrgs.brE-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Supervisão Geral:

Erno Harzheim

Organizadores:

Erno Harzheim

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Elaboração de texto:

Angela Jornada Ben

Artur Francisco Schumacher Schuch

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Projeto Gráfico, Design e Capa:

Luiz Felipe Telles

Diagramação:

Carolyne Vasques Cabral

Luiz Felipe Telles

Revisão:

Letícia Felipak dos Passos Martins

Rosely de Andrades Vargas

TelessaúdeRS/UFRGS 2016
Porto Alegre – RS.