

Crises epilépticas

Definições

Crise epiléptica: manifestação clínica da hiper-excitabilidade neuronal.

Crise convulsiva: manifestação motora da descarga neuronal anormal.

Atenção! *Observe bem que, a rigor, toda crise convulsiva é epiléptica, porém nem toda crise epiléptica é convulsiva, haja visto que pode manifestar-se também com odores inesperados, alterações visuais, alterações da sensação.*

Crise sintomática aguda (ou crise provocada): crise decorrente de causa específica e identificada, como distúrbios hidroeletrólíticos, hipoglicemia, neuro-infecções, trauma, etc.

Epilepsia: condição neurológica em que pelo menos DUAS crises epilépticas.

Estado de Mal Epiléptico: situação de duração prolongada da crise (ou de crises reentrantes) com alta chance de dano neurológico permanente e mortalidade elevada.

Fisiopatologia

São basicamente três os mecanismos de geração de hiperatividade elétrica do tecido cerebral, a saber:

- disfunção tóxico-metabólica
- lesão cortical aguda
- primeira manifestação de epilepsia

Manifestações clínicas

São muito diversas e incluem desde os clássicos movimentos anormais difusos que configuram a crise tônico-clônica generalizada (CTG) passando por pequenos movimentos de algumas partes do corpo, até odores desagradáveis (crises uncinadas) e outras alterações sensitivas como formigamento, manifestações visuais, etc. Importante ainda são as manifestações do período pós-ictal (pós-crise) como sonolência, confusão mental, mialgia e cefaleia, que tanto ocorrem nas CTG.

Ainda, pacientes podem apresentar-se no período pós-ictal com déficits neurológicos focais, como fraqueza de segmentos musculares ou mesmo hemiparesia ou paresia de músculos extraoculares, simulando lesões de nervos cranianos. A esses sinais focais chamam-se paralisia de Todd.

De resto predominarão sintomas e sinais oriundos da condição de base que precipitou

a crise, p.ex.: febre, rigidez de nuca, anisocoria, hemiparesia.

Diagnóstico

O diagnóstico de certeza muitas vezes é difícil, sendo que o paciente já chega ao PS recuperado ou no estado pós-ictal. O diagnóstico diferencial deve incluir outros quadros ictais como síncope, ataques de pânico, crises psicogênicas ou mesmo migrânea com aura. Nesta tarefa, é sobremaneira importante a anamnese detalhada e entrevista dos familiares ou outras eventuais testemunhas do evento, além claro do exame físico geral e do exame neurológico minucioso.

São itens relevantes na anamnese a duração do evento, presença de movimentos anormais ou sintomas premonitórios, liberação esfinteriana ou salivação excessiva, caracterização dos sintomas pós-ictais, dentre outros.

Ainda sim, em alguns casos é difícil definir com precisão a existência de uma crise epiléptica. Nesses casos pode-se lançar mão do recurso da vídeo-encefalografia (ou Vídeo-EEG), a qual o paciente é monitorizado por câmeras enquanto tem-se um registro contínuo do eletroencefalograma.

Conduta no pronto-socorro

Na maioria das vezes os pacientes chegarão ao PS, após apresentarem um episódio de crise epiléptica tônico-clônica generalizada, já no período pós-ictal. Nesses pacientes deve-se buscar fatores desencadeantes (infecções, intoxicações, hipoglicemia, ou outros distúrbios metabólicos). Admite-se uma chance de recorrência de aproximadamente 30% caso tanto exames de imagem e EEG sejam normais. Nos casos em que ambos estejam alterados, aumenta para cerca de 70% a chance de recorrência, quando então deve-se considerar o início de medicação anticonvulsivante oral.

Para os pacientes já com história de epilepsia que chegam ao PS, deve-se buscar os mesmos fatores desencadeantes, e principalmente verificar a aderência ao tratamento de manutenção. Caso não seja verificada alguma causa para a crise, pode-se dar alta ao paciente com manutenção da medicação ou aumento da dose.

Já o paciente que chega ao PS em crise, após observação inicial de 5 min, deve-se proceder à seguinte abordagem **de tratamento precoce do Estado de Mal Epiléptico (EME)**:

1. Glicemia capilar (dextro) e correção imediata de hipoglicemia, caso exista.

Lembrar sempre do doente alcóolatra, desnutrido, morador de rua, que chega convulsionando e hipoglicêmico. Nesse paciente deve-se administrar TIAMINA junto da glicose hipertônica.

2. Monitorização, manutenção da via aérea com oxigênio (se necessário), acesso

venoso, como em todo paciente potencialmente grave.

3. Benzodiazepínicos – **DIAZEPAM IV**, podendo ser repetido uma vez (dose total 10 a 20 mg)
4. Seguido de anticonvulsivantes de duração mais prolongada: **FENITOÍNA IV**, 15-20 mg/kg (podendo complementar com mais 5-10 mg/kg), com velocidade de infusão máxima de 50 mg/min, sob monitorização eletrocardiográfica contínua.
5. Caso o paciente permaneça em EME, mesmo durante ou após a infusão de Fenitoína, deve-se iniciar o FENOBARBITAL. Caso haja manutenção das crises após o uso do barbitúrico, opta-se pela anestesia do paciente, com obtenção de via aérea definitiva, suporte ventilatório e monitorização eletrocardiográfica. Opções como anestésicos gerais consistem no **PROPOFOL** e **MIDAZOLAM** e transferência à UTI.

Atenção! *A conduta mais adotada na prática é o início de drogas anestésicas caso haja manutenção das crises após a infusão de fenitoína, omitindo-se a etapa do barbitúrico.*

Esqueça tudo menos isto!

- ✓ ***Crises epiléticas são diferentes de crises convulsivas. Crises sintomáticas agudas são SINTOMAS de uma condição neurológica subjacente.***
- ✓ ***Os principais diagnósticos diferenciais incluem as crises psicogênicas, a enxaqueca e a síncope.***
- ✓ ***A conduta no PS passa sempre por buscar fatores desencadeantes e, se ainda em crise, estabilização clínica e início de BENZODIAZEPÍNICOS + FENITOÍNA***
- ✓ ***Caso o paciente apresente crise reentrante ou refratária, opta-se por intubação orotraqueal e indução anestésica com PROPOFOL ou MIDAZOLAM.***