

ABORDAGEM INICIAL E MANEJO DAS CRISES EPILEPTICAS NA EMERGÊNCIA

Verena Subtil Viuniski
Manuela Edler Zandoná
William Alves
André Luis Palmi

UNITERMOS

CRISES CONVULSIVAS; STATUS EPILEPTICUS; MANEJO EMERGENCIAL; TRATAMENTO ANTIEPILEPTICO.

KEYWORDS

SEIZURES; STATUS EPILEPTICUS; EMERGENCY MANAGEMENT; ANTIEPILEPTIC TREATMENT.

SUMÁRIO

Frequentemente somos confrontados com pacientes em crises convulsivas nas unidades de atendimento emergencial. Em sua grande maioria, quando chegam à emergência, geralmente as crises já cederam. Ao se deparar com recorrência de crises frequentee e seu estágio ainda mais grave, as crises que não cessam (Status Epilepticus), é essencial reconhecer esta emergência médica e abordá-la de maneira correta.

SUMMARY

Frequently, patients with recurrent, often continuous seizures are seen at the Emergency Room. In most, the attacks have ceased before arriving at the ER, and management should contemplate diagnosis of the reason for the attack or seizure recurrence. When faced with Status Epilepticus, one of the worst outcomes a seizure can have, it is essential to recognize it as a medical emergency and approach it correctly.

INTRODUÇÃO

O termo Epilepsia é originário da palavra grega “Epilambenein”, que teria como significado “atacar” ou “tomar posse”. Sua primeira descrição foi encontrada em escritos Babilônicos datados de 400 A.C., que a descreviam como “doença inviolável”.¹ Atualmente, define-se epilepsia como *um problema cerebral que se manifesta por crises epilépticas, geradas em função de um*

aumento súbito e excessivo da atividade elétrica em alguma(s) região(ões) do cérebro, causada por alguma doença que afeta neurônios e altera a sua atividade elétrica, sendo que essa alteração se mantém, tendendo à recorrência das crises.

Conceitualmente, é indispensável a diferenciação entre os termos **crise epiléptica** e **crise convulsiva**: esta última não precisa ser necessariamente gerada por um insulto sustentado, e sim por algum mecanismo agudo, como uma alteração metabólica ou intoxicação, que uma vez corrigido, não tende a recorrer. Assim, esses pacientes não são considerados portadores de epilepsia.²

Existem diversas causas de crises convulsivas, mas a causa mais comum de uma primeira crise, é de fato, uma das múltiplas etiologias de epilepsia. Ou seja, na grande maioria das vezes, uma primeira crise é exatamente isto: a primeira crise de um paciente que está 'inaugurando' sua epilepsia. Um em seis pacientes que apresentam crise única possuem uma causa identificável em potencial, como lesão cerebral pré ou perinatal, doença cerebrovascular, TCE, tumor cerebral ou alcoolismo

Estes pacientes, ou mesmo pacientes sabidamente portadores de epilepsia, podem evoluir para um quadro de Status Epilepticus (SE), ou seja, *uma crise que dura mais de 5 min, seja clínica ou encefalograficamente, ou ainda uma série de pequenas crises consecutivas sem o retorno ao estado basal entre elas.*³

O Status Epilepticus (SE) é uma emergência médica de alta morbimortalidade, portanto um tratamento rápido e eficaz deve ser instaurado para prevenir lesão cerebral e complicações sistêmicas secundárias.

ABORDAGEM DA PRIMEIRA CRISE

Quando avaliamos um paciente que acabou de ter uma crise epiléptica, deve-se verificar os sinais vitais, certificando-se de que há boa oxigenação e que a crise realmente cessou. O próximo passo é uma anamnese cuidadosa e um bom exame físico, que determinarão a necessidade de neuroimagem e/ou exames laboratoriais.

A anamnese deve iniciar focada em esclarecer se houve realmente uma crise epileptica, além de avaliar as circunstâncias e características do evento, incluindo o uso de medicamentos, drogas ilícitas e álcool. Também devemos investigar se há história de distúrbios neurológicos ou do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como história de epilepsia na família, o que poderia limitar os diagnósticos diferenciais.

Não existem sinais, sintomas ou exames que possam perfeitamente diferenciar uma crise convulsiva de um evento convulsivo não-epiléptico, especialmente se o ocorrido não foi testemunhado. Síncope ou pré-síncope são particularmente mais difíceis de diferenciar na emergência, até porque um

percentual elevado dos pacientes com síncope apresentam mioclonia ou movimentos hipertônicos. Eventos precipitados por stress emocional ou precedidos por tontura inespecífica, sudorese, dor torácica, palpitações ou bradicardia tendem a ser síncope.⁴

Quando e Como investigar a primeira crise?

A neuroimagem está indicada em todos os adultos que sofreram a primeira crise não-provocada. Pacientes portadores de SIDA, TCE agudo, com febre, em uso de anticoagulantes, história de neoplasias malignas, apresentando novo déficit focal, com crises parciais focais, persistência da alteração do estado de consciência, cefaléia persistente ou idade >40 anos têm risco aumentado para patologias intracranianas agudas e necessitam de neuroimagem imediatamente. Crianças em bom estado geral e sem fatores de risco podem ser liberadas da emergência sem exame de imagem imediato. Porém, em crianças que apresentam déficit neurológico focal pós-ictal, ou em crianças que não retornam ao funcionamento neurológico basal em algumas horas, a neuroimagem deve ser realizada, bem como naquelas com TCE ou história de neoplasia. Crises convulsivas febris não requerem neuroimagem ou outro exame específico.⁴

A Punção Lombar (PL) está indicada quando há suspeita de infecção no sistema nervoso central e em pacientes imunocomprometidos. A PL não deve ser feita de rotina em crianças afebris, mas deve ser consideradas em crianças menores de doze meses ou naquelas em que há persistência de alterações da consciência ou sinais de irritação meníngea.⁵

Alterações da glicemia e hiponatremia são as mais comuns associadas a crises. Recomenda-se medir o nível sérico de sódio e a glicemia rotineiramente em adultos, e baseado na clínica, em crianças. Teste de gravidez deve ser solicitado para mulheres pré-menopausa e screening toxicológico se houver suspeita de intoxicação ou abuso de substâncias.

Eletroencefalograma (EEG) somente é utilizado na emergência quando há suspeita de Status Epilepticus. A maioria dos outros pacientes que apresentaram uma primeira crise convulsiva pode realizar o EEG ambulatorialmente.⁶

Devemos Iniciar o tratamento na Primeira Crise?

A decisão de iniciar o tratamento após uma única crise não provocada é controversa. A American Association of Neurology (AAN) postula que em crianças o tratamento com Drogas Anti-Epilepticas (DAE) não deve ser instituído para prevenir epilepsia, mas pode ser considerado se os benefícios de reduzir o risco de uma segunda crise superarem os efeitos colaterais farmacológicos e psicossociais. Não há ainda um consenso para adultos, porém o American

College of Emergency Physicians coloca que os pacientes avaliados na emergência devido a uma crise convulsiva que apresentam exame físico normal, sem comorbidades e sem alterações na estrutura cerebral devem ser referenciados ao acompanhamento ambulatorial sem iniciar DAE.

E quanto ao Prognóstico?

Dos pacientes com uma única crise não provocada, mais da metade irá desenvolver epilepsia, enquanto uma única crise convulsiva aguda e sintomática só levará a epilepsia 19% das vezes.⁶

Os fatores de risco para a recorrência das crises em crianças apresentando uma primeira crise não provocada incluem: EEG anormal, história de crise convulsiva febril, crises durante o sono e Paralisia de Todd (déficit motor que dura de horas a dias após da crise).⁴

STATUS EPILEPTICUS (SE)

A incidência de SE acompanha a de e em seu caráter de distribuição etária bimodal, ocorrendo com maior frequência no primeiro ano de vida e depois dos 60 anos de idade. Na metade dos casos, não há história prévia de epilepsia. A causa mais comum de SE é o uso de sub-doses de drogas anti-epilepticas (DAE) ou má adesão aguda ao tratamento em pacientes portadores de epilepsia, seguida por lesão estrutural neurológica aguda, AVE, encéfalopatia hipoxico-isquêmica, distúrbios metabólicos (incluindo uremia, desequilíbrio hidroeletrólítico e falência hepática) e síndrome de abstinência de álcool ou drogas.³

A mortalidade por SE tem sido extensamente estudada, tendo diversos fatores de risco identificados, incluindo a duração do SE, idade e patologia subjacente. O insulto hipóxico-isquêmico tem o pior dos prognósticos, já a SE por subdose de DAE e abstinência tem resultados mais favoráveis.³

Existem tantos tipos de SE quanto de crises epiléticas e, conseqüentemente, são classificados em termos similares. Para fins práticos, divide-se em Status Epilepticus Convulsivo, Status Epilepticus Não Convulsivo e Status Epilepticus Refratário.

Status Epilepticus Convulsivo

São as crises que temos em mente quando pensamos em epilepsia, onde há abalos rítmicos das extremidades. O paciente apresenta declínio da consciência (confusão, letargia, coma), e pode haver déficit neurológico no período pós-ictal, como a Paralisia de Todd. Dentre elas, podemos destacar o SE Generalizado Primário, SE Parcial Simples e Complexo, e o SE Generalizado Secundário.^{3,6}

Status Epilepticus Não-Convulsivo (SENC)

É um termo usado para denotar uma gama de condições onde há atividade epileptiforme no EEG, resultando em apresentação clínica não-convulsiva. Geralmente há alteração da consciência ou comportamento por mais de 30 minutos, sem movimentos convulsivos, mas apresentando atividade eletroencefalográfica anormal. Pode ser classificado em SENC primário generalizado, Status epilepticus Parcial Simples, Status Epilepticus Parcial Complexo ou SENC Generalizado Secundário.^{3,6}

Status Epilepticus Refratário (SER)

É quando o SE não responde ao tratamento medicamentoso agudo, com dois agentes anti-convulsivantes. Ocorre em aproximadamente um terço dos casos de SE, e é associada com hospitalização prolongada, mortalidade e incapacidade funcional. Apresenta-se também como estupor ou coma depois de uma Crise Convulsiva Tônico-Clônica Generalizada ou Crise Parcial complexa, ou ainda após uma neurocirurgia ou insulto cerebral agudo.⁷

Manejo do Status Epilepticus

Assim como em qualquer emergência, devemos atentar para a manutenção da via aérea, respiração e circulação (ABC). A realização de glicemia capilar pode detectar em segundos alguma anormalidade glicêmica importante e deve fazer parte da abordagem inicial. O tratamento, quando iniciado precocemente, é muito mais eficaz e apresenta melhores desfechos. É indispensável a monitorização da função cardiovascular e de exames laboratoriais, atentando para o fato de que a SE tem repercussões sistêmicas, como o aumento da Tax, variação da TA, arritmias, hipertensão pulmonar, acidose metabólica, rabdomiolise, hipercalemia e hiperglicemia. Conforme a clínica, solicitar glicemia, eletrólitos (incluindo Ca, Mg e PO₄), dosagem sérica de DAE, screening toxicológico e gasometria arterial. A neuroimagem só deve ser considerada se o seu valor diagnóstico superar o prejuízo de atrasar o tratamento. Neste caso, TC de crânio sem contraste pode ser solicitada para pacientes sem história prévia de epilepsia ou com achados focais ao exame físico.⁸

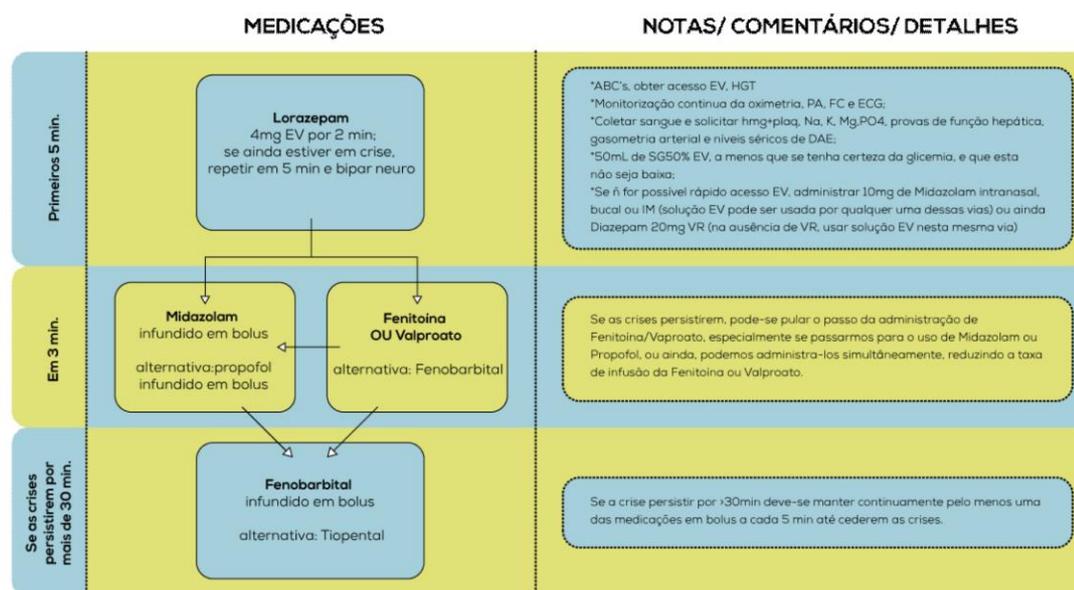


Figura 1 – Algoritmo de tratamento do SE da Unidade de Compreensão à Epilepsia da Universidade de Columbia(6)

CONCLUSÃO

Os pacientes que chegam à emergência após o relato de uma crise convulsiva, seja ela a primeira ou não, devem ser avaliados com uma anamnese cuidadosa e um bom exame neurológico. No caso de uma Crise por insulto metabólico ou tóxico, as medidas de suporte devem ser instauradas conforme o estado clínico do paciente. Exames de imagem e laboratoriais devem ser racionalmente empregados, e solicitados de acordo com a suspeita apontada pela história.

Já aqueles que apresentam-se em Status Epilepticos devem ser abordados de maneira mais incisiva, visto que quanto mais precoce o início do tratamento, melhor o prognóstico. As medidas de suporte nestes casos não devem ser atrasadas, necessitando de monitorização dos sinais vitais e rápida coleta da história do paciente e de sangue para exames laboratoriais. O emprego de Diazepam IV está bem estabelecido, e deve ser iniciado nos primeiros cinco minutos do atendimento. Se houver falha, Fenitoína e Midazolam, juntos, são a segunda opção. E se ainda assim, após 30 minutos, não houver sucesso, Fenobarbital tem sido a droga de escolha. A neuroimagem deve ser considerada apenas se sobrepor o benefício do início do tratamento rápido. Na maioria das vezes, é mais seguro realiza-la após a estabilização do quadro. Uma investigação das causas possíveis, então, deve ser iniciada.

REFERÊNCIAS

1. Wilson JV, Reynolds EH. Texts and documents. Translation and analysis of a cuneiform text forming part of Babylon treatise on epilepsy. Med Hist 1990;34:185-98.
2. Palmieri ALF. et al. Epilepsia: mecanismos e classificação clínica In: Chaves MLF. et al. Rotinas em Neurologia e Neurocirurgia. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 277-91.

3. Nair PP, Kalita J, Misra UK. Status epilepticus: why, what, and how. *J Postgrad Med* 2011; 57:242-52.
4. Adams SM, Knowles PD. Evaluation of a 1st Seizure. *Am Fam Physician*. 2007; 75(9):1342-7.
5. Agarwal M, Fox SM. Pediatric seizures. *Emerg Med Clin North Am*. 2013; 31(3):733-54.
6. Foreman B, Hirsch LJ. Epilepsy emergencies: diagnosis and management. *Neurol Clin*. 2012 Feb; 30(1):11-41, vii. doi: 10.1016/j.ncl.2011.09.005.
7. Hocker S, Wijdicks EF, Rabinstein AA. Refractory status epilepticus: new insights in presentation, treatment and outcome. *Neurol Res*. 2013; 35(2):163-8.
8. Hunter G, Young GB. Status Epilepticus: a review with emphasis on refractory cases. *Can J Neurol Sci*. 2012; 39:157-69.