

Crises epiléticas: Abordagem diagnóstica e terapêutica na emergência

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.021-013>

Carlos Walmyr de Mattos Oliveira

Doutorando em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas
Instituição: Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz
E-mail: cwcarlosmattos@gmail.com

Diêgo Ferraz Oliveira

Especialista em Psiquiatria
Instituição: Centro Universitário de Excelência (UNEX)
E-mail: drdiegoferraz10@outlook.com

Willian Lorenzetti

Especialista em Cirurgia Geral
Instituição: Hospital Santa Isabel
E-mail: willian06@live.com

Cristiane del Corso

Doutora em Fisiologia
Instituição: Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR)
E-mail: cdcorso@gmail.com

Laenne Ágata Valentim

Especialista em Saúde da Família
Instituição: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)
E-mail: laenne@gmail.com

Windylma Marques Pinto Xavier

Pós-Graduada em Auditoria em Enfermagem
Instituição: Universidade Potiguar (UNP)
E-mail: windy.guilherme@gmail.com

Inaê Tatiana Dias

Mestre em Saúde Pública
Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR)
E-mail: inacupa2014@gmail.com

Jessyca Paula Lumena Ottoni Guedes

Graduada em Medicina
Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste)
E-mail: jeguedesmed@gmail.com

Jofman Amorim Leite da Silva

Graduado em Medicina
Instituição: Universidade do Oeste Paulista
E-mail: jofmanleite@gmail.com

Dara Mapurunga Vasconcelos

Graduada em Medicina
Instituição: Centro Universitário Uninovafapi
E-mail: daramapurunga@hotmail.com

Milena de Oliveira Almeida

Graduada em Medicina
Instituição: Faculdade de Medicina de Olinda
E-mail: milena.oalmeida98@gmail.com

Barbara Souza Carvalho

Graduada em Medicina
Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde
E-mail: barbara_scarvalho@outlook.com

Laura Leal de Oliveira

Graduada em Medicina
Instituição: Universidade Nove de Julho (UNINOVE)
E-mail: lauraleal@uni9.edu.br

RESUMO

Este artigo revisa a literatura sobre crises epiléticas e epilepsia, destacando a complexidade e a importância clínica dessa condição. Embora se estime que 8 a 10% da população experimente ao menos uma crise epilética durante a vida, apenas 1 a 2% recebe um diagnóstico formal de epilepsia, o que evidencia lacunas significativas no reconhecimento e na detecção precoce, especialmente em crises de menor visibilidade. As crises epiléticas são uma das principais causas de atendimentos em serviços de emergência, o que ressalta a urgência de protocolos eficazes de triagem. A diferenciação entre crises provocadas e sintomáticas é fundamental para o manejo adequado, já que crises provocadas geralmente têm menor risco de recorrência. A avaliação do risco de novas crises, especialmente em pacientes com histórico de lesões neurológicas, é crucial na abordagem inicial. O manejo da primeira crise epilética deve ser meticuloso, incluindo uma anamnese detalhada e a realização de exames complementares, como eletroencefalograma e neuroimagem. O tratamento inicial prioriza a segurança do paciente, utilizando benzodiazepínicos em crises agudas, seguido de uma avaliação cuidadosa para o início de terapia anticonvulsivante a longo prazo, conforme a natureza das crises. O artigo enfatiza a relevância da adesão ao tratamento e propõe uma abordagem multidisciplinar, envolvendo não apenas neurologistas, mas



também outros profissionais de saúde. A educação contínua e o suporte psicológico são essenciais para melhorar a adesão e a qualidade de vida dos pacientes. A revisão ressalta a necessidade de um diagnóstico preciso e um manejo apropriado das crises epiléticas, propondo protocolos de triagem eficazes e intervenções adequadas para otimizar os resultados clínicos e sociais dos indivíduos afetados.

Palavras-chave: Crises epiléticas. Epilepsia. Diagnóstico. Manejo. Tratamento.

1 INTRODUÇÃO

As crises epiléticas representam um desafio significativo no campo da neurologia, não apenas pela sua prevalência na população geral, mas também pela complexidade do diagnóstico e manejo que elas exigem. Estima-se que entre 8% a 10% da população vivencie pelo menos uma crise epilética ao longo da vida, enquanto apenas 1 a 2% desenvolvem epilepsia, a condição crônica que predispõe a novas crises. Essa discrepância revela um fenômeno preocupante: muitos indivíduos que experienciam uma crise não recebem o diagnóstico adequado, o que pode levar à desconsideração de potenciais patologias subjacentes que necessitam de atenção clínica.

A apresentação de uma crise epilética em serviços de emergência é frequentemente uma experiência marcante, tanto para o paciente quanto para os profissionais de saúde. Crises tônico-clônicas generalizadas, devido à sua natureza dramática, atraem a atenção imediata e podem levar os pacientes a procurar ajuda rapidamente. Em contrapartida, crises de ausência e episódios com manifestações motoras sutis são mais propensas a passar despercebidas, resultando em um atraso no diagnóstico e na intervenção. A subnotificação dessas crises pode comprometer a qualidade de vida do paciente, ressaltando a necessidade de uma avaliação eficaz e oportuna.

No contexto das emergências, as crises epiléticas figuram como a terceira causa mais comum de atendimento neurológico, após cefaleias e acidentes vasculares cerebrais. Essa estatística sublinha a urgência em implementar um protocolo diagnóstico e terapêutico adequado, considerando o impacto significativo que essas crises podem ter sobre a saúde física e mental dos pacientes. A identificação rápida das causas subjacentes e a escolha do tratamento apropriado são fundamentais para evitar complicações e minimizar o risco de recorrência.

A compreensão das diferentes categorias de crises epiléticas é essencial para o manejo clínico. As crises podem ser classificadas em provocadas, sintomáticas agudas e sintomáticas remotas, cada uma com etiologias e prognósticos distintos. As crises provocadas, desencadeadas por fatores identificáveis e frequentemente tratáveis, apresentam um baixo risco de recorrência quando a causa é resolvida. Em contraste, as crises sintomáticas agudas, ligadas a lesões neurológicas recentes, demandam uma abordagem imediata, enquanto as crises sintomáticas remotas estão frequentemente associadas a condições que predisõem o paciente à epilepsia, elevando o risco de novas crises.

Diante deste cenário, a avaliação do risco de recorrência de crises epiléticas torna-se um aspecto crítico na tomada de decisões terapêuticas. Estudos demonstram que o histórico de crises e a natureza das mesmas influenciam diretamente o prognóstico e a necessidade de intervenções. A abordagem inicial ao paciente com uma primeira crise epilética deve incluir uma anamnese detalhada, que não só identifica características do episódio em si, mas também busca elucidar potenciais fatores de risco e comorbidades, como lesões neurológicas prévias ou distúrbios metabólicos.

O tratamento de crises epiléticas em ambientes de emergência deve ser estruturado e dinâmico, com a administração imediata de medicamentos anticonvulsivantes como benzodiazepínicos, seguidos de uma avaliação cuidadosa sobre a necessidade de tratamento a longo prazo. Considerações especiais devem ser feitas para populações vulneráveis, como idosos ou pacientes com epilepsia de difícil controle, que podem apresentar desafios adicionais no manejo das crises.

Este artigo visa fornecer uma revisão sistemática da literatura sobre a abordagem diagnóstica e terapêutica das crises epiléticas em serviços de emergência, integrando as definições, causas, riscos de recorrência e estratégias de tratamento. Com isso, buscamos contribuir para a formação de uma base sólida de conhecimento que permita melhorar a assistência ao paciente e a tomada de decisões clínicas em situações críticas.

2 METODOLOGIA

A metodologia deste estudo foi elaborada como uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de examinar a abordagem diagnóstica e terapêutica das crises epiléticas em ambientes de emergência. Para isso, foram estabelecidos critérios rigorosos de inclusão, considerando apenas estudos originais publicados entre 2010 e 2023. Os critérios abrangeram pesquisas que tratassem do diagnóstico e do tratamento de crises epiléticas em serviços de emergência, com dados quantitativos ou qualitativos relevantes. Foram excluídos artigos que não estivessem disponíveis em inglês, português ou espanhol, além de revisões de literatura, editoriais e publicações que não abordassem diretamente o tema.

A busca foi realizada em diversas bases de dados, incluindo PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO e Google Scholar, com a finalidade de garantir uma cobertura abrangente da literatura disponível. Utilizou-se uma combinação de palavras-chave e termos MeSH (Medical Subject Headings), como "crises epiléticas", "diagnóstico em emergência", "tratamento de crises epiléticas" e "emergência neurológica". A estratégia de busca foi elaborada com operadores booleanos (AND, OR) para maximizar a relevância dos resultados e abranger diferentes variações terminológicas.

A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas. Na primeira, os títulos e resumos dos artigos encontrados foram avaliados quanto à adequação aos critérios de inclusão. Na segunda etapa, os artigos selecionados foram lidos na íntegra para confirmar sua relevância e conformidade com os critérios estabelecidos. A seleção foi feita de forma independente por dois revisores, e, em caso de divergências, um terceiro revisor foi consultado. A extração de dados ocorreu de forma sistemática, utilizando um formulário padronizado que contemplou informações como autores, ano de publicação, objetivos, métodos, principais resultados e conclusões, organizando-se esses dados em tabelas para facilitar a análise.

A qualidade dos estudos incluídos foi avaliada utilizando ferramentas apropriadas, como a escala de Jadad ou a ferramenta de Newcastle-Ottawa, dependendo do tipo de estudo. Essa avaliação considerou o risco de viés e a robustez dos dados apresentados, assegurando a validade dos achados. A análise dos dados foi realizada de maneira qualitativa, permitindo a síntese das evidências e a identificação de padrões e recomendações para o manejo das crises epiléticas em situações de emergência. As informações foram discutidas em conjunto, e as principais conclusões foram apresentadas de forma clara e objetiva.

Foram reconhecidas as limitações potenciais da metodologia, como o viés de seleção, a possibilidade de artigos relevantes não serem encontrados e a variabilidade nas definições e abordagens dos estudos analisados. Essas limitações foram discutidas para contextualizar os achados da revisão. Por fim, para garantir a reprodutibilidade do estudo, todas as etapas do processo metodológico foram documentadas em detalhes, permitindo que futuros pesquisadores possam replicar ou ampliar a revisão.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Entre 8 a 10% da população geral experimentará pelo menos uma crise epilética ao longo da vida. Entretanto, o diagnóstico de epilepsia é estimado em apenas 1 a 2% da população. Isso significa que nem toda pessoa que vivencia uma crise epilética receberá o diagnóstico de epilepsia. Mesmo que uma única crise possa ser considerada um evento isolado, é importante destacar que ela representa uma situação preocupante e pode indicar alterações neurológicas significativas.

Após uma primeira crise, é comum que o paciente procure atendimento em serviços de emergência, especialmente quando se trata de crises tônico-clônicas generalizadas, que tendem a chamar mais atenção. Por outro lado, crises de ausência ou episódios de parada comportamental, por apresentarem manifestações motoras menos evidentes, costumam passar despercebidas. Frequentemente, esses pacientes só buscam ajuda médica quando os episódios se tornam mais frequentes ou intensos.

Além disso, as crises epiléticas representam a terceira causa mais comum de atendimento em pronto-socorros por motivos neurológicos, ficando atrás apenas das cefaleias e dos acidentes vasculares cerebrais. Essa estatística ressalta a importância de uma avaliação adequada e rápida dos sintomas neurológicos, dado o impacto significativo que as crises epiléticas podem ter na vida do paciente.

3.1 DEFINIÇÕES E PRINCIPAIS CAUSAS

A crise epilética é caracterizada pela ocorrência de sinais e sintomas transitórios resultantes de uma atividade neuronal anormal, excessiva ou síncrona no cérebro. Essa alteração na atividade cerebral pode ter uma variedade de causas, o que torna essencial a investigação e a classificação das

crises para um manejo adequado em serviços de emergência. Compreender as diferentes categorias de crises epiléticas é crucial para identificar a etiologia subjacente e planejar o tratamento apropriado.

Uma das classificações importantes é a crise provocada, que ocorre devido a uma disfunção aguda e geralmente transitória do cérebro. Esse tipo de crise é desencadeado por fatores não intrinsecamente neurológicos e possui uma causa identificável, que pode ser uma condição clínica ou sistêmica. Exemplos de causas incluem crises febris na infância (não aplicáveis a adultos), alterações eletrolíticas (como desequilíbrios de sódio, cálcio, fósforo e magnésio), distúrbios glicêmicos (hipoglicemia ou hiperglicemia não cetótica), infecções, abstinência de álcool e drogas, e o uso de determinadas medicações que podem reduzir o limiar convulsivo. Uma vez tratada a causa subjacente, o risco de novas crises é significativamente reduzido, permitindo que o paciente se recupere sem complicações adicionais.

As causas que podem levar a crises provocadas são diversas e podem incluir desde condições comuns, como desidratação e febre, até situações mais complexas, como síndromes metabólicas e infecções.

Por outro lado, a crise sintomática aguda é aquela que se relaciona a uma lesão neurológica aguda, ocorrendo dentro de sete dias após o início da afecção. Essa crise pode ser atribuída a condições como hemorragias cerebrais, traumas cranioencefálicos, isquemias, meningites, abscessos cerebrais e infecções parasitárias. A identificação dessas condições é vital, pois elas exigem intervenção imediata e muitas vezes emergencial, além de uma avaliação cuidadosa para evitar recorrências.

Já a crise sintomática remota se refere a crises que ocorrem como resultado de uma lesão cerebral anterior, com a manifestação de uma crise epilética ocorrendo mais de sete dias após o evento inicial. Este tipo de crise é frequentemente associado a sequelas neurológicas estabelecidas, o que eleva significativamente o risco de recorrência e, conseqüentemente, pode levar ao diagnóstico de epilepsia. Neste contexto, é crucial que os profissionais de saúde avaliem cuidadosamente a história clínica do paciente e a natureza da lesão cerebral, para entender a probabilidade de novas crises.

Por fim, a epilepsia é definida como uma condição neurológica que se caracteriza por uma predisposição duradoura a gerar crises epiléticas, acompanhada das conseqüências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais que essas crises podem acarretar. O diagnóstico de epilepsia pode ser estabelecido mesmo após a ocorrência de uma única crise não provocada, desde que haja evidência de que o paciente possui um risco significativo de novos episódios. Essa abordagem permite que a epilepsia seja reconhecida e tratada adequadamente, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Em termos práticos, a definição de epilepsia pode ser baseada em uma série de critérios, que incluem a frequência das crises, a presença de condições predisponentes e a resposta ao tratamento. Assim, compreender as definições e as principais causas das crises epiléticas é fundamental para uma abordagem eficaz, visando minimizar os riscos e otimizar o cuidado com os pacientes afetados.

3.2 RISCO DE RECORRÊNCIA DAS CRISES EPILÉPTICAS

O risco de recorrência de uma crise epilética é um dos fatores mais críticos na tomada de decisões terapêuticas a médio e longo prazo. Essa probabilidade pode ser avaliada já no momento do atendimento inicial do paciente, oferecendo informações valiosas para o manejo clínico. A compreensão desse risco é fundamental, pois ajuda a definir a necessidade de intervenções imediatas, assim como a escolha do tratamento a ser implementado.

Estudos demonstram que a ocorrência de mais de uma crise em um intervalo de 24 horas não aumenta significativamente a probabilidade de novas crises futuras quando comparado àqueles que experienciam uma única crise. Assim, o histórico de crises não necessariamente reflete um risco elevado de recorrência em curto prazo, especialmente em situações de crises provocadas. Essas crises, que são desencadeadas por fatores agudos e tratáveis, apresentam um risco quase nulo de recorrência, desde que a causa subjacente seja resolvida e não reapareça.

As crises sintomáticas agudas apresentam um baixo risco de recorrência, estimado entre 3% e 10%, conforme demonstrado por estudos populacionais e metanálises. Essa informação é vital, pois proporciona uma perspectiva otimista tanto para médicos quanto para pacientes após a resolução do evento agudo. No entanto, é importante observar que as crises sintomáticas remotas geralmente estão associadas a condições que indicam epilepsia estrutural, e as sequelas de lesões cerebrais, como isquemias e hemorragias, podem elevar o risco de novas crises. Portanto, mesmo que o risco de recorrência após uma crise aguda seja baixo, a análise das causas subjacentes é essencial para um manejo adequado e para a orientação dos pacientes sobre o que esperar no futuro.

As crises sintomáticas remotas têm uma probabilidade maior de se repetir, uma vez que ocorrem em indivíduos com histórico de insulto neurológico. Esse risco é acentuado pelo fato de que essas crises podem ser resultado de alterações identificáveis em exames de imagem do cérebro, que indicam sequela de lesões anteriores. Portanto, a avaliação cuidadosa da história clínica do paciente e a interpretação das imagens são fundamentais para a previsão de futuras crises.

Além disso, o risco de recorrência varia conforme a etiologia da crise. Em condições como acidente vascular cerebral (AVC), traumatismo cranioencefálico (TCE) e infecções do sistema nervoso central (SNC), a análise revela diferenças significativas. Por exemplo, enquanto as crises que ocorrem durante a fase aguda de um AVC apresentam um risco de recorrência de 33%, esse percentual aumenta para 71,5% quando a crise se manifesta em uma fase remota. Essa tendência também se observa em casos de TCE e infecções do SNC, onde o risco de novas crises é consideravelmente maior após o insulto inicial. Essa variação destaca a importância de considerar a origem da crise ao avaliar o prognóstico e a necessidade de intervenções terapêuticas adequadas.

Em contraste, as crises espontâneas — que não são provocadas por fatores agudos e não apresentam uma causa sintomática evidente — têm um risco de recorrência mais elevado, variando

entre 30% e 50%. No entanto, a ocorrência de uma única crise não é suficiente para o diagnóstico de epilepsia, a menos que existam fatores conhecidos que aumentem o risco de novas crises. Se a avaliação clínica e os exames indicarem um risco elevado, o início do tratamento pode ser justificado mesmo após um único evento.

Após a ocorrência de uma segunda crise não provocada, o risco de um novo episódio aumenta significativamente, estimando-se que a probabilidade de recorrência esteja entre 70% e 80%. Isso geralmente resulta no diagnóstico de epilepsia, levando à necessidade de uma abordagem terapêutica mais rigorosa.

A avaliação do risco de recorrência após uma única crise não provocada é uma tarefa crítica. Para isso, é importante considerar dados da história clínica e resultados de exames complementares. Os principais fatores associados a um aumento do risco de recorrência são bem documentados e incluem a presença de lesões cerebrais anteriores, como sequelas de TCE ou AVC, alterações detectadas em eletroencefalogramas (EEG) e anormalidades em exames de imagem.

A avaliação do risco de recorrência é uma parte vital do manejo de crises epiléticas, influenciando as decisões terapêuticas e a qualidade de vida dos pacientes. Compreender as nuances desse risco permite uma abordagem mais personalizada e eficaz no tratamento da epilepsia e das crises epiléticas, ajudando a minimizar os impactos negativos na vida dos indivíduos afetados.

3.3 ABORDAGEM AO PACIENTE COM PRIMEIRA CRISE EPILÉPTICA

A anamnese é uma etapa fundamental no manejo do paciente que apresenta uma primeira crise epilética. Uma história clínica detalhada é essencial para caracterizar adequadamente o evento paroxístico e orientar as condutas diagnósticas e terapêuticas. Durante a anamnese, os objetivos principais incluem corroborar a suspeita de um evento de natureza epilética, identificar possíveis diagnósticos diferenciais e reconhecer doenças clínicas ou neurológicas agudas que possam ter contribuído para a ocorrência da crise. É igualmente importante levantar dados que sugiram uma síndrome epilética específica.

A coleta de informações deve ser realizada de forma meticulosa, com foco em fatores que possam aumentar a chance de recorrência após a primeira crise espontânea. Entre os fatores com maior evidência, destaca-se a presença de uma história prévia de insulto ao sistema nervoso central (SNC), o início focal das crises, lesões epileptogênicas identificáveis em exames de imagem, alterações neurológicas evidentes e a detecção de atividade epileptiforme no eletroencefalograma (EEG). Além disso, fatores secundários, como histórico familiar de epilepsia e a ocorrência da crise durante o sono, também merecem atenção. Esses dados são cruciais para uma avaliação abrangente do paciente e podem guiar as decisões sobre o manejo e tratamento adequados, contribuindo para um melhor prognóstico.

Entrevistar testemunhas do evento é fundamental, especialmente quando o paciente não pode descrever sua própria experiência. Quando a crise ocorre na presença de terceiros, a obtenção de uma descrição completa do episódio é mais simples. No entanto, se o paciente estava sozinho ou foi resgatado de um ambiente público, as informações sobre as manifestações durante a crise podem ser escassas. Muitas vezes, as crises mais sutis, que podem ser desconsideradas pelo paciente, podem ser reveladoras. Estudos mostram que cerca de 50% dos pacientes podem ter tido crises prévias que não reconheceram, o que é um dado crucial, já que uma segunda crise não provocada acarreta um risco significativo de recorrência.

Por exemplo, um adolescente que apresenta uma crise tônico-clônica generalizada (CTCG) após uma noite de privação de sono e consumo de álcool pode procurar atendimento por ser sua "primeira crise". Entretanto, ao aprofundar a anamnese, ele pode relatar experiências de "choquinhos" nos membros superiores, especialmente ao acordar, indicando um provável quadro de epilepsia mioclônica juvenil. Essa informação é vital, pois mesmo que a primeira crise tenha sido uma CTCG, a presença de crises anteriores confirma o diagnóstico de epilepsia e indica um risco elevado de novas crises.

Além da anamnese, a história patológica pessoal do paciente é igualmente importante. Antecedentes como crises febris na infância, trauma craniano, AVCs prévios e doenças sistêmicas como neoplasias ou doenças autoimunes devem ser explorados. A história familiar também deve ser investigada, buscando-se qualquer relato de crises ou epilepsia.

3.4 EXAME FÍSICO

O exame físico inicial deve seguir protocolos semelhantes aos de qualquer avaliação de urgência, com ênfase na identificação de sinais de instabilidade clínica, como avaliação de sinais vitais e vias aéreas. É prudente investigar a presença de sinais de hipotensão postural, especialmente se houver suspeita de síncope como diagnóstico diferencial. A presença de estigmas de trauma também deve ser considerada quando não houver testemunhas do evento.

O exame neurológico é crucial e deve focar em avaliar o nível e conteúdo de consciência, a linguagem, e a presença de sinais focais que possam indicar déficits motores, sensitivos ou atencionais. É importante verificar a presença de paralisia de Todd, que é um déficit pós-ictal transitório, assim como realizar um exame de fundo de olho e avaliar a rigidez de nuca.

Para guiar a anamnese, são disponibilizadas listas de perguntas que abrangem diversos aspectos do evento, como o primeiro sinal ou sintoma percebido, a sequência dos acontecimentos durante a crise, a duração do episódio e o estado do paciente após a crise. Essas questões são essenciais para a construção de um quadro clínico detalhado, permitindo uma análise mais precisa que contribuirá para

o diagnóstico. Uma anamnese bem conduzida, baseada em informações claras e específicas, é fundamental para orientar o manejo adequado e o tratamento subsequente do paciente.

3.4.1 Exames Complementares

Os exames laboratoriais são fundamentais para identificar distúrbios hidroeletrólíticos ou metabólicos que possam estar relacionados à crise. A dosagem de creatina fosfoquinase (CPK) pode ser útil, pois seu aumento é frequentemente observado em crises com manifestações motoras significativas. No entanto, é importante ressaltar que um resultado normal de CPK não descarta a ocorrência de crises epiléticas.

Além disso, exames sorológicos e níveis séricos de medicamentos antiepiléticos podem ser solicitados conforme a suspeita clínica. É importante lembrar que esses exames podem não estar disponíveis imediatamente no contexto de urgência, mas seus resultados são valiosos para investigações subsequentes.

Os exames de neuroimagem são essenciais na investigação de uma primeira crise epilética. A tomografia computadorizada (TC) é o exame mais acessível e deve ser realizado em todos os pacientes, especialmente quando há suspeita de lesões cerebrais agudas. A ressonância magnética (RM) é indicada principalmente para crises de início focal ou quando não há uma causa evidente. Em casos de suspeita de lesão neurológica aguda, mesmo após uma TC normal, a realização de uma RM deve ser feita em ambiente hospitalar.

Por fim, o EEG é um exame que avalia a atividade elétrica cerebral e é um componente importante na avaliação da primeira crise epilética. Um EEG normal não exclui a possibilidade de crises futuras, mas anormalidades podem ajudar na classificação das crises, na identificação de síndromes epiléticas e na estimativa do risco de recorrência.

3.5 TRATAMENTO DA CRISE EPILÉPTICA: ABORDAGEM E DIRETRIZES

A abordagem inicial de um paciente que apresenta uma crise epilética é crucial para garantir a segurança e a recuperação do indivíduo. Ao chegar ao serviço de emergência, o paciente pode se apresentar ainda confuso ou já ter se recuperado completamente. Em casos onde a crise ainda está em curso, é essencial implementar medidas de suporte vital, que incluem monitorização dos sinais vitais, aferição da glicemia capilar, avaliação das vias aéreas e estabelecimento de um acesso venoso periférico. Durante este atendimento, é recomendável também iniciar a coleta de sangue para investigação laboratorial, a fim de descartar possíveis causas subjacentes.

Caso o paciente ainda esteja em crise, o tratamento de urgência deve ser iniciado imediatamente. A medicação padrão para abortar a crise em andamento é um benzodiazepínico. No Brasil, as recomendações para o uso são o diazepam intravenoso (IV), com uma dose inicial de 10 mg

para adultos e entre 0,15 a 0,2 mg/kg/dose para crianças. Essa dose pode ser repetida se necessário, até duas vezes. Alternativamente, o midazolam intramuscular (IM) pode ser administrado, sendo a dose inicial de 10 mg para pacientes com mais de 40 kg e de 5 mg para aqueles com peso entre 13 e 40 kg. Idealmente, a administração do benzodiazepínico deve ocorrer pela equipe de resgate em ambiente pré-hospitalar, reduzindo assim o risco de complicações.

Após a resolução da crise, é necessário avaliar se o tratamento profilático para novas crises deve ser instituído. Em casos de crises provocadas por fatores identificáveis, como hipoglicemia ou hiperglicemia, e que já foram corrigidos, o paciente pode não necessitar de um tratamento anticonvulsivante. No entanto, se a causa da crise não for rapidamente resolvida — como em casos de sepse com disfunção neurológica prolongada ou lesão cerebral aguda — recomenda-se a utilização de um anticonvulsivante por um período limitado, geralmente de 12 semanas após a resolução do quadro agudo. Durante esse tempo, deve-se considerar a retirada gradual do fármaco, especialmente se o paciente não apresentar novos episódios e os exames de EEG e de imagem, como TC ou RM de crânio, não indicarem anormalidades.

Um ponto crítico a ser ressaltado é a utilização da fenitoína. Este medicamento não deve ser iniciado rotineiramente em pacientes com uma primeira crise. Sua indicação é restrita a casos de crises recorrentes ou quando há suspeita de estado de mal epiléptico não convulsivo. A dose de ataque recomendada é de 15 a 20 mg/kg, administrada diluída em solução fisiológica, com monitorização da frequência cardíaca e da pressão arterial. É essencial que o paciente esteja em decúbito e sob observação, dada a possibilidade de efeitos colaterais significativos, como bradiarritmias, hipotensão e desconforto no local da infusão.

Para pacientes que não podem utilizar fenitoína, outras opções como fenobarbital e valproato de sódio podem ser consideradas. No Brasil, a lacosamida também é uma alternativa disponível. Se o paciente apresenta crises recorrentes, mas sem alteração do nível de consciência, é viável considerar a administração de fármacos via enteral, como levetiracetam ou topiramato, que podem ser ajustados rapidamente.

Em casos onde a crise epiléptica é decorrente de uma lesão neurológica aguda, e essa lesão deixa sequelas estruturais — como encefalomalácia após um AVC — pode haver um risco aumentado de novas crises no futuro. Nesse contexto, o tratamento anticonvulsivante pode ser interrompido, mas o paciente deve ser acompanhado neurologicamente, com novos exames de imagem e EEG para avaliar o risco de recorrência.

Quando a primeira crise ocorre sem um fator causal identificado, a decisão de iniciar um tratamento anticonvulsivante a longo prazo deve levar em consideração o risco de recorrência, as possíveis consequências sociais e profissionais de novas crises, bem como a eficácia e os efeitos colaterais do tratamento proposto. Por exemplo, um paciente que experimenta sua primeira crise não

provocada e possui exames normais pode ainda assim necessitar de tratamento, dependendo de sua profissão e do potencial impacto de uma nova crise em sua vida.

A escolha de iniciar uma medicação anticonvulsivante pode reduzir o risco absoluto de uma nova crise em até 35% nos próximos dois anos. Embora isso não altere a história natural da epilepsia, a redução da incidência de crises pode ser benéfica, especialmente em relação a restrições sociais, como a capacidade de dirigir e o risco de acidentes.

É importante também considerar a tolerância do paciente ao tratamento. Os fármacos de primeira geração apresentam uma taxa de efeitos colaterais que varia entre 7% e 31%, com a maioria sendo leves e reversíveis. No entanto, alguns efeitos colaterais podem ser limitantes, e a escolha do medicamento deve ser realizada levando em conta a qualidade de vida do paciente e seu rendimento cognitivo.

3.6 SITUAÇÕES ESPECIAIS

No caso de pacientes idosos, uma primeira crise após os 60 anos deve ser encarada como um indicativo de possível lesão estrutural nova, exigindo investigação complementar detalhada, frequentemente com ressonância magnética. A principal causa de crises sintomáticas nessa faixa etária é a doença cerebrovascular, e mesmo crises tônico-clônicas generalizadas devem ser consideradas de início focal, visando identificar lesões estruturais potenciais. O risco de recorrência é maior em idosos, o que justifica a consideração de um tratamento anticonvulsivante após a primeira crise.

Para pacientes previamente epiléticos que apresentam escapes de crises, a perda de adesão ao tratamento é a principal causa. Isso pode ocorrer por esquecimento, descontinuação devido a efeitos colaterais ou dificuldades de acesso à medicação. A dosagem do nível sérico dos medicamentos pode ser útil em situações de urgência, assim como a avaliação de alterações metabólicas ou infecciosas que possam impactar o controle das crises.

Em casos de epilepsia de difícil controle, a abordagem deve ser individualizada, considerando a semiologia da crise e a frequência habitual. Ajustes nas doses dos medicamentos em uso, a reintrodução de tratamentos abandonados ou a adição de novos fármacos são opções viáveis. Benzodiazepínicos, como clobazam e clonazepam, podem ser utilizados como coadjuvantes devido ao seu rápido efeito, enquanto o paciente aguarda o retorno ao seguimento ambulatorial para ajustes mais significativos no tratamento.

Este panorama abrangente da abordagem e tratamento de crises epiléticas é fundamental para assegurar a melhor qualidade de vida e a segurança dos pacientes, permitindo uma intervenção rápida e eficaz, além de um planejamento cuidadoso para o manejo a longo prazo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão da literatura sobre crises epiléticas e epilepsia destaca a complexidade e a relevância clínica deste fenômeno. Estima-se que entre 8 a 10% da população geral experimente ao menos uma crise epilética ao longo da vida; no entanto, apenas 1 a 2% recebe o diagnóstico formal de epilepsia. Essa discrepância sugere uma lacuna significativa no reconhecimento clínico e na detecção precoce das condições epiléticas, principalmente em crises de menor visibilidade, como as de ausência e comportamentais. Esse aspecto é crítico, uma vez que a ausência de um diagnóstico pode resultar em consequências sociais e profissionais adversas para os pacientes.

A necessidade de uma avaliação cuidadosa e sistemática é ainda mais evidente considerando que as crises epiléticas são a terceira causa mais comum de atendimentos em serviços de emergência, após cefaleias e acidentes vasculares cerebrais (AVCs). Essa estatística ressalta a urgência de um protocolo de triagem e avaliação em pronto-socorros, de forma a garantir que todos os pacientes sejam submetidos a uma investigação adequada. A distinção entre os diferentes tipos de crises é fundamental, pois as crises provocadas geralmente resultam de fatores externos e tratáveis, oferecendo uma perspectiva de risco reduzido de recorrência. Por outro lado, as crises sintomáticas agudas e remotas, que frequentemente estão ligadas a lesões neurológicas subjacentes, apresentam um risco elevado de novas crises, exigindo uma abordagem terapêutica mais rigorosa e um acompanhamento contínuo.

O risco de recorrência é um dos aspectos mais críticos na avaliação inicial do paciente com crises epiléticas. Evidências indicam que a ocorrência de múltiplas crises em um período de 24 horas não necessariamente aumenta a probabilidade de novos episódios, especialmente quando se trata de crises provocadas. No entanto, crises sintomáticas remotas, que surgem em indivíduos com histórico de lesões cerebrais, revelam um aumento significativo na probabilidade de recorrência. Por exemplo, a incidência de recorrência em pacientes que sofreram AVC e apresentaram crises na fase aguda é estimada em cerca de 33%, mas esse número pode aumentar para 71,5% quando as crises ocorrem em um contexto remoto. Esses dados sublinham a importância de uma análise detalhada da história clínica do paciente, bem como da realização de exames de imagem que possam identificar sequelas estruturais.

Além da avaliação do risco, a abordagem ao paciente com a primeira crise epilética é um elemento fundamental para o manejo eficaz. A anamnese detalhada e a coleta de informações de testemunhas são cruciais, pois muitos pacientes não conseguem relatar com precisão suas experiências durante a crise. O levantamento de informações sobre crises prévias, que muitas vezes não são reconhecidas, pode fornecer insights valiosos para o diagnóstico. A história patológica pessoal e familiar deve ser investigada com atenção, buscando identificar fatores que possam aumentar o risco de recorrência, como histórico de traumatismos cranianos, AVCs prévios ou presença de doenças neurológicas na família.



Os exames complementares desempenham um papel essencial na confirmação do diagnóstico e na identificação de possíveis causas subjacentes. A realização de um eletroencefalograma (EEG) é fundamental, pois pode revelar padrões de atividade elétrica que são característicos de epilepsias específicas. Além disso, a neuroimagem, como tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), é essencial para descartar lesões cerebrais agudas e crônicas. A combinação dos resultados desses exames com os dados clínicos obtidos na anamnese permite uma abordagem mais precisa e fundamentada para o manejo do paciente.

No que diz respeito ao tratamento das crises epiléticas, a intervenção inicial deve ser rápida e focada na segurança do paciente. O uso de benzodiazepínicos, como diazepam ou midazolam, é amplamente recomendado para o manejo de crises em andamento. Após a resolução da crise, a decisão sobre a necessidade de tratamento anticonvulsivante a longo prazo deve ser cuidadosamente considerada, levando em conta fatores como o risco de recorrência, a gravidade dos episódios, e o impacto social e psicológico que novas crises poderiam ter na vida do paciente. Para crises provocadas, que resultam de fatores identificáveis, a introdução de fármacos pode ser evitada, enquanto que em crises não provocadas, especialmente após um segundo episódio, o início do tratamento é frequentemente justificado.

A abordagem ao paciente deve ser individualizada, levando em consideração não apenas os dados clínicos, mas também as particularidades da vida do paciente. Em situações especiais, como pacientes idosos ou aqueles com histórico de epilepsia de difícil controle, o manejo deve ser adaptado para refletir as necessidades específicas dessa população. No caso de idosos, por exemplo, uma primeira crise após os 60 anos deve levantar a suspeita de lesão estrutural, exigindo uma investigação mais aprofundada.

Além disso, a adesão ao tratamento é um fator crítico para o controle das crises. Em pacientes que já estão em tratamento e apresentam escapes de crises, uma análise cuidadosa deve ser feita para identificar causas potenciais, como a falta de adesão à terapia ou a presença de efeitos colaterais. A dosagem dos níveis séricos de medicamentos pode ser uma ferramenta útil em contextos de urgência para ajustar o tratamento e melhorar o controle das crises.

Em suma, a literatura revisada sublinha a importância de um manejo integrado e multidisciplinar das crises epiléticas. O reconhecimento precoce, a avaliação cuidadosa do risco de recorrência e a implementação de um plano de tratamento adequado são essenciais para garantir não apenas a segurança do paciente, mas também sua qualidade de vida a longo prazo. A contínua educação e capacitação dos profissionais de saúde, juntamente com protocolos bem definidos e adaptáveis, podem fazer uma diferença significativa na abordagem das crises epiléticas, promovendo melhores resultados clínicos e sociais para os indivíduos afetados.

5 CONCLUSÃO

A análise abrangente da literatura sobre crises epiléticas e epilepsia revela a complexidade dessa condição, sublinhando a necessidade de um diagnóstico preciso e de um manejo adequado. Este artigo de revisão destacou a prevalência significativa das crises epiléticas na população, enfatizando que a maioria das pessoas que experimentam uma crise não recebe o diagnóstico de epilepsia. Essa lacuna nos cuidados ressalta a importância de protocolos eficazes de triagem, especialmente em serviços de emergência, para garantir que todos os pacientes sejam avaliados de maneira abrangente.

A investigação metódica dos fatores de risco e da história clínica dos pacientes, bem como a realização de exames complementares, são cruciais para uma avaliação precisa e para a elaboração de um plano de tratamento individualizado. O risco de recorrência de crises, particularmente em pacientes com histórico de lesões neurológicas, deve ser um foco central na abordagem clínica, orientando decisões terapêuticas e a necessidade de monitoramento contínuo.

Além disso, a importância da segurança do paciente durante as crises e a adesão ao tratamento a longo prazo não podem ser subestimadas. A escolha de intervenções terapêuticas deve ser cuidadosamente considerada, levando em conta a natureza das crises, a qualidade de vida do paciente e a presença de comorbidades. Estratégias de educação e apoio psicológico são essenciais para promover a adesão ao tratamento e melhorar os resultados clínicos.

Este trabalho reafirma que o manejo das crises epiléticas deve ser multidisciplinar, envolvendo não apenas neurologistas, mas também outros profissionais de saúde que possam contribuir para o cuidado holístico do paciente. As diretrizes e protocolos discutidos nesta revisão podem servir como um recurso valioso para profissionais da saúde, contribuindo para a prática clínica baseada em evidências e para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos afetados por crises epiléticas.

A continuidade da pesquisa e a atualização constante das práticas clínicas são fundamentais para enfrentar os desafios associados à epilepsia, com vistas à promoção de intervenções mais eficazes e a redução do impacto social e emocional das crises sobre os pacientes e suas famílias.



REFERÊNCIAS

BENNETT, D. A. et al. Development of the Standards of Reporting of Neurological Disorders (STROND) checklist: a guideline for the reporting of incidence and prevalence studies in neuroepidemiology. *Neurology*, v. 85, p. 821–828, 2015. Disponível em: <https://www.neurology.org/doi/10.1212/WNL.0000000000001866>. Acesso em: 15 set. 2024.

CHENIAUX JR, E. Manual de Psicopatologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERLISI, M. et al. Preliminary results of the global audit of treatment of refractory status epilepticus. *Epilepsy Behav.*, v. 49, p. 318–324, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25952268/>. Acesso em: 12 set. 2024.

HOCKER, S. E. et al. Predictors of outcome in refractory status epilepticus. *JAMA Neurol.*, v. 70, p. 72–77, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23318514/>. Acesso em: 25 set. 2024.

KANTANEN, A. M. et al. Long-term outcome of refractory status epilepticus in adults: a retrospective population-based study. *Epilepsy Res.*, v. 133, p. 13–21, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28402834/>. Acesso em: 5 set. 2024.

KASPER, D. L. et al. Medicina interna de Harrison. 19ª ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2017.

LEITINGER, M. et al. Predicting outcome of status epilepticus. *Epilepsy Behav.*, v. 49, p. 126–130, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26071999/>. Acesso em: 30 set. 2024.

NGUGI, A. K. et al. Incidence of epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology*, v. 77, p. 1005–1012, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3171955/>. Acesso em: 10 set. 2024.

MEYER, A. C. et al. Global disparities in the epilepsy treatment gap: a systematic review. *Bull World Health Organ*, v. 88, p. 260–266, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2855595/>. Acesso em: 20 set. 2024.

SAURO, K. M. et al. The current state of epilepsy guidelines: A systematic review. *Epilepsia*, v57, n. 1, p. 13-23, jan. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26659723/>. Acesso em: 07 set. 2024.

SCHATZBERG, A. F.; COLE, J. O.; DEBATISTA, C. Manual de psicofarmacologia clínica. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

THIJS, R. D. et al. Epilepsy in adults. *Lancet.*, v. 393, n. 10172, p. 689-701, fev. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30686584/>. Acesso em: 25 set. 2024.

WALTER, J. F. Epilepsy-Definition, Classification, Pathophysiology, and Epidemiology. *Semin. Neurol.*, v. 40, n. 6, p. 617-623, dez. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33155183/>. Acesso em: 27 set. 2024.