

Epilepsia

- Não existe a enfermidade "epilepsia", mas sim um grupo de transtornos da função cerebral que, de acordo com a causa, localização, ou outras circunstâncias (idade, ambiência interna e externa...), se explicitam EEG e clinicamente de forma diversa. Daí ser mais correcta a designação "epilepsias".
- A epilepsia é considerada como um sintoma dum transtorno da função cerebral. Todavia existem outros tipos de alterações da função cerebral.

- Epilepsia
- Transtornos do fluxo sanguíneo cerebral
 - Funcional (ex: ataques de desmaio vaso-vagal)
 - Orgânico (ex: ataques causados por enfermidade arterial do tronco basilar e artérias vertebrais)
- Alterações do encéfalo (ex: tumores do sistema ventricular)
- Transtornos da composição sanguínea (ex: hipoglicemia, diminuição do cortisol sérico, medicamentos)
- Transtornos psiconeuróticos e estados catatônicos
- Narcolepsia: síndrome de catalepsia
- Simulação

- Tradução clínica de descargas neuronais, paroxísticas e recorrentes, que podem dar perturbações da sensibilidade, motilidade, das funções viscerais, do comportamento ou da consciência.
- As variações das zonas cerebrais activadas, a sua generalização ou não, a maior ou menor intensidade, explicam o seu grande polimorfismo.

Excitabilidade cerebral.

Mecanismos e factores desencadeantes.

Epilepsia

- A maior ou menor excitabilidade da célula nervosa está regulada pela chamada “bomba de sódio”.
- A excitabilidade nas sinapses altera-se pela libertação na membrana da sinapse de substâncias excitatórias ou inibitórias.
- Existem certos grupos de neurónios, centros inibitórios, que controlam a eventual produção de descargas repetidas.
- O tecido nervoso pode tornar-se hiperexcitável por diversos factores: pirexia, hipoxia, hipocalcemia, sobre-hidratação, hipoglicemia, alcalose, abstinência de barbitúricos, enfermidades difusas do encéfalo (ex: neurolipidose), toxinas.
- Como transtorno relativo que é, pode aparecer em indivíduos normais, face à intensidade de certos estímulos psíquicos, físicos ou químicos.
 - Ex: fadiga intensa, dentição, febre, alcoolismo, luz flutuante, estímulos auditivos, movimentos bruscos.
 - Todos estes estímulos podem alterar o limiar convulsivo, característica particular de cada ser.

- **Epilepsia idiopática**

Clinicamente a epilepsia é um síndrome (mais do que uma doença); deveremos, portanto, investigar sempre a causa. Se não se detecta a causa trata-se provavelmente de epilepsia idiopática.

- **Epilepsia sintomática**

Sempre que seja possível apurar a causa.

- À roda de 0,5%.
Perto de 2/3 começam antes dos 20 anos; após os 20 anos existe razoável suspeita de ser secundária (nomeadamente a tumor cerebral).
- Se os pais tiverem ambos uma epilepsia idiopática existem fortes possibilidades de 85% dos filhos sofrerem do mesmo mal.

- Há sempre hiperactivação das estruturas nervosas do S.N.C. e diminuição do limiar de excitabilidade (que pode ser constitucional).
- Mesmo em pessoas normais um choque eléctrico ou uma droga convulsivante podem originar convulsões.

- A diminuição do limiar convulsivo torna o S.N.C. mais excitável.
- A febre, a hiperglicemia, o *stress*, a estimulação luminosa intermitente (E.L.I.), a hiperpneia (provocando alcalinidade), a anóxia, as infecções que atingem o S.N.C., a hipocalcemia, a hiperidratação, as toxinas, favorecem o aparecimento das crises.
- As crianças são mais susceptíveis.

- **Magia e razão**

Sempre houve luta entre a magia e a razão. Até o Evangelho apoia, de alguma forma, a causa demoníaca da epilepsia. Daí as preces, os jejuns e os exorcismos.

- **Babilónia**

Séc. XVII A.C. - O código de Hamurábi referia que um ataque epiléptico que afectasse um escravo antes de um mês de garantia dava direito à devolução do mesmo.

- **Grécia**

No mercado de escravos, os gregos faziam girar uma roda entre o escravo e o sol a fim de produzir o que hoje se chama E.L.I. Facilitava-se assim o aparecimento do ataque em pessoas com predisposição para tal.

- **Roma**

Parece que Júlio César era epiléptico. Os comícios eram interrompidos quando um assistente tinha uma crise. Daí ainda hoje se chamar à epilepsia doença comicial. Na antiguidade grega e romana a epilepsia era considerada uma doença sagrada.

- **Hipócrates**

(400 anos A.C.) - A epilepsia não era uma doença divina. Tinha uma causa orgânica cuja sede estava no S.N.C.

- **Idade média**

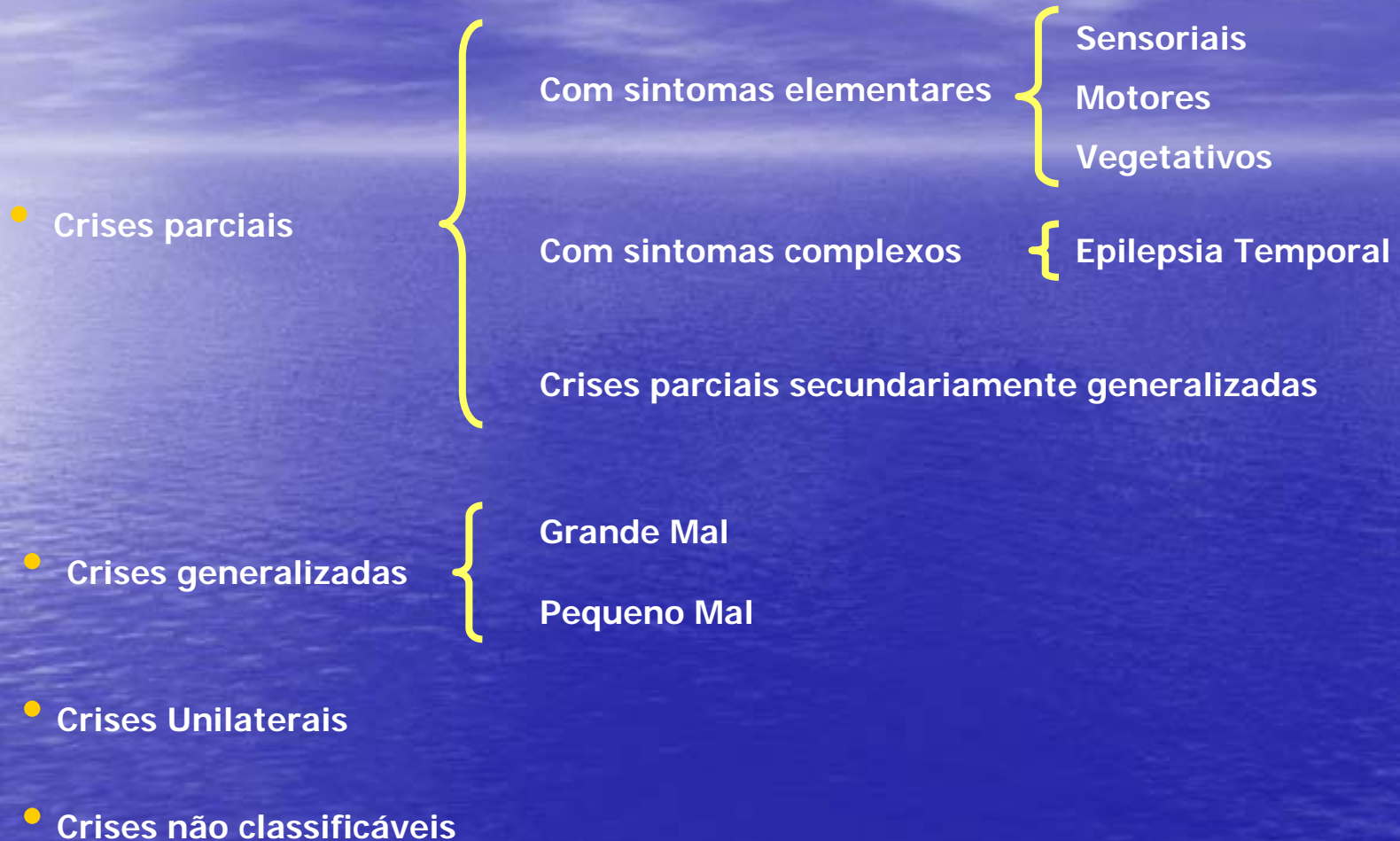
Esqueceu-se grande parte do conhecimento hipocrático. Mesmo no renascimento, a epilepsia voltou a estar impregnada de elementos mágicos.

- **Idade contemporânea**

Só em 1870, em Londres, se desencadeou, por estimulação eléctrica, e, para fins terapêuticos, a 1ª crise epiléptica. Porém ainda hoje nalgumas regiões de Portugal a epilepsia é considerada doença sobrenatural: "morada aberta", "encosto"...



- Epilepsia Primária (idiopática)
 - Sem causa aparente e caracterizada clinicamente por:
 - Convulsões maiores (ataque epiléptico intenso)
 - Convulsões menores
 - Ausências (ataque epiléptico leve)
 - Convulsões mioclónicas
 - Convulsões acinéticas
- Epilepsia sintomática (secundária)
 - Devido a causas intracranianas
 - Devidas a causas extracranianas
 - Caracterizada por:
 - ❖ Sintomas corticais focais
 - ❖ Sintomas corticais focais que precede uma crise de grande mal
 - ❖ Convulsões mioclónicas



- **Grande mal**
 - Perda da consciência; brutal, com queda, às vezes com grito.
 - Fase tônica. Dura mais ou menos 10 segundos. Rigidez generalizada, habitualmente em hiperextensão, apneia e cianose.
 - Fase clónica. Dura entre 2 e 3 minutos. Precedida de respiração profunda e ruidosa. Tonos interrompido ritmicamente; convulsões; feridas na língua; espuma entre os lábios; às vezes emissão de urina ou fezes.
 - Coma epiléptico. É a fase pós crítica. É um coma profundo que dura mais ou menos 15 minutos. Depois assiste-se à recuperação da consciência, passando pelo estupor, sonolência e obnubilação (sintomas pós-ictais). Às vezes há automatismos e furor pós-ictais.

- **Pequeno mal**
 - Ausências
 - Crises acinéticas
 - Crises mioclónicas

- **Estado de mal epiléptico**

- **Estado de pequeno mal**

- Em geral são de curta duração (pouco segundos). Nestas perdas transitórias da continuidade da consciência, o paciente, geralmente uma criança, actua da seguinte forma:
 - Repentinamente interrompe o que está a fazer (comer, jogar ou falar)
 - Pode “fixar a vista” para a frente ou olhar para cima.
 - Durante alguns segundos não responde, não fala nem compreende a palavra falada
 - Depois deste episódio continua o que estava a fazer antes do ataque e até pode não dar conta do que lhe aconteceu.
- Os ataques podem ser muito frequentes (10, 20, mesmo 100 ataques por dia); em alguns enfermos as descargas eléctricas anormais ocorrem quase continuamente (estado benigno epiléptico leve) mantendo-se o paciente em estado relativamente confuso.
- O ataque epiléptico leve pode apresentar-se só ou pode estar associado a ataques intensos (crises de grande mal)

- A mioclonia corresponde a uma manifestação motora de um sistema neuronal hiperexcitável. Pode apresentar-se nos pares craneanos (ex: facial) e na medula espinal, embora estas manifestação não sejam consideradas como epiléticas. Manifestam-se por sacudidelas de um ou vários membros ou pode estar associada com ataques do tónus postural (convulsões acinéticas) ou convulsões tónico-clónicas maiores.
- Podem apresentar-se na epilepsia primária ou na epilepsia secundária. Nesta manifesta-se nas seguintes circunstâncias:
 - Enfermidade difusa do encéfalo (encefalite...)
 - Epilepsia mioclónica familiar (estado degenerativa familiar...)
 - Mioclonia de acção (sequela de lesão encefálica...)
 - Espasmos infantis
 - Transtornos bioquímicos (insuficiência renal, hepática...)

- Constituem um tipo particular de epilepsia generalizada (sintomática). Ocorre em lactentes. Pode haver dois grupos causais:
 - Os espasmos infantis estão possivelmente relacionados com o atraso da maturação da mielina.
 - O estado associa-se com enfermidade cerebral: por exemplo traumatismo cerebral do nascimento, encefalopatia, defeitos congénitos e outros.
- A crise manifesta-se:
 - Entre os 3 e os 7 meses de idade.
 - O sintoma inicial é geralmente um convulsão acompanhada de movimentos da cabeça, flexão do corpo para diante (movimento de canivete) e frequentemente um grito.
 - Quando não tratada pode complicar-se, evoluindo para estados de epilepsia clássica (grande ou pequeno mal, ou para estados de subnormalidade).

- O conceito de que a epilepsia pode ter uma origem focal no encéfalo não é novo. Foi Hughlings Jackson que, em 1888, descreveu convulsões activadas por lesões do "uncus". É importante reconhecer que as convulsões parciais (focais, geralmente corticais), têm uma patologia subjacente.
- Muitas vezes as alterações da função cortical, quer sejam motoras, sensoriais ou psíquicas, que precedem uma convulsão maior, são designadas como a "aura".
- As convulsões corticais focais podem provir de qualquer parte do cortex e podem ser classificadas de acordo com as suas manifestações clínicas e também com o lugar da sua origem: motora, sensitiva, sensorial...

- **Cortex parietal motor**: movimentos clónicos, às vezes tónicos, de um membro ou parte do mesmo.
- **Cortex parietal sensitivo** (post-rolândico): parestesias.
- **Cortex occipital**: convulsões negativas – transtorno leve repentino do campo visual. Convulsões positivas – alucinações visuais informes (luzes cintilantes...); se o lobo temporal adjacente está envolvido podem aparecer alucinações formais e complexas (cenas, paisagens...)
- **Cortex frontal**: frequentemente sem sintomas focais pois, geralmente, há perda de consciência sendo confundidas com epilepsia generalizada (idiopática). Ainda que o estado epiléptico possa ser uma complicação de qualquer forma de epilepsia, parece haver uma predisposição particular em relação às convulsões resultantes da lesão frontal.
- **Cortex temporal**: sintomatologia alucinatória muito complexa.

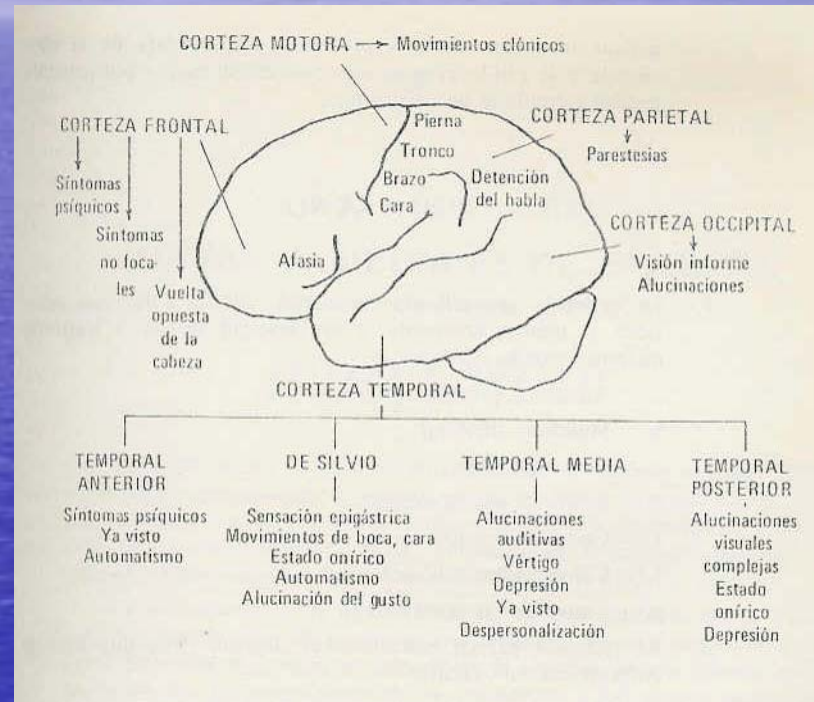
- **Crises parciais com sintomatologia elementar**
 - ✓ Crises motoras: Jacsonianas, adversivas, de linguagem
 - ✓ Crises sensoriais ou sensitivas: somato-sensitivas; visuais; auditivas; olfactivas; gustativas.
 - ✓ Crises vegetativas: digestivas; peso epigástrico; hipersalivação.
- **Crises parciais com sintomatologia complexa**

As mais frequentes são as derivadas da epilepsia temporal, cujos sintomas principais são:

 - ✓ Automatismo
 - ✓ Aura abdominal
 - ✓ Alucinações (olfactivas, auditivas, gustativas...)
 - ✓ Transtornos mnésicos
 - ✓ Estados oniroides
 - ✓ Transtornos afectivos

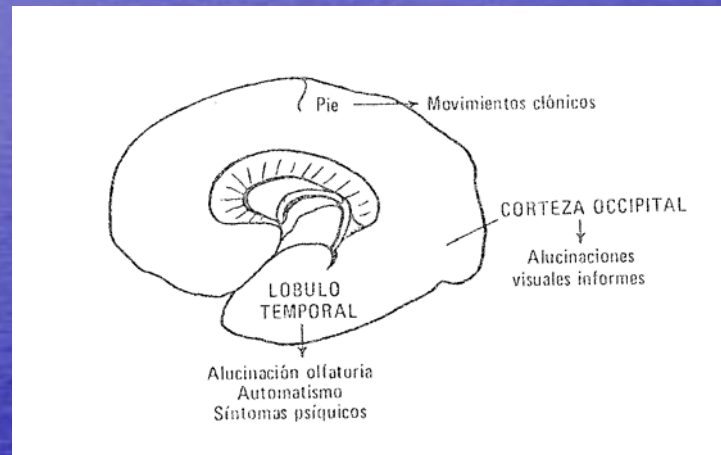
Epilepsia Parcial (Cortical, Sintomática)

Epilepsia



Epilepsia Parcial (Cortical, Sintomática)

Epilepsia



	EPILEPSIA	HISTERIA
Aparecimento do ataque	Só ou acompanhado. De noite ou de dia	Geralmente acompanhado e relacionado com emoções
O ataque	Geralmente conforme um dos tipos clássicos	Frequentemente bizarro. Raro morder a língua
ASPECTO DURANTE O ATAQUE	Cianose ou palidez	Frequentemente sem qualquer modificação
Incontinência durante o ataque	Frequente	Muito rara
Reflexos corneanos durante o ataque	Ausentes	Presentes
Reflexos plantares	Frequentemente em extensão	Em flexão
E.E.G.	Potenciais anormais no ataque ou fora dele	O traçado pode ser anormal, mas sem características EPI

	Ataque Epiléptico Leve	Convulsão do lobo Temporal
Idade	Da infância aos 20 anos	Qualquer idade
Causa	Idiopática (constitucional) hereditária	Secundária a traumatismo, anóxia, infecção, tumor...
Frequência dos ataques	Numerosos ou muito numerosos	Menos frequente; se noturno pode não ser reconhecido
Manifestação pos-ictal	Nada	Frequente a confusão pós-ictal
EEG	Espiga simétrica bilateralmente sincrónica; actividade onda lenta	Frequente anomalia no lobo temporal
Outras investigações	Geralmente não indicadas	Imagiologia; EEG
Tratamento	Medicação anti-epiléptica adequada	Tratar a causa, se possível. Medicação anti-epiléptica

- *John M. Sutherland, Howard Tait, M. J. Eadie, Henry Miller*
- *Carlos Mota Cardoso*

F I M