

Crise epiléptica parcial complexa

Complex partial seizure

Amelia Galdina Matos¹; Bruna Vieira Andrade¹; Erica Araujo Santiago¹;
Gabriela Casanova Martins Dos Santos¹; Karina Noman Ferreira¹; Laisse Leite Ribeiro¹;
Larissa Fernanda de Araujo Freire¹; Polyana Aparecida Diniz¹; Alexandre Varella Giannetti²

RESUMO

A crise parcial complexa (CPC) é um tipo de crise epiléptica com atividade motora focal, acompanhada de comprometimento transitório da capacidade de manutenção de contato normal com o ambiente. Possui elevada incidência em adulto e amplo espectro clínico, desde fenômenos sensitivos, sensoriais, vegetativos e psíquicos até automatismos elementares e complexos. O diagnóstico depende da anamnese e, algumas vezes, do eletroencefalograma e da ressonância magnética encefálica. O tratamento usa anticonvulsivantes ou cirurgia. Esta revisão a respeito da CPC aborda suas características diagnósticas, de tratamento e prognóstico e alerta para seu desconhecimento e ou subvalorização.

Palavras-chave: Epilepsia; Epilepsia Parcial Complexa; Serviços Médicos de Emergência.

¹Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG, Médico neurocirurgião do Hospital das Clínicas da UFMG e dos Hospitais Mater Dei e Vera Cruz. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

The complex partial seizure (CPC) is a type of seizure with focal motor activity, accompanied by transient impairment of patient's ability to maintain normal contact with the environment. It has high incidence in adult and broad spectrum of clinical manifestations, which includes somatosensory, special sensory, psychic symptoms, as well as elementary and complex automatisms. The diagnosis most important step is the anamnesis. Investigations such as EEG and MRI may be helpful. The treatment can be performed with the use of anticonvulsants or surgery in selected cases. This article presents a literature review about the CPC, addressing their clinical presentation, workup, treatment and prognosis. The admission of patients with emotional and behavior changes in emergency departments is common, and lack of training of health professionals to recognize and deal with this cases makes the study of complex partial seizure really important.

Key words: Epilepsy; Epilepsy, Complex Partial; Emergency Medical Services.

INTRODUÇÃO

As crises parciais complexas (CPC) representam um tipo de crise epiléptica com atividade motora focal, acompanhada de comprometimento transitório de manutenção do contato normal com o ambiente.¹ É, muitas vezes, subvalorizada ou não diagnosticada.

A epilepsia, caracterizada por crises epilépticas recorrentes desencadeadas por algum processo subjacente crônico, é fenômeno clínico que afeta 0,8% da população.² É evento paroxístico devido a descargas anormais, excessivas e hipsincrônicas de grupo de neurônios do sistema nervoso central (SNC). Em 25% dos epilépticos observa-se epilepsia do lobo temporal², um subtipo de CPC que merece destaque pela ele-

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Gabriela Casanova Martins dos Santos
Av. Prof. Alfredo Balena, 190
Bairro: Santa Efigênia
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30130-100
E-mail: gabi.casanova@yahoo.com.br

vada incidência em adultos, com amplo espectro de manifestações clínicas. Essa diversidade semiológica decorre das múltiplas funções temporais como sede e fome, memória, aprendizagem, comportamento e sistema nervoso autônomo. A crise do lobo temporal pode apresentar, portanto, sintomatologia relacionada a essas funções, incluindo fenômenos sensitivos, sensoriais, vegetativos e psíquicos, automatismos elementares e complexos. Está associada, em adultos, a tumores, traumatismos crânio-encefálicos, malformações vasculares, encefalites e esclerose mesial temporal; e, em idosos, às doenças cérebro-vasculares.³

É fundamental que o médico conheça esse fenômeno clínico e suas manifestações, já que se associa a baixo rendimento escolar e laboral, estigma social, diminuição na qualidade de vida e que podem ser amenizados e muito melhorados com o tratamento correto.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A CPC é, muitas vezes, denominada epilepsia do lobo temporal, pois na maioria dos casos é onde se origina, embora possa ser extratemporal.

O centro anatômico e fisiológico responsável pelas diversas manifestações das crises temporais é o complexo amígdalo-hipocampal. A descarga epiléptica nessa região pode produzir ilusões e alucinações olfativas, visuais, auditivas ou afetivas. A propagação da descarga epiléptica com invasão de áreas de projeção desencadeia – a partir de crise inicialmente de sensopercepção – automatismo, seguido por amnésia, perda de contato consciente com o ambiente e movimentos repetitivos (principalmente orais e manuais). A projeção das descargas do núcleo amigdalóide para os centros reguladores hipotalâmicos e centros controladores do tronco explica as respostas vegetativas.² Os automatismos psicomotores são de observação relativamente frequente, podendo ser manifestações ictais ou pós-ictais. A aparência clínica da CPC pode incluir auras, em geral referidas como parestesias; manifestações de familiaridade (fenômeno de “*dejà vu*”) ou de estranheza (fenômeno de “*jamais vu*”); alucinações auditivas, olfativas ou visuais; e “*dreamy state*”. Segue-se por alteração da consciência, geralmente de curta duração, em que o paciente não obedece a comandos simples e não interage normalmente com o ambiente. O paciente executa, em concomitância, automatismos como movimentos dos lábios, de mastigação, vocalização, gestos manuais repetitivos, uso de palavras sem

sentido, afirmações sem nexo ou mesmo andar de um lado para o outro ou até realizar longos percursos a pé, atravessando ruas e desviando-se dos obstáculos com desenvoltura. O paciente pode, outras vezes, durante as crises de longa duração, realizar suas funções habituais com grande desempenho, mesmo que estas demandem tempo relativamente longo e sejam de alta complexidade. Os pacientes podem ser agressivos. Aos poucos ocorre retorno ao estado normal, restando apenas discreta confusão mental, em geral com amnésia lacunar do ocorrido.

A maioria dos automatismos e alterações da consciência parece ocorrer no período pós-ictal e são erroneamente descritos como parte do ictus.² Essa diferenciação pode ser difícil, pois muitas CPCs não apresentam alteração no eletroencefalograma (EEG). Dessa forma, uma manifestação psicomotora atribuída a uma CPC pode ter longa duração, representando um *estatus epiléptico* ou ser manifestação pós-ictal.

Associa-se, em geral, à alteração do comportamento emocional após a crise do lobo temporal. É comum ocorrer depressão ou ansiedade, com duração de minutos a horas. Muitos pacientes desenvolvem distúrbio emocional crônico. Pode haver, raramente, psicose pós-ictal, particularmente quando há disfunção temporal bilateral.²

É importante o seu diagnóstico diferencial com síncope, eventos cardiovasculares, isquemia cerebral transitória, narcolepsia, vertigem paroxística e migrânea.^{5,6} A sintomatologia indicadora de conversão (histeria) é representada por: sinais de ganho secundário, *la belle indifférence* (não se importa com sua situação), história de hipocondria e alterações que não seguem a lógica das vias neuroanatômicas. Deve ser destacado que em paciente com pseudocrise a avaliação de transtorno de personalidade ou processo de somatização conhecido é importante, entretanto, não é determinante do diagnóstico. É essencial a história atual e pregressa⁶, pois 20% dos pacientes com epilepsia refratária podem ter crise psicogênica não epileptiforme associada à crise epiléptica genuína.⁵

PROPEDEÚTICA

O diagnóstico da CPC depende da anamnese e de exames complementares, como o EEG, o vídeo EEG e a ressonância magnética. Deve-se também analisar o ionograma (incluindo cálcio e magnésio), glicose, além de hemograma e busca de drogas ilícitas. A

punção lombar somente deve ser realizada se houver suspeita de meningite ou encefalite.

TRATAMENTO

A terapêutica ainda é controversa diante de crise. Pode ser administrado, nesses casos, anticonvulsivante⁷, na dependência dos seus efeitos colaterais agudos e crônicos.

Em pacientes com crises anteriores, a terapia medicamentosa é mandatória, devido ao risco de recorrência após uma segunda crise. O arsenal de medicamentos disponíveis é muito grande, sendo que os mais comumente utilizados são carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, valproato, lamotrigina e topiramato.³

O tratamento cirúrgico oferece alta probabilidade de controle das crises em pacientes com tentativas frustradas de tratamento medicamentoso adequado, com 70 a 90% de bons resultados em relação às crises de esclerose hipocampal ou de lesão estrutural. Apesar da ressecção cirúrgica, os pacientes devem continuar usando medicamentos.

PROGNÓSTICO

Os fatores que aumentam o risco de recorrência depois da primeira crise incluem história pessoal de lesão cerebral significativa e familiar de crises epiléticas, alterações no EEG e anormalidade cerebral estrutural.

As crises são controladas com medicação em 80% dos epiléticos em geral e em 60% daqueles que possuem a forma do lobo temporal.

As complicações cirúrgicas ocorrem em menos de 5% dos casos e decorrem de: infecção meníngea ou ferida cirúrgica, lesões motoras ou campo visual ou redução de memória.

DISCUSSÃO

É frequente a admissão de pacientes com alterações emocionais e de comportamento nos serviços de urgência³, podendo ser o seu primeiro contato com o sistema de saúde. Se a CPC for erroneamente abordada como psicopatia, pode receber terapêutica inadequada por toda a vida.

CONCLUSÃO

A evolução da CPC nem sempre é reconhecida como manifestação epilética. Reconhecer as suas manifestações da CPC e seu diagnóstico diferencial é fundamental para que o seu diagnóstico seja definido adequadamente, pressuposto para a instituição de tratamento que permita a obtenção de melhoria da qualidade de vida e de seu prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Harrison TR, Fauci AS. Harrison medicina interna. 17th ed. Rio de Janeiro: McGraw – Hill; 2008.
2. Leung LS, Ma J, McLachlan RS. Behaviors induced or disrupted by complex partial seizures. *Neurosci Biobehav Rev.* 2000 Sep; 24(7):763-75.
3. Michael D. Privitera, MD, Jerzy P. Szaflarski, MD. Complex Partial Seizures in Adults: current treatment options in neurology. *Curr Sci.* 1999; 1:323-37.
4. Souza TAC, Valle V, Cristófoli V, Paglioli E. Epilepsia temporal: relato de caso. *Scientia Medica.* 2006 Abr/Jun; 16(2):86-91.
5. Kuyk J, Leijten F, Meinardt H, Spinhovens P, Van Dyck R. The diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures: a review. *Seizure.* 1997; 6:243-53.
6. Albert P, Aldenkamp T, Olaf G, Mulder T. Behavioural mechanisms involved in pseudoepileptic seizures: a comparison between patients with epileptic seizures and patients with pseudoepileptic seizures. *Seizure.* 1997; 6:275-81.
7. First Seizure Trial Group. Randomized clinical trial on the efficacy of antiepileptic drugs in reducing the risk of relapse after a first unprovoked tonic-clonic seizure. *Neurology.* 1993; 43:478-83.
8. Handforth A, DeGiorgio CM, Schachter SC, et al. Vagus nerve stimulation therapy for partial-onset seizures: a randomized active-control trial. *Neurology.* 1998; 51(1):48-55.
9. Yasuda CL, Tedeschi H, Oliveira EL, et al. Comparison of short-term outcome between surgical and clinical treatment in temporal lobe epilepsy: A prospective study. *Seizure.* 2006 Jan; 15(1):35-40.