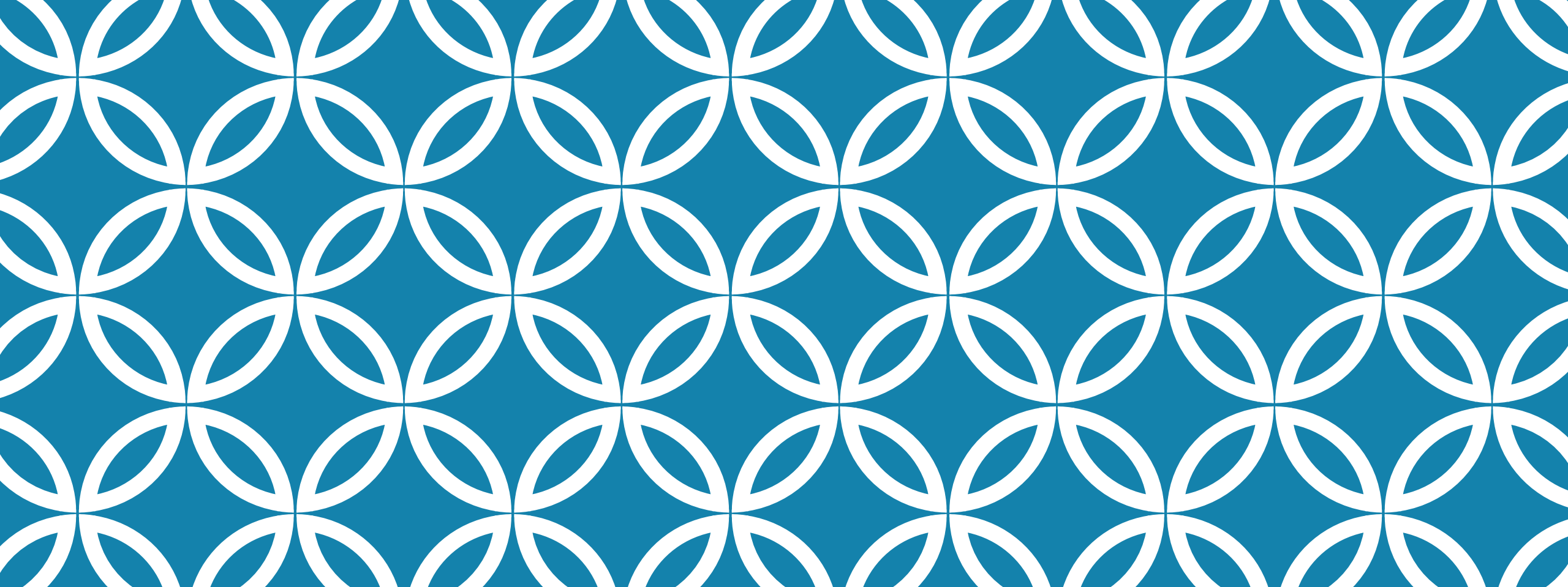


PLANO DE AULA		MÓDULO:	PERÍODO LETIVO: 2023/1
TEMA	EPILEPSIA SECUNDÁRIA		
CARGA HORÁRIA	2		
PROFESSOR (A)			
Sara Pessoa Oliveira			
OBJETIVO GERAL			
Explorar as causas, características clínicas, métodos diagnósticos e opções de tratamento da epilepsia secundária, fornecendo uma compreensão abrangente da condição.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS			
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender as causas subjacentes à epilepsia secundária. • Identificar as características clínicas distintivas da epilepsia secundária. • Conhecer os métodos diagnósticos utilizados para identificar as causas da epilepsia secundária. • Discutir as opções de tratamento e manejo para pacientes com epilepsia secundária. • Avaliar o impacto psicossocial e qualidade de vida dos pacientes com epilepsia secundária. 			
DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO			
<ul style="list-style-type: none"> • Aula Expositiva e Dialogada • Discussão de casos clínicos 			
Bibliografia Básica			
<ul style="list-style-type: none"> • Velasco, Irineu, T. et al. Medicina de emergência : abordagem prática. 16. ed. Santana de Parnaíba [SP] : Manole, 2022. • LOUIS, E. D. MAYER, S. A, ROWLAND, L. P. Merritt tratado de neurologia.13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Disponível na biblioteca virtual. • Tratado de neurologia da Academia Brasileira. 2. ed. – Rio de Janeiro : Elsevier, 2019.. 			



EPILEPSIA SECUNDÁRIA

Dra. Sara Pessoa
Neurologista

INTRODUÇÃO

Epilepsia é uma doença cerebral crônica caracterizada por uma predisposição sustentada a gerar crises epiléticas.

Pode ser primária (idiopática ou hereditária) ou secundária (adquirida).

Definição de epilepsia (International League Against Epilepsy – ILAE)

Ao menos duas crises epiléticas não provocadas (ou reflexas), ocorrendo em intervalo superior a 24 horas

Uma crise não provocada (ou reflexa) e uma probabilidade de crises subsequentes que seja semelhante ao risco geral de recorrência após duas crises não provocadas, ocorrendo nos próximos 10 anos (pelo menos 60%)

Diagnóstico de uma síndrome epilética conhecida

CRISE PROVOCADA

Crise provocada é aquela gerada por uma disfunção aguda e habitualmente transitória do cérebro, provocada por um fator não intrinsecamente neurológico.

Tem fator causal identificável, que pode ser uma condição clínica ou sistêmica.

As crises provocadas têm risco quase nulo de recorrer, desde que o fator causal seja resolvido e não recorra.

CRISES PROVOCADAS

Principais causas clínicas

- Alterações eletrolíticas (Na, Ca, P e Mg)
- Hipoglicemia, hiperglicemia não cetótica
- Alterações metabólicas: uremia, síndrome do desequilíbrio na diálise, insuficiência hepática
- Sepses ou infecções de focos não neurológicos
- Abstinência a álcool e drogas (benzodiazepínicos e barbitúricos)
- Abuso de drogas lícitas e ilícitas (anfetaminas, cocaína)
- Medicamentos

CRISES PROVOCADAS

Valores de corte propostos nas alterações hidroeletrolíticas e metabólicas mais frequentes

Parâmetro	Valor de corte
Glicemia	< 36 ou > 450 mg/dL
Sódio	< 115 mg/dL
Cálcio	< 5,0 mg/dL
Magnésio	< 0,8 mg/dL
Creatinina	> 10 mg/dL

CRISES PROVOCADAS

Medicações que potencialmente podem reduzir limiar convulsivo

- Analgésicos: tramadol, fentanil
- Antibióticos: carbapenêmicos, cefalosporinas, isoniazida, penicilina
- Antidepressivos: amitriptilina, bupropiona
- Antipsicóticos: haloperidol, clorpromazina, olanzapina, clozapina
- Quimioterápicos: metotrexate, clorambucil, vincristina
- Broncodilatadores: aminofilina, teofilina
- Simpatomiméticos: efedrina, terbutalina
- Anestésicos locais: lidocaína, bupivacaína

CRISE SINTOMÁTICA AGUDA

É a crise gerada por uma lesão neurológica aguda, que ocorre nos primeiros 7 dias de instalação da afecção.

Pode ser atribuída a uma patologia de instalação essencialmente aguda (ex.: hematoma subdural) ou durante um período de atividade de doença em curso (ex.: neuroinfecções).

As crises sintomáticas agudas guardam baixo risco de recorrência, sendo esse estimado em 3 a 10%, segundo estudos populacionais e metanálises.

CRISE SINTOMÁTICA AGUDA

Principais causas de crise sintomática aguda

Hemorragia cerebral

Traumatismo cranioencefálico

Isquemia cerebral

Meningoencefalite

Abscessos cerebrais

Infecções parasitárias

Trombose venosa cerebral

Síndrome da encefalopatia posterior reversível

Encefalites inflamatórias ou imunomediadas

Anóxia cerebral

CRISE SINTOMÁTICA REMOTA

Crise gerada a partir de uma lesão cerebral antiga, sequelar, que leva à ocorrência de uma crise epiléptica tardiamente (classicamente, considera-se após 7 dias da lesão).

Nesse caso, considerando que não houve outros fatores predispondo à crise e que o paciente apresenta lesão encefálica estabelecida, o **risco de recorrência é alto** e, portanto, ele se enquadrará no **diagnóstico de epilepsia**.

CRISE SINTOMÁTICA REMOTA

Principais causas de crise sintomática remota

- Sequela de isquemia cerebral
- Sequela de hemorragia cerebral
- Traumatismo cranioencefálico prévio, com lesão sequelar no parênquima cerebral
- Neurocirurgia prévia com área de encefalomalacia
- Sequela de infecções do sistema nervoso central

RISCO DE RECORRÊNCIA DAS CRISES

Etiologia	Sintomática Aguda	Sintomática Remota
AVC	33,0%	71,5%
TCE	13,4%	46,6%
Infecção do SNC	16,6%	63,5%

INVESTIGAÇÃO

- Exames laboratoriais
- Exames de neuroimagem
- Eletroencefalograma
- Avaliação do líquido cefalorraquidiano

EXAMES LABORATORIAIS

- Glicemia
- Eletrólitos: sódio, magnésio, cálcio e fósforo
- Hemograma
- VHS e PCR
- Ureia e creatinina
- TGO, TGP, amônia
- Gasometria
- CPK
- HIV e outras sorologias
- Pesquisas de doenças autoimunes (FAN, anticardiolipina, anticoagulante lúpico etc.)
- Toxicologia

NEUROIMAGEM

Exames de neuroimagem fazem parte da investigação de toda primeira crise epiléptica.

A **tomografia computadorizada** (TC) do crânio é o exame mais acessível, de rápida execução e deve ser realizado em todos os pacientes.

O uso de contraste é recomendado, quando não houver contraindicações. Alguns dados clínicos devem ser observados, pois fazem aumentar a suspeição de uma lesão cerebral aguda.

NEUROIMAGEM

A **ressonância** é importante principalmente nas crises de início focal ou quando não houver causa identificada (crises espontâneas).

Na maioria dos casos, poderá ser feita em nível ambulatorial, como parte da investigação de um possível diagnóstico de epilepsia.

Se ainda houver suspeita de lesão neurológica aguda como fator causal para a primeira crise, após uma TC de crânio normal, o paciente deve ser submetido à RM ainda no contexto de urgência, em âmbito hospitalar.

LESÃO NEUROLÓGICA AGUDA

Fatores de risco

- Febre Imunodeprimido (HIV, transplantado, uso de corticosteroide)
- História de TCE
- Anticoagulação
- História de neoplasia
- Sinais neurológicos focais ou fundo de olho com sinais de papiledema
- Crises com manifestação motora focal
- Alteração do nível de consciência
- Cefaleia persistente
- Idade > 40 anos

CAUSAS DE EPILEPSIA ESTRUTURAL IDENTIFICADAS POR RM

- Displasias corticais focais
- Esclerose de hipocampo
- Malformações do desenvolvimento cortical (polimicrogiria, lisencefalia, heteropia nodular periventricular)
- Neoplasias de sistema nervoso central (p. ex., gliomas de baixo grau, hamartoma hipotalâmico)
- Esclerose tuberosa

ELETRONEUROGRAMA

É um exame que avalia a atividade elétrica cerebral e por isso faz parte da avaliação de uma primeira crise epiléptica.

Estima-se que 23% dos exames de EEG feitos após primeira crise são anormais e, se realizados nas primeiras 24 a 48 h após o evento, até 70% serão anormais.

Um resultado normal de EEG não exclui que o paciente tenha apresentado ou venha a apresentar novas crises, bem como não exclui um diagnóstico de epilepsia se houver essa suspeita clínica.

ELETOENCEFALOGRAMA

Anormalidades não epileptiformes:

- Alentecimento da atividade de base, descrito como surtos de ondas lentas ou desorganização da atividade elétrica cerebral.

Anormalidades epileptiformes:

- Paroxismos epileptiformes: ondas agudas, espículas, ondas lentas agudizadas, complexos de espícula-onda, ritmo rápido etc.).

ELETROENCEFALOGRAMA

No contexto da primeira crise, o EEG pode contribuir para:

- Classificar as crises (focal vs. generalizada), quando a história clínica não foi suficientemente esclarecedora.
- Identificação de síndromes epiléticas específicas (principalmente as epilepsias generalizadas idiopáticas da infância e adolescência, que têm achados típicos de EEG).
- Estimar o risco de recorrência, já que um EEG alterado confere maior risco de recorrência após uma primeira crise (útil para decisão terapêutica).

EXAME DO LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO

A punção lombar para coleta do LCR deve sempre ser considerada na investigação de um paciente com primeira crise.

É **obrigatória se houver suspeita de infecção de SNC**, neoplasia e em pacientes com imunossupressão.

Nos casos de primeira crise, o LCR só deverá ser coletado após o exame de imagem.

Em situações em que não há causa definida para a crise, o exame do LCR também poderá ser útil.

REFERÊNCIA

Velasco, Irineu, T. et al. [Medicina de emergência : abordagem prática](#). 16. ed. Santana de Parnaíba [SP] : Manole, 2022.

LOUIS, E. D. MAYER, S. A, ROWLAND, L. P. [Merritt tratado de neurologia](#). 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Disponível na biblioteca virtual.

[Tratado de neurologia da Academia Brasileira](#). 2. ed. – Rio de Janeiro : Elsevier, 2019.

OBRIGADA
