

# EPILEPSIAS

L. A. Bacheschi \*

A importância do estudo da epilepsia para o neurologista depende, basicamente, de sua elevada incidência dentro da especialidade, tanto em seu consultório como em ambulatórios de instituição de assistência médica. É expressivo assinalar que no ambulatório da Clínica Neurológica da FMUSP, 30% dos pacientes que o procuram apresentam manifestações epiléticas.

Para o médico em geral, entretanto, sua importância deriva de aspectos outros tão importantes como a incidência. Assim o dramático início súbito e o quadro chocante das manifestações epiléticas conferem historicamente, desde os tempos bíblicos, a identificação da epilepsia com muitos estigmas e mesmo maldição. Essa lamentável herança histórica é responsável pelo absurdo de se observar, ainda nos tempos de hoje, parcela razoável da população (não somente aquela de menor nível sócio-cultural) que considera a epilepsia como uma doença incurável, incapacitante e vergonhosa, identificando-a muitas vezes como sinônimo de retardo mental, idiotia ou insanidade.

Nesses aspectos apresentados, talvez resida a importância do médico em geral. Apoiado no conhecimento da doença, deve procurar esclarecer seus clientes ou todos aqueles que o cercam, destruindo esses tabus e incompreensões.

## FISIOPATOLOGIA

As manifestações epiléticas decorrem de uma descarga ou sucessão de descargas neuronais excessivas, que podem ocorrer em múltiplas estruturas encefálicas e obedecer a situações condicionantes e causais as mais diversas (Barraquer-Bordas).

Para melhor compreensão será adotada a interpretação, simplificada e facilmente compreensível de Marques-Assis: "As células cerebrais exteriorizam sua funcionalidade por atividade elétrica rítmica, que corresponde à despolarização periódica de suas membranas. Essa atividade se exprime por variações do potencial elétrico, que podem ser registradas pelo médico electroencefalográfico. O funcionamento dos milhões de célu-

las nervosas desenvolve uma atividade elétrica da ordem de apenas milionésimos por volt. Esse potencial é assim diminuto porque são infinitesimais os potenciais de cada unidade celular e porque os neurônios descarregam de maneira assíncrona: seus potenciais não chegam a somar-se e se dispersam no tempo. Uma das características do funcionamento do cérebro normal é, portanto, a assincronia da descarga de suas células; a outra característica é a ritmicidade. "A manifestação fisiopatológica fundamental da descarga epilética é representada por um potencial maior e de rápida duração, produzido por um grupo de neurônios que descarrega assincronicamente de uma forma anormal e excessiva"

Pode-se observar que essa descarga anormal e excessiva caracteriza-se pela rapidez de sua duração e, dependendo de sua intensidade, pode propagar-se numa extensão variável a partir do grupo neuronal que a desencadeou. Teoricamente, tal descarga pode originar-se em qualquer agrupamento neuronal do SNC, embora o cortex cerebral seja uma área de maior predileção. A alteração no ritmo cerebral normal provocada por essa descarga, a sua rápida duração e sua eventual recorrência justificam a denominação de Lennox de "disritmia paroxística".

Nesse ponto, já é possível compreender que uma descarga neuronal excessiva num determinado ponto e sua propagação para áreas vizinhas do córtex cerebral pode provocar manifestações clínicas relacionadas à estimulação dessas áreas. Isto seria similar, como é de conhecimento notório, ao fato experimental de serem provocados atos motores ou sensações das mais diversas ao serem estimuladas áreas específicas do córtex cerebral. Assim, se essa descarga anormal ocorrer na área motora, provocará um fenômeno motor no segmento orgânico a ela relacionado. Ele terá início e fim súbito, totalmente independente do controle voluntário. A mesma descarga em área visual provocará, súbita e rapidamente, uma percepção visual anormal, também independente da vontade do indivíduo; este mesmo fenômeno,

\* Professor Assistente Doutor da Disciplina de Neurologia da FMUSP (Prof. H. M. Canelas).

que é paroxístico e eventualmente recorrente, poderá ocorrer em qualquer outra área sensitiva, sensorial ou mesmo visceral.

É importante assinalar que tais fenômenos dependentes de descargas localizadas (ou focais) não acontecem com plena consciência do indivíduo e, portanto, não são passíveis de controle voluntário. Entretanto, talvez a manifestação clínica mais comum nas epilepsias seja a perda temporária da consciência. Outro fenômeno frequente é o acontecimento bilateral e síncrono que ocorre nas crises convulsivas generalizadas e que pode se seguir a uma manifestação focal ou independêr da presença desta.

Apenas sob ponto de vista teórico, deveria existir uma estrutura ou conjunto de estruturas, de localização mediana, onde uma descarga anormal aí provocada pudesse se propagar simétrica e sincronicamente para ambos os hemisférios cerebrais, provocando a crise convulsiva generalizada. Da mesma forma tal estrutura ou estruturas deveriam, de alguma forma, estar relacionadas aos mecanismos de manutenção da consciência para justificar o seu comprometimento. A necessidade de explicação desses fenômenos originou o conceito de **sistema centrencefálico**. Este sistema, quando estimulado, provocaria perda de consciência e propagação difusa e síncrona das descargas anormais para ambos os hemisférios.

Embora de conceituação teórica, o sistema centrencefálico deve incluir a formação reticular mesencefalodiencefálica, fundamental na manutenção da consciência vigil, e o sistema inespecífico talâmico, que, intimamente relacionado à formação reticular, projeta-se difusamente em quase todo o córtex cerebral de ambos os hemisférios.

É possível compreender então, adotando-se o conceito de sistema centrencefálico, os seguintes fenômenos:

- a) quando ocorre descarga anormal nesse sistema, existe perda súbita de consciência;
- b) se a intensidade da descarga for suficiente, ela se propagará para ambos os hemisférios provocando uma crise convulsiva generalizada;
- c) se em qualquer ponto do córtex cerebral ocorrer uma descarga anormal de intensidade suficiente, ela poderá atingir o sistema centrencefálico e provocar, secundariamente, uma crise convulsiva generalizada.

Todas estas possibilidades podem ser observadas no electroencefalograma, e serão ilustradas no capítulo correspondente.

## ETIOPATOGENIA

Uma vez apresentadas noções muito gerais da fisiopatologia das epilepsias, é im-

portante assinalar que os mecanismos fisiopatológicos íntimos da produção da descarga anormal pelos neurônios ainda não são totalmente conhecidos. Pode-se afirmar que a descarga de um neurônio é controlada por mecanismos inibidores e facilitadores de outros neurônios que a ele se relacionam sinápticamente. Assim qualquer condição que comprometa esses sistemas inibidores poderá ocasionar o comportamento epiléptico desse neurônio. Esta situação pode ser causada por uma extensa relação de processos lesionais e distúrbios metabólicos que ocorram em qualquer período da vida. Na fase intrauterina e perinatal, inúmeros processos patológicos podem causar danos cerebrais responsáveis por epilepsia manifesta já ao nascimento, na infância, e mesmo na idade adulta. A anóxia por trauma de parto constitui o exemplo mais representativo dessa fase. Nos diversos períodos da vida, infecções, traumas, tumores, distúrbios vasculares, intoxicações, distúrbios metabólicos, entre outros, alinham-se entre causas potenciais.

Estas considerações permitem compreender porque a epilepsia pode representar, fundamentalmente, manifestação dos mais variados processos etiológicos. Tradicionalmente classificavam-se as epilepsias em sintomática (lesional ou orgânica) e em idiopática (essencial, criptogenética). O conceito desta última, é claro, representando o desconhecimento da causa desencadeante. O aprimoramento dos métodos diagnósticos tende a reduzir cada vez mais a participação percentual deste segundo tipo.

Em relação à hereditariedade, pode-se afirmar que é inegável a existência de predisposição hereditária em algumas famílias, principalmente nas formas essenciais; entretanto, em termos absolutos, a hereditariedade apresenta pouca importância no conjunto global das epilepsias. O próprio aprimoramento dos métodos de investigação, cada vez mais demonstra processos lesionais, passíveis de explicar a doença sem necessidade de se recorrer a predisposição genética.

## QUADRO CLÍNICO

O aspecto fundamental na análise das manifestações clínicas da epilepsia são seus aspectos quanto à início súbito, caráter transitório e eventual recorrência.

A descrição pormenorizada das manifestações clínicas e das formas clínicas particulares de epilepsia necessitaria de um espaço muito maior. Ela pode ser encontrada em qualquer livro de texto e foge do plano deste trabalho. O mesmo pode-se dizer das classificações, sobretudo a atualmente adotada pela Liga Internacional Contra a Epilep-

sia, extensa e muito particularizada, que eventualmente poderá ser consultada a critério do leitor.

## DIAGNÓSTICO

É fundamental no diagnóstico da epilepsia a história clínica; ela deve ser precisa na descrição das manifestações clínicas, na sua periodicidade e nas condições de aparecimento. O interrogatório deve ser preciso no sentido de serem encontrados processos etiológicos progressos ou concomitantes. O exame clínico e o exame neurológico se revestem da mesma importância, embora frequentemente sejam normais.

Em relação aos exames complementares, o electroencefalograma é seguramente o mais importante.

O exame radiológico simples do crânio, pela facilidade de realização, é também exame habitual. Frequentemente recorre-se ao exame do líquido cefalorraqueano, na dependência de dados da história e dos exames complementares anteriores.

Obviamente, dependendo de suspeitas etiológicas derivadas da história e exames já citados, uma gama enorme de outros procedimentos pode ser solicitada sempre com a preocupação fundamental de se iniciar com os mais inócuos. Merece menção especial a tomografia computadorizada, recen-

temente introduzida em nosso meio, que, pela sua inocuidade e fidelidade de resultados, seguramente criará novas perspectivas no conhecimento da etiopatogenia da epilepsia.

## TRATAMENTO

Escapam a este estudo as considerações sobre o tratamento medicamentoso e sobre o eventual tratamento cirúrgico. Todavia alguns aspectos gerais devem ser mencionados.

Seguramente, um dos aspectos mais importantes do tratamento é a orientação adequada do paciente e da família. O médico deve, inicialmente: procurar desmistificar as conotações preconceituais da palavra Epilepsia; demonstrar que o distúrbio depende de fenômenos orgânicos bem definidos; insistir quanto à possibilidade de uma vida normal com raras e pequenas restrições que devem ser minimizadas. Nunca se deve restringir a atividade intelectual; os exercícios físicos devem ser recomendados, desde que não haja excessos, bem como atividades esportivas, com raras exceções.

É óbvio que pacientes com crises muito frequentes e de difícil controle sofrerão naturalmente maiores restrições, mas tais pacientes representam minoria pouco expressiva.