

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

O SIGNIFICADO DE "DISRITMIA CEREBRAL" NUM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORES:
GEORGE HAMILTON PEREIRA
ARNO DAVI ANDERMANN

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1991

O SIGNIFICADO DE "DISRITMIA CEREBRAL" NUM HOSPITAL UNIVERSITARIO*

AUTORES:

George Hamilton Pereira**

Arno Davi Andermann**

ORIENTADORES:

Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt***

Dr. Li Li Min****

Dr. Li Shih Min*****

- * - Trabalho apresentado na 12ª Fase do Curso de Graduação em Medicina
- ** - Alunos do Curso de Graduação de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina
- *** - Médico e professor da disciplina de Neurologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
- **** - Médico residente do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
- ***** - Médico do Hospital Homero de Miranda Gomes de São José - Grande Florianópolis

SUMARIO

1. Resumo.....	04
2. Abstract.....	05
3. Introdução.....	06
4. Métodos.....	07
5. Resultados.....	08
6. Discussão.....	14
7. Referências Bibliográficas.....	16

RESUMO

O Significado de "Disritmia Cerebral" num Hospital Universitário

"Disritmia cerebral" (DC) é um diagnóstico com alta prevalência no Brasil. DC é uma expressão amplamente usada por diferentes médicos para diagnosticar distintas desordens neuropsiquiátricas. Esta condição, entretanto, está envolta em controvérsias, pois os critérios clínicos usados pelos vários médicos para defini-la são bem diferentes. O rótulo DC utilizado em nosso meio é ilustrativo disso, sendo empregado em pacientes com neurose, psicose, enxaqueca, retardo mental, disfunção cerebral mínima, alteração comportamental benigna, demência e principalmente epilepsia. O diagnóstico de DC é comumente "confirmado" pelo eletroencefalograma e usualmente o "tratamento" é a administração crônica de fenobarbital através de muitos anos. O objetivo deste estudo foi procurar o significado de DC junto aos médicos trabalhando num Hospital Universitário. Os resultados evidenciaram que a maioria destes médicos tem um baixo nível de informação sobre epilepsia, o que é similar a população em geral. DC é uma expressão abominável que promove significativa iatrogenia em nosso meio.

ABSTRACT

The meaning of "cerebral dysrhythmia" at an University Hospital

"Cerebral dysrhythmia" (CD) is a diagnosis with high prevalence in Brazil. CD is an expression widely used by several physicians to diagnose distinct neuropsychiatric disorders. This condition, however, is surrounded by controversy as the clinical criterias used by various doctors to define it are quite different. The conditions under this label include patients with neurosis, psychosis, migraine, mental retardation, dementia and mainly epilepsy. the CD's diagnosis is commonly "confirmed" by an EEG and usually the "treatment" is the chronic administration of phenobarbitone through many years. The aim of this study was to assess the meaning of CD among doctors working at an University Hospital. It showed us that the majority of these doctors working in an University enviroment have a low level of information on epilepsy which is similar to the general population's. CD is an abominable expression that promotes significant iatrogeny in our society.

INTRODUÇÃO

"Disritmia cerebral" (DC) é um termo inespecífico amplamente divulgado por médicos e leigos para definir diferentes entidades clínicas (e.g. epilepsia, enxaquecas, neurose, distúrbios comportamentais, etc) e anormalidades inespecíficas do eletroencefalograma (EEG) sem tradução clínica.

Os pacientes que recebem tal diagnóstico são vítimas de diferentes terapêuticas, entretanto, drogas anti-epilépticas (especialmente fenobarbital) são as mais comumente empregadas e, geralmente, utilizadas por muitos anos após o diagnóstico ter sido estabelecido.

O objetivo desse estudo é avaliar o que os médicos do Hospital Universitário, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, pensam sobre esse conceito tão arraigado na classe médica em contraposição a escassez de trabalhos publicados na literatura científico-médica sobre tal.

MÉTODOS

Foram entregues protocolos sobre o estudo para os médicos de diferentes especialidades que trabalhavam no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis, Santa Catarina (Brasil) durante o primeiro semestre de 1991. Desse protocolo (vide anexo), elaborado pelos autores, constavam resumidamente os seguintes aspectos:

1. Cabeçalho com os objetivos do estudo, ressaltando a seriedade do mesmo e a preservação de identidade do médico.
2. Identificação do médico, guardando sigilo quanto ao nome do mesmo.
3. Sintoma(s) sugestivo(s) de DC: epilepsia, desmaio, retardo mental, etc.
4. Confirmação diagnóstica de DC: clínica, EEG, angiografia cerebral, etc.
5. Faixa etária de maior incidência: 1 ano, 1 -|10 anos, 10 -|20 anos, 20 -|30 anos, + 30 anos.
6. Tratamento recomendado: benzodiazepínicos, barbitúricos, fenitoína, etc.
7. Tempo que manteria o tratamento: 6 meses -|1 ano, 1 -|2 anos, 2 -|3 anos, 3 -|6 anos, pelo resto da vida.
8. Se o médico teve ou tinha DC: caso a resposta fosse positiva, ele responderia novamente os itens 3, 4, 6 e 7.

Os autores entregaram os protocolos pessoalmente aos médicos, solicitando que os mesmos respondessem por ocasião da entrega para que não pudessem consultar outros colegas médicos ou literatura especializada sobre o assunto. Embora o protocolo fosse auto-explicativo, durante a entrega enfatizamos os objetivos, a seriedade e o sigilo do estudo, esclarecendo as dúvidas e os questionamentos que, eventualmente, surgissem até o ponto de não induzir as respostas pelo esclarecimento. As questões do protocolo foram de múltipla escolha e, além de oferecermos o tempo que julgássem necessário para respondê-lo, também proporcionamos aos médicos oportunidade de fazer por escrito todo tipo de observação ou crítica sobre o assunto.

RESULTADOS

Dos 172 médicos lotados no HU (médicos residentes, professores e médicos contratados), no primeiro semestre de 1991, 89 pertencem ao grupo clínico, 44 ao cirúrgico, 19 ao pediátrico e 20 a outros. Sendo que 99 (57,6%) responderam ao protocolo: 49 (55%) clínicos, 27 (61,3%) cirurgiões, 15 (79%) pediatras e oito (40%) outros (Tabela 1). Foram excluídos 4 (3 clínicos e 1 cirurgião) por não explicitar o tempo após a formação.

TABELA 1
Número de Respostas ao Protocolo de Estudo em
Relação ao Total de Médicos do HU, por Grupo

GRUPOS	TOTAL DE MÉDICOS	Nº DE RESPOSTAS	%
Clínico	89	49	55
Cirúrgico	44	27	61,3
Pediátrico	19	15	79
Outros (radiologia, patologia e anestesiologia)	20	08	40
TOTAL	172	99	57,6

Quando questionados sobre o sintoma mais sugestivo de DC, a maioria dos médicos do HU referiu crises epilépticas (55 respostas), seguido de dificuldades de aprendizado (29) e alteração comportamental episódica (28), como demonstra a Tabela 2. Questionados sobre outros sintomas, houveram algumas respostas isoladas como: ausência, convulsão, neurose, hiperatividade, irritabilidade.

Segundo os médicos do HU dentre os meios de confirmação de DC, o EEG obteve mais respostas (67), seguido da observação clínica (48). Vide Tabela 3.

Quanto ao tratamento de DC, um maior número de médicos do HU optou por barbitúricos (40 respostas), seguidos de apoio psicológico (24), fenitoína (17) e valproato de sódio (12). Outros tratamentos citados incluem carbamazepina (Tabela 4).

Com relação ao tempo de tratamento de DC, os médicos do HU optaram principalmente por tratar pelo resto da vida (20 respostas). Vide Tabela 5.

TABELA 2 Frequência de respostas dos grupos médicos do HU de acordo com o período pós graduação para os sintomas mais sugestivos de DC;

Grupos	Clínico				Cirúrgico				Pediátrico		Outros				Total	
	5*	2*	5*	5*	2*	5*	5*	10*	2*	5*	2*	5*	5*	10*		
Sintomas	≤2>	2≤5>	5≤10>	10>	≤2>	2≤5>	5≤10>	10>	≤2>	2≤5>	5≤10>	10>	≤2>	2≤5>	5≤10>	10>
Crises Epiléticas	3	1	1	18	4	2	2	9	3	7			1	4		55
Desmaios				7	1		1	1	1						2	13
Retardo Mental									1						1	2
Demência					1											1
Dificuldade no aprendizado			2	10	4	2	2	4	1	2			1	1		29
Labilidade Emocional		1	4		1	1	1	1		2	1	1	1			14
Alteração Comportamental Episódica	1		1	10	1	2	2	3	1	2	1	1	2	1		28
Psicose																
Depressão				2												2
Total	4	1	5	51	12	7	8	18	7	13	2	3	5	8		144

* n° de médicos que não sabiam responder

* n° de médicos que referiram não existir DC

TABELA 3 Frequência de respostas dos grupos médicos do HU de acordo com o período pós graduação para os meios diagnósticos de DC:

Grupos	Clínico				Cirúrgico				Pediátrico		Outros				Total		
	4*	2*	5*	5*	2*	5*	5*	10*	2*	5*	2*	5*	5*	10*			
Diagnóstico	≤2	>2≤5	>5≤10	>10	≤2	>2≤5	>5≤10	>10	≤2	>2≤5	>5≤10	>10	≤2	>2≤5	>5≤10	>10	
Clínica	1	3	11		5	2	2	9	3	7			1	1	3		48
EEG	5	1	2	19	5	4	3	11	3	6			1	1	2	4	67
Angiografia Cerebral									1								1
Tomografia Computadorizada de crânio				1							1						2
Ressonância Nuclear Magnética				1													1
Tomografia por emissão de Pósitrons																	
Total	6	1	5	32	10	6	5	20	7	14			2	2	2	7	119

* nº de médicos que não sabiam responder
 * nº de médicos que referiram não existir DC

TABELA 4 Frequência de respostas dos grupos médicos do HU de acordo com o período pós graduação para os tratamentos de DC:

Grupos	Clínico				Cirúrgico				Pediátrico		Outros				Total		
	5*	2*	5*	4 ^o	2 ^o				*	*	° °						
Tratamento	≤2>	2≤5>	5≤10>	10	≤2>	2≤5>	5≤10>	10	≤2>	2≤5>	5≤10>	10	≤2>	2≤5>	5≤10>	10	
Benzodiazepínicos	1		1	2											1	5	
Barbitúricos	1		1	9	4	1	1	10		3	6			1	3	40	
Fenitoína	2	1		7	2	1		1		2	1					17	
Valprato de Sódio	1			5	2	2					2					12	
Antidepressivo Tricíclico								1								1	
Eletrochoque																	
Cirurgia Cerebral				1												1	
Apoio psicológico	2		2	4	3	1	1	5		1	2		1	1	1	24	
Nenhuma das acima	2			1						1	1					5	
Outras (Carbamazepina)				1							1					2	
Total	9	1	4	30	11	5	2	17		7	13		1	1	1	5	107

nº de médicos que não sabiam responder
nº de médicos que referiram não existir DC

TABELA 5 Frequência de respostas dos grupos médicos do HU de acordo com o período pós graduação para o tempo de tratamento de DC:

Grupos	Clínico				Cirúrgico				Pediátrico		Outros			Total			
	1*	2*	3*	4*	1*	2*	3*	4*	1*	2*	1*	2*	3*				
Tempo de tratamento	≤2>	2≤5>	5≤10>	10>	≤2>	2≤5>	5≤10>	10>	≤2>	2≤5>	5≤10>	10>	≤2>	2≤5>	5≤10>	10>	
mes→ 1ano			4		3		2			1						10	
→ 2anos	1		2		2	1	1	4		2		1				14	
→ 3anos		1	2		2		1	3		2	2			2		15	
→ 6anos	1		1	2					1					1		6	
elo resto a Vida	1		1	8	2			3		2			1	1	1	20	
Total	3	1	2	18	6	4	2	12		3	7		1	1	2	3	65

nº de médicos que não sabiam responder
nº de médicos que referiram não existir DC

DISCUSSÃO

Etimologicamente, a palavra ritmo provém dos termos "r(h)ytimus", latim ou "rhythμός", grego, significando: "movimento regulado e compassado, cadência, medida", e relaciona-se com o verbo grego "rhein", fluir, correr. O prefixo "dis", na sua origem latina, significa separação, movimento para os diversos lados, negação; na sua origem grega, dificuldade, privação. Na sua origem etimológica, portanto, disritmia é o que não flui ou privação de movimento regulado e compassado.²

A atividade elétrica cerebral foi inicialmente estudada de forma independente através do EEG pelos fisiólogos Caton na Inglaterra, em 1875, e Beck na Polônia, em 1890, ambos aplicando a teoria da eletrofisiologia dos nervos periféricos para explicar os fenômenos elétricos observados em cérebro de animais. Foi em 1929 que o psiquiatra alemão Hans Berger fez os primeiros registros da atividade elétrica do cérebro no homem, descrevendo em seus trabalhos o ritmo alfa (chamado ritmo de Berger) que não foram muito bem aceitos em sua época, pois se acreditava que os oscilantes potenciais por ele registrados, tão rítmicos, eram um artifício de técnica. Posteriormente, Adrian e Mattheus (1934) e Adrian e Yamagiwa (1935) utilizando equipamentos mais elaborados, foram os primeiros em demonstrar que os trabalhos de Berger eram certos e que o ritmo alfa se originaria das áreas posteriores do cérebro.³

Gibs, Gibs e Lennox (1937) foram que, pela primeira vez, estabeleceram a relação entre os achados de EEG e as manifestações clínicas de epilepsia, definindo epilepsia como disritmia cerebral paroxística.⁴ Foi então a partir desse clássico trabalho publicado por Gibs, Gibs e Lennox, em 1937, que o termo DC ficou conhecido e se estendeu no meio científico e leigo. Talvez a divulgação mercadológica da eletroencefalografia nos congressos, conferências e palestras, usando sempre o termo disritmia para definir o grafoelemento que não correspondesse ao normal, pudesse ter contribuído decisivamente para isso.

Apesar de oficialmente proscrito pela Academia Brasileira de Neurologia, pela Sociedade Brasileira de

Eletroencefalografia e Neurofisiologia Clínica e pela Liga Brasileira de Epilepsia¹, observamos com o presente estudo que o termo DC continua sendo usado para definir diferentes entidades clínicas, principalmente epilepsia, dificuldades no aprendizado, alteração comportamental episódica, entre outros. Para tais "diagnósticos", os meios mais utilizados foram o EEG e a observação clínica.

O perigo da utilização do termo disritmia está vinculado a sua inespecificidade, já que engloba entidades clínicas com etiologia, prognóstico e terapêutica diferentes. O maior problema provém, entretanto, de que tal conduta leva a prescrição de terapia anti-epiléptica principalmente com barbitúricos, como verificado nesse trabalho. Isso, além de constituir erro diagnóstico, conduz a iatrogenias muitas vezes irreparáveis: pacientes vítimas de síncope ou crises enxaquecosas em uso crônico de drogas anti-epilépticas, bem como crianças com distúrbios comportamentais sendo "tratadas" com barbitúricos;⁵ denotando que quem as prescreve superestima seu potencial terapêutico ao mesmo tempo que subestima sua neurotoxicidade, nada desprezível.

Como observamos, a terapêutica para DC preconizada variava desde manejos clínicos à intervenção cirúrgica. O pior é que a maioria dos médicos optou pelo tratamento indefinidamente, o que nos dá a idéia de que disritmia é uma entidade de evolução crônica e, na concepção de muitos, incurável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BITTENCOURT, P. R. M. Disritmia cerebral, termo maldito. Jornal da Sociedade Brasileira Eletroencefalografia e Neurofisiologia Clínica (ISBENC), Ano III, n. 9, Abril, maio e junho de 1985.
2. CALEFFI, G. H. Existe disritmia cerebral? Jornal da Sociedade Brasileira de Eletroencefalografia e Neurofisiologia Clínica (ISBENC), Ano II, n. 6, julho, agosto e setembro de 1986.
3. DELAMÓNICA, E. A. Parte II. El electroencefalograma normal. Electroencefalografia, Segunda Edición, Libreria "El Ateneo" Editorial, Buenos Aires, Argentina, p. 87-130, 1984.
4. GIBBS, F. A., GIBBS, E. L. and LENNOX, W. G. Epilepsy: A paroxysmal cerebral dysrhythmia. Brain, part 4, v. 60. December 1937.
5. SANDER, J. W. A. S., TREVISOL, P. C. B., OXLEY, J. R. Epilepsia como condição desabilitante. Arq. Cat. Med., v. 15, n. 1, p. 13-18, março de 1986.

DISRITMIA CEREBRAL (DC)

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina

Este trabalho tem por objetivo o estudo do tema disritmia cerebral em virtude da escassez de estudos similares na literatura científico-médica.

Todos os colaboradores receberão os resultados ao seu término e gostaríamos de ressaltar o TOTAL SIGILO COM RELAÇÃO À IDENTIDADE DO PARTICIPANTE.

Antecipadamente agradecemos a atenção e colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento.

Doutorandos: George e Arno

Orientadores: Prof. Dr. Paulo C. Trevisol Bittencourt
Residente de Clínica Médica Li Li Min

Idade: _____ Sexo: () Masc. () Fem. Especialidade _____
_____ Ano encerrou a graduação: 19__

01. Qual(ais) do(s) sintoma(s) abaixo você considera mais sugestivo de DC:

- () Crises epilépticas
- () Desmaios
- () Retardo mental
- () Demência
- () Dificuldade no aprendizado
- () Labilidade emocional
- () Alteração comportamento episódica
- () Psicose
- () Depressão
- () Outros. Quais? _____

02. O diagnóstico de DC é confirmado por:

- Clínica
- Eletroencefalograma
- Angiografia cerebral
- Tomografia computadorizada de crânio
- Cintilografia cerebral
- Ressonância nuclear magnética
- Tomografia por emissão de pósitrons
- Outros. Quais? _____

03. Faixa etária de maior incidência da DC:

- 1 ano
- 1 ano- 10 anos
- 10 anos- 20 anos
- 20 anos- 30 anos
- +30 anos

04. Qual o tratamento que você recomendaria:

- Benzodiazepínicos (valium, rivotril, urbanil, frisium, outros)
- Barbitúricos (gardamal), luminal, edhanol, comital)
- Fenitoína (hidantal, epelin)
- Valproato de sódio (depakenc, valpakene, valprin)
- Antidepressivo tricíclico (tryptanol, ludionil, tofranil, outros)
- Eletrochoque
- Cirurgia cerebral
- Apoio psicológico
- Nenhuma das acima
- Outros. Quais? _____

05. Por quanto tempo você manteria o tratamento:

- 6 meses- 1 ano
- 1 ano - 2 anos
- 2 anos - 3 anos
- 3 anos - 6 anos
- Pelo resto da vida

VI. Você já teve ou tem DC:

- Sim Não

Descrever a manifestação clínica:

- Crises epiléticas
 Desmaios
 Retardo mental
 Demência
 Dificuldade no aprendizado
 Labilidade emocional
 Alteração comportamental
 Psicose
 Depressão
 Outros. Qual? _____

Citar qual(ais) exame(s) complementar(es) realizado(s):

- Eletroencefalograma
 Angiografia cerebral
 Tomografia computadorizada de crânio
 Cintilografia cerebral
 Ressonância nuclear magnética
 Tomografia por emissão de pósitrons
 Outros. Quais? _____

Citar o(s) tratamento(s) recebido(s):

- Benzodiazepínicos (valium, rivotril, urbanil, frisium, outros)
 Barbitúricos (gardenal, luminal, adhanol, comital)
 Fenitoína (hidantal, epelin)
 Valproato de sódio (depakene, valpakene, valprin)
 Antidepressivo tricíclico (tryptanol, ludiomil, tofranil, outros)
 Eletrochoque
 Cirurgia cerebral
 Apoio psicológico
 Nenhuma das acima
 Outros. Quais? _____

Citar quanto tempo em tratamento:

- 6 meses - 1 ano
 1 ano - 2 anos
 2 anos - 3 anos
 3 anos - 6 anos
 Em tratamento

255

ERRATA

MÉTODOS

1º§ 2ª linha- onde se lê: osmédicos, leia-se os médicos.

2º§ 6ª linha- onde se lê: dúvidos, leia-se dúvidas.

RESULTADOS

4º§ 3ª linha- onde se lê: volproato de sódio, leia-se valproato de sódio.

Tabela 2- onde se lê: lobilidade emocional, leia-se labilidade emocional.

Tabela 4- onde se lê: valorato de sódio, leia-se valproato de sódio.

Tabela 5- onde se lê: 6 mes, leia-se 6 meses.

Nos cabeçalhos das tabelas 2, 3, 4 e 5 o período pós graduação deve ser considerado em anos.

**TCC
UFSC
CM
0255**

N.Cham. TCC UFSC CM 0255
Autor: Pereira, George Ha
Titulo: O significado de "disritmia cere



972816231

Ac. 253439

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM