

BMJ Best Practice

Visão geral do transtorno convulsivo

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Introdução	3
Doenças	4
Recursos online	6
Referências	7
Aviso legal	9

Introdução

Uma convulsão é definida como "uma ocorrência temporária de sinais e/ou sintomas decorrentes de atividade neuronal excessiva ou síncrona anormal no cérebro".[1] A epilepsia é considerada uma doença cerebral definida por uma das seguintes condições:[1] [ILAE: EpilepsyDiagnosis.org]

1. Pelo menos 2 convulsões não provocadas (ou reflexas) ocorrendo com um intervalo mínimo de >24 horas
2. Uma convulsão não provocada (ou reflexa) e possibilidade de futuras convulsões semelhantes ao risco de recorrência geral (de pelo menos 60%) após 2 convulsões não provocadas, ocorrendo nos próximos 10 ano
3. Diagnóstico de uma síndrome epiléptica.

As crises epiléticas podem ser classificadas como de início focal, generalizado ou desconhecido, com subcategorias de ausência motora, não motora, com consciência mantida ou comprometida para convulsões focais.[2] [3]

Doenças

◇ Estado de mal epiléptico

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Estado de mal epiléptico](#)

Afecção neurológica que oferece risco de vida, definida como atividade convulsiva contínua ou convulsões repetitivas com duração de 5 minutos ou mais sem recuperação da consciência. O estado de mal epiléptico (EME) convulsivo generalizado, em seus subtipos sutil ou observável, constitui a variante mais frequente. O reconhecimento é crucial, pois o término rápido ajuda a prevenir lesões cerebrais graves, especialmente em pacientes com comprometimento da consciência. O tratamento envolve uma abordagem escalonada de medicamento a fim de interromper as convulsões clínicas e eletrográficas.

◇ Convulsões generalizadas em adultos

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Convulsões generalizadas em adultos](#)

As convulsões generalizadas (crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas [CCTCG]) classicamente envolvem perda de consciência e um enrijecimento tônico fásico dos membros, seguido por contrações involuntárias clônicas repetitivas. Esse tipo de crise é característico da epilepsia tipo grande mal (que geralmente é precedida de aura/sintomas premonitórios). A maioria das CCTCGs são autolimitadas sem intervenção. O eletroencefalograma (EEG) mostra atividade epileptiforme bissincrônica em ambos os hemisférios cerebrais.[4] A CCTCG ocorre em muitos tipos diferentes de epilepsia. Agentes antiepilépticos são o tratamento primário para todos os tipos.[5] [6]

◇ Convulsões generalizadas em crianças

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Convulsões generalizadas em crianças](#)

Convulsões generalizadas recorrentes são comuns na infância e são denominadas epilepsia. Os fatores de risco incluem predisposição genética ou história familiar, história de convulsão febril,[7] história perinatal anormal (por exemplo, asfixia),[8] distúrbios metabólicos/neurodegenerativos, trauma cranioencefálico ou anormalidades estruturais do sistema nervoso central (SNC). O eletroencefalograma (EEG) é o teste diagnóstico padrão e tomografia computadorizada/ressonância nuclear magnética de crânio também podem ser úteis.[9] As principais opções de tratamento dependerão da síndrome epiléptica, mas incluem anticonvulsivantes, dieta cetogênica, estimulação do nervo vago ou medidas referentes ao estilo de vida.[10]

◇ Convulsões febris

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Convulsões febris](#)

Convulsões na infância, geralmente ocorrendo entre 3 meses e 5 anos de idade,[11] [12] associadas à febre alta, mas sem evidência de infecção intracraniana ou de causa definida. O diagnóstico é clínico, com a realização de punção lombar para excluir meningite ou encefalite, em caso de suspeita clínica.[13] As convulsões febris são, em sua maioria, autolimitadas.

◇ Crises de ausência

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Crises de ausência](#)

Caracterizadas pela interrupção abrupta de atividade e responsividade, movimentos mínimos associados, episódios de olhar fixo, sem aura/estado pós-ictal e com duração de 5 a 10 segundos, várias vezes por dia. Outros aspectos incluem automatismos (piscar de olhos, desvio ocular para cima, estalar dos lábios, movimentos estereotípicos/repetitivos com as mãos, andar em círculos), início na infância e queda no desempenho escolar. As crises de ausência típicas podem ser precipitadas por hiperventilação e fotoestimulação. O eletroencefalograma (EEG) é o exame definitivo. A maioria das crises de ausência típica responde à medicação, e a epilepsia do tipo ausência da infância (EAI) tende a remitir na fase adulta. As crises de ausência típicas na EAI, na epilepsia de ausência juvenil (EAJ) e na epilepsia mioclônica juvenil (EMJ) são tratadas com anticonvulsivantes.^[14] As crises de ausência atípica tendem a ser refratárias a medicamentos e associadas a retardo mental.

◇ Convulsões focais

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Convulsões focais](#)

As crises focais (parciais) são manifestações elétricas e clínicas de atividade epiléptica que se origina de uma parte do cérebro. O eletroencefalograma (EEG) indicará uma descarga local sobre a área de início. O lobo temporal é a área mais comum de início de crises focais, mas elas podem surgir de qualquer lobo. A consciência pode ser preservada nas crises focais (crises conscientes focais) ou podem incluir perda de memória durante o evento clínico ou perda da consciência (crises focais de consciência comprometida). Crises focais podem ocasionar convulsões generalizadas secundárias. A monoterapia com medicamentos antiepiléticos é o tratamento inicial preferido.

◇ Espasmos infantis

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Espasmos infantis](#)

Síndrome epiléptica que tipicamente se apresenta na infância, com etiologia variável. O EEG demonstra a hirsarritmia como um padrão característico, embora não esteja universalmente presente em todos os momentos. As opções de tratamento incluem terapia hormonal (hormônio adrenocorticotrópico [ACTH] ou corticosteroides) ou vigabatrina.^[15]

◇ Avaliação de síncope

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação de síncope](#)

A distinção entre síncope e crise epiléptica pode, às vezes, ser desafiadora. Contorções e espasmos são frequentemente observados na síncope vasovagal ou cardíaca, podendo ser diferenciados do espasmo rítmico de todos os membros nas convulsões tônico-clônicas. A perda de controle do intestino e da bexiga, comumente observada nas convulsões, é rara durante a síncope. A confusão pós-ictal é um dos principais fatores que diferenciam as convulsões.^[16]

Recursos online

1. [ILAE: EpilepsyDiagnosis.org](http://ILAE:EpilepsyDiagnosis.org) (*external link*)

Artigos principais

- Fisher RS, Cross JH, French JA, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58:522-530. [Texto completo](#)
- Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, et al. ILAE classification of the epilepsies: position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58:512-521. [Texto completo](#)
- Subcommittee on Febrile Seizures. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011;127:389-394. [Texto completo](#)

Referências

1. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55:475-482.
2. Fisher RS, Cross JH, French JA, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58:522-530. [Texto completo](#)
3. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, et al. ILAE classification of the epilepsies: position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58:512-521. [Texto completo](#)
4. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia*. 2010;51:676-685.
5. Bergey GK. Evidence-based treatment of idiopathic generalized epilepsies with new antiepileptic drugs. *Epilepsia*. 2005;46(suppl 9):161-168.
6. French JA, Kanner AM, Bautista J, et al. Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs I: treatment of new-onset epilepsy. *Epilepsia*. 2004;45:401-409. [Texto completo](#)
7. Vestergaard M, Pedersen CB, Sidenius P, et al. The long-term risk of epilepsy after febrile seizures in susceptible subgroups. *Am J Epidemiol*. 2007;165:911-918. [Texto completo](#)
8. Daoud AS, Batieha A, Bashtawi M, et al. Risk factors for childhood epilepsy: a case-control study from Irbid, Jordan. *Seizure*. 2003;12:171-174.
9. Gaillard WD, Chiron C, Cross JH, et al; ILAE, Subcommittee for Pediatric Neuroimaging. Guidelines for imaging infants and children with recent-onset epilepsy. *Epilepsia*. 2009;50:2147-2153. [Texto completo](#)
10. Hirtz D, Berg A, Bettis D, et al. Practice parameter: treatment of the child with a first unprovoked seizure. *Neurology*. 2003;60:166-175. [Texto completo](#)

11. Millichap JG. The definition of febrile seizures. In: Nelson KB, Ellenberg JH, eds. Febrile seizures. New York, NY: Raven Press; 1981.
12. Millichap JG, Madsen JA, Aledort LM. Studies in febrile seizures V: a clinical and electroencephalographic study in unselected patients. *Neurology*. 1960 Jul;10:643-53.
13. Subcommittee on Febrile Seizures. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011;127:389-394. [Texto completo](#)
14. Glauser TA, Cnaan A, Shinnar S, et al. Ethosuximide, valproic acid, and lamotrigine in childhood absence epilepsy. *N Engl J Med*. 2010;362:790-799. [Texto completo](#)
15. Go CY, Mackay MT, Weiss SK, et al. Evidence-based guideline update: medical treatment of infantile spasms. Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2012;78:1974-1980. [Texto completo](#)
16. Huff JS, Decker WW, Quinn JV, et al. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with syncope. *Ann Emerg Med*. 2007;49:431-444.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.