

**Autor:** Dr. Marco Aurélio Smith Filgueiras (Professor da disciplina de Neurologia da UFPB)

**Veiculação:** Jornal do CRM-PB Nº 62 - Março/Abril 2005

O CRM em convênio com a UFPB e prefeituras, atendendo o desejo da classe médica de algumas cidades do interior da Paraíba, vem já há algum tempo realizando cursos de reciclagem, levando professores do Campus I para esses locais para dar palestras, conversar, debater com os médicos, enfim atualizá-los nas mais diversas especialidades.

O Jornal do CRM também resolveu colaborar nesse projeto de Educação Continuada. Sempre que possível será apresentado artigos ou matérias de interesse científico ou social ou entrevistas com aqueles professores. Estamos realizando agora com o Professor da Disciplina de Neurologia da UFPB, prof. Marco Smith uma entrevista sobre Epilepsia, tema que tem evoluído muito rapidamente e a categoria médica como um todo, inclusive os próprios neurologistas não acompanharam essas mudanças. J.CRM – O que realmente é Epilepsia?

Prof. Marco Smith - Existem muitas definições, uma delas a mais simples e mais prática que serviria até para pessoas leigas, seria: “uma espécie de descarga elétrica nos neurônios cerebrais provocadas por neurotransmissores excitatórios que é sentida pelo nosso organismo em forma de crises epiléticas convulsivas (convulsão significa abalos/contrações musculares vigorosas em todo o corpo) ou não (sem estes abalos)”. Só podemos afirmar que uma pessoa é portadora de epilepsia se suas crises convulsivas ou não, são repetidas, se são abruptas, se são espontâneas e autolimitadas. Autolimitadas, porque passado o evento epilético, o indivíduo volta ao seu estado de plena normalidade.

Sem estas condições não podemos diagnosticar epilepsia. É por isso que não se deve tratar uma crise única, devemos avaliar, analisar, procurar a causa. Tem muita gente por aí que sofreu uma síncope neurocardiogênica ou até mesmo por hipoglicemia, tomando medicação

antiepiléptica desnecessariamente.

Já que falei em crises convulsivas, aproveito a ocasião, para tirar algumas dúvidas que temos observado que a grande maioria dos colegas tem. Existem muitos tipos diferentes de crises epiléticas, não se sabe ainda quantos.

Poderíamos estimar, se levarmos em conta a classificação internacional, em termos mínimos, cerca de umas vinte, e na outra ponta da escala, umas trinta formas diferentes. É que existem as ainda não classificadas. Mas, apenas uma delas, podemos afirmar que é “convulsão” é a Crise Generalizada Tônico-Clônica (CGTC), antigamente conhecida como Grande Mal (GM), a única que faz as pessoas leigas pensarem em epilepsia. Todas as demais são crises epiléticas, apenas.

Tornou-se até um vício de linguagem, os colegas usarem “convulsão”, como sinônimo de epilepsia. Convulsão não é sinônimo de epilepsia. Convulsão é apenas, como já expliquei acima, um único tipo de crise epilética. Um erro até certo ponto muito repetido, e que gostaria que fosse de uma vez por todas corrigido, é sobre a crise de AUSÊNCIA. Antigamente chamada Pequeno Mal (PM), a AUSÊNCIA, não apresenta abalos ou movimentos de contração musculares, apenas uma desconexão temporária com o meio ambiente, portanto não podemos nos referir a ela como “convulsão”. Até mesmo a crise motora focal ou parcial, não é convulsiva, de acordo com a definição de convulsão que escrevemos no início desta questão.

J.CRM - Escuta-se muito falar na palavra “disritmia”. Tem algum sentido seu uso?

Prof. Marcos Smith - Disritmia significa distúrbio do ritmo, qualquer ritmo, seja ele cardíaco (arritmias), intestinal (ritmo peristáltico, que quando está aumentado, por exemplo, pode até provocar diarreia), do sono, que altera o ciclo vigília-sono provocando insônia, etc. Temos todos o direito de falar em disritmia cerebral. Só que, seu uso tem outra finalidade, é a de encobrir a verdade.

Disritmia é empregada, com displicência ou pelo receio ou temor, de se falar na palavra epilepsia, o que contribui infelizmente para propagar ainda mais o preconceito. Portanto um vocábulo preconceituoso, que não deveria nem existir. Não faz falta, apenas complica. O hipertenso não teme em dizer que sofre de hipertensão, o diabético não esconde para ninguém que é vítima de diabetes, porque então evitar falar que é portador de epilepsia?

J.CRM - Professor, o senhor tem algumas recomendações, algumas regras ou dicas, a dar para seus ex-alunos, que estão em pleno exercício profissional, seus alunos atuais, aos seus colegas de especialidade, enfim para os médicos de uma maneira geral, para conduzir melhor seus pacientes?

Prof. Marcos Smith - Tenho sim. Fico muito feliz e agradeço a vocês essa oportunidade em contribuir com a educação, que é base de tudo. Realmente a educação deve ser um processo contínuo. Precisamos todos, de alguém mais bem informado para nos orientar sempre, nos chamar a atenção. Os trabalhos científicos, aí estão para nos ensinar como devemos diagnosticar e tratar as pessoas enfermas. Aqui vão algumas regras de boa conduta, pelo respeito que todos nós temos com o nosso paciente, a principal razão da nossa vida profissional:

01. Estude epilepsia, hoje em dia uma especialidade dentro da Neurologia. Conheça os diversos tipos de crise, antes de lidar com ela.

02. Tenha paciência em colher uma boa história. Escute seu paciente e seus familiares ou se preciso, uma testemunha ocular.

03. Faça um diagnóstico diferencial exaustivo. Tenha sempre em mente que síncope neurocardiogênica e síncope hipoglicêmica entre inúmeras outras causas, podem ser confundidas com crise epiléptica.

04. Encaminhe seu cliente para outro colega mais habilitado, caso sinta dificuldades.

05. Só medique se tiver certeza que é epilepsia. Não trate pelo simples fato de apenas medicar, às vezes até sob pressão de familiares. Evite tratar de imediato a primeira crise. Procure investigar sua causa antes. Alertamos que ser médico, não se resume ao tratamento de sintomas apenas.

06. Evite o preconceito, fale do problema com naturalidade e segurança. Mas para isso é necessário conhecimento. Não tenha receio de dizer ao seu paciente ou a seus familiares, que ele sofre de epilepsia.

07. Evite recomendações esdrúxulas, principalmente em se tratando de adolescentes, pois é muito provável que sua crise seja apenas ocasional. É desnecessário, por exemplo, proibi-lo de tomar café, coca-cola, de dormir tarde, de jogar futebol, andar de bicicleta, etc. O adolescente sentirá sua insegurança e não te obedecerá, pior ainda ele não retornará mais a você, e procurará outro especialista. Oriente-o para repor suas energias, se alimentando melhor, inclusive ingerindo mais glicose. Lembramos que o cérebro aceita melhor uma hiperglicemia moderada do que uma hipoglicemia mínima.

08. Não prescreva Fenobarbital a crianças e idosos, porque poderá em alguns casos, provocar efeitos adversos tais como distúrbios do comportamento, e sintomas de demência no idoso.

09. Na suspeita de AUSÊNCIA, não administre carbamazepina ou fenitoina, pois podem exacerbar as crises.

10. Dê preferência a monoterapia. Começar com doses menores e ir aumentando progressivamente até o controle da situação. Se atingir a dose máxima e não obtiver resultado, aí sim, é que se deve associar uma outra droga, ou seja, deve-se optar pela politerapia. Mais de duas drogas são quase sempre desnecessárias.

11. Nunca retire um medicamento antiepiléptico (devemos usar a palavra antiepiléptico e nunca

anticonvulsivante), subitamente ou troque-o por outro intempestivamente. Você poderá provocar o estado de mal epilético, que é uma URGÊNCIA e só tratável em UTI, podendo levar ao óbito. Não fique retirando e substituindo medicação.

12. É imprescindível ter sempre em mente a interação medicamentosa, com outros fármacos antiepilépticos ou com outras medicações. Aliás, em qualquer distúrbio ou doença em Medicina, deve-se sempre levar isso em conta