

Crises Epilépticas são eventos clínicos que refletem disfunção temporária de um conjunto de neurônios dentro de redes limitadas a um hemisfério cerebral (crises focais), ou rede neuronal mais extensa envolvendo simultaneamente os dois hemisférios (crises generalizadas).

Os sintomas de uma crise epiléptica dependem das partes do cérebro envolvidas na disfunção por exemplo:

. **Crise tonico-clonico-generalizada**, seria a crise convulsiva mais conhecida pelas pessoas e é identificada popularmente como "ataque epiléptico". Nesse tipo de crise a pessoa pode cair ao chão, apresentar contrações musculares em todo o corpo, mordedura da língua, salivação intensa, respiração ofegante e às vezes, até urinar.

. **Crises de "ausência"** é conhecida como "desligamentos" mais comuns em crianças em idade escolar. A pessoa fica com o olhar fixo, perde contato com o meio por alguns segundos. Por ser de curtíssima duração, muitas vezes não é percebida pelos familiares e/ou professores.

. **Crises mioclônicas:** crises tipo "choques" nos membros que ocorrem geralmente ao acordar de manhã cedo e que quando repetidas podem culminar com uma convulsão.

. **Crises atônicas:** caracterizadas como "crises de quedas" com o corpo totalmente amolecido.

. **Crise parcial (ou focal) complexa:** tipo de crise que se manifesta como se a pessoa estivesse "alerta" mas não tem controle de seus atos, fazendo movimentos automaticamente. Durante esses movimentos automáticos involuntários, a pessoa pode ficar mastigando, falando de modo incompreensível ou andando sem direção definida.

. **Crises parciais ou focais simples:** podem provocar percepções visuais ou auditivas estranhas, sintomas motores ou sensitivos, ou, ainda, alterações transitórias da memória.

Epilepsia é uma doença cerebral definida por: pelo menos duas crises epilépticas não provocadas (ou reflexas) com intervalo maior que 24 horas; e/ou uma crise não provocada (ou reflexas) e probabilidade de recorrência de nova crise em 60%; e/ou diagnóstico de uma síndrome epilética.

A epilepsia é muito frequente. Entre cada cem pessoas, uma a duas tem epilepsia. Estima-se que ao redor do mundo 50 milhões de pessoas tenha epilepsia ativa, ou seja, esteja em tratamento ou tenha tido crises no último ano.

É um distúrbio do cérebro que se expressa por crises epilépticas repetidas sem fator agudo desencadeante, ou seja, é uma tendência da pessoa a ter crises epilépticas.

As epilepsias apresentam uma grande variedade de etiologias (causas), e na maioria das vezes, são multifatoriais. Portanto, a investigação das causas subjacentes deve ser individualizada, e dependerá do contexto clínico, sobretudo do tipo de síndrome, idade, tipos de crises, presença ou não de atraso mental, doenças associadas, entre outros fatores.

Dentro da classificação quanto a etiologia (causas), a proposta atual da International League Against Epilepsy (ILAE), recomenda-se o uso dos termos: genético, estrutural, metabólico, e causas desconhecidas.

Durante a investigação dois exames são muito importantes: o eletroencefalograma (EEG) e a neuroimagem com

Ressonância Magnética.

O EEG que pode ser realizado durante o período interictal (entre as crises) ou ictal (registro de crises). Os achados de descargas epileptiformes podem ser localizado (focal) ou generalizado, e tais anormalidades ajudam a definir a classificação de crises e síndromes epiléticas. Um traçado de EEG normal não afasta o diagnóstico de epilepsia.

Exames de neuroimagem devem ser sempre indicados, para investigação das causas, principalmente em pacientes com alteração focal do exame neurológico.

Os principais diagnósticos diferenciais das crises epiléticas são: síncope (desmaios), ataques isquêmicos transitórios (AIT), distúrbios de movimento (tiques, coréia, discinesias paroxísticas...), amnésia global transitória, Vertigem, Enxaqueca, distúrbios psiquiátricos, quadros confusionais, distúrbios de sono, crises não epiléticas psicogênicas.

O tratamento medicamentoso com fármacos antiepiléticos deve ser individualizado, levando-se em conta o risco de recorrência das crises. A escolha da medicação deve ser baseada conforme tipo de crise, comorbidades e disponibilidade das medicações.

Estudos apontam que após uma primeira crise não provocada, o risco de recorrência varia de 27% a 81%, sendo maior nos primeiros dois anos. Os principais fatores de risco de recorrência são história de lesão neurológica prévia, deficiência cognitiva, EEG com atividade epileptiforme, alterações nos exames de neuroimagem e crise noturna.

O Prognóstico depende, da etiologia e diagnóstico sindrômico. Cerca de 60% dos pacientes ficam livres de crise após um ou dois esquemas de tratamento com drogas antiepiléticas, e menos de 10% responderão a tentativas subsequentes de tratamento.

Tratamento cirúrgico ou outras alternativas de tratamento (dieta cetogênica, neuroestimuladores...) são reservados para determinadas epilepsias com crises refratárias.