

ANEXO I: ESTADO DE MAL EPILEPTICO, CLASSIFICAÇÕES EEG e CLÍNICA

EEG:

A- EM convulsivo (a principal manifestação clínica é motora)

A.1. EM convulsivo generalizado tónico-clónico

A.2. Epilepsia parcial contínua

A.3. **Outros** - EM convulsivo generalizado mioclónico, tónico ou clónico

B- EM não convulsivo (a principal manifestação clínica não é motora)

B.1. no doente vigil

B.1.1. **EM generalizado/ausência** (típica, atípica e de novo de início tardio)

B.2.2. EM parcial complexo

B.3.3. EM parcial simples

B.2. no doente em coma

B.2.1. **EM subtil** – evolução de EM convulsivo generalizado

B.2.2. **EM no doente em coma** sem EM convulsivo prévio.

Nota 1: O EME é uma condição dinâmica que evolui ao longo do tempo, assim pode existir inicialmente um EM convulsivo generalizado que evolui para EM não convulsivo subtil, ou, um EM com início focal pode rapidamente generalizar, quer do ponto de vista clínico, quer electroencefalográfico.

Nota 2: Não são consideradas nestas recomendações os EM apenas electrográficos.

Clínica:

A- EM convulsivo

A.1. EM convulsivo generalizado tónico-clónico

Crises TCG mantidas ou repetidas sem recuperação do estado de consciência, durante pelo menos 5 minutos; a actividade rítmica tónico-clónica é habitualmente típica.

Associa-se raramente a epilepsias generalizadas idiopáticas. Frequentemente corresponde a uma generalização secundária.

A.2. Epilepsia parcial contínua

Clonias focais, mantidas durante pelo menos 30 minutos, sem alteração do estado de consciência, com ou sem marcha Jacksoniana

A.3. Outros - EM convulsivo generalizado mioclónico, tónico ou clónico

Crises generalizadas mioclónicas, tónicas ou clónicas, mantidas ou repetidas sem recuperação do estado clínico de base, durante pelo menos 30 minutos.

O EME generalizado tónico ou clónico “puro” é raro.

O EME generalizado mioclónico é raro nas epilepsias generalizadas idiopáticas, mas pode ocorrer na epilepsia mioclónica juvenil.

Mais frequentemente ocorre nas epilepsias mioclónicas progressivas, no síndrome de Dravet e na epilepsia mioclónico-astática.

A presença de mioclonias após uma anóxia cerebral difusa é frequentemente de natureza não epilética.

B- EM não convulsivo

B.1. no doente vigil

B.1.1. EM generalizado/ausência

Estado confusional, lentificação psico-motora, alteração do estado de consciência, alteração do comportamento, alterações motoras discretas (pestanejo, mioclonias,...). Existe um largo espectro de gravidade, desde formas muito discretas até alterações severas.

O EM ausência típica ocorre em doentes com epilepsias generalizadas idiopáticas, tem habitualmente um início e fim abruptos e responde bem às benzodiazepinas ev.

O EM ausência atípica associa-se habitualmente a encefalopatias epiléticas, o início e fim podem ser insidiosos e responde mal ou pode até agravar com benzodiazepinas ev.

O EM ausência de novo de início tardio pode ocorrer em doentes com ou sem história de epilepsia de ausências na infância, tem um início abrupto e relaciona-se geralmente com a toxicidade ou privação de fármacos psicotrópicos. Responde bem as benzodiazepinas ev e não necessita de terapêutica crónica.

B.1.2. EM parcial complexo

Clinicamente pode ser muito semelhante ao EM ausência: estado confusional, lentificação psico-motora, alteração do estado de consciência, alteração do comportamento, alterações motoras discretas (automatismos, mioclonias, ...).

Existe também um largo espectro de gravidade, desde formas muito discretas até alterações severas. Pode haver um início mais gradual, começando por uma aura mantida ou repetida. Os lóbulos mais frequentemente envolvidos são o lobo temporal e o frontal.

B.1.3. EM parcial simples

Aura de qualquer tipo mantida, ou déficit focal mantido, sem alteração do estado de consciência

B.2. no doente em coma

B.2.1. **EM subtil** – evolução de EM convulsivo generalizado - a principal manifestação clínica é a alteração do estado de consciência, podendo ou não ser evidentes alterações motoras discretas (mioclonias faciais, no tronco ou nos membros, desvio ocular mantido, movimentos oculares nistagmóides, ...).

B.2.2. **EM no doente em coma**, sem EM convulsivo prévio conhecido, a principal manifestação clínica é a alteração do estado de consciência, podendo ou não ser evidentes alterações motoras discretas (mioclonias faciais, no tronco ou nos membros, desvio ocular sustentado, movimentos oculares nistagmóides, ...)