Casos clínicos

Epilepsia na gestação

Discussão de casos · ambulatório e plantão

Caso 1| 'Quero engravidar ano que vem'

Aline, 27 anos, farmacêutica, GO.

Epilepsia mioclônica juvenil desde os 15 anos. Usa valproato 500 mg 12/12 h; sem crises há 3 anos. Última consulta com neurologista há 2 anos. Veio ao ginecologista 'para tirar o anticoncepcional'.
Usa pílula combinada (30 µg EE) há 8 anos. Nega outras doenças. IMC 24, PA 110/70. Já ouviu que 'remédio de epilepsia dá má-formação' e cogita parar o valproato por conta própria quando o teste der positivo.
Pergunta: 'Posso engravidar com esse remédio? Preciso de ácido fólico? Dá para parar a pílula hoje?'



O que fazer antes de ela suspender a pílula? Trocar o valproato? Quanto de ácido fólico, desde quando?

Resolução do caso 1

Planejamento pré-concepcional é a consulta mais importante da epilepsia na gestação — e ela começa mantendo a pílula.

Valproato: maior risco entre os anticonvulsivantes: malformações em ~10% (EURAP; dose-dependente, pior > 1.100 mg/dia), defeito de tubo neural, queda de QI e autismo. Deve ser trocado ANTES da concepção, com o neurologista — nunca suspenso por conta própria.

Trocar por: lamotrigina ou levetiracetam (malformações ~2–3%, próximo da população geral). Na mioclônica juvenil o levetiracetam costuma ser a melhor troca (lamotrigina pode piorar mioclonias). Monoterapia, menor dose eficaz; 6–12 meses sem crise antes de liberar a gestação.

Ácido fólico: 4–5 mg/dia (no Brasil, comprimido de 5 mg) desde pelo menos 1–3 meses antes de engravidar até o fim do 1º trimestre; muitos mantêm 0,4–1 mg até o fim. Reduz defeito de tubo neural; não anula o risco do valproato.

Contracepção na transição: manter a pílula até a troca estar estável. Se ficar em lamotrigina, lembrar: o etinilestradiol baixa o nível de lamotrigina em até 50% — nesse caso DIU ou SIU-LNG é melhor.

Registro: carteira de vacina, orientação sobre sono e adesão.



Trocar valproato ANTES

Levetiracetam ou lamotrigina

Ácido fólico 5 mg, 3 meses antes

Nunca suspender sozinha

Fontes: EURAP — Tomson T et al., Lancet Neurol 2018 (malformações por fármaco); Meador KJ et al., Lancet Neurol 2013 (NEAD, QI); MS, Manual de Gestação de Alto Risco 2022; RCOG Green-top 68 (2016); NICE NG217 (2022).

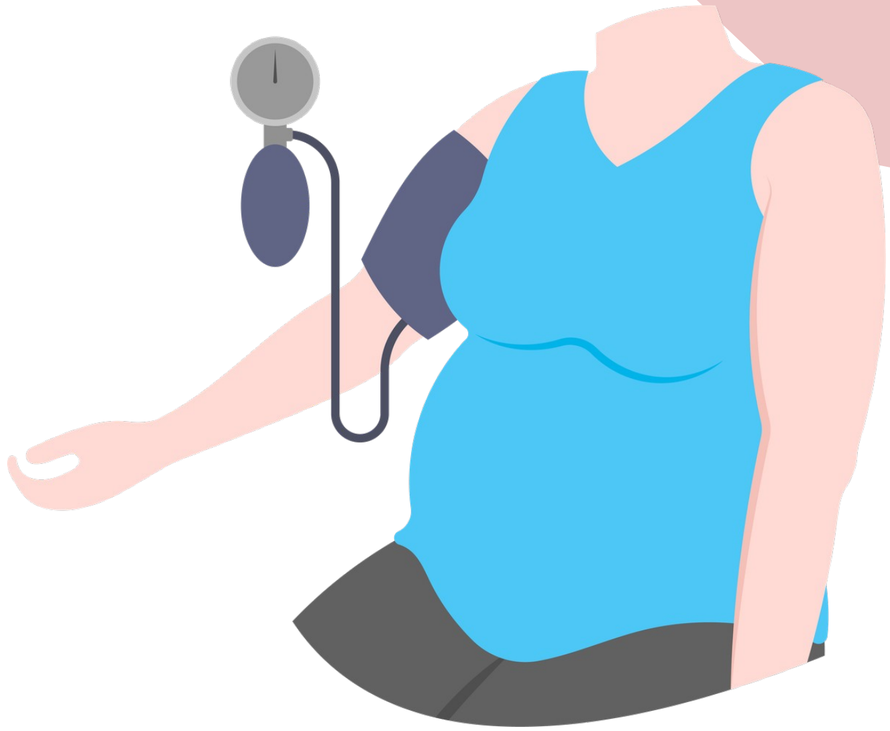
Caso 2 | 'Voltou a ter crise'

Priscila, 31 anos, G2P1, 24 semanas, recepcionista.

Epilepsia focal desde os 20 anos, controlada com lamotrigina 100 mg 12/12 h; sem crises há 2 anos. Nas últimas 3 semanas, 2 crises focais com perda de consciência, uma delas com queda em casa.

Nega perda de doses, mas dorme pouco (filho de 2 anos, trabalha em dois turnos). Sem cefaleia, sem edema. PA 112/74, FC 84, sem proteinúria. USG de 22 semanas normal.

Nível sérico de lamotrigina pré-gestacional (há 1 ano): 6 µg/mL. Nível de hoje: 2,4 µg/mL. Ela quer saber se 'o remédio parou de funcionar' e se as crises machucam o bebê.



Por que a lamotrigina 'parou de funcionar'? O que ajustar e como acompanhar até o parto e depois?

Resolução do caso 2

A lamotrigina não falhou: a gestação dobrou o clearance dela.

Mecanismo: o estrogênio induz a glicuronidação (UGT1A4): o nível de lamotrigina cai 50–60% já no 2º trimestre. Levetiracetam e oxcarbazepina também caem (por via renal/metabólica); carbamazepina e valproato caem menos. Some privação de sono e você tem crise.

Ajuste: junto com o neurologista, aumentar a dose para recuperar o nível pré-gestacional (o 'nível que a controlava' é a meta, não a tabela). Aumentos de 25–50% por vez; nível a cada 4 semanas na gestação. Sem nível disponível, ajuste clínico guiado pelas crises.

As crises e o bebê: crise focal breve raramente faz mal ao feto; tônico-clônica causa hipóxia e queda (trauma, descolamento). Crise não é indicação de parto. Hoje: ausculta fetal, orientar segurança (não dirigir, não tomar banho de banheira sozinha, não cozinhar com fogo sem alguém).

Pós-parto: o clearance volta ao normal em 1–3 semanas e a dose aumentada vira intoxicação (tontura, diplopia, ataxia). Programar redução escalonada já na alta, com retorno em 2 semanas. Vitamina K do RN é a de rotina.



Nível cai 50–60% (UGT)

Meta: nível pré-gestacional

Nível 4/4 semanas

Reduzir em 1–3 sem pós-parto

Fontes: Pennell PB et al., JAMA Neurol 2022 (MONEAD — concentrações na gestação); Pennell PB et al., Neurology 2008; RCOG Green-top 68 (2016); NICE NG217 (2022); MS 2022.

PARTO, AMAMENTAÇÃO E CONTRACEPÇÃO NA EPILEPSIA

Parto e puerpério

Via: obstétrica — epilepsia não indica cesárea. Crise no trabalho de parto ocorre em 1–2%.

Durante o parto: manter a medicação habitual (VO ou IV se vomitando); analgesia peridural precoce — dor, hiperventilação e privação de sono são gatilhos.

Crise no TP: lateralizar, O2, diazepam 10 mg IV lento ou midazolam; monitorar BCF; parto só se bradicardia persistente.

Puerpério: proteger o sono (dividir mamadas), trocar a fralda no chão, banho do bebê acompanhada; reduzir a lamotrigina em 1–3 semanas.

Amamentação

Recomendada com praticamente todos os anticonvulsivantes: lamotrigina, levetiracetam, carbamazepina, valproato, oxcarbazepina.

Os estudos NEAD/MONEAD não mostraram prejuízo cognitivo em lactentes expostos pelo leite.

Cuidado com fenobarbital, primidona e benzodiazepínicos: sedação, sucção fraca — vigiar o RN, não proibir.

Lamotrigina: se dose alta e RN sonolento ou com rash, discutir com pediatra.

Contracepção

Indutores enzimáticos (carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, fenobarbital, primidona, topiramato > 200 mg): falham pílula combinada, pílula de progestagênio e implante.

Com indutores use: DIU de cobre, SIU-LNG ou injetável trimestral (medroxiprogesterona). Pílula do dia seguinte: DIU de cobre ou dobrar a dose de LNG.

Não indutores (lamotrigina, levetiracetam, valproato): qualquer método; mas estrogênio baixa a lamotrigina (crises) — preferir LARC.

Regra: toda mulher com epilepsia sai da consulta com método eficaz e ácido fólico combinados.

Fontes: RCOG Green-top 68 (2016); FSRH Guideline Drug Interactions with Hormonal Contraception (2022); Meador KJ et al., JAMA Pediatr 2014 e Birnbaum AK et al., JAMA Neurol 2020 (amamentação); NICE NG217 (2022).

Caso 3 | Convulsionou em casa, 34 semanas

Daiane, 19 anos, G1, 34 semanas, estudante.

Trazida pelo SAMU após crise tônico-clônica generalizada em casa, de 2 minutos, presenciada pela mãe. Chega sonolenta, confusa, mordedura de língua. Sem história de epilepsia; pré-natal com 5 consultas, 'pressão sempre normal'.

Na admissão: PA 152/102, FC 104, SpO2 96%, afebril. Hiper-reflexia com clônus. Refere cefaleia frontal há 2 dias e 'vista embaçada' hoje de manhã. Edema de face e mãos. Proteinúria em fita 3+.

BCF 148 bpm, útero sem tônus aumentado, sem sangramento. A mãe pergunta: 'Ela teve epilepsia? Minha irmã tinha.'



Eclâmpsia ou epilepsia de início na gestação? O que fazer nos primeiros 20 minutos? E se a crise repetir?

Resolução do caso 3

Eclâmpsia até prova em contrário — e na dúvida o sulfato de magnésio vai de qualquer jeito.

Por que eclâmpsia: > 20 semanas, PA elevada, proteinúria, cefaleia e escotomas antes da crise, hiper-reflexia. História familiar não muda nada. Epilepsia nova na gestação é diagnóstico de exclusão — depois do sulfato.

Primeiros 20 minutos: decúbito lateral esquerdo, O2, acesso venoso, proteger de queda (não conter, nada na boca). MgSO4: Zuspan 4 g IV em 15–20 min + 1 g/h por 24 h (ou Pritchard: 4 g IV + 10 g IM, depois 5 g IM 4/4 h). PA ≥ 160×110: hidralazina 5 mg IV a cada 20 min ou nifedipino 10 mg VO.

Exames e feto: plaquetas, TGO, creatinina, LDH, bilirrubinas; sonda vesical (diurese ≥ 25 mL/h), reflexo patelar e FR de hora em hora. BCF contínuo: bradicardia na crise é esperada e recupera — não corra para a cesárea durante a crise.

Repetiu a crise? novo bolus de 2 g IV. Persistindo, déficit focal ou coma prolongado: TC/RM (AVC, trombose venosa, PRES) e benzodiazepínico. Estabilizada, com 34 semanas: resolver a gestação — via obstétrica; eclâmpsia não obriga cesárea.



› 20 sem + PA + proteinúria

MgSO4 4 g + 1 g/h

Hidralazina se ≥ 160×110

Estabilizou → parto

Fontes: MS/FEBRASGO, Pré-eclâmpsia: protocolo clínico (2022) e Rede Alyne; Peraçoli JC et al., Rev Bras Ginecol Obstet 2019 (FEBRASGO); ACOG Practice Bulletin 222 (2020); Magpie Trial, Lancet 2002.

GESTANTE COM CRISE CONVULSIVA NO PLANTÃO | FLUXOGRAMA

Crise em gestante ou puérpera (até 6 sem): lateralizar, O2, acesso venoso, glicemia, proteger — nada na boca

> 20 semanas E (PA ≥ 140×90 OU proteinúria OU cefaleia/escotomas/epigastralgia OU sem epilepsia conhecida)?

ECLÂMPSIA: MgSO4 4 g IV em 20 min + 1 g/h por 24 h (ou Pritchard). PA ≥ 160×110 → hidralazina 5 mg IV ou nifedipino 10 mg VO. Plaquetas, TGO, Cr, LDH. BCF contínuo. Estabilizar → resolver a gestação (via obstétrica)

Epilepsia conhecida, PA normal, sem proteinúria, crise igual às habituais (esqueceu dose? dormiu mal? vômitos?)

CRISE EPILÉPTICA: cessou sozinha → retomar medicação, nível sérico, ausculta fetal, neuro; não é indicação de parto. > 5 min ou repetida → diazepam 10 mg IV lento (ou midazolam), depois levetiracetam/fenitoína IV

Na dúvida: sulfato. Não cedeu ao MgSO4, déficit focal ou coma prolongado → TC/RM (AVC, trombose venosa, PRES)

Fontes: MS/FEBRASGO, Pré-eclâmpsia: protocolo clínico 2022; Rede Alyne; RCOG Green-top 68 (2016); ACOG PB 222 (2020); NICE NG217 (2022).

Pegadinha de prova

Gestante de 36 semanas, com epilepsia focal em uso de carbamazepina 400 mg 12/12 h, é trazida ao pronto-atendimento após crise tônico-clônica de 1 minuto, já cessada. Refere ter esquecido a medicação nos últimos 3 dias. PA 118/76 mmHg, sem proteinúria, sem cefaleia, exame neurológico normal após o período pós-ictal. BCF 140 bpm, útero sem contrações. A conduta mais adequada é:

A. Cesárea de urgência, pois a crise convulsiva indica sofrimento fetal iminente.

B. Sulfato de magnésio em esquema de Zuspan e interrupção da gestação em até 24 horas.

C. Retomar a carbamazepina, avaliar a vitalidade fetal, orientar adesão e segurança e manter a gestação.

D. Substituir a carbamazepina por valproato, de menor risco teratogênico no terceiro trimestre.

E. Indução do parto com misoprostol, já que o feto está a termo precoce.

Pegadinha de prova

Gestante de 36 semanas, com epilepsia focal em uso de carbamazepina 400 mg 12/12 h, é trazida ao pronto-atendimento após crise tônico-clônica de 1 minuto, já cessada. Refere ter esquecido a medicação nos últimos 3 dias. PA 118/76 mmHg, sem proteinúria, sem cefaleia, exame neurológico normal após o período pós-ictal. BCF 140 bpm, útero sem contrações. A conduta mais adequada é:

A Cesárea de urgência, pois a crise convulsiva indica sofrimento fetal iminente.

B Sulfato de magnésio em esquema de Zuspan e interrupção da gestação em até 24 horas.

C Retomar a carbamazepina, avaliar a vitalidade fetal, orientar adesão e segurança e manter a gestação.

D Substituir a carbamazepina por valproato, de menor risco teratogênico no terceiro trimestre.

E Indução do parto com misoprostol, já que o feto está a termo precoce.

PARA LEVAR

1

Antes de engravidar: trocar valproato por levetiracetam ou lamotrigina, monoterapia, 5 mg de ácido fólico por 3 meses — e manter contracepção até a troca estar estável.

2

Lamotrigina e levetiracetam caem 50% na gestação: nível a cada 4 semanas, meta é o nível que controlava. Pós-parto, reduzir em 1–3 semanas.

3

Crise > 20 semanas com PA alta ou proteinúria é eclâmpsia: $MgSO_4$ 4 g + 1 g/h. Na dúvida, sulfato. Crise não é indicação de parto; via é obstétrica.