ISSN 0871-3413 • ©*ArquiMed*, 2008

Fenómenos Paroxísticos Durante o Banho e Epilepsia de Água Quente

Maria José Vale, Suzana Figueiredo, Claúdia Monteiro, Teresa Temudo, Sónia Figueiroa
Unidade de Neuropediatria, Hospital de Santo António, Porto

A ocorrência de fenómenos paroxísticos durante o banho implica o diagnóstico diferencial entre situações desencadeadas pela exposição à água e outras entidades em que o fenómeno é apenas coincidente.
Descreve-se o caso de um lactente do sexo masculino, caucasiano, previamente saudável, que, ao ano de idade, durante o banho, iniciou episódios de palidez, cianose labial, olhar fixo e hiporreactividade com duração de trinta segundos seguidos de sonolência. O exame físico e estudos complementares não mostraram alterações.
Com a mudança nas condições do banho desapareceram as crises.
A importância do conhecimento da ocorrência de fenómenos paroxísticos durante o banho e as dificuldades de diagnóstico e implicações terapêuticas da epilepsia de água quente são abordadas.
Palavras-chave: epilepsia reflexa; fenómenos paroxísticos; epilepsia de água quente.

ARQUIVOS DE MEDICINA, 22(2/3):41-3

INTRODUÇÃO

Os fenómenos paroxísticos desencadeados pela exposição à água quente não são frequentes. É importante reconhecer a sua existência, caracterizá-los clinicamente e valorizar a sua precipitação pelo banho.

A ocorrência destes fenómenos implica a necessidade de diagnóstico diferencial entre várias situações, desencadeadas pela exposição à água, como a síncope vagal induzida pelo calor, a urticária relacionada com a água e a epilepsia da água quente. Convulsões febris, espasmos do choro e crises epilépticas podem ocorrer durante o banho, sendo a crise coincidente e não precipitada pelo contacto táctil com a água.

A epilepsia do banho é uma epilepsia reflexa benigna e auto-limitada, mais frequentemente observada nos países orientais, nos lactentes, em crianças pequenas e em indivíduos do sexo masculino (1,2).

A crise epiléptica é desencadeada por um estímulo táctil e térmico complexo, sendo parcial complexa com ou sem generalização secundária, na maioria dos casos. Dura entre trinta segundos e três minutos podendo surgir em qualquer altura do banho (1-3).

A grande maioria dos casos de epilepsia do banho ocorre em crianças saudáveis, que têm exame neurológico e estudos de neuroimagem e electrofisiológicos normais (2).

CASO CLÍNICO

Lactente do sexo masculino, raça branca, previamente saudável, enviado à consulta de Neuropediatria, aos 12 meses de idade, por ter tido, pela primeira vez, dois episódios de palidez, cianose labial, olhar fixo e hiporreactividade, com duração de 30 segundos, seguidos de sonolência, imediatamente após o banho de imersão. Ao exame físico não apresentava alterações de relevo e o exame neurológico (incluindo o fundo ocular) era normal. O desenvolvimento psicomotor e estaturo-ponderal eram adequados à idade.

A história familiar de doença neurológica ou hereditária era negativa.

Os exames complementares de diagnóstico realizados – hemograma, bioquímica, gasimetria venosa, electroencefalograma (EEG) interictal, electrocardiograma (ECG), ecocardiograma e ressonância magnética cerebral – foram normais. Durante o registo de EEG/Vídeo com monitorização electrocardiográfica simultânea (realizado em vigília, sonolência, sono, despertar e banho de imersão em água à temperatura de 37ºC) não se verificaram crises ou alterações do traçado.

Foi proposta uma modificação nas condições do banho que passou a ser feito com a ajuda duma esponja, em pé, com água a uma temperatura de 32-34ºC.

Não foi instituída terapêutica anti-epiléptica e não se registaram novos episódios.

DISCUSSÃO

A "epilepsia reflexa" é definida por crises epilépticas precipitadas por um estímulo sensorial externo.

As epilepsias reflexas, na infância, incluem a epilepsia da água quente, a epilepsia mioclónica reflexa da infância, a epilepsia fot ossensível e a epilepsia relacionada com a alimentação.

A crise epiléptica, desencadeada pela água quente, durante o banho, é conhecida como "epilepsia do banho" ou "epilepsia de água quente" (EAQ). Foi I. M. Allen quem a descreveu, pela primeira vez, em 1945, num rapaz de 10 anos de idade com episódios de rigidez, perda da consciência e olhar fixo, quando era submergido em água quente (3). Posteriormente, foram descritos casos semelhantes, embora raros, na Austrália, Japão, Canadá e Estados Unidos da América. Os trabalhos que reúnem um maior número de doentes são originários dos países orientais, em particular, da Turquia e Índia. Não se conhece a incidência e prevalência desta entidade na população mundial mas sabe-se que constitui 2,5 a 9% de todas as epilepsias na Índia (1,3).

A patogénese exact a desta forma de epilepsia reflexa é ainda desconhecida. Estudos experimentais em ratos, associados a uma investigação minuciosa dos doentes com EAQ, sugerem como possível causa uma termorregulação aberrante, num indivíduo geneticamente susceptível, associada a factores ambienciais predisponentes (1).

Os doentes com EAQ têm algumas características em comum no que diz respeito ao sexo, idade de início, factores precipitantes, tipo de convulsão, comportamento compulsivo e resposta ao tratamento.

É mais frequente em crianças, em particular, na primeira década de vida e no sexo masculino (2-3:1) (1,2,4). A crise epiléptica é desencadeada por um estímulo táctil e térmico complexo: contacto com água quente (entre os 37 e os 48ºC), imersão em água e/ou contacto de determinadas partes do corpo com a água (ex.: deitar água pela cabeça) (3-5). Cerca de 70% das crises são parciais complexas com ou sem generalização secundária; em 33% dos casos são primariamente generalizadas, habitualmente tónico-clónicas (2,4). Podem iniciar-se por uma sensação de medo ou bem-estar, pausa da actividade em curso, vertigem, alucinações visuais e auditivas, discurso confuso e automatismos complexos.

Posteriormente, surge perda de consciência, hipo ou hipertonia, olhar fixo, retroversão ocular, contractura dos músculos faciais, actividade motora, focal ou generalizada e cianose. A sua duração oscila entre os trinta segundos e os três minutos e podem surgir em qualquer altura do banho (1,2). No período pós-ictal, podem ocorrer cefaleias ou sonolência. O exame neurológico bem como os estudos de neuroimagem são, na sua grande maioria, normais (1,4).

O EEG interictal mostra alterações difusas inespecíficas em 15 a 20% dos casos (1,2,4).

Quando se consegue realizar um EEG ictal podem observar-se descargas paroxísticas difusas, geralmente com um predomínio sobre o hemisfério esquerdo e, em menor número, alterações paroxísticas focais, quase sempre localizadas aos lóbulos temporais (1,3).

O diagnóstico definitivo é feito pela demonstração de alterações no EEG ictal, durante a monitorização com registo simultâneo de ECG, aquando o banho (2). O tratamento consiste na evicção do estímulo (2,3,5,6), o que nem sempre é fácil; não só porque o factor precipitante pode ser complexo e, como tal, difícil de identificar, mas porque também há doentes que têm um comportamento compulsivo e auto-induzem as crises. Assim, nos doentes com comportamento compulsivo, com outro tipo de epilepsia associada e naqueles em que a mudança dos hábitos de higiene não é suficiente para evitar as crises, advoga-se o uso de anti-epilépticos. A carbamazepina, o valproato de sódio e o fenobarbital, em monoterapia, parecem ser eficazes (3,4). Há ainda quem defenda o uso de diazepam profiláctico e esporádico, antes do banho, como alternativa ao consumo regular de anti-epilépticos em alguns casos particulares (1). O prognóstico é bom, de um modo geral, ocorrendo uma remissão espontânea ao fim de alguns meses a anos. Está descrito, contudo, o aparecimento de uma epilepsia não reflexa em 25 a 30% dos casos (1,3,5).

É consensual que qualquer criança que apresente um evento paroxístico durante o banho cujos sintomas sugerem uma crise epiléptica, tal como ocorreu no caso exposto, deve fazer um registo EEG/ECG durante o banho. Contudo, este exame tem as suas limitações técnicas e é difícil de obter, nomeadamente, por recusa de alguns pais em submeter os filhos ao teste de provocação, por recusa do doente em colaborar ou dificuldade em reproduzir em laboratório o ritual do banho (o ambiente estranho, os eléctrodos colocados na cabeça) e, consequentemente, a estimulação sensorial.

No caso exposto, embora não tivesse sido possível confirmar laboratorialmente a suspeita diagnóstica, a história clínica e o desaparecimento das crises com a mudança do tipo de banho sugeriam fortemente tratar-se de uma EAQ pelo que se adoptou uma atitude expectante, evitando o banho de imersão em água quente. Não foi instituída qualquer terapêutica anti-epiléptica e o doente, actualmente, com 25 meses, mantém-se clinicamente bem.

REFERÊNCIAS

1 - Satishchandra J. Hot-Water Epilepsy. Epilepsia 2003;44: 29-32.
2 - Keyzer K, Corthouts I, Van Coster R, Verhelst H. Hot-water epilepsy: a new Caucasian case. Eur J Pediatr 2005;164: 184-5.
3 - Argumosa A, Herranz JL, Barrasa J, Arteaga R. Epilepsia refleja por agua caliente: um nuevo caso y revision de la bibliografía. Rev Neurol 2002;35:349-53.

4 - Bebek N, Gürses C, Gokyigit A, Baykan B, Ozkara C, Dervent A. Hot Water Epilepsy:Clinical and Electrophysiologic Findings Based on 21 cases. Epilepsia 2001; 42:1180-4.
5 - Seneviratne U. Bathing epilepsy. Seizure 2001; 10: 516-7.
6 - Auvin S, Lamblin MD, Pandit F, Bastos M, Derambure P, Vallée L. Brain Dev 2006;28:265-8.

Correspondência:
Drª. Maria José Vale
Serviço de Pediatria
Hospital Senhora da Oliveira - EPE
Rua dos Cutileiros - Creixomil
4800-055 Guimarães

e-mail: mizevale@msn.com