

## *Epilepsia pós-traumática*

### *Conceitos médico-legais*

*Marcos Barbosa \**, *Gonçalo Costa \*\**

---

#### **INTRODUÇÃO**

A epilepsia pós-traumática é uma das sequelas mais importantes e frequentes dos traumatismos crânio-encefálicos. Muitas vezes a sua presença coloca problemas de várias ordens, por vezes de difícil resolução, nomeadamente, e em termos médico-legais, no campo da avaliação do dano pós-traumático e na sua reparação.

Apesar das alterações positivas que, a todos os níveis, têm acompanhado a epilepsia como entidade clínica, esta continua a ter consequências sócio-económicas consideráveis, que vão afectar indivíduos que podem não apresentar qualquer outro tipo de sequela do traumatismo crânio-encefálico de que foram vítimas, nomeadamente déficits de natureza

---

\* Assistente Hospitalar de Neurocirurgia – Hospitais da Universidade de Coimbra.

\*\* Interno do Internato Complementar de Neurocirurgia – Hospitais da Universidade de Coimbra.

física e, ou, psíquica, mas que, pelo facto de terem ficado a sofrer de epilepsia, vão ter dificuldades acrescidas na manutenção do seu status social e profissional (4,6,11,14).

O conhecimento dos factores de risco para o desenvolvimento de epilepsia após um traumatismo crânio-encefálico (T.C.E.) veio permitir o desenvolvimento de tabelas e de fórmulas matemáticas que, apesar de não poderem ser consideradas como determinantes, podem ser utilizadas no cálculo da probabilidade que existe de um traumatizado crânio-encefálico poder vir a desenvolver uma epilepsia que possa ser atribuída a esse traumatismo (8,10).

## CONCEITOS GERAIS

A epilepsia pós-traumática é consequência, como qualquer outro tipo de epilepsia, de uma descarga hipersíncrone, brutal, de uma população de neurónios, e resulta de qualquer lesão que tenha capacidade de originar uma cicatriz glial (16).

Nos traumatismos cranianos existem alguns tipos de lesões que mais frequentemente estão associadas ao desenvolvimento de epilepsia pós-traumática, e que são os hematomas intracerebrais, os hematomas subduraes, os hematomas epidurais, as fracturas-afundamento, as contusões e as lacerações cerebrais. Estas lesões, conjuntamente com a presença de uma amnésia pós-traumática de duração superior a 24 horas, a gravidade da lesão, e, como veremos mais à frente, a existência de uma epilepsia precoce, constituem os “factores de risco” principais para o desenvolvimento de epilepsia após um T.C.E. (10,12,20).

Existem três formas de epilepsia que podem surgir após um traumatismo craniano. No entanto uma delas, a epilepsia tardia, tem maior relevância médico-legal e é a verdadeira epilepsia pós-traumática (1,3,10,16,20).

A *epilepsia imediata* é aquela que surge logo nos momentos seguintes ao traumatismo, não predispondo ao desenvolvimento da epilepsia tardia (20).

A *epilepsia precoce* surge na primeira semana após o traumatismo. Embora não conduza obrigatoriamente ao desenvolvimento da epilepsia tardia, aumenta em 25% o risco do seu aparecimento. Não tem, para além desse facto, importância médico-legal. Cerca de 1/3 dos casos surgem na primeira hora após o T.C.E., outro 1/3 no primeiro dia, e o outro 1/3 até ao fim da primeira semana. A maior parte das vezes as crises são do tipo focal, maioritariamente do tipo motor, e resultam de irritação cortical, não deixando portanto cicatriz que perpetue o foco irritativo (17,20).

Dada a natureza deste artigo, apenas nos vamos debruçar especificamente sobre a *epilepsia tardia*, ou *epilepsia pós-traumática* verdadeira-mente dita (E.P.T.).

As formas que esta pode apresentar são principalmente a forma generalizada e as crises parciais complexas. São raras as crises focais motoras. Nunca crises de pequeno mal ou mioclonias massivas podem ser atribuídas a uma causa traumática, o que tem óbvias implicações médico-legais (1,3,9,15,16,17).

Na epilepsia tardia, as crises surgem depois da primeira semana. 60% surgem no primeiro ano, e destas, 30% surgem no primeiro mês. No entanto, a primeira crise pode surgir apenas 5, ou mesmo mais anos, após o traumatismo (1,9,14,17).

A incidência da epilepsia pós-traumática varia entre 12-15%, mas a sua taxa de aparecimento a nível hospitalar é obviamente mais baixa, dado que o período de internamento é limitado, o que faz com que o diagnóstico desta situação seja feito já muitas vezes fora do quadro agudo do T.C.E. (17).

Como é natural, aparece mais frequentemente após traumatismos crânio-encefálicos graves – 7,5% no primeiro ano, 12% aos 5 anos. Nos traumatismos moderados a taxa de incidência baixa para 0,7% e 1,6%, respectivamente. Nos leves, é sobreponível à taxa de incidência de epilepsia na população geral, que varia entre 0,1-0,5% (5).

Como foi já referido, os outros factores, para além da gravidade do T.C.E., implicados no desencadeamento de epilepsia pós-traumática, são o tipo de lesão estabelecida, a duração do período mnésico e a presença de epilepsia precoce (10,20).

Conhecendo estes factores de risco, põe-se a questão de se dever ou não fazer a profilaxia da E.P.T., antes do aparecimento da primeira crise.

Há que reconhecer a diferença que existe entre profilaxia e prevenção. No caso específico da epilepsia pós-traumática, profilaxia refere-se ao processo de impedir o desenvolvimento de crises, enquanto que prevenção se refere ao processo de impedir o aparecimento de hipertensão e hipóxia, provocadas por uma crise convulsiva. Embora existam estudos bem controlados que demonstram que a incidência da epilepsia não diminui pelo facto de se fazer a sua profilaxia, é aconselhável a instituição da terapêutica antiepiléptica nos traumatizados graves, que apresentem factores de risco, já que esses mesmos estudos demonstraram também que, neste grupo, e no período agudo, a medicação é eficaz como preventiva, devendo manter-se uma vigilância adequada dos níveis séricos das drogas utilizadas e dos seus possíveis efeitos colaterais (9,13,15).

Nos indivíduos com E.P.T. estabelecida surge muitas vezes a questão de saber quando será possível suspender a medicação antiepiléptica.

Importa introduzir aqui o conceito de “consolidação” da epilepsia, que é a data a partir da qual as crises desapareceram, ou já interferem pouco na vida do traumatizado, ou ainda a data a partir da qual o estado epiléptico já não tem possibilidade de melhorar mais, estando o tratamento bem equilibrado (5,16).

É muitas vezes controversa a atitude correcta face à suspensão da medicação. Há por exemplo autores que defendem que se a primeira crise surgiu só depois do 3º mês, a medicação deve ser “ad eternum”, enquanto que outros não seguem esta regra (16). Mesmo a atitude mais ou menos consensual de suspender a medicação ao fim de 2 anos sem crises é também ela controversa, se nos lembrarmos que as crises podem aparecer até 5 anos após o traumatismo.

## CONCEITOS MÉDICO-LEGAIS

Em termos médico-legais, as dificuldades em lidar com esta entidade são, fundamentalmente, de dois tipos:

- A) Mesmo que se estabeleça o diagnóstico, há por vezes dificuldade em o imputar ao T.C.E.
- B) Há dificuldade na reparação do dano, dados os múltiplos factores a ter em conta.

### A) Diagnóstico

Para, em termos médico-legais, se aceitar o diagnóstico de epilepsia pós-traumática, é importante verificar os seguintes requisitos:

1. Existência e natureza das crises.
2. Natureza e gravidade do traumatismo.
3. Ausência de epilepsia anterior.
4. Ausência de outra causa para a epilepsia (alcooolismo, tumor cerebral, factores hereditários).
5. Intervalo temporal (5 anos, como regra, no máximo).
6. Concorrência entre o foco epileptógeno, no E.E.G., e a sede do T.C.E..

No entanto, embora a existência destes requisitos permita atribuir ao T.C.E. a presença de uma epilepsia, o contrário nem sempre é verdadeiro. Isto é, o facto de, por exemplo, a primeira crise surgir algum tempo depois do 5º ano após o traumatismo, ou de não haver uma concorrência completa entre o foco, no E.E.G., e a área da lesão cerebral, não é critério

suficiente para negar a possibilidade de imputar ao T.C.E. a responsabilidade pelo desencadeamento da epilepsia (5,16).

### B) Avaliação do dano

Depois de aceite o diagnóstico de epilepsia pós-traumática, quando se pretende avaliar o dano, existem diversos factores que é necessário ter em linha de conta (1).

1. Risco de morte.
2. Impossibilidade de afirmar a cura (mesmo que só tenha existido uma crise).
3. Interdições sociais (profissional, seguros, recreação, condução).
4. Interdição da opinião pública (leva à auto-limitação, com evidentes efeitos psicológicos).
5. Risco teratogénico (certos medicamentos antiepilépticos).

Dentro das interdições sociais, e no que se refere às interdições profissionais, pode afirmar-se que as limitações dos epilépticos, neste campo, são mais causadas pelas reacções negativas dos outros do que pelas próprias crises (4).

No entanto, a taxa de desemprego é, como regra, dupla da taxa geral. Isto apesar de a maioria dos epilépticos conseguir um controlo até um grau funcional. São-lhe contudo ainda muitas vezes negadas oportunidades de trabalho, apenas por receio da parte do empregador (7).

O maior medo do empregador é o de poder aumentar os custos, por aumento do número e gravidade dos acidentes de trabalho, por danos de material, por absentismo, e por diminuição das capacidades intelectuais do contratado.

Está contudo provado que, em nenhum daqueles aspectos, estes receios são fundamentados, desde que sejam cumpridos alguns preceitos que ajustem estes indivíduos à sua função.

Para que o risco do empregador não aumente, existe mesmo uma lista, segundo a qual a maioria dos epilépticos que estão no topo desta poderão ocupar a maior parte dos empregos, mas apenas um restrito número destes poderá ser atribuído àqueles que se encontram no fim dessa mesma lista. Ela consiste nos seguintes pontos:

- Os ataques estão sob controlo.
- Os ataques ocorrem em tempo previsível, em relação a certas horas de trabalho.
- Os ataques ocorrem sem perda de consciência ou de controlo motor.
- Os ataques são precedidos de aura, pelo menos 30 segundos antes que ocorra perda de consciência, ou perda do controlo motor.

- Os ataques são sem perda de consciência, mas com perda do controlo motor.
- Os ataques são associados com perda de consciência, mas sem queda.
- Os ataques são associados a perda de consciência, com comportamentos automáticos.
- Os ataques são caracterizados por queda sem aviso.

Apesar da existência desta lista, em cada caso, devem ser as capacidades do indivíduo, e não as suas incapacidades, a determinar a sua colocação.

Um outro aspecto, ainda no ponto do emprego, prende-se com o risco colectivo, ultrapassando o plano meramente individual. Isto é, aquele risco que, no caso da existência de uma crise, correm terceiras pessoas, involuntária e inconscientemente expostas a ele. É o caso por exemplo do piloto de avião, que pelo facto de ter uma crise põe em risco, para além da sua própria vida, a dos passageiros que transporta, e ainda, no caso de o avião cair sobre determinada área residencial, a dos habitantes que aí se encontram (5).

Em relação aos seguros, para além de uma maior dificuldade que existe na obtenção de vários tipos de seguros, como sejam seguros de vida, seguros de saúde, seguros de responsabilidade profissional e seguros de automóvel, esta população é obrigada, habitualmente, a pagar prémios mais altos (7).

No que respeita à recreação, existe muitas vezes o conceito de que os epilépticos não podem, por exemplo, praticar desporto, pelo receio de que este, pela hiperventilação que provoca, e pela excitação emocional que pode desencadear, possa originar o aparecimento de crises.

No entanto, está provado que a maior parte das crises não piora com o exercício físico. Deve contudo desaconselhar-se aos epilépticos algumas práticas desportivas, tais como os desportos de altitude e nadar desacompanhado, por exemplo (4,7).

Ainda no grupo das interdições sociais, o problema da condução é talvez aquele que mais questões práticas levanta, sendo também, muito provavelmente, aquele em que a legislação em vigor é menos vezes cumprida.

Tem que se partir do pressuposto de que conduzir é um privilégio e não um direito. Indivíduos com alto risco de perderem o controlo do veículo que conduzem não devem ser autorizados a conduzir. Se se aceita sem problemas esta restrição da condução em relação ao álcool, torna-se óbvio que também se deve aceitá-la em relação à epilepsia (4,5,7,12).

Os condutores de maior risco, como por exemplo os condutores de autocarros e os pilotos de aviões, não devem ser autorizados a desempenhar as suas funções, mesmo quando a sua epilepsia esteja controlada pela medicação.

É evidente que se torna muito difícil estabelecer regras fixas neste contexto, dado que as situações podem ser muito diversificadas. Por exemplo, um indivíduo que tenha crises não precedidas de aura, que tenha alterações do estado de consciência, e que tenha perda do controlo motor, pura e simplesmente não pode ser autorizado a conduzir. No outro extremo do espectro está aquele indivíduo que apenas tem crises parciais simples, sem perturbações motoras, que pode conduzir. Entre estes dois polos cabe uma variedade de condições, como por exemplo a do indivíduo que só tem crises nocturnas, podendo ser autorizado a conduzir apenas durante o dia (7).

Também durante o período de retirada da medicação, e nos 6 meses seguintes, nos indivíduos que estavam proibidos de conduzir, deve manter-se essa restrição, dado que este é o período de tempo em que é mais provável que as crises possam reaparecer.

A legislação é muito variada de país para país, e mesmo dentro de cada país, como no caso dos Estados Unidos, em que esta varia de estado para estado.

Em Portugal vigora uma directiva da C.E.E., de 1991, segundo a qual devem passar-se dois anos sem crises, para que, como norma, um indivíduo com epilepsia pós-traumática possa ser autorizado a conduzir.

### C) Indemnização

Depois de avaliado o dano, num indivíduo que sofra de epilepsia pós-traumática, põe-se o problema da indemnização.

Esta não pode ser isolada do contexto das outras sequelas do T.C.E., isto é, a indemnização deve ser global.

Se a epilepsia é a única sequela, é necessário lembrar que, no prazo de 5 anos, 50% destes indivíduos estarão curados, e os outros, ou terão consolidado a sua epilepsia, ou esta terá persistido, ou mesmo agravado (1,5,11).

A indemnização será ainda diferente em matéria de acidente de trabalho ou em direito comum.

Assim, como acidente de trabalho, deverá consistir numa renda revisível, sendo a taxa de incapacidade permanente parcial reavaliada periodicamente.

Em direito comum, a revisão da taxa não é possível para a redução da mesma, mas pode ser revista para agravamento. Neste sentido, nunca se deve considerar consolidada uma epilepsia pós-traumática antes de passados 5 anos sobre o seu aparecimento.

Pode fixar-se uma taxa de incapacidade permanente parcial, tendo em conta as possibilidades de melhoria posterior, que deverá ser revista em caso de haver agravamento.

Para se fixar uma taxa de incapacidade permanente parcial, existem vários factores que devem ser levados em linha de conta.

- frequência das crises
- importância do tratamento
- perfil psicológico
- idade
- profissão
- danos extrapatrimoniais

É óbvio que quanto mais frequentes forem as crises, maior será a incapacidade destes indivíduos.

Em relação ao tratamento, há que ter em linha de conta que ele é sempre um tratamento prolongado, quando não “ad eternum”, e que os medicamentos utilizados têm reconhecidos efeitos secundários, e, alguns deles, efeitos teratogénicos.

As diferentes maneiras que estes doentes têm de assumir a sua nova condição estão intimamente relacionadas com o seu perfil psicológico, e este deve sempre ser levado em conta ao estabelecer-se a taxa de incapacidade permanente parcial.

Quanto mais novo for o indivíduo, melhor será o prognóstico, havendo portanto que considerar também este facto aquando da atribuição daquela taxa.

O aspecto da profissão é demasiadamente óbvio para que seja necessário estar a tecer considerações.

O prejuízo de afirmação pessoal, o prejuízo escolar, e o prejuízo juvenil – caracterizado pelo entrave à liberdade de escolha, inerente à condição de jovem – são exemplos de danos extrapatrimoniais que têm que ser valorizados aquando da atribuição da taxa de incapacidade permanente parcial.

Todos os autores que se debruçam sobre o problema da indemnização nas situações de epilepsia pós-traumática se defendem de propor, como norma, uma grelha de taxa de indemnização permanente parcial, reconhecendo que cada doente representa um caso particular, que deve ser individualmente analisado.

Em termos gerais, uma taxa mínima de 10-15% representa uma taxa moderada, que será aceitável se não existirem interdições especiais ao sujeito epiléptico, podendo no entanto chegar aos 95%, no caso de epilepsia generalizada, não controlável, tornando impossível a actividade profissional (1,5,18).

## Referências Bibliográficas

1. BERNARD, M.-H.: (1984). Réflexions médico-légales de l'épilepsie post-traumatique. *Rev. Franç. Dommage Corp.*, 10-1:78.
2. BETTS, T. A.: (1988). Epilepsy and behaviour. *A Textbook of Epilepsy*. Third Edition. Laidlaw, Jonh.; Richens, Alan.; Oxley, Jolyon. Churchill Livingstone. Edinburgh.
3. CASCINO, G. D.: (1993). The Intensive Care Management of Patients with Epilepsy. *Neurosurgical Intensive Care*. International Edition. Brian T. Andrews. McGraw-Hill, Inc.
4. CRAIG, A., OXLEY, J.: (1988). Social aspects of epilepsy. *A Textbook of Epilepsy*. Third Edition. Laidlaw, Jonh.; Richens, Alan.; Oxley, Jolyon. Churchill Livingstone. Edinburgh.
5. CRECY, M.: (1989-1990). Epilepsie Post-Traumatique. Problèmes Médico-Légaux. “*Certificat d'Etudes Médicales Relatives à la Repatriation Juridique du Dommage Corporel*”. Institut Universitaire de Médecine Légale et Droit Médical. Université René Descartes.
6. ENGEL, J. Jr.: (1989). Chronic Behavioral Disturbances. *Seizures and Epilepsy*. Jerome Engel, Jr.. F. A. Davis Company. Philadelphia.
7. ENGEL, J. Jr.: (1989). Psychosocial Management. *Seizures and Epilepsy*. Jerome Engel, Jr. F. A. Davis Company. Philadelphia.
8. FEENEY, D. M., WALKER, A. E.: (1979). The prediction of posttraumatic epilepsy. A mathematical approach. *Arch.Neurol.* 36:8.
9. GIL, R.: (1987). Les séqueles neurologiques des traumatismes craniocérébraux. *Rev. Franç. Dommage Corp.*, 13-1:81.
10. JENNET, B., MILLER, D., BRAAKMAN, R.: (1974). Epilepsy after nonmissile depressed skull fracture. *J. Neurosurg.*, 41:208.
11. MARTIN, C., GRONDARD, E., JOUVENCEL, M.: (1993). Evaluation des séquelles de traumatismes crâniens graves en vue d'une indemnisation. “*Le traumatisé cérébral. De l'accident à la réinsertion. Un nouveau défi pour notre organization de la santé – Colloque*”. Service de Réadaptation Médicale – Creteil.

12. PATSALOS, P. N., FISH, D. R., SHORVON, S. D.: (1992). Pathogenesis and Pharmacology of Epilepsy. *Neurosurgery: the scientific basis of clinical practice*. Second Edition. Alan Crookard, Richard Hayward, Julian T. Hoff. Blackwell Scientific Publications, Inc.
13. PENRY, J. K., WHITE, B. G., BRACKETT, C. E.: (1979). A controlled prospective study of the pharmacologic prophylaxis of posttraumatic epilepsy. *Neurology*. 29:600.
14. PORTMAN, S. M., LEVIN H. S.: (1992). Emotional and Behavioural Sequelae of Neurological Disorders. *Neurosurgery: the scientific basis of clinical practice*. Second Edition. Alan Crookard, Richard Hayward, Julian T. Hoff. Blackwell Scientific Publications, Inc.
15. PROUST, B., MIHOUT, B., ONNIENT, Y., DELANGRE, M., SAMSON, M.: (1985). L'épilepsie post-traumatique. A propos de 122 observations. *Journal de Médecine Légale-Droit Médical*, 28-6:427.
16. QUERCY, J., CARBONNIÉ, C.: (1985). Les frais futures dans le cadre des épilepsies post-traumatiques. *Rev. Franç. Dommage Corp.*, 11-3:275.
17. SIMÕES, M. F., GONÇALVES, J. M., VAZ, R.: (1990). Sequelas. *Traumatismos Crânio-Encefálicos*. Rui Vaz. U.C.B. Litomédica-Porto.
18. TABELA NACIONAL DE INCAPACIDADES: Decreto-Lei n° 341/193 de 30 de Setembro. *Diário da República*, I série-A.
19. WILLMORE, J. L.: (1992). Posttraumatic Epilepsy. *Neurologic Clinics*. 10-4:869.
20. YOUNG, B.: (1985). Sequelae of Head Injury. *Neurosurgery*. Robert H. Wilkins ; Setti S. Rengachary. McGraw-Hill Book Company.

**RESUMO:** *Epilepsia pós-traumática. Conceitos médico-legais*

Os autores fazem uma breve revisão sobre aspectos clínicos da epilepsia pós-traumática, analisando em seguida as dificuldades que podem existir, no campo médico-legal, quando é necessário avaliar o dano sofrido pelos indivíduos que sofrem desta entidade clínica, e também os factores a ter em conta para a sua indemnização.

**Palavras chave:** Epilepsia pós-traumática, avaliação do dano, indemnização.

**SUMMARY:** *Posttraumatic epilepsy. Medico-legal aspects*

The authors briefly review some clinical features of the posttraumatic epilepsy, and after that they analyse the difficulties that may happen when one has to evaluate, in the medico-legal point of view, the damage which was experienced by the individuals affected by this disorder, as well as the factors which need to be taken into account for their indemnity.

**Key words:** Posttraumatic epilepsy, damage evaluation, damage compensation.

**RÉSUMÉ:** *Épilepsie post-traumatique. Approche médico-légale*

Après un bref rappel des aspects cliniques de l'épilepsie post-traumatique, les auteurs analysent les difficultés que peuvent survenir, sous le point de vue médico-légal, quand on a besoin d'évaluer le dommage souffert par les personnes présentant cette situation clinique, aussi bien que les éléments à envisager pour leur indemnisation.

**Mots clés:** Épilepsie post-traumatique, évaluation du dommage corporel, indemnisation.

**PEDIDO DE SEPARATAS**

MARCOS BARBOSA  
Serviço de Neurocirurgia – Hospitais da Universidade de Coimbra  
Av. Bissaya Barreto e Praceta Mora Pinto  
3049 COIMBRA CODEX – PORTUGAL