

“Novas” Crises em Adolescente com Epilepsia

A ‘New’ Type of Seizures in an Adolescent with Epilepsy

Filipa Carlota Marques, Dora Leal, Ana Rita Soares, José Carlos Ferreira, Pedro Cabral
Hospital São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa

Acta Pediatr Port 2015;46:144-7

Resumo

As pseudocrises são quadros clínicos paroxísticos de etiologia psicogénica com manifestações clínicas similares às crises de origem epilética. Apesar de haver características semiológicas que permitem direcionar o diagnóstico diferencial para crises epiléticas e pseudocrises, o diagnóstico nem sempre é fácil e muitas vezes ambas as patologias podem coexistir no mesmo paciente. Descreve-se o caso de uma adolescente com antecedentes de epilepsia refratária à terapêutica que inicia um novo tipo de crises. Com este caso clínico pretende-se alertar para a existência de pseudocrises em doentes com epilepsia e para a importância do diagnóstico diferencial entre estas duas entidades, uma vez que este condiciona a abordagem terapêutica e evita a escalada farmacológica e consequente iatrogenia.

Palavras-chave: Crises Epiléticas; Diagnóstico Diferencial

Abstract

Pseudoseizures are paroxysmal disorders of psychogenic origin with manifestations that are similar to epileptic seizures. Although there are clinical features that can guide the differential diagnosis between epileptic and non-epileptic seizures, diagnosis is not always easy and often both conditions coexist in the same patient. We describe a case of an adolescent with a history of refractory epilepsy with onset of a new type of seizure. This case report aims to highlight the existence of pseudocrises in patients with epilepsy and the importance of differential diagnosis between these two entities, since this can determine the therapeutic approach and avoid iatrogeny.

Keywords: Epileptic Seizure, Differential Diagnosis

Introdução

A epilepsia constitui uma condição neurológica crónica, caracterizada por crises recorrentes ou potencialmente recorrentes. As crises epiléticas são fenómenos clínicos transitórios, desencadeados por atividade cerebral anormal ou excessivamente síncrona. A semiologia das crises depende da localização do foco cerebral e ocorre um padrão repetitivo.¹

As pseudocrises são eventos clínicos psicogenicamente determinados, que semiologicamente se podem confundir com crises epiléticas, mas que não são causados por disfunção cerebral.² Surgem nas perturbações con-

versivas e podem representar a expressão de emoções negativas ou conflitos inconscientes, visando deste modo diminuir a ansiedade.³ Na segunda infância, as pseudocrises são mais frequentes em crianças com epilepsia, dificuldades escolares, depressão, ansiedade, medo de rejeição e dependência dos pais. A associação com abuso físico ou sexual, apesar de também existir na infância, é muito mais frequente na idade adulta.²

As pseudocrises devem ser diferenciadas das convulsões factícias, nas quais há consciência da produção de sintomas, sendo a motivação subjacente o ganho secundário.⁴

Em Portugal, estima-se que a epilepsia afete cerca de cinco pessoas em 1000 habitantes, sendo mais frequente na infância e adolescência.⁵ Esta prevalência é muito superior em doentes com pseudocrises.⁴ Para a prevalência das pseudocrises na população em geral são referidos valores entre dois e 33 casos por 100000 habitantes.⁶ Estas são mais frequentes no sexo feminino e na adolescência.⁴ Nos doentes com epilepsia, sobretudo de origem no lobo temporal, as pseudocrises podem atingir cerca de um terço dos doentes.⁷ A epilepsia do lobo temporal está também muito associada a outras comorbilidades psiquiátricas, nomeadamente a alterações do comportamento, do humor e da personalidade.⁸

O diagnóstico diferencial entre crises e pseudocrises faz-se essencialmente através da história clínica e observação, não existindo contudo sinais patognomónicos que possam permitir distingui-las com segurança.² Sintomas a favor de crises epiléticas incluem confusão pós-ictal, lesões significativas, incontinência e ocorrência durante o sono.⁶ Em contraste, nas pseudocrises há muitas

vezes características que são inconsistentes com crises epiléticas, nomeadamente a nível motor.⁶ Certas características dos fenómenos motores que estão muito associadas a pseudocrises incluem o início muito gradual, intermitência, atividade irregular ou assíncrona, movimentos cefálicos lateralizados, postura em opistótono, choro, consciência preservada durante a atividade motora bilateral e encerramento ocular persistente.⁶ No entanto, embora alguns destes comportamentos sejam muito específicos de pseudocrises, nenhum é, por si só, patognomónico, nem estabelece o diagnóstico de forma isolada. Existem falsos positivos, como por exemplo, a consciência preservada durante a atividade motora bilateral em algumas convulsões do lobo frontal.⁶ Na infância, as pseudocrises geralmente apresentam uma atividade motora menos proeminente do que na adolescência.²

São também muito sugestivos de pseudocrises fatores como a resistência aos antiepiléticos, frequência de crises muito elevada, existência de desencadeantes específicos, como ansiedade ou dor, ocorrência em ambientes com público e história de doença psiquiátrica.⁶

Relativamente ao exame físico, deve prestar-se especial atenção ao exame neurológico, bem como à avaliação do estado mental, nomeadamente do comportamento geral, afeto, nível de preocupação e existência de traços histriónicos como a hiperdramatização, que podem ser sugestivos de pseudocrises.⁶

Devido à sua baixa sensibilidade, o eletroencefalograma (EEG) de rotina não ajuda muito neste diagnóstico. No entanto, quando é repetidamente normal, especialmente em doentes que têm crises muito frequentes, é sugestivo de pseudocrises. O vídeo-eletroencefalograma (vídeo-EEG) é o exame mais útil para o diagnóstico de pseudocrises. O diagnóstico torna-se definitivo quando ocorre um evento durante a realização do vídeo-EEG, pois permite confirmar a presença ou ausência de alterações eletroencefalográficas.⁴

As provas de provocação, com hiperventilação, sugestão verbal ou injeção de solução salina, podem ser muito úteis quando o diagnóstico permanece incerto e não ocorrem eventos espontâneos durante a monitorização.⁴ A presença de sugestibilidade, ou seja, quando a sugestão aciona um evento, é o argumento mais forte para suportar uma etiologia psicogénica.⁴ O doseamento de prolactina também pode ser realizado, apesar de não ser patognomónico. O nível sérico de prolactina aumenta significativamente minutos após uma crise epilética. No entanto, podem ocorrer resultados falso-positivos na síncope ou durante terapêutica com alguns fármacos como os neurolépticos e resultados falso-negativos em crises parciais.⁴

O tratamento das crises epiléticas e das pseudocrises é distinto. Os principais autores concordam que a abordagem terapêutica do paciente com pseudocrises se inicie necessariamente com a explicação clara e objetiva do diagnóstico, procurando estabelecer uma relação de confiança. O diagnóstico deve ser transmitido de forma positiva, enfatizando que não se trata efetivamente de epilepsia, não havendo, portanto, necessidade de uso de antiepiléticos.² Nas pseudocrises, a base do tratamento é a psicoterapia, havendo cada vez mais estudos que mostram a sua eficácia.⁴ Além da recomendação de suspender os antiepiléticos, não há intervenções farmacológicas específicas, estando preconizado o uso de fármacos necessários para o tratamento das comorbidades psiquiátricas, nomeadamente de inibidores seletivos da recaptção da serotonina.⁴ Nos pacientes com crises epiléticas e pseudocrises concomitantes, é recomendada a redução dos antiepiléticos ao mínimo necessário para o controlo das crises epiléticas, otimizando o tratamento.²

Caso Clínico

Adolescente de 14 anos, do sexo feminino, com epilepsia refratária, que recorreu ao serviço de urgência por crises diferentes do seu padrão habitual.

Entre os antecedentes pessoais destacavam-se restrição do crescimento intrauterino e nascimento prematuro às 36 semanas. Tinha tido um desenvolvimento psicomotor adequado até aos 7 anos, altura em que iniciou epilepsia. As crises epiléticas eram de três tipos: sensação estranha e pedido de água, com provável origem na amígdala, alucinações auditivas de uma música sentida como agradável, com provável origem temporal direita e crises mais exuberantes com versão cefálica para a esquerda e postura tónica do membro superior esquerdo, com provável origem frontal direita. Apesar dos múltiplos esquemas terapêuticos realizados ao longo dos anos, que incluíram várias combinações de antiepiléticos e dieta cetogénica e ainda cirurgia de epilepsia (polectomia temporal e amigdalo-hipocampectomia direita), houve apenas uma melhoria parcial, mantendo-se uma epilepsia refratária. Quando da apresentação na urgência estava medicada com carbamazepina, 45 mg/kg/dia, lamotrigina, 8 mg/kg/dia, e pregabalina, 8 mg/kg/dia. Apresentava ainda um défice cognitivo ligeiro (WISC III: 75-80), com dificuldades na capacidade matemática e perceptiva, diminuição da memória visual e atenção. Frequentava o 8º ano de escolaridade, com currículo adaptado. Um ano antes tinha iniciado seguimento regular em pedopsiquiatria

por quadro de ansiedade, tendo melhorado após consultas terapêuticas individuais e familiares, sem necessidade de psicofarmacologia adjuvante.

Entre os antecedentes familiares destacava-se inserção em família nuclear, sem irmãos. Mãe de 45 anos saudável, pai de 46 anos com linfoma 12 anos antes e avô paterno já falecido com perturbação esquizoafetiva.

As crises que motivaram a ida ao serviço de urgência caracterizaram-se por um início súbito de má disposição à qual se associaram movimentos de abertura e fecho dos braços e dos membros inferiores, alternados com períodos de ausência de movimentos. Foi administrado diazepam retal, 10 mg, cessando os movimentos, mas ficando com olhar fixo para a direita e a gritar.

Recorreu à urgência por manutenção do quadro acima descrito, intercalado com períodos de choro e gritos, ausência de resposta a ordens simples e olhar fixo para a direita, padrão manifestamente diferente das crises habituais. O exame neurológico não tinha alterações, apresentando movimentos dirigidos e reação à dor.

Após as medidas de suporte iniciais, nomeadamente administração de diazepam endovenoso, 10 mg, e respiração para invólucro fechado de modo a corrigir a hipocapnia causada pela hiperventilação, houve melhoria transitória, com resposta a ordens e à voz. No entanto, verificou-se novo agravamento do quadro, com crises semelhantes às descritas anteriormente, tendo-se por isso realizado impregnação com levetiracetam e fenitoína, com melhoria. Durante o internamento para esclarecimento etiológico, manteve crises semelhantes às descritas.

No internamento foi observada pela pedopsiquiatria, devido à suspeita de quadro conversivo. Era claro o humor eufímico, atitude extremamente pueril e apelativa, ausência de alterações da percepção. Apuraram-se antecedentes de forte componente ansioso, bem como relação com os pais de grande dependência, com alguns contornos fusionais com a mãe.

Realizou ressonância magnética crânio-encefálica (RM-CE), sem alterações *de novo*. Durante a realização do vídeo-EEG, foi possível gravar dois episódios que demonstraram não terem ocorrido alterações eletroencefalográficas durante os eventos, permitindo assim concluir que as novas crises eram de origem não epiléptica.

Após tranquilização e explicação da etiologia psicogénica das novas crises, a medicação antiepiléptica foi progressivamente reduzida. A doente teve alta sem crises diferentes do seu padrão habitual, medicada com a terapêutica que fazia em ambulatório e com fenitoína, 5 mg/kg/dia (em esquema de redução).

Discussão

O diagnóstico diferencial entre crises epilépticas e pseudocrises nem sempre é fácil. Este caso clínico ilustra a importância e a complexidade do diagnóstico diferencial entre etiologia orgânica e psicogénica.

No caso apresentado, a favor de um novo padrão de crises epilépticas estava o facto de esta adolescente apresentar uma epilepsia refratária. No entanto, as características semiológicas presentes eram incongruentes com etiologia epiléptica, nomeadamente os movimentos irregulares exuberantes, choro e gritos e a intermitência com períodos de resposta a ordens simples. Também argumentavam a favor do diagnóstico de pseudocrises a elevada frequência dos eventos, a ocorrência quando estava acompanhada e não durante o sono, a fraca resposta aos antiepilépticos, a atitude extremamente pueril e apelativa, bem como a história psiquiátrica prévia de ansiedade. Uma vez que não havia consciência da produção dos sintomas, o quadro clínico não era sugestivo de convulsões fictícias.

O vídeo-EEG realizado no período ictal permitiu correlacionar temporalmente a clínica com as características eletroencefalográficas. A ausência de atividade epileptiforme durante este novo tipo de crises permitiu o diagnóstico definitivo de pseudocrises.⁴

É extremamente importante fazer um bom diagnóstico diferencial, pois o tratamento de cada uma destas entidades é substancialmente diferente. No caso de se tratar de uma crise epiléptica, o tratamento é feito com anticonvulsivantes. O tratamento das pseudocrises, por outro lado, depende da tranquilização do paciente e da explicação da etiologia e psicopatologia deste fenómeno. Uma vez que se trata de pseudocrises e não de crises fictícias, o paciente está muitas vezes em grande sofrimento e necessita de tratamento da doença psiquiátrica de base. A psicoterapia é um pilar terapêutico pois permite explorar e resolver os conflitos internos subjacentes. Pode ser necessário o uso de psicofármacos para o tratamento das comorbidades psiquiátricas. Também é importante a educação dos familiares, uma vez que a atitude destes contribui muito para a manutenção do quadro. Nos pacientes que apresentam concomitantemente epilepsia e pseudocrises é recomendado reduzir os anticonvulsivantes ao mínimo necessário para o controlo das crises epilépticas, evitando assim iatrogenia.^{2,4}

Um dos elementos que mais influencia o prognóstico é o tempo, ou seja, quanto mais precoce for o diagnóstico das pseudocrises, melhor o prognóstico e menor o impacto psicossocial.^{9,10} Por este motivo, é essencial fazer o diagnóstico e tratamento adequados o mais precocemente possível.

O diagnóstico diferencial entre crises epiléticas e pseudocrises nem sempre é fácil, o que pode ter repercussões importantes no tratamento. A coexistência de crises e pseudocrises no mesmo paciente pode tornar-se um autêntico desafio. Conseguir identificar que tipo de crises o paciente manifesta em cada momento é essencial para uma correta abordagem terapêutica e o único modo de evitar a manutenção do quadro clínico e possível iatrogenia.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Correspondência

Filipa Carlota Marques
filipacmarques@sapo.pt

Recebido: 23/10/2015

Aceite: 05/01/2015

Referências

1. Engel J. Seizures and Epilepsy. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2013.
2. Reilly C, Menlove L, Fenton V, Das K. Psychogenic nonepileptic seizures in children: a review. *Epilepsia* 2013;54:1715-24.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Gedzelman E, LaRoche S. Long-term video EEG monitoring for diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:1979-86.
5. Dias I. Epilepsia. In: Amaral J, editor. Tratado de clínica pediátrica. 2^a ed. Amadora: Abbott Laboratórios; 2013.P.903-12.
6. Benbadis S. The differential diagnosis of epilepsy: a critical review. *Epilepsy Behav* 2009;15:15-21.
7. Blumer D, Adamolekun B. Treatment of patients with co-existing epileptic and nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 2006;9:498-502.
8. Terra J, Valerio N, Oliveira G. Clinical correlations between epilepsy and psychiatric disorders: considerations from literature. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2013;19:17-22.
9. Oliveira G, Salgado J, Portela E, Pereira S, Teixeira A. Crises não epiléticas: clínica e terapêutica. *J Bras Psiquiatr* 2008;57:52-6.
10. Aicardi J, Andermann F, Trimble M, Pedley T, Engle J. Disorders that can be confused with epilepsy. In: Engle J, Pedley T. editors. *Epilepsy – a comprehensive textbook*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 2795-811.