

ESTADO DE MAL NÃO CONVULSIVO EM IDOSA COM DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO

Non-convulsive status epilepticus disease in the elderly with diagnosis of depression

Lorena Assis Moura¹, Olivia Permegiani Vilarinho¹, Rafael Gonzalez dos Santos¹, Fábio Limonte², Arianne Assis Moura Rodero³

1. Acadêmicos do curso de medicina da Faculdade Ceres - Faceres, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
2. Especialista em neurologia pela Sociedade Brasileira de Neurologia; Docente do curso de Medicina da Faculdade Ceres - Faceres, São José do Rio Preto, SP, Brasil.
3. Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Docente do curso de Medicina da Faculdade Ceres - Faceres, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

RESUMO

O estado de mal epiléptico não convulsivo (EMNC) pode apresentar vários subtipos, sendo os mais comuns relacionados à ausência de grandes sinais motores e alteração do estado mental. Essa doença possui amplo diagnóstico diferencial o que a faz ser uma emergência médica, devido as suas possíveis consequências irreversíveis se não diagnosticada e tratada precocemente. A paciente do relato de caso passou em consulta ambulatorial apresentando alteração do estado mental com diagnóstico de depressão ou demência rapidamente progressiva com evolução há mais de um mês segundo familiares. Os resultados dos exames laboratoriais e a Ressonância Magnética de encéfalo não apresentaram alterações específicas que justificassem o quadro clínico. O diagnóstico foi realizado através da história clínica e do eletroencefalograma (EEG). Após o tratamento a paciente evoluiu com melhora do nível de consciência retornando ao seu estado basal.

Palavras-chave: Estado de mal epiléptico não convulsivo; transtorno depressivo; eletroencefalograma; relato de caso

ABSTRACT

Non-convulsive status epilepticus (NCSE) can take several general forms of presentation and largely refers to the absence of large motor signals. This disease is considered a clinical emergency that requires immediate and aggressive diagnoses and treatment. NCSE is a heterogeneous mental disorder with several causes and subtypes that may confuse even specialists, delaying diagnosis and treatment.

Due to the severe sequels of the NCSE which would affect the quality of the patient's life, this work will discuss the clinical condition and aims an early diagnosis and treatment. A patient in the case report on outpatient clinic presenting the mental state with diagnosis of depression or rapidly progressive dementia with evolution for more than a month

according to relatives. The results of the laboratory tests and the MRI do not present specific information about the clinical condition. The diagnosis was made through clinical history and prolonged electroencephalogram (EEGP). After the treatment the patient evolved with improvement of the level of consciousness returning to its basal state.

Keywords:

State of non-convulsive disease; depressive disorder; electroencephalogram; case reports

INTRODUÇÃO

O estado de mal epiléptico não convulsivo (EMNC) é clinicamente diagnosticado como uma condição epiléptica prolongada (> 30 min), com nível de consciência diminuído e anormalidades comportamentais e/ou mentais, mas sem grandes movimentos motores convulsivos, associado a descargas epileptiformes na eletroencefalografia (EEG). Segundo estudos prévios, acredita-se que 25 % dos estados epilépticos no mundo sejam do tipo não convulsivo e que 58 % desses casos não tenham história prévia de epilepsia.¹⁻³

O EMNC pode estar associado a alterações estruturais do sistema nervoso central, por exemplo, tumores, cirurgias prévias e hiperostose frontal; alterações metabólicas; infecções, como encefalopatia herpética; e uso de alguns medicamentos, entre eles, antidepressivos, antibióticos e psicotrópicos. Em estudo atual observaram que alguns antidepressivos como a paroxetina, sertralina e mirtazapina em doses terapêuticas podem estar associados ao EMNC, assim como antidepressivos clássicos.^{4,5}

Essa patologia é um dos grandes desafios diagnósticos e terapêuticos, devido à variedade de diagnósticos diferenciais como Demência, Depressão e Parkinson e as discretas características clínicas deste distúrbio que podem ser difíceis de diferenciar do comportamento normal.^{5,6}

A suspeita clínica dessa patologia ocorre frente a sintomas como alteração do estado mental, bradicinesia e bradipsiquismo. O diagnóstico de certeza é realizado pelo eletroencefalograma e seu prognóstico depende principalmente da etiologia e da lesão cerebral associada.^{3, 5, 6}

O objetivo desse relato de caso é alertar o profissional sobre a importância de um diagnóstico precoce para evitar atraso terapêutico e errôneo, que poderão causar lesões cerebrais irreversíveis, influenciando na qualidade de vida do paciente.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 83 anos, branca, com diagnóstico de Transtorno Depressivo (em uso contínuo de Citalopram 20 mg há 3 anos), Hipertensão Arterial Sistêmica, seqüela motora após ressecção de tumor em glúteo há três anos, acamada desde então e sem história prévia de epilepsia. Passou por consulta geriátrica com acompanhante informando que paciente havia iniciado há três meses com tremores em membros superiores e apatia, sendo diagnosticado inicialmente com quadro depressivo recorrente e solicitado Ressonância Magnética de Encéfalo. Evoluiu com piora do quadro, apresentando no dia da consulta alterações como bradicinesia, dificuldade para se alimentar, alteração cognitiva, sonolência, bradipsiquismo, desorientação em tempo e espaço, não sendo possível a realização de exames para avaliar cognição como o mini exame do estado mental. Realizado como hipóteses diagnóstica crise de ausência, Síndrome Demencial rapidamente progressiva e Encefalopatia. Foram solicitados exames laboratoriais, líquido cefalorraquidiano e eletroencefalograma prolongado por 1 hora (Figura I), sendo diagnosticado Estado de Mal Não Convulsivo. Exames laboratoriais e

líquor normais (Anexo I). Após diagnóstico paciente foi encaminhada para internação sendo realizado Diazepam endovenoso seguido de hidantalização. Recebendo alta dois dias após procedimento com melhora e continuação do tratamento com Fenitoína via oral. Retornou em consulta, dois meses após internação, comunicativa e orientada em tempo e espaço. Realizado avaliação cognitiva com Mini Exame do Estado Mental (27/30), acertando o Teste do Relógio e Fluência Verbal dentro do previsto para sua escolaridade.

DISCUSSÃO

Por ter uma clínica sutil, o EMNC é uma doença subdiagnosticada, podendo ter grandes erro terapêutico. No presente caso, a paciente havia recebido o diagnóstico inicial de depressão, evoluindo com piora do quadro clínico.^{1,2}

Em pacientes sem história de epilepsia, o EMNC pode apresentar se como confusão ou mudança de personalidade. Deve-se ter como diagnóstico diferencial as patologias demenciais, psiquiátricas e orgânicas. Que foram excluídas da paciente, após anamnese detalhada, exames laboratoriais e de imagem.^{3, 5, 6}

Além da clínica o eletroencefalograma é imprescindível no diagnóstico da doença, auxiliando o profissional na abordagem correta, como no caso, a primeira hipótese diagnóstica foi afastada depois do exame realizado.⁵

Prevenir as crises e realizar tratamento adequado é crucial para que não haja seqüelas irreversíveis. A terapêutica deve ser mantida até evolução favorável da doença que deve ser monitorada pelo EEG. Benzodiazepínicos endovenosos são os agentes de primeira linha seguidos por Fenitoína. No relato de caso foram realizados Diazepam e como manutenção Fenitoína, além do acompanhamento para avaliar a evolução do caso até os dias atuais.^{2, 3, 6}

CONCLUSÃO

Os eventos epiléticos, mesmo um status epilepticus, devem ser considerados quando as flutuações da cognição e da consciência ocorrem em pessoas idosas. Em particular, o EMNC que é uma condição com consequências graves e apresentação clínica pleomórfica. O exame de EEG, por vezes, tem achados inespecíficos (ondas lentas e alterações da atividade de base), entretanto em alguns casos, como neste foi crucial para suportar o diagnóstico de EMNC. Desta forma concluímos que esta condição é uma emergência médica, cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas pelo reconhecimento e tratamento imediato.

REFERÊNCIAS

1. Power K N, Gramstad A, Gilhus N E, Engelsen B A. Seizure - Adult nonconvulsive status epilepticus in a clinical setting: Semiology, aetiology, treatment and outcome. *Seizure* 2015; 24:102-106.
2. Meierkord H, Holtkamp M. Non-convulsive status epilepticus in adults: clinical forms and treatment. *Lancet Neurol* 2007; 6: 329-339.
3. Chang A K, Shinnar S. Nonconvulsive Status Epilepticus. *Emerg Med Clin N Am* 2011; 29: 65–72.
4. Gunduz A, Beskardes AF, Kutlu A, Ozkara C, Karaagac N, Yeni SN. Herpes encephalitis as a cause of nonconvulsive status epilepticus. *Epileptic Disord* 2006; 8 (1): 57-60.
5. Taniguchi G, Miyajima M, Watanabe M, Murata Y, Sone D, Watanabe Y, Okazaki M, Kimura MK, Kato M, Onuma T. Nonconvulsive status epilepticus in the elderly associated with newer antidepressants used at therapeutic doses: A report of three cases. *Epilepsy & Behavior Case Reports* 2015; 3 : 8–11

6. Walker MC. Treatment of non-convulsive status epilepticus. Chapter 34. 357 – 362.

Correspondência: Arianne Assis Moura Roderio.

Clínicas Integradas Rio Preto (CIRP). Endereço: Rua São Rafael, n° 22, Vila São Pedro,
CEP: 15091-030, São José do Rio Preto, SP.

E-mail: arianneassis@yahoo.com.br