

## STATUS EPILEPTICUS AUSÊNCIA DE NOVO

### RELATO DE CASO

GLORIA M. ALMEIDA TEDRUS\*, LINEU CORRÊA FONSECA\*\*,  
LUCINDA M. GARCIA DE TELLA\*, MAURA APARECIDA VIANA\*\*\*

---

**RESUMO** - Existem poucos relatos na literatura de pacientes adultos com *status epilepticus* não convulsivo, do tipo ausência típica. Apresentamos o caso de paciente do sexo feminino de 53 anos de idade, diabética, que iniciou quadro de confusão mental após crise tônico-clônica generalizada. O eletrencefalograma mostrou descargas contínuas generalizadas caracterizadas por complexos ponta-onda irregulares. As descargas ao eletrencefalograma desapareceram após diazepam endovenoso. A tomografia computadorizada de crânio foi normal. Esse caso mostra que o reconhecimento dessa entidade clínico-eletrencefalográfica é essencial, devido à semelhança com distúrbio psiquiátrico e da pronta resposta ao tratamento medicamentoso.

**PALAVRAS-CHAVE:** status não convulsivo, eletrencefalograma, diabetes mellitus.

#### “De novo” absence status: case report

**ABSTRACT** - There are few descriptions about middle-aged patients who have nonconvulsive status epilepticus, absence status. We reported the clinical case of a woman, 52-year-old, diabetic, referred to the emergency room in a confusional state. Initial electroencephalogram showed continuous typical, bilateral, symmetric and synchronous spike-and-wave discharges. Clinical and electroencephalogram normalization occurred immediately following intravenous injection of benzodiazepine. Computerized axial tomography was normal. The recognition of this entity is essential because of its similarity to psychiatric disturbance and its prompt response to proper treatment.

**KEY WORDS:** nonconvulsive status epilepticus, electroencephalogram, diabetes mellitus.

---

São raros os relatos de *status epilepticus* não convulsivo (SENC). Este é caracterizado pela ocorrência de alteração prolongada da consciência, manifestada por confusão mental, letargia, alteração da fala, fala inapropriada, comportamentos automáticos e, mesmo em alguns casos, mantendo a capacidade de obedecer a comandos simples<sup>1,4,7</sup>. SENC geralmente não é reconhecido ou é erroneamente diagnosticado como distúrbio de comportamento ou distúrbio psiquiátrico. Isso se dá devido ao pleomorfismo clínico de apresentação do SENC, em que episódios prolongados de distúrbio mental constituem um desafio diagnóstico<sup>1,2</sup>. Os critérios para diagnóstico de SENC requerem período mínimo de 30 minutos de alteração de comportamento, evidências de atividade crítica ao eletrencefalograma (EEG) e resposta aos anticonvulsivantes<sup>1,7</sup>. Tradicionalmente dois tipos de SENC têm sido reconhecidos: *status* generalizado e *status* parcial complexo. O *status* parcial complexo se caracteriza por apresentar atividade crítica lateralizada ao EEG, contínua ou não, acompanhada de automatismos, comportamentos bizarros, afasia e amnésia. O *status* generalizado apresenta atividade crítica ao EEG, predominantemente generalizada, simétrica e síncrona, acompanhada de sonolência, confusão mental, agitação, automatismos e abalos mioclônicos de face ou membros<sup>1,2,7</sup>. O *status* generalizado não convulsivo pode ser subdividido

em *status epilepticus* ausência típica (SEAT), *status epilepticus* ausência atípica, *status epilepticus* ausência *de novo* (SEA *de novo*) e *status epilepticus* ausência em outras síndromes<sup>2</sup>. SEAT pode ser encontrado em qualquer idade. Em raros casos, pode ser a primeira manifestação da epilepsia. O *status* ocorre em 3% de todos os pacientes com ausências, embora 10% dos adultos que continuam a apresentar ausências possam ter algum episódio de *status epilepticus*. Em adultos, principalmente idosos, o SEAT pode ocorrer após longos períodos de controle das crises, sendo que em poucos casos é observado um fator precipitante<sup>1,2</sup>. O SEAT frequentemente se inicia ou termina com crise tônico-clônica generalizada<sup>1,2,6,10</sup>.

No SEA *de novo* não existe história anterior de epilepsia, e os achados eletrencefalográficos, curso, prognóstico, fatores precipitantes e resposta ao tratamento são diferentes do SEAT<sup>1,2,3,5,8,11,12</sup>.

Relatamos o caso de uma paciente que desenvolveu SEA *de novo* associado a descompensação do diabetes.

## RELATO DO CASO

NNJ, 52 anos, viúva, procedente de Campinas-SP, deu entrada no Hospital e Maternidade Celso Pierro-PUCCAMP em setembro-1996, em estado de torpor há 24 horas, após episódio único de crise tônico-clônica generalizada. Antecedentes pessoais - Diabetes mellitus há 38 anos. Fazia uso irregular de hipoglicemiante oral e de insulina NPH. Há vários anos vinha apresentando durante descompensações da glicemia, tanto hiperglicemia como hipoglicemia, episódios em que ficava "fora de si", sem queda e sem automatismos. Há três anos, durante episódio de hiperglicemia não cetótica, apresentou crise tônico-clônica generalizada. Tinha déficit visual por lesão de retina.

Exame neurológico - A paciente apresentava-se em confusão mental, não contactando adequadamente com o ambiente e respondia inadequadamente aos estímulos verbais. Localizava estímulos dolorosos. A força muscular estava preservada.

Exames complementares - Líquido cefalorraquiano (punção suboccipital): pressão inicial e final normais; proteína e cloretos normais; glicose 135mg/dL. A glicemia de jejum, na internação, foi 240mg/dL. Tomografia computadorizada de crânio: normal. O EEG crítico mostrou descargas generalizadas contínuas por complexos ponta-onda e poliponta-onda (Fig 1). Foi administrado diazepam endovenoso, durante o EEG, com redução acentuada das descargas (Fig 2). Após a suspensão da medicação houve retorno das descargas.

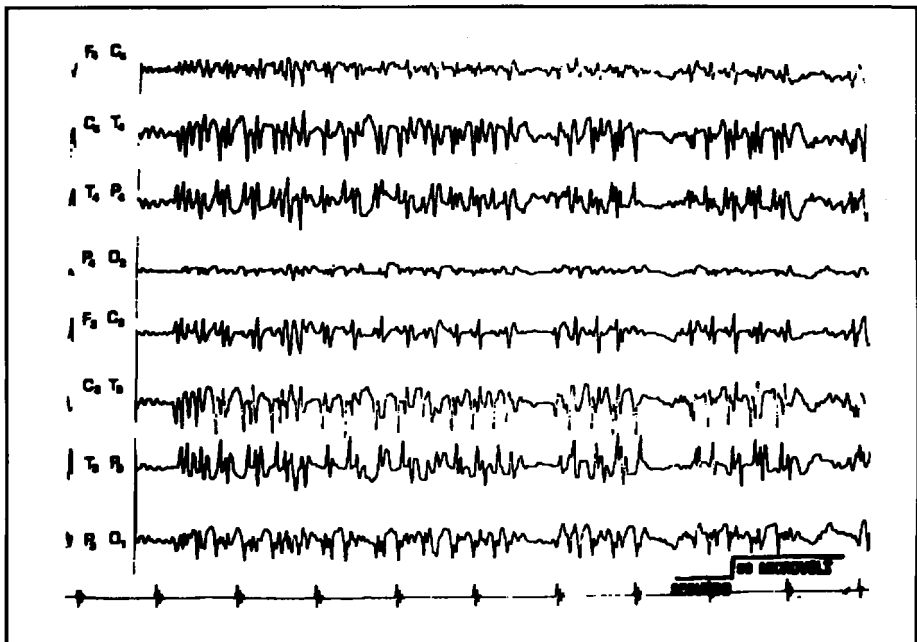


Fig 1. EEG crítico mostra descargas generalizadas contínuas por complexos ponta-onda e poliponta-onda.

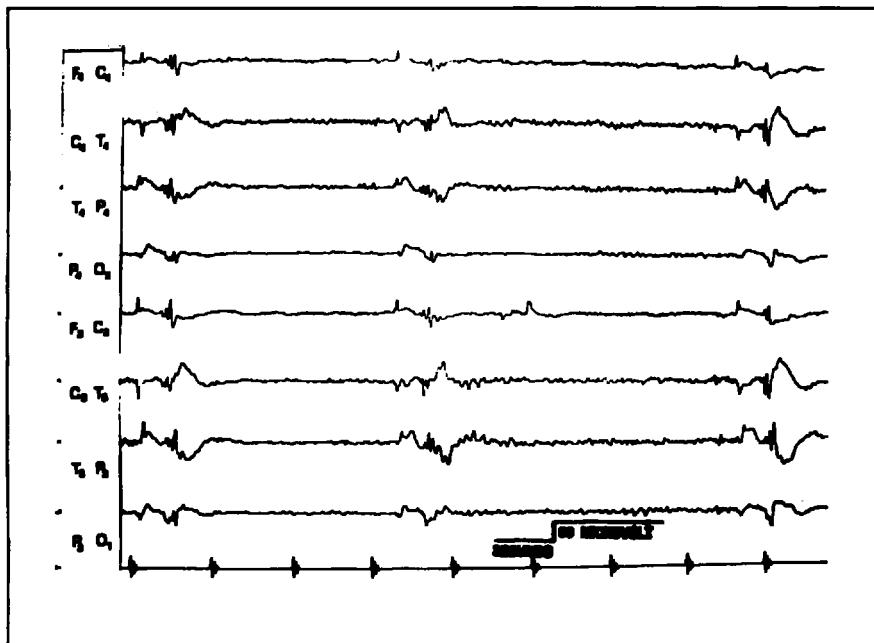


Fig 2. EEG após administração de diazepam endovenoso, mostra redução acentuada na frequência das descargas.

O *status epilepticus* foi revertido com o diazepam endovenoso contínuo. Foi feita correção dos distúrbios metabólicos e administrado ácido valpróico e insulina NPH. O EEG, após seis meses de seguimento, foi normal.

## DISCUSSÃO

*Status* de ausência é uma síndrome epiléptica heterogênea que pode fazer parte de distintas entidades clínicas. Em crianças e em adolescentes o *status* de ausência pode ocorrer na evolução de várias epilepsias como as generalizadas idiopáticas, formas criptogênicas ou sintomáticas<sup>9</sup>.

Em adultos, os relatos na literatura mostram que *status* de ausência são pouco frequentes, existindo dois grupos distintos: o primeiro grupo inclui pacientes que tiveram epilepsia na infância e, após longo período de remissão, apresentam o *status*; o segundo grupo, o do SEA *de novo* inclui pacientes, predominantemente do sexo feminino, com média de idade 62 anos, sendo o *status* de ausência a primeira manifestação epiléptica. O SEA *de novo* se apresenta com confusão mental, alteração variável da consciência, amnésia parcial ou total, podendo ocorrer alterações afetivas, perseveração motora, incoordenação e abalos mioclônicos. Crises tônico-clônicas generalizadas são referidas em 50% dos casos<sup>2</sup>.

O EEG mostra complexos ponta-onda com frequência de 1-4Hz, generalizados, contínuos ou, mais raramente, outras anormalidades epileptiformes.

Em grande proporção dos casos, fatores precipitantes são identificáveis: uso ou abstinência de drogas psicotrópicas como lítio, álcool e benzodiazepínicos; realização de mielografia ou angiografia cerebral; distúrbio metabólico agudo e exposição a agentes tóxicos<sup>2,12</sup>.

Ocorre rápida resolução do *status* após uso de benzodiazepínico endovenoso e com a correção do fator precipitante. O prognóstico é bom.

Thomaz et al., num estudo de 11 pacientes, observaram que não é necessária a administração prolongada de drogas antiepilépticas, pois existe baixo índice de recorrência do *status*<sup>12</sup>. Esses

autores definiram SEA *de novo* como *status epilepticus* generalizado não convulsivo, e incluíram-no na categoria de síndromes epiléticas especiais, como crises relacionadas a situação, de acordo com a Classificação da Liga Internacional contra a Epilepsia de 1985.

Em nossa paciente, o diagnóstico de SEA *de novo* foi feito levando-se em conta as características clínicas, o EEG e a rápida melhora clínica e eletrencefalográfica com o uso de benzodiazepínico endovenoso. O fator precipitante mais provável, nesse caso, foi a descompensação diabética e não encontramos na literatura outro caso de SEA *de novo* com esse desencadeante.

O reconhecimento dessa entidade clínico-EEG é essencial devido à semelhança com distúrbios psiquiátricos e outras formas de SENC e à pronta resposta ao tratamento medicamentoso.

## REFERÊNCIAS

1. Delgado-Escueta AV, Wasterlain CG, Treiman DM, Porter RJ. *Status epilepticus: mechanisms of brain damage and treatment*. New York: Raven Press, 1983;1,61-68.
2. Duncan JS, Panayiotopoulos CP. Typical absences and related epileptic syndromes. *Londres: Churchill Livingstone*, 1995:1-388.
3. Ellis JM, Lee SI. Acute prolonged confusion in later life as an ictal state. *Epilepsia* 1978;19:119-128.
4. Fagan KJ, Lee SI. Prolonged confusion following convulsions due to generalized nonconvulsive status epilepticus. *Neurology* 1990;40:1689-1694.
5. Gall M, Scollo-Lavizzari G, Becker H. Absence status in the adult. *Eur Neurol* 1978;17:121-128.
6. Gibberd FB. Petit-mal status presenting in middle age. *Lancet* 1972;1:269.
7. Kaplan PW. Nonconvulsive status epilepticus in the emergency room. *Epilepsia* 1996;37:643-650.
8. Lee SI. Nonconvulsive status epilepticus: ictal confusion in later life. *Arch Neurol* 1985;42:778-781.
9. Lennox W. The petit mal epilepsies: their treatment with tridione. *J Am Med Assoc* 1945;129:1069-1073.
10. Loiseau P, Duché B, Pédespan JM. Absence epilepsies. *Epilepsia* 1995;36:1182-1186.
11. Schwartz MS, Scott DF. Isolated petit-mal status presenting de novo in middle age. *Lancet* 1971;2:1399-1401.
12. Thomaz P, Beaumanoir A, Genton P, Dolisi C, Chatel M. "De novo" absence status of late onset: report of 11 cases. *Neurology* 1992;42:104-110.