DOI: https://doi.org/10.56579/epistimoniki.v3.i4.133

QUANDO A CRISE NÃO É EPILEPSIA: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS APÓS INTUBAÇÃO E INTERNAÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA — RELATO DE CASO

WHEN A SEIZURE IS NOT EPILEPSY: DIAGNOSTIC CHALLENGES FOLLOWING INTUBATION AND PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT ADMISSION — A CASE REPORT

Melisa Castaño Renteria[1]
Isabella Jaramillo Mesa[2]
Hector Caicedo Magaña[3]
Stephania Vargas Arrigui[4]
Benjamin Ortiz-Santana[5]
Juan Camilo Manco Echeverry[6]
Jade Nicole Garcés García[7]
Angelica Maria Mora Orozco[8]
José Antonio Coba Lacle[9]

RESUMO:
Introdução: Os episódios paroxísticos acompanhados de alterações motoras e da consciência representam um desafio diagnóstico nos serviços de emergência pediátrica. Embora o reconhecimento e o tratamento precoces do estado de mal epiléptico sejam fundamentais, diferentes condições podem apresentar manifestações semelhantes às crises convulsivas, incluindo crises funcionais e síncope com movimentos convulsivos.
Relato do caso: Adolescente de 15 anos, com diagnóstico prévio referido de epilepsia, foi encaminhada a um hospital pediátrico terciário após quatro episódios interpretados como crises tônico-clônicas generalizadas, tratados com benzodiazepínicos e fenitoína. Evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, necessitando intubação orotraqueal e admissão em unidade de terapia intensiva pediátrica. O eletroencefalograma não demonstrou atividade epileptiforme, e a tomografia computadorizada de crânio não evidenciou alterações estruturais. Após estabilização clínica, a investigação multidisciplinar identificou antecedente de experiência traumática, episódios recorrentes de ansiedade intensa e manifestações paroxísticas temporalmente associadas a situações de estresse. A avaliação psiquiátrica levantou a hipótese de crises funcionais, enquanto o relato de sintomas

[1] Medica general. Orcid # 0009-0006-5394-5528. Unidad Central del Valle. E-mail: mecasre@gmail.com
[2]Médico general. ORCID #0009-0002-1714-179. Universidad Santiago de Cali. E-mail: isabellajaramillomesa@gmail.com
[3] Medico General. Orcid: https://orcid.org/0009-0004-8189-1534. Fundación Universitaria San Martín, Cali - Colombia. E-mail: hectorcaicedo1215@gmail.com
[4] Medica general; Orcid # 0009-0003-2191-1962. Unidad Central del Valle. E-mail: stephiva12@gmail.com
[5] Médico general. Magíster en Epidemiología. ORCID: 0000-0002-3215-2565. Grupo de investigación Salud, Cuidado y Sociedad, Unidad Central del Valle del Cauca. E-mail:beortizsa@gmail.com
[6] Interno. Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt. E-mail: jmanco928@cue.edu.co
[7]Médica general. Orcid #0009-0002-6873-8477. Fundación Universitaria San Martín. E-mail: janigar0326@gmail.com
[8] Pediatra. Hospital Universitário San Juan de Dios - Armenia, Colômbia. E-mail: angelicamoraorozco@gmail.com
[9] Médico Pediatra. Subespecialista em Doenças Raras .- HPP. Mestre em Genética – Universidad Simón Bolivar. Doutorando em Ciências da Saúde – PUC-PR. Professor Universidad Alexander Von Humboldt- Armenia, Colômbia. Lattes: https://lattes.cnpq.br/8374765335390438.ORCID: 0000-0002-3955-6183. E-mail: josecobapediatra@gmail.com

Esta obra está sob licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

DOI: https://doi.org/10.56579/epistimoniki.v3.i4.133

prodrômicos e perda transitória da consciência motivou investigação adicional de possível síncope. A avaliação cardiológica inicial não identificou alterações nos exames realizados.
Discussão: A sobreposição semiológica entre crises epilépticas, eventos funcionais e síncope pode dificultar o diagnóstico durante situações de emergência. A ausência de alterações no eletroencefalograma interictal não exclui epilepsia, assim como a presença de fatores emocionais não confirma a natureza funcional dos eventos. A reavaliação diagnóstica após a estabilização é essencial para orientar a continuidade do tratamento e reduzir intervenções potencialmente desnecessárias.
Conclusão: O caso destaca a importância da avaliação clínica sequencial e multidisciplinar de adolescentes com episódios paroxísticos graves. A integração entre neurologia, pediatria, medicina do adolescente, psiquiatria e cardiologia permite ampliar o diagnóstico diferencial e individualizar a assistência após a fase crítica.

Palavras-chave: Estado de Mal Epiléptico; Crises Funcionais; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Síncope; Adolescência; Diagnóstico Diferencial.

ABSTRACT:
Introduction: Paroxysmal episodes accompanied by motor and consciousness alterations pose a diagnostic challenge in pediatric emergency departments. Although early recognition and treatment of status epilepticus are essential, several conditions may present with manifestations similar to epileptic seizures, including functional seizures and syncope with convulsive movements.
Case Report: A 15-year-old adolescent with a previously reported diagnosis of epilepsy was referred to a tertiary pediatric hospital following four episodes interpreted as generalized tonic-clonic seizures, treated with benzodiazepines and phenytoin. The patient subsequently developed a decreased level of consciousness, requiring orotracheal intubation and admission to the pediatric intensive care unit. Electroencephalography revealed no epileptiform activity, and cranial computed tomography showed no structural abnormalities. After clinical stabilization, a multidisciplinary investigation identified a history of traumatic experiences, recurrent episodes of intense anxiety, and paroxysmal manifestations temporally associated with stressful situations. Psychiatric assessment raised the possibility of functional seizures, while reports of prodromal symptoms and transient loss of consciousness prompted further investigation into possible syncope. The initial cardiological assessment revealed no abnormalities in the tests performed.
Discussion: The semiological overlap between epileptic seizures, functional events, and syncope may complicate diagnosis in emergency settings. The absence of abnormalities on interictal electroencephalography does not exclude epilepsy, just as the presence of emotional factors does not confirm the functional nature of the events. Diagnostic reassessment following stabilization is essential to guide ongoing treatment and reduce potentially unnecessary interventions.
Conclusion: This case highlights the importance of sequential, multidisciplinary clinical assessment in adolescents presenting with severe paroxysmal episodes. Integrating neurology, pediatrics, adolescent medicine, psychiatry, and cardiology broadens the differential diagnosis and supports individualized care following the critical phase.

Keywords: Status Epilepticus; Functional Seizures; Pediatric Intensive Care Unit; Syncope; Adolescence; Differential Diagnosis.

INTRODUÇÃO

O estado de mal epiléptico representa uma emergência neurológica potencialmente grave, cujo reconhecimento e tratamento precoces são fundamentais para prevenir complicações sistêmicas e neurológicas. Entretanto, a identificação de movimentos convulsivos não estabelece, isoladamente, a natureza epiléptica de um episódio, uma vez que diferentes condições podem apresentar manifestações motoras semelhantes.

Esta obra está sob licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

DOI: https://doi.org/10.56579/epistimoniki.v3.i4.133

Entre os principais diagnósticos diferenciais destacam-se as crises funcionais ou dissociativas, tradicionalmente denominadas crises psicogênicas não epilépticas, e os episódios sincopais acompanhados de movimentos involuntários. Essas condições podem produzir alterações motoras, perda aparente ou real da consciência e manifestações autonômicas, dificultando sua distinção durante o atendimento inicial (1,2).

A complexidade diagnóstica assume particular relevância nos serviços de urgência e terapia intensiva, nos quais a necessidade de intervenções rápidas pode limitar a obtenção de informações semiológicas detalhadas. Em pacientes com episódios prolongados ou recorrentes, a suspeita de estado epiléptico pode motivar administração de anticonvulsivantes, sedação e suporte avançado das vias aéreas.

Embora essas intervenções sejam indispensáveis em situações adequadamente indicadas, a persistência de dúvidas diagnósticas exige reavaliação sistemática após a estabilização clínica. Estudos demonstram que crises funcionais prolongadas podem ser interpretadas como estado epiléptico, expondo determinados pacientes a tratamentos que posteriormente se mostram desnecessários (3).

As crises funcionais representam episódios paroxísticos cuja apresentação pode se assemelhar à epilepsia, mas que não decorrem da atividade eletrofisiológica característica das crises epilépticas. Seu diagnóstico exige reconhecimento de elementos clínicos positivos e análise integrada dos achados neurológicos, sendo o registro de eventos habituais por vídeo-eletroencefalografia particularmente relevante quando disponível (1,2).

Na adolescência, a avaliação torna-se ainda mais complexa devido à interação entre desenvolvimento emocional, experiências de vida, condições psiquiátricas e manifestações físicas. Entretanto, a presença de ansiedade, antecedentes traumáticos ou outros fatores psicossociais não deve substituir a investigação de causas neurológicas e cardiovasculares.

O presente relato descreve a evolução de uma adolescente inicialmente tratada por suspeita de estado epiléptico, com necessidade de suporte ventilatório invasivo e internação em terapia intensiva pediátrica, cuja investigação posterior levantou hipóteses de crises funcionais e síncope. Discute-se a importância da reavaliação diagnóstica, da interpretação cautelosa dos exames complementares e do cuidado multidisciplinar em situações de incerteza clínica.

RELATO DO CASO

Esta obra está sob licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

DOI: https://doi.org/10.56579/epistimoniki.v3.i4.133

Adolescente do sexo feminino, de 15 anos, foi transferida para um hospital pediátrico terciário com hipótese diagnóstica inicial de estado de mal epiléptico, após apresentar episódios convulsivos recorrentes atendidos em unidade hospitalar de origem.

Segundo informações encaminhadas pelo serviço assistente, a paciente apresentou quatro episódios com duração aproximada de dois a três minutos cada, caracterizados como crises tônico-clônicas generalizadas. Recebeu duas administrações intramusculares de benzodiazepínicos, sem resposta clínica considerada satisfatória, seguidas de fenitoína intravenosa na dose registrada de 250 mg.

Durante a evolução inicial, apresentou rebaixamento do nível de consciência e necessitou intubação orotraqueal, sendo encaminhada para unidade de terapia intensiva pediátrica. A documentação disponível não especificava os critérios fisiológicos utilizados para indicar o suporte ventilatório invasivo nem permitia determinar a contribuição relativa dos eventos clínicos e dos medicamentos administrados para o comprometimento da consciência.

Como antecedente pessoal, apresentava diagnóstico referido de epilepsia havia aproximadamente três anos. Segundo o histórico clínico, havia iniciado recentemente levetiracetam na dose de 500 mg/dia. A mãe negava uso de substâncias ilícitas e outras comorbidades relevantes.

A investigação neurológica incluiu eletroencefalograma realizado em 24 de fevereiro, sem registro de atividade epileptiforme, e tomografia computadorizada de crânio sem contraste, realizada em 25 de fevereiro, que não identificou alterações estruturais intracranianas.

Após estabilização clínica, foi realizada extubação sem intercorrências. Durante a recuperação, ocorreu retirada progressiva da fenitoína, embora os registros disponíveis não permitissem estabelecer com precisão a sequência temporal de todas as modificações terapêuticas.

Posteriormente, a paciente foi transferida da unidade de terapia intensiva pediátrica para a enfermaria.

Na avaliação clínica após a fase crítica, encontrava-se em bom estado geral, afebril, hidratada e hemodinamicamente estável. O exame físico não apresentava alterações relevantes. A avaliação neurológica demonstrava paciente consciente, alerta, com pontuação de 15 na Escala de Coma de Glasgow, pupilas fotorreagentes, ausência de déficits neurológicos focais e ausência de sinais meníngeos.

Esta obra está sob licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

DOI: https://doi.org/10.56579/epistimoniki.v3.i4.133

Durante a permanência na enfermaria, não foram documentadas novas crises tônico-clônicas generalizadas típicas. Entretanto, apresentou episódios de ansiedade intensa acompanhados de dessaturação transitória, com registros de saturação periférica de oxigênio de até 90%, apresentando melhora após administração de oxigênio suplementar por cateter nasal.

Também foram relatados períodos de náuseas, cefaleia e recusa alimentar durante a hospitalização.

A ampliação da anamnese revelou antecedentes psicossociais relevantes. Aproximadamente três anos antes da internação, a paciente havia vivenciado um episódio de assalto, descrito como experiência traumática de importante repercussão emocional.

Segundo o relato familiar, após esse acontecimento passou a apresentar episódios recorrentes de ansiedade, alguns com características sugestivas de ataques de pânico.

Cerca de um mês antes da hospitalização atual, iniciou novos episódios interpretados como crises convulsivas, motivando avaliação neurológica ambulatorial. O levetiracetam havia sido introduzido aproximadamente uma semana antes da internação.

Em entrevista conduzida pela equipe de medicina do adolescente, a paciente descreveu episódios recorrentes de mal-estar iniciados por cefaleia e dor cervical, seguidos de angústia, ansiedade intensa, labilidade emocional e posterior perda de consciência associada a tremores corporais.

Os eventos apresentavam associação temporal relatada com situações de estresse emocional, incluindo conflitos escolares, experiências interpessoais adversas e dificuldades no ambiente de trabalho.

A avaliação conjunta com a psiquiatria da infância e adolescência identificou características sugestivas de crises funcionais, entre elas a ocorrência em contextos emocionalmente relevantes, movimentos descritos como descoordenados, episódios de opistótono e antecedentes de sofrimento psicológico.

Esses elementos motivaram a reconsideração da hipótese inicial de epilepsia como explicação exclusiva dos eventos. Contudo, não havia documentação de um episódio habitual registrado simultaneamente por vídeo-eletroencefalografia, impedindo confirmação etiológica definitiva.

Durante o acompanhamento ambulatorial, a investigação foi ampliada diante da descrição de sintomas prodrômicos adicionais, como dor precordial, dispneia e sensação de desconforto torácico precedendo determinados episódios de perda da consciência.

Esta obra está sob licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

DOI: https://doi.org/10.56579/epistimoniki.v3.i4.133

Considerou-se, então, a possibilidade de síncope reflexa, incluindo mecanismo vasovagal, ou outra causa cardiovascular de perda transitória da consciência.

Foram solicitados eletrocardiograma, dosagem de troponina e avaliação da função tireoidiana por TSH. A troponina apresentou resultado negativo, o eletrocardiograma demonstrou ritmo sinusal sem alterações de eixo ou condução, e a concentração de TSH encontrava-se dentro dos limites de referência.

Uma nova tomografia computadorizada de crânio, realizada em 16 de maio de 2023, não demonstrou alterações estruturais relevantes.

Com base nos registros disponíveis, a investigação clínica permaneceu orientada à diferenciação entre eventos epilépticos, crises funcionais e possíveis episódios sincopais. Não foram apresentados resultados de monitorização eletrocardiográfica prolongada, teste de inclinação, avaliação ortostática padronizada ou vídeo-eletroencefalografia de eventos habituais.

DISCUSSÃO

A principal particularidade deste caso reside na mudança de perspectiva diagnóstica após uma apresentação inicial grave, tratada como possível estado de mal epiléptico e acompanhada de necessidade de intubação orotraqueal e internação em terapia intensiva pediátrica.

O caso ilustra a dificuldade de distinguir, durante situações de emergência, episódios epilépticos de condições que podem reproduzir manifestações convulsivas, especialmente quando a descrição semiológica inicial é limitada e existe antecedente de epilepsia.

O estado de mal epiléptico exige intervenção rápida, uma vez que atrasos no tratamento de crises prolongadas podem aumentar o risco de complicações. Assim, a suspeita clínica inicial pode justificar medidas de estabilização e tratamento anticonvulsivante, mesmo antes da confirmação etiológica completa.

Entretanto, a necessidade de atuação imediata não elimina a importância da revisão diagnóstica à medida que novas informações se tornam disponíveis.

Nesse contexto, merece destaque o estudo de Jungilligens e colaboradores, que analisou dados individuais de 980 pacientes com oito anos ou mais, inicialmente tratados por suspeita de estado epiléptico em dois grandes ensaios clínicos. Entre eles, 79 pacientes, correspondentes a 8,1%, receberam posteriormente diagnóstico de crises psicogênicas não epilépticas prolongadas. A frequência relativa foi particularmente elevada entre adolescentes e adultos jovens (3).

Esta obra está sob licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

DOI: https://doi.org/10.56579/epistimoniki.v3.i4.133

O mesmo estudo demonstrou que pacientes com crises funcionais inicialmente interpretadas como estado epiléptico podem apresentar complicações associadas ao tratamento, incluindo depressão respiratória, redução da responsividade e necessidade de intubação (3).

Esses resultados evidenciam a importância da avaliação diagnóstica durante a escalada terapêutica, embora não autorizem concluir que todo paciente posteriormente diagnosticado com crise funcional tenha sido submetido a procedimentos injustificados.

No caso apresentado, a paciente recebeu benzodiazepínicos e fenitoína antes de apresentar rebaixamento do nível de consciência e necessitar intubação. Entretanto, os dados disponíveis não permitem determinar se o comprometimento neurológico decorreu da condição inicial, de efeitos farmacológicos, de outros mecanismos fisiológicos ou de uma combinação desses fatores.

Dessa forma, não é possível classificar retrospectivamente a intubação como desnecessária ou iatrogênica. O aspecto clinicamente relevante consiste em reconhecer que apresentações semelhantes exigem investigação posterior cuidadosa para evitar a manutenção de diagnósticos e tratamentos não suficientemente fundamentados.

Outro elemento central refere-se à interpretação dos exames complementares.

O eletroencefalograma sem atividade epileptiforme não exclui epilepsia, sobretudo quando realizado fora do período sintomático. Da mesma forma, a ausência de alterações estruturais na tomografia computadorizada não determina a natureza dos episódios paroxísticos.

A International League Against Epilepsy estabeleceu critérios graduais de certeza para o diagnóstico de crises psicogênicas não epilépticas, considerando a avaliação semiológica, a observação clínica especializada e a documentação eletroencefalográfica disponível (1).

A ausência de registro de um evento habitual por vídeo-eletroencefalografia constitui uma limitação importante do presente relato. Embora os achados psiquiátricos e comportamentais tenham levantado uma hipótese funcional plausível, não permitem excluir de forma definitiva crises epilépticas concomitantes.

A coexistência de epilepsia e crises funcionais também deve ser considerada. Na população pediátrica, essa possibilidade reforça a necessidade de investigação individualizada e evita a falsa interpretação de que a identificação de uma condição exclui necessariamente a outra (2).

Esta obra está sob licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

DOI: https://doi.org/10.56579/epistimoniki.v3.i4.133

No presente caso, o antecedente de epilepsia havia sido estabelecido aproximadamente três anos antes da internação, mas não foram apresentados registros suficientes para esclarecer os critérios diagnósticos utilizados naquela ocasião.

A introdução recente de levetiracetam também demonstra que os episódios haviam motivado preocupação neurológica prévia, embora o tratamento farmacológico, isoladamente, não constitua prova da existência de epilepsia.

As características descritas durante a avaliação pela equipe de medicina do adolescente e pela psiquiatria infantil ampliaram a suspeita de crises funcionais.

Entre elas, destacaram-se a relação temporal com situações emocionalmente estressantes, os movimentos corporais descoordenados, o opistótono e a presença de ansiedade intensa antes de determinados eventos.

Entretanto, esses achados devem ser interpretados no conjunto da avaliação clínica. Nenhuma característica isolada possui precisão suficiente para estabelecer o diagnóstico definitivo, e manifestações motoras incomuns também podem ocorrer em condições neurológicas ou em episódios de perda transitória da consciência.

A história de experiência traumática prévia merece atenção adicional.

O assalto ocorrido aproximadamente três anos antes foi seguido, segundo os relatos disponíveis, de sintomas recorrentes de ansiedade e manifestações compatíveis com ataques de pânico.

Experiências emocionalmente adversas podem coexistir com transtornos funcionais e representar fatores relevantes na compreensão do sofrimento individual. Entretanto, a presença de trauma psicológico não estabelece automaticamente uma relação etiológica com as crises, nem permite confirmar transtorno de estresse pós-traumático sem avaliação diagnóstica específica.

A avaliação psiquiátrica possui, portanto, dupla relevância: contribui para caracterizar manifestações emocionais e comportamentais e permite identificar necessidades terapêuticas que devem ser abordadas independentemente da etiologia dos episódios paroxísticos.

Outro aspecto que diferencia este caso é o surgimento, durante o seguimento, da hipótese de síncope.

A paciente relatou episódios de mal-estar acompanhados de sintomas prodrômicos, incluindo desconforto torácico, dispneia e posterior perda da consciência com movimentos corporais.

A síncope pode ser acompanhada de movimentos involuntários, incluindo abalos musculares, que eventualmente são interpretados como crises epilépticas. As diretrizes da

Esta obra está sob licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

DOI: https://doi.org/10.56579/epistimoniki.v3.i4.133

European Society of Cardiology destacam que a diferenciação depende da avaliação da sequência de sintomas, duração da perda da consciência, características motoras e recuperação após o evento (4).

Sintomas como mal-estar, manifestações autonômicas e perda transitória da consciência podem ocorrer em diferentes formas de síncope. Entretanto, dor torácica e dispneia também exigem atenção para possíveis etiologias cardiovasculares, especialmente quando associadas à perda de consciência.

No presente caso, a avaliação inicial incluiu eletrocardiograma, troponina e TSH, sem alterações relevantes nos resultados apresentados.

Embora esses exames contribuam para a investigação, sua normalidade não exclui todas as causas de síncope. A ausência de monitorização prolongada do ritmo cardíaco, medidas ortostáticas documentadas e avaliação adicional orientada pela estratificação clínica de risco limita a definição da hipótese neurocardiogênica.

Assim, a síncope reflexa permaneceu uma possibilidade diagnóstica, sem confirmação definitiva nos registros disponíveis.

A dessaturação transitória identificada durante episódios de ansiedade também necessita interpretação cautelosa.

Embora tenha ocorrido em associação temporal com sofrimento emocional, a redução documentada da saturação periférica de oxigênio não deve ser atribuída automaticamente a ataques de pânico ou crises funcionais. Alterações respiratórias, cardiovasculares e possíveis interferências na oximetria devem ser avaliadas conforme o contexto clínico.

A abordagem integrada entre pediatria, neurologia pediátrica, psiquiatria da infância e adolescência, medicina do adolescente e cardiologia mostrou-se relevante para ampliar o diagnóstico diferencial e evitar uma interpretação exclusivamente neurológica ou psiquiátrica dos sintomas.

A medicina do adolescente desempenhou papel importante na identificação de aspectos da história clínica que não estavam suficientemente caracterizados durante a fase inicial da hospitalização, especialmente a relação temporal entre sintomas físicos, experiências traumáticas e situações de estresse.

Esse modelo de atendimento demonstra o valor de reavaliar diagnósticos provisórios depois da estabilização clínica, quando o paciente pode fornecer informações mais detalhadas e participar ativamente da reconstrução dos episódios.

Entre as limitações do caso destacam-se a ausência de registro simultâneo dos eventos habituais por vídeo-eletroencefalografia, a documentação insuficiente do diagnóstico prévio

Esta obra está sob licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

DOI: https://doi.org/10.56579/epistimoniki.v3.i4.133

de epilepsia, a descrição incompleta dos critérios de intubação, a ausência de informações detalhadas sobre doses e horários de todas as medicações administradas durante a fase crítica e a investigação cardiovascular ainda não conclusiva.

Também não foram disponibilizados dados suficientes para caracterizar a frequência dos eventos em longo prazo, a resposta a intervenções psicoterapêuticas ou o diagnóstico definitivo estabelecido no seguimento.

Essas limitações impedem classificar os episódios de maneira conclusiva e estabelecer se a apresentação inicial representou estado epiléptico, crise funcional prolongada, síncope convulsiva ou coexistência de condições distintas.

Apesar dessas restrições, o relato apresenta importante contribuição clínica: demonstra que a estabilização de uma emergência neurológica e a definição etiológica dos eventos representam etapas relacionadas, porém distintas, do atendimento.

O reconhecimento dessa diferença permite preservar a segurança das intervenções iniciais e, simultaneamente, promover reavaliação diagnóstica capaz de reduzir exposições farmacológicas e procedimentos futuros potencialmente desnecessários.

CONCLUSÃO

A apresentação de episódios convulsivos recorrentes na adolescência pode exigir intervenções emergenciais, incluindo medicamentos anticonvulsivantes e suporte avançado das vias aéreas. Entretanto, a gravidade da apresentação inicial não determina, por si só, a etiologia dos eventos.

O presente caso demonstra a importância da reavaliação diagnóstica após a estabilização de pacientes inicialmente tratados por suspeita de estado epiléptico.

A identificação de manifestações sugestivas de crises funcionais, associada à investigação de possível síncope, ampliou a compreensão clínica de uma adolescente com antecedentes de epilepsia referida, sofrimento emocional e episódios recorrentes de perda da consciência.

A ausência de registro dos eventos habituais por vídeo-eletroencefalografia e a investigação cardiovascular não conclusiva impedem estabelecer um diagnóstico definitivo, reforçando a necessidade de interpretação cautelosa dos achados.

A atuação multidisciplinar e a integração entre cuidados intensivos, neurologia, medicina do adolescente, psiquiatria e cardiologia constituem estratégias fundamentais para aprimorar a segurança diagnóstica, individualizar o tratamento e evitar a perpetuação de hipóteses não suficientemente confirmadas.

Esta obra está sob licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

DOI: https://doi.org/10.56579/epistimoniki.v3.i4.133

REFERÊNCIAS

BRIGNOLE, M. et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal*, v. 39, n. 21, p. 1883-1948, 2018. DOI: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy037.

JUNGILLIGENS, J. et al. Misdiagnosis of prolonged psychogenic non-epileptic seizures as status epilepticus: epidemiology and associated risks. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, v. 92, n. 12, p. 1341-1345, 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/jnnp-2021-326443.

LAFRANCE, W. C. Jr. et al. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: a staged approach. A report from the International League Against Epilepsy Nonepileptic Seizures Task Force. *Epilepsia*, v. 54, n. 11, p. 2005-2018, 2013. DOI: https://doi.org/10.1111/epi.12356.

OPERTO, F. F. et al. Psychogenic nonepileptic seizures in pediatric population: a review. *Brain and Behavior*, v. 9, n. 12, 2019. DOI: https://doi.org/10.1002/brb3.1406.

Esta obra está sob licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional