

# EPILEPSIA EM PESSOAS IDOSAS



Tenha acesso a esse material na íntegra! Utilize a câmera do seu celular no QR code ao lado para fazer o download.

## Ocorrência de epilepsia em pessoas idosas

A epilepsia pode começar em qualquer faixa etária e apresenta dois picos de incidência, o primeiro na infância e o segundo em pessoas idosas. A incidência aumenta após os 60 anos, mas principalmente após os 80 anos. Desta maneira, não é raro surgir epilepsia em pessoas idosas que nunca haviam apresentado crises epiléticas ao longo da vida<sup>1</sup>.

Trata-se de uma população de alto risco para desenvolver epilepsia, apresentando incidência duas a seis vezes mais que a da população mais jovem<sup>1</sup>.

Entre as queixas neurológicas, é a terceira manifestação mais comum<sup>1</sup>.

Nessa faixa etária, as causas são variadas e podem estar relacionadas a:

- Lesões cicatriciais de várias origens (por exemplo: traumatismo cerebral, meningite e encefalites);
- Doenças cerebrovasculares como acidente vascular cerebral e hemorragias;
- Doenças degenerativas como a doença de Alzheimer;
- Lesões tumorais.

## Como identificar crises epiléticas

1) Frequentemente, são crises focais (localizam-se e originam-se em uma pequena região do cérebro), especialmente com alteração da consciência, assemelhando-se a um quadro de confusão mental que dura poucos minutos<sup>2</sup>.

2) Em geral, não têm as características clássicas das crises epiléticas. Muitas vezes, são descritas como alteração mental, períodos de parada comportamental, lapsos de memória e períodos de confusão mental<sup>2</sup>.

3) Muitas vezes, quando há auras (sensações conscientes, "avisos"), são inespecíficas, como tonturas e fraqueza<sup>2</sup>.

4) Manifestações motoras podem ocorrer, como movimentos dos braços e das pernas, facilitando o diagnóstico, mas nem sempre ocorrem<sup>2</sup>.

## Ocorrência de epilepsia em pessoas idosas com demência

Esta é uma situação especial e cada vez mais frequente pelo aumento da longevidade das pessoas com doença de Alzheimer e outras síndromes demenciais, as quais podem evoluir com crises epiléticas, principalmente quando a doença se encontra em fases mais avançadas.

Em pessoas com síndromes demenciais, em geral a piora é lenta e progressiva.

Mas não é raro ocorrerem momentos em que a piora é abrupta ou o paciente apresenta muitas flutuações do estado mental. Nessas situações, sempre se deve pesquisar<sup>3</sup>:

- Descompensação de alguma doença clínica preexistente, como diabetes.
- Acidente vascular cerebral, se o paciente tiver fatores de risco.
- Infecções – a mais frequente é a infecção urinária.
- Uso inadequado dos medicamentos habituais – pela dificuldade de memória, o paciente não ingere a medicação, assim fica sem a medicação abruptamente ou ingere em duplicidade, podendo levar a efeitos tóxicos.
- Presença de crises epiléticas, em geral crises sem manifestações motoras, apenas com alteração da consciência, como “ausência”, crises mais difíceis de serem identificadas pelo cuidador ou pelo familiar.

## Investigação diagnóstica

• **História clínica** —  
A história clínica deve ser detalhada. Como descrito anteriormente, há dificuldades maiores nessa faixa etária. Especialmente se a pessoa já apresenta algum grau de déficit cognitivo, a história pode ficar incompleta. Sempre é importante obter informações com os familiares e cuidadores. Algo que pode ajudar o médico na avaliação é a filmagem dos eventos, já que, atualmente, muitas pessoas têm celulares com câmeras.

## • Exames complementares

Deve-se efetuar exames laboratoriais para descartar que distúrbios metabólicos e/ou infecciosos tenham causado o evento.

É importante realizar eletroencefalograma com duração mínima de uma hora e, se possível, com a pessoa acordada e dormindo. Exames mais prolongados podem ser úteis no diagnóstico.

Contudo, **atenção:** eventuais alterações encontradas devem ser correlacionadas com o quadro clínico do indivíduo. **Isto somente o médico do paciente pode fazer.** Algumas alterações podem se tratar de achados incidentais e levar ao uso de medicamentos desnecessariamente, causando efeitos colaterais. O inverso também pode ocorrer, isto é, o exame normal não descartar o diagnóstico de epilepsia.

Exames de imagem, como tomografia e ressonância magnética, são importantes para identificar lesões estruturais, como áreas de atrofia, tumores, entre outros.

A colheita do líquido cefalorraquidiano pode ser indicada em situações especiais, na investigação de infecções do sistema nervoso central, na doença de Alzheimer e na suspeita de doenças imunológicas<sup>4</sup>.

## Observações gerais

- É fundamental ficar atento aos sintomas da pessoa e fazer anotações quanto a datas e horários de ocorrência e duração das crises. Em caso de crises que durem mais de cinco minutos e na presença de ferimentos, deve-se procurar assistência médica.
- Caso as crises se apresentem com sintomas motores e risco de queda, até o ajuste final do medicamento e controle das crises, a pessoa deve ser monitorada constantemente.
- Deve-se prestar muita atenção ao modo como a pessoa está administrando os medicamentos. Caso seja necessário, ele deverá receber ajuda para seu uso.
- É importante ficar atento aos efeitos colaterais dos medicamentos antiepilépticos, como sonolência excessiva, alteração de equilíbrio e reações alérgicas.

AUTORA

**Dra. Carmen Lisa Jorge. CRM-SP: 55.908 / RQE: 46.048**

- Neurologista e Neurofisiologista Clínica
- Mestrado e Doutorado pela FMUSP
- Médica Assistente do Grupo de Epilepsia do HC-FMUSP



## Tratamento medicamentoso

A maioria dos indivíduos apresenta boa resposta ao tratamento medicamentoso já com o primeiro fármaco.

Contudo, a dose e a escolha do medicamento são diferenciadas nessa faixa etária.

Deve-se prestar muita atenção a outras doenças e medicamentos que a pessoa esteja utilizando. Efeitos colaterais são mais frequentes com doses mais baixas em relação à população mais jovem.

Há mais chances de toxicidade e dificuldade em reconhecer esses sintomas.

O ideal é utilizar medicamentos que<sup>5,6</sup>:

- Possam ser administrados duas vezes ao dia, para facilitar seu uso;
- Sejam iniciados com doses baixas e os ajustes feitos de modo lento;
- Não interfiram nos medicamentos que o indivíduo já esteja em uso nem em outras doenças que ele possa apresentar;
- Sejam menos sedativos.

**REFERÊNCIAS.** [1] Hernández-Ronquillo L, Adams S, Ballentine S, et al. Epilepsy in an elderly population: Classification, etiology and drug resistance. *Epilepsy Res.* 2018;140:90-94. [2] Dupont S, Vemy M, Harston S, et al. Seizures in the elderly: development and validation of a diagnostic algorithm. *Epilepsy Res.* 2010;89(2-3):339-48. [3] Subota A, Pham T, Jetté N, et al. The association between dementia and epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsia.* 2017;58(6):962-972. [4] Vu LC, Piccenna L, Kwan P, O'Brien TJ. New-onset epilepsy in the elderly. *Br J Clin Pharmacol.* 2018;84(10):2208-2217. [5] Lattanzi S, Trinka E, Del Giovane C, et al. Antiepileptic drug monotherapy for epilepsy in the elderly: A systematic review and network meta-analysis. *Epilepsia.* 2019;60(11):2245-2254. [6] Beghi E, Beghi M. Epilepsy, antiepileptic drugs and dementia. *Curr Opin Neurol.* 2020;33(2):191-197.

APOIO:

