



36º CONGRESSO BRASILEIRO DE
PEDIATRIA
O olhar que prepara para o Futuro



Trabalhos Científicos

Título: Síndrome De Panayiotopoulos: Relato De Caso

Autores: LAURA DE MEDEIROS ANDRADE (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA / FIOCRUZ); JULIANA PAIVA DE SOUZA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA / FIOCRUZ); SOFIA ENNES REBOUÇAS (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA / FIOCRUZ); ALICE BARROSO PINTO MOUSINHO (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA / FIOCRUZ); FLÁVIA NARDES DOS SANTOS (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA / FIOCRUZ)

Resumo: Introdução: A Síndrome de Panayiotopoulos (SP) é uma síndrome epilética benigna, de início precoce na infância, sem causa conhecida, com incidência variando entre 1-14 anos (pico aos 5 anos) e caracterizada por paroxismos occipitais no eletroencefalograma (EEG). Ocasionalmente é subdiagnosticada como uma desordem não-epilética. Apresenta-se com vômitos, desvio ocular, alteração da consciência, podendo evoluir com convulsão tônico-clônica. Descrição do caso: Y.S.S., feminino, 4 anos, portadora de síndrome de Coffin-Siris e hérnia de Morgani corrigida, apresentava há 4 meses vômitos repetidos, iniciados na madrugada, sem alteração na consciência, automatismos ou movimentos anormais. Ao exame: prostrada, cooperativa, hipodratada, afebril, eucárdica, eupneica. Tomografia computadorizada de crânio: agenesia de corpo caloso; Endoscopia Digestiva Alta normal; EEG do sono anormal na região occipito-temporal posterior esquerda (grupos lentos e complexos pontiagudos focais). Iniciado carbamazepina e após 2 meses mantinha remissão do quadro. Discussão: A SP é uma causa importante de crises com manifestações comportamentais e autonômicas, de bom prognóstico, que se inicia com sintomas eméticos (80% dos pacientes). Outras manifestações: palidez, midríase, anormalidades cardíacas, respiratórias e de termorregulação, cefaléias com auras, incontinência urinária e fecal. Aproximadamente 44% das convulsões autonômicas duram mais de 30 minutos (estado epilético autonômico) e cerca de 2/3 acontecem durante o sono. O EEG evidencia atividade de base normal e atividade epileptogênica na região occipital, comumente atenuada pela abertura ocular. A maioria das crianças apresenta remissão aos 12 anos, não necessitando de tratamento, somente indicado se houver múltiplas recorrências ou prejuízo na qualidade de vida. A droga de escolha é a carbamazepina. Conclusão: É importante que o pediatra, frente a uma síndrome emética recorrente valorize a possibilidade de síndrome epilética. A presença de sonolência pós-vômitos, alteração da consciência ou generalização secundária reforçam a hipótese de crise epilética. O diagnóstico correto evita o uso indiscriminado de antieméticos, internações frequentes e investigações complementares invasivas.