



**25 A 27 DE
ABRIL DE 2024**



Trabalhos Científicos

Título: Diagnóstico Diferencial De Primeira Crise Convulsiva Na Adolescência: Um Relato De Caso

Autores: MARINA LORENTZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), VIVIANE DAMAS RIBEIRO DOS SANTOS (HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA), ANA DANIELA IZOTON SADOVSKY (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), MARIA DA PENHA ROSSI ALMEIDA PASSOS (HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA), LÍVIA LOUREIRO SIMÕES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO), GIULIANE COLNAGO DEMONER (HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA), PAULA FONTES LELIS (HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA), NAYNA CARVALHO DE OLIVEIRA (HOSPITAL ESTADUAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA)

Resumo: Escolar (11 anos), masculino, previamente hígido, é admitido em emergência devido quadro de convulsão tônico-clônica generalizada. À ectoscopia: hemangioma em região frontal esquerda. Responsável negava comprometimento cognitivo e crises convulsivas prévias. Vacinação atualizada.

"Adolescente, previamente hígido, admitido em pós-ictal em sala de emergência após convulsão tônico-clônica-generalizada com duração de 10 minutos. Na ectoscopia: presença de hemangioma em frente esquerda. Não apresentava alterações hemodinâmicas e respiratórias. Tem o Glasgow (13). Sem sinais meníngeos. Glicemia capilar dentro da normalidade. Afebril. Associou vômitos (logo após a crise, durante o pós ictal).

Evoluiu (no pós ictal e permaneceu assim ao longo dos dias) com sonolência, disartria e redução de força em dimídio esquerdo. Familiar negava evento convulsivo prévio. Entretanto, relatou que um mês antes, paciente se queixou de parestesia à esquerda, com resolução espontânea. Retorno da queixa de parestesia 3 dias antes de episódio convulsivo, com alteração da deambulação, parestesia em hemiface esquerda e cefaleia parieto-occipital esquerda.

Após estabilização foi encaminhado para hospital pediátrico de referência, e iniciado Ceftriaxona e Aciclovir (hipótese inicial de encefalite por quadro arrastado). Solicitados exames laboratoriais e de imagem.

Evoluiu com escapes convulsivos e uso de anticonvulsivantes em altas doses. Laboratório sem evidências de infecção, sendo suspensos antimicrobiano e antiviral. Eletroencefalograma com atividade de base desorganizada, compatíveis com lesões cerebrais da Síndrome Sturge-Weber ou efeito adverso das medicações em uso. Ressonância magnética de crânio: extensa angiomatose leptomeníngea no hemicrânio esquerdo, compatível com a Síndrome. Manejado em conjunto com Neuropediatria e iniciado desmame progressivo de anticonvulsivantes com melhora clínica.

A abertura do primeiro quadro convulsivo na adolescência necessita de atenção e investigação etiológica. Destaca-se a síndrome de Sturge-Weber como diagnóstico diferencial sendo uma condição rara e congênita. Há alterações dermatológicas, oftalmológicas e neurológicas que são sugestivas.

Manifestações neurológicas mais comuns: convulsões (mais comum é a crise motora focal), hemiparesias e déficit de campo visual. Cursa com isquemia cortical crônica com áreas de gliose, calcificações e atrofia, manifestas sob queixas de náuseas, dificuldades de fala ou cefaleia. Hemiplegia ou hemiparesia podem ser decorrentes de oclusão venosa ou isquemia local e pode ainda haver comprometimento da função cognitiva a longo prazo. O prognóstico neurológico é melhor quanto mais tarde houver sinais e sintomas neurológicos.

Há necessidade de intervenções multidisciplinares para recuperação motora e estimulação cognitiva. Apesar desta síndrome se apresentar majoritariamente em menores de 2 anos, é necessário estar atento a manifestações não somente ao nascimento, mas também os de evolução tardia.