



RESUMO

Embora tenha sido relativamente ignorada durante décadas, a epilepsia em pessoas idosas agora é reconhecida como um ônus importante e complexo, sendo o terceiro distúrbio neurológico que mais afeta idosos e uma das doenças cerebrais graves mais comuns. O presente estudo é uma revisão de literatura que realizou uma pesquisa nas bases do PubMed e da Cochrane Library. A estratégia de busca utilizada foi: “epilepsy” AND “elderly” AND “diagnosis” AND “treatment”, sendo encontrados 152 artigos, dos quais 10 foram escolhidos para essa pesquisa. Após análise dos textos, foi visto que os sintomas característicos de convulsões em idosos podem ser diferentes daqueles em pacientes mais jovens, apresentando duração mais curta, características clínicas menos evidentes e podendo ser mascarados por outras comorbidades. Portanto, fazer um diagnóstico preciso é um desafio, por isso uma anamnese cuidadosa deve ser feita, sendo fundamental ter um histórico preciso do indivíduo afetado, além de fazer exames neurológicos, testes cognitivos e exame do líquido cefalorraquidiano para elucidar o diagnóstico. Quanto ao tratamento da epilepsia em idosos, há três questões relevantes que devem ser levadas em conta: as alterações farmacocinéticas, a politerapia e os efeitos adversos. Salienta-se, também, que o tratamento deve ser centrado na pessoa e abordado de forma holística, buscando-se uma dose-alvo com efeitos terapêuticos positivos e efeitos adversos mínimos. Por fim, se houver dúvida sobre o diagnóstico após o início da medicação, interrompê-la é uma opção razoável, a partir dessas conclusões, espera-se que esse estudo consiga elucidar o manejo de pacientes idosos com epilepsia.

Palavras-chave: Convulsões; Diagnóstico; Epilepsia; Idoso; Tratamento Farmacológico.

ABSTRACT

Although it was relatively ignored for decades, epilepsy in the elderly is now recognized as a significant and complex burden, being the third most common neurological disorder affecting older adults and one of the most prevalent serious brain diseases. This study is a literature review, conducted through a search in the PubMed and Cochrane Library databases. The search strategy used was: “epilepsy” AND “elderly” AND “diagnosis” AND “treatment”, resulting in 152 articles, of which 10 were selected for this research. Upon analyzing the texts, it was found that the characteristic symptoms of seizures in the elderly may differ from those in younger patients, presenting with shorter duration, less evident clinical features, and potentially being masked by other comorbidities. Therefore, making an accurate diagnosis is a challenge, necessitating a careful medical history, which is crucial to obtaining a precise history of the affected individual, in addition to conducting neurological exams, cognitive tests, and cerebrospinal fluid examination to elucidate the diagnosis. Regarding the treatment of epilepsy in the elderly, three relevant issues must be considered: pharmacokinetic changes, polytherapy, and adverse effects. It is also highlighted that treatment should be person-centered and approached holistically, aiming for a target dose with positive therapeutic effects and minimal adverse effects. Finally, if there is doubt about the diagnosis after starting medication, discontinuing it is a reasonable option. From these conclusions, it is hoped that this study will elucidate the management of elderly patients with epilepsy.

Keywords: Seizures; Diagnosis; Epilepsy; Aged; Drug Therapy.

1-Universidade Federal do Ceará - UFC
2-Centro Universitário Santa Maria - UNIFSM
3-Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - IDOMED
4-Centro Universitário Inta - UNINTA

Autor de correspondência

Francisco Jazon de Araújo Neto

jazon.neto@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Embora tenha sido relativamente ignorada durante décadas, a epilepsia em pessoas idosas agora é reconhecida como um ônus importante e complexo para a saúde⁽¹⁾. Nesse sentido, a epilepsia é o terceiro distúrbio neurológico que mais afeta pessoas idosas, ficando atrás somente do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e da demência, sendo uma das doenças cerebrais graves mais comuns^(2,3,4). Mesmo com essa alta prevalência, a incidência da epilepsia continua aumentando rapidamente entre os idosos, isso se deve, em parte, ao aumento de fatores de risco e causas subjacentes de epilepsia dentro da população mais velha, como o AVC, a demência e os tumores cerebrais^(2,3,4,5). Ademais, os fatores de risco mais comuns para o desenvolvimento de epilepsia de início recente em pessoas com mais de 60 anos de idade incluem: o aumento da idade, fatores metabólicos, fatores tóxicos (por exemplo, drogas ou quantidades excessivas de álcool) e depressão⁽⁵⁾.

Além disso, a sociedade moderna apresenta um crescente aumento do envelhecimento da população, por isso espera-se que a incidência e a prevalência geral da epilepsia aumentem gradativamente^(2,3,6,7). Em continuidade, além do aumento da incidência de epilepsia em idosos, para um melhor cuidado desses pacientes, deve-se prestar atenção especial nas alterações fisiológicas associadas à idade, como a diminuição da função renal e hepática^(2,5). Essas alterações

levam a concentrações séricas dos medicamentos mais altas do que em pessoas mais jovens, considerando-se a mesma dose administrada, sendo importante considerar cuidadosamente a farmacocinética e a farmacodinâmica dos medicamentos ao tratar pacientes idosos com epilepsia de início recente^(5,8).

Ademais, os sintomas característicos de convulsões de início recente em idosos podem ser diferentes daqueles em pacientes mais jovens, já que apresentam duração mais curta, características clínicas menos evidentes e podem ser mascarados por deficiências cognitivas ou outras condições neurológicas típicas dessa população^(2,5). Nesse sentido, esses fatores tornam mais difíceis a identificação e o diagnóstico dessa comorbidade nesse grupo, logo, devem ser considerados coletivamente para se obter um controle eficaz e seguro da epilepsia em idosos^(2,5). Desse modo, o objetivo deste estudo é elucidar o tratamento e o diagnóstico da epilepsia em pacientes idosos e fornecer insights importantes para entender as diferenças desse manejo daquele feito em pacientes mais jovens.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura integrativa, com abordagem qualitativa e realizada a partir de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados da National Library of Medicine (PubMed) e da Cochrane Library. A estratégia de pesquisa utilizou o

operador booleano AND para a composição da ferramenta de busca, que foi realizada da seguinte forma: “epilepsy” AND “elderly” AND “diagnosis” AND “treatment”. A busca contou com um corte temporal para selecionar os artigos, para tanto, os artigos dos últimos 10 anos, até julho de 2024, participaram da seleção, a qual totalizou 152 artigos encontrados.

Inicialmente, para analisar a aderência ao tema foi realizada a leitura, de forma individual, dos títulos e resumos dos artigos encontrados. Após essa etapa, que culminou com a exclusão de artigos que não satisfaziam aos critérios, foi realizada a leitura integral dos textos. Ao final, 10 artigos foram utilizados nesta pesquisa. Estes foram limitados aos seguintes critérios de elegibilidade: artigos de revisão, coorte e estudos transversais; trabalhos publicados nos últimos 10 anos; artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola; artigos que abordam o tratamento ou o diagnóstico da epilepsia em idosos. Entre os excluídos: artigos que abordavam mamografias; textos incompletos; artigos com metodologia incompleta e trabalhos que abordam outras doenças cognitivas.

RESULTADOS

Esta pesquisa resultou em 10 artigos selecionados para sua composição, dos quais 7 eram revisões da literatura, 2 estudos de coorte e 1 era um estudo transversal. Todos foram publicados entre 2015 e 2023. Os dados referentes

aos resultados e conclusões estão apresentados na Tabela 1, que contém elementos de análise qualitativa e descritiva.

EM ANEXO

DISCUSSÃO

A Epilepsia é uma doença que causa prejuízos no bem-estar e na qualidade de vida dos pacientes afetados, sendo uma doença prevalente na população idosa e, consequentemente, que apresenta muitos nuances no processo diagnóstico e terapêutico, devido a isso, torna-se necessário entender esse agravo e abordar as melhores abordagens de tratamento existentes.

Etiologia e Aspectos Clínicos

A epilepsia é um distúrbio comum em pacientes idosos, com maior incidência e prevalência mais tarde na vida⁽⁹⁾, tendo uma ligeira preponderância de homens sobre mulheres⁽¹⁰⁾. Várias comorbidades podem causar a epilepsia na população idosa, incluindo traumas e comorbidades psiquiátricas, como humor depressivo, bem como causas alternativas, incluindo toxinas, distúrbios eletrolíticos e efeitos colaterais de medicamentos^(1,2,3). Ademais, nos idosos, existe uma forte relação entre epilepsia e acidente vascular cerebral, demência, tumores no sistema nervoso central e doença de Alzheimer^(2,3,10). Em continuidade,

o IMC fora da faixa de normalidade, um histórico de derrame cerebral, o aumento do nível sérico de triglicerídeos e da Lipoproteína de Baixa Densidade (LDL) foram associados a maiores prevalências de epilepsia⁽³⁾.

Acerca das características clínicas, as convulsões em idosos com epilepsia são menos evidentes ou até mesmo mascaradas por outros comprometimentos cognitivos⁽¹⁾. Sendo assim, a confusão pós-ictal pode ser mais longa do que o normal e os sintomas típicos, incluindo automatismos orofaciais e das mãos, são menos comuns, também podem haver variações nas queixas do paciente de acordo com o estado mental, o grau de confusão e a presença de distúrbios de memória⁽²⁾.

Sendo assim, nos idosos, o tipo mais comum de epilepsia em pessoas com idade ≥ 60 anos, com epilepsia de início recente, eram as crises focais^(2,5,9). Outrossim, quando a origem da epilepsia vem dos lobos temporais, os sintomas das convulsões podem se limitar a episódios confusos ou errantes, pouco distinguíveis das flutuações do estado cognitivo em pessoas com demência⁽¹⁾. Enquanto isso, as crises tônico-clônicas generalizadas, menos comum nessa população, geralmente causam quedas quando o paciente está em pé, no entanto, outros tipos de convulsão também podem causar quedas em idosos, não sendo esse um critério de diagnóstico de alta acurácia para caracterizar esse tipo de crise⁽²⁾.

Nesse sentido, o diagnóstico da epilepsia nos idosos é difícil, provavelmente devido às características inespecíficas, aos sintomas de curta duração e à ausência de testemunhas entre os membros da família ou pessoas próximas⁽²⁾.

Diagnóstico

Fazer um diagnóstico preciso de epilepsia em idosos é um desafio^(5,9,11). O diagnóstico pode levar tempo até ser considerado e confirmado, o que, em muitos casos, atrasa o início do tratamento, porém isso deve ser evitado, já que há uma grande possibilidade de remissão da convulsão em pessoas idosas que são diagnosticadas mais cedo e iniciam o tratamento precoce⁽⁵⁾. Nesse sentido, uma anamnese cuidadosa, a análise dos sintomas, a avaliação da postura do paciente, a presença de espasmos mioclônicos, a duração dos eventos de convulsão e a recorrência dos episódios podem levar a um diagnóstico correto e mais preciso do tipo de epilepsia^(1,2). Além disso, o recente uso generalizado de smartphones pode permitir que os membros da família capturem vídeos das convulsões, facilitando o processo diagnóstico⁽²⁾.

Em continuidade, cerca de metade das epilepsias de início tardio em idosos permanece de origem desconhecida, apesar dos recentes avanços nos recursos diagnósticos⁽⁸⁾. Isso se deve, em parte, à presença de diversos diagnósticos diferenciais nesse grupo, o que pode confundir o médico, a exemplo, diferenciar uma convulsão de uma síncope, a qual também tem alta incidência entre idosos, é difícil⁽²⁾. Logo, os médicos devem

estar cientes de que a apresentação de convulsões é muitas vezes incomum e enganosa nesta faixa etária, além de estarem atentos para os possíveis diagnósticos diferenciais^(2,8,9). Por isso, para um diagnóstico correto, é fundamental ter um histórico preciso do indivíduo afetado e das testemunhas, para assim eliminar diagnósticos diferenciais e estabelecer um raciocínio clínico correto⁽¹⁾.

Nessa perspectiva, outro ponto a ser considerado é que a semiologia típica das convulsões em idosos pode ser diferente da observada em populações mais jovens^(2,5). As convulsões nesse grupo são mais breves e com características clínicas menos evidentes⁽⁵⁾. A confusão pós-ictal (o período após uma convulsão) pode durar muito mais tempo nos idosos, até duas semanas, em comparação com alguns minutos ou algumas horas em pacientes mais jovens, o que pode tornar o diagnóstico de epilepsia mais complicado devido a diagnósticos errôneos de delírio por outras causas⁽⁵⁾. Desse modo, é essencial estabelecer um diagnóstico diferencial correto entre a epilepsia e outros distúrbios convulsivos que são comuns em idosos⁽²⁾.

Por fim, para um processo diagnóstico preciso, o exame neurológico é imprescindível, pois pode revelar déficits sutis sugestivos de uma patologia estrutural subjacente, outrossim, o teste cognitivo à beira leito também é útil, já que detecta sinais precoces de comprometimento, ajudando na formulação diagnóstica⁽¹⁾. Ademais, o

exame do líquido cefalorraquidiano pode ser considerado sempre que houver déficits cognitivos, mesmo que sutis, para excluir a etiologia autoimune e para identificar melhor os distúrbios neurodegenerativos que podem se manifestar com convulsões⁽¹⁾.

Tratamento Farmacológico

O objetivo do tratamento da epilepsia em pacientes idosos é conseguir a ausência de crises e reduzir a ocorrência de lesões secundárias decorrentes das convulsões, além de buscar o mínimo de efeitos adversos possíveis^(5,8). Sendo assim, a principal opção de tratamento para a maioria dos pacientes com epilepsia é um medicamento antiepiléptico, devendo a decisão de iniciar um antiepiléptico ser centrada na pessoa e abordada de forma holística^(1,9).

Nesse sentido, outra particularidade do tratamento da epilepsia em idosos é a maior facilidade em alcançar uma condição livre de crises em pacientes idosos, quando comparado com grupos etários mais jovens⁽⁵⁾. A maioria dos pacientes mais velhos fica livre de convulsões com apenas uma medicação, ou seja, a indicação inicial de uma monoterapia é preferível^(8,9,12). Entretanto, os pacientes idosos com epilepsia de início recente, geralmente, têm baixa adesão ao tratamento com medicamentos antiepilépticos, provavelmente, devido à presença dos efeitos adversos^(5,8).

Com a disponibilidade de novos agentes,

a escolha do antiepiléptico inicial em idosos com epilepsia de início recente está evoluindo⁽¹¹⁾. Os novos medicamentos antiepilépticos causam menos efeitos adversos, podendo ser mais adequados como primeira escolha no tratamento dos idosos^(5,10). Para melhorar a adesão, também recomenda-se os antiepilépticos de meia-vida longa e de liberação prolongada, pois têm a vantagem de permitir a dosagem uma vez ao dia^(1,2).

Desse modo, há três questões relevantes no tratamento da epilepsia em idosos: as alterações nos parâmetros farmacocinéticos, a politerapia e a suscetibilidade a efeitos adversos de medicamentos^(2,8,10). Devido a isso, os antiepilépticos que causam menos efeitos colaterais em idosos e que têm menos interações medicamentosas são os mais escolhidos^(2,8).

Nessa perspectiva, a eficácia dos medicamentos pode ser significativamente reduzida devido à menor capacidade de absorção dos antiepilépticos no trato intestinal dos idosos, além de que a depuração hepática e renal também é reduzida com o envelhecimento^(2,5). Outro fator que afeta na farmacocinética dos antiepilépticos é que nos idosos o tecido adiposo está frequentemente mais representado, reduzindo o volume de distribuição dos fármacos hidrofílicos e aumentando o dos lipofílicos, como benzodiazepínicos e fenobarbital⁽⁸⁾.

Para evitar os impactos da redução do metabolismo hepático nos idosos, e os efeitos dos antiepilépticos que interferem nesse metabolismo (como a carbamazepina), pode-se realizar uma titulação lenta dos fármacos para diminuir essa interação^(2,5). Quanto ao metabolismo renal, deve-se prestar atenção na dose-alvo de medicamentos que interfiram nesta via, pois alguns podem causar alterações, como a redução, na atividade renal⁽²⁾.

Acerca da politerapia, os idosos frequentemente tomam muitos medicamentos ao mesmo tempo, pois é comum que pacientes desse grupo apresentem muitas doenças concomitantes, incluindo problemas cardiovasculares, comprometimentos cognitivos, demência e diabetes mellitus^(2,10). Nesse aspecto, a escolha de antiepilépticos que não apresentam interações farmacocinéticas com outros fármacos é uma vantagem^(2,8).

Outras questões a serem pensadas no momento da prescrição são os efeitos adversos dos antiepilépticos, como o impacto no metabolismo ósseo, na indução da aterosclerose e na função cognitiva⁽²⁾. Portanto, para evitar os efeitos colaterais, é melhor iniciar os antiepilépticos em uma dose mais baixa do que a usual e aumentar a dose gradualmente em pequenos incrementos, buscando-se uma dose-alvo com efeitos terapêuticos positivos e efeitos adversos mínimos^(2,5,8). Isso ajudará a maximizar a tolerabilidade do paciente e a evitar os possíveis efeitos adversos, incluindo: problemas visuais, sonolência, tontura e instabilidades na marcha⁽⁵⁾.

Para o tratamento da epilepsia em idosos, diversos fármacos estão disponíveis, sendo que com o avanço da idade a proporção de prescrição de ácido valproico aumenta, enquanto a de carbamazepina diminui^(10,12). Entretanto, a probabilidade de parar o tratamento inicial com carbamazepina devido à falta de eficácia é menor do que a do ácido valproico, porém com maior taxa de abandono devido aos efeitos adversos da carbamazepina^(12,13).

Além disso, a eficácia no controle das convulsões é comparável entre os novos antiepilépticos, como lamotrigina, topiramato e levetiracetam, e os antiepilépticos mais antigos, como a carbamazepina⁽⁵⁾. Nessa perspectiva, para o tratamento da epilepsia de início recente em idosos, a lamotrigina, o levetiracetam ou a gabapentina são os fármacos de primeira linha⁽¹¹⁾. Enquanto a lamotrigina, a carbamazepina e o levetiracetam são os medicamentos de escolha como tratamento de primeira linha na epilepsia de início tardio⁽⁸⁾.

Outrossim, não há diferença na tolerabilidade entre lamotrigina e levetiracetam, por sua vez, a lacosamida apresenta boa eficácia e tolerabilidade em idosos^(1,11). Desse modo, embora nenhuma diferença significativa na eficácia tenha sido encontrada entre os tratamentos, lacosamida, lamotrigina e levetiracetam apresentam a maior probabilidade de alcançar a ausência de convulsões⁽¹³⁾.

Por fim, é preciso ficar atento nos pacientes que não ficam livres de crises no primeiro ano, pois estes podem correr o risco de apresentar um distúrbio convulsivo resistente a medicamentos, sendo um problema menos comum em pacientes idosos, especialmente naqueles recém-diagnosticados, mas que necessita atenção especial^(5,12). Em sequência, se houver dúvida sobre o diagnóstico de epilepsia após o início da medicação, interrompê-la é uma opção razoável⁽⁵⁾.

Tratamento Cirúrgico

Embora existam relativamente menos dados na população idosa para o uso de tratamentos não medicamentosos, como ressecção cirúrgica, estas também são opções viáveis e não devem ser excluídas⁽⁹⁾. A cirurgia ressectiva é uma opção de tratamento, particularmente, para convulsões resistentes a medicamentos ou difíceis de tratar, seja por interações medicamentosas, condições coexistentes ou efeitos adversos⁽⁵⁾. Desse modo, embora mais velhos, a idade não é uma contra-indicação absoluta para a cirurgia da epilepsia, a decisão deve ser ponderada em relação à presença ou ausência de alterações cognitivas, déficits funcionais e comorbidades⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

Este trabalho destaca a importância do diagnóstico precoce da epilepsia em idosos, pois, com isso, é possível iniciar o tratamento em tempo hábil e possibilitar um estado de ausência

de crises nos pacientes. Salienta-se, também, que o tratamento deve ser centrado na pessoa e abordado de forma holística, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida e evitar os possíveis efeitos adversos da terapia. Para tanto, deve-se dar prioridade aos medicamentos que cursam com menos alterações farmacocinéticas, poucas interações medicamentosas e menor ocorrência de efeitos adversos. Por fim, a partir dessas conclusões, espera-se que esse estudo consiga elucidar o manejo de pacientes idosos com epilepsia.

REFERÊNCIAS

1. Toniolo S, Romoli M, Sen A. Epilepsy in Older Persons. *Neurologic Clinics*. 2022 Nov;40(4):891–905. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073386192200024X?via%3Dihub> DOI: 10.1016/j.ncl.2022.03.014
2. Lee SK. Epilepsy in the Elderly: Treatment and Consideration of Comorbid Diseases. *Journal of epilepsy research*. 2019 Jun;9(1):27–35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6706648/> DOI: 10.14581/jer.19003
3. Saadat P, Ahmadi Ahangar A, Hosseini SR, Bijani A, Khalili M, Alijanpour S. Epilepsy and associated factors in elderly people of Amirkola, North of Iran (The Amirkola Health and Ageing Project). *Caspian journal of internal medicine*. 2023;14(1):100–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9878904/> DOI: 10.22088/cjim.14.1.100
4. Forsgren L, Beghi E, Öun A, Sillanpää M. The epidemiology of epilepsy in Europe – a systematic review. *European Journal of Neurology*. 2005 Apr 17;12(4):245–53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1331.2004.00992.x> DOI: 10.1111/j.1468-1331.2004.00992.x
5. Vu LC, Piccenna L, Kwan P, O'Brien TJ. New-onset epilepsy in the elderly. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2018 Oct 28;84(10):2208–17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6138506/> DOI: 10.1111/bcp.13653
6. Chen LK. Urbanization and population aging: Converging trends of demographic transitions in modern world. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2022 Jul;101:104709. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494322000905?via%3Dihub> DOI: 10.1016/j.archger.2022.104709
7. Laccheo I, Ablah E, Heinrichs R, Sadler T, Baade L, Liow K. Assessment of quality of life among the elderly with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2008 Feb;12(2):257–61. Available from: [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(07\)00309-5/abstract](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(07)00309-5/abstract) DOI: 10.1016/j.yebeh.2007.09.003
8. Ferlazzo E, Sueri C, Gasparini S, Aguglia U. Challenges in the pharmacological management of epilepsy and its causes in the elderly. *Pharmacological Research*. 2016 Apr;106:21–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1043661816000438?via%3Dihub> DOI: 10.1016/j.phrs.2016.02.013
9. Motika P v, Spencer DC. Treatment of Epilepsy in the Elderly. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2016 Nov 15;16(11):96. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11910-016-0696-8> DOI: 10.1007/s11910-016-0696-8
10. Bruun E, Virta LJ, Kälviäinen R, Keränen T. Choice of the first anti-epileptic drug in elderly patients with newly diagnosed epilepsy: A Finnish retrospective study. *Seizure*. 2015 Sep;31:27–32. Available from: [https://www.seizure-journal.com/article/S1059-1311\(15\)00163-6/fulltext](https://www.seizure-journal.com/article/S1059-1311(15)00163-6/fulltext) DOI: 10.1016/j.seizure.2015.06.016
11. Lezaic N, Roussy J, Masson H, Jetté N, Keezer MR. Epilepsy in the elderly: Unique challenges in an increasingly prevalent population. *Epilepsy & Behavior*. 2020 Jan;102:106724. Available from: [https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050\(19\)30824-8/abstract](https://www.epilepsybehavior.com/article/S1525-5050(19)30824-8/abstract) DOI: 10.1016/j.yebeh.2019.106724
12. Bruun E, Kälviäinen R, Keränen T. Outcome of initial antiepileptic drug treatment in elderly patients with newly diagnosed epilepsy. *Epilepsy Research*. 2016 Nov;127:60–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920121116301437?via%3Dihub> DOI: 10.1016/j.eplepsyres.2016.08.023
13. Lattanzi S, Trinka E, del Giovane C, Nardone R, Silvestrini M, Brigo F. Antiepileptic drug monotherapy for epilepsy in the elderly: A systematic review and network meta-analysis. *Epilepsia*. 2019 Nov 13;60(11):2245–54. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/epi.16366> DOI: 10.1111/epi.16366

Observação: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.

Tabela 1 - Principais características dos trabalhos publicados até julho de 2024 envolvendo o diagnóstico e tratamento da epilepsia em idosos de acordo com os artigos publicados nas bases de dados PubMed e Cochrane.

AUTOR (ANO)	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS E CONCLUSÃO
Brunn (2015)	Coorte retrospectiva	Observou-se que a prevalência da epilepsia se concentra mais em homens e as etiologias mais comumente identificadas em pacientes idosos foram: o acidente vascular cerebral, os tumores do sistema nervoso central e a doença de Alzheimer. Quanto ao tratamento, com o avanço da idade, a proporção de prescrição do ácido valproico aumenta, enquanto a de carbamazepina diminui. Além disso, a escolha do medicamento deve se basear na avaliação do tipo de crise, nos medicamentos concomitantes que o paciente faz uso e nas doenças coexistentes. Por fim, viu-se que os novos antiepilépticos têm interações e efeitos colaterais menores e menos graves quando comparados aos antiepilépticos padrão, podendo serem mais adequados para o tratamento de primeira escolha em pacientes idosos.
Lezaic (2020)	Revisão de Literatura	Fazer um diagnóstico preciso de epilepsia em idosos é um desafio. Quanto ao tratamento, foi visto que, com a disponibilidade de novos agentes, a escolha do fármaco inicial em idosos com epilepsia de início recente está evoluindo. Em continuidade, os dados favorecem a lamotrigina, o levetiracetam e a gabapentina como primeira linha para tratamento em idosos com epilepsia de início recente, sendo que não se observaram diferenças na tolerabilidade entre levetiracetam e lamotrigina, embora os participantes tratados com levetiracetam tivessem uma probabilidade maior de alcançar um estado livre de convulsões. Por fim, a idade não é uma contra-indicação absoluta para a cirurgia da epilepsia, para tanto, a indicação da cirurgia deve ser ponderada em relação à presença ou ausência de alterações cognitivas, déficits funcionais e comorbidades associadas.
Saadat (2023)	Estudo Transversal	Concluiu-se que a prevalência de epilepsia foi maior em idosos com IMC mais baixo (P=0,003) e em indivíduos obesos (P=0,019) em comparação com idosos com peso normal. Considerando outros dados, os pacientes com e sem epilepsia eram semelhantes em relação às características demográficas, como estado civil e realização de atividade física, também não se observou associação estatisticamente significativas entre a epilepsia com doença cardiovascular, hipertensão, síndrome metabólica, diabetes mellitus e tabagismo. Ademais, os níveis séricos de fósforo foram significativamente maiores em pacientes epilépticos em comparação com pessoas saudáveis (P=0,039), enquanto isso, os níveis séricos de potássio foram significativamente menores em comparação com pessoas saudáveis (P= 0,031), porém não conseguiu-se justificar os altos níveis séricos de fósforo e os baixos níveis séricos de potássio nesses idosos epilépticos. Em conclusão, a doença de Parkinson, a frequência de quedas e a depressão foram fatores que se encontram associados com a epilepsia em pacientes idosos, também foi observada uma correlação entre histórico de derrame, aumento do nível sérico de triglicerídeos e lipoproteína de baixa densidade com a presença de epilepsia em idosos.
Chi Vu (2018)	Revisão de Literatura	Descobrimos que o tipo mais comum de epilepsia em pessoas com idade ≥60 anos com epilepsia de início recente eram as crises focais. Em primeiro lugar, as convulsões eram geralmente mais breves, com características clínicas menos evidentes, em comparação com as de grupos etários mais jovens, tornando o diagnóstico mais desafiador. Além disso, a confusão pós-ictal (o período após uma convulsão) pode durar muito mais tempo nos idosos, até duas semanas, em comparação com alguns minutos ou algumas horas em pacientes mais jovens. Isso pode tornar o diagnóstico de epilepsia mais complicado devido a diagnósticos errôneos de delírio por outras causas. Quanto ao diagnóstico da epilepsia em idosos, este pode levar algum tempo até ser considerado, quanto mais confirmado, o que, em muitos casos, significa que o início do tratamento adequado está atrasado. No entanto, há uma grande possibilidade de remissão da convulsão em pessoas idosas que são detectadas mais cedo e respondem ao tratamento, o que facilita a ocorrência de melhores resultados ao longo prazo. Ademais, a eficácia no controle das convulsões foi comparável entre os novos antiepilépticos, como lamotrigina, topiramato e levetiracetam, e os mais antigos, como a carbamazepina. Sendo assim, o objetivo da prescrição de medicamentos é conseguir a ausência de crises, minimizando os efeitos adversos. Entretanto, o ajuste da dose e a titulação adequada são muito importantes, já que a capacidade hepática e renal dos pacientes mais velhos geralmente está reduzida. Logo, o tratamento com antiepilépticos deve ser iniciado com uma dose baixa e depois gradualmente titulado até a dose-alvo, isso ajudará a maximizar a tolerabilidade do paciente e vai evitar efeitos adversos, como problemas visuais, sonolência, tontura e instabilidade da marcha. Outrossim, se houver dúvida sobre o diagnóstico de epilepsia após o início da medicação, interrompê-la é uma opção razoável. Por fim, a cirurgia ressectiva também é outra opção de tratamento para a epilepsia em pacientes mais velhos, particularmente para convulsões resistentes a medicamentos ou difíceis de tratar devido a interações medicamentosas para condições coexistentes.
Toniollo (2022)	Revisão de Literatura	Quanto às características clínicas das convulsões em idosos com epilepsia, foi visto que apresentação desses pacientes eram menos evidentes ou até mesmo mascaradas por outras comorbidades, como comprometimentos cognitivos. Acerca da etiologia, os episódios de confusão/delírio podem ter causas alternativas, incluindo toxinas, distúrbios eletrolíticos e efeitos colaterais de alguns medicamentos. Para o diagnóstico, como sempre acontece na epilepsia, é fundamental ter um histórico preciso do indivíduo afetado e das testemunhas, o exame neurológico também pode revelar déficits assimétricos sutis, enquanto o teste cognitivo à beira do leito pode detectar sinais precoces de comprometimento e ajuda na formulação do diagnóstico. Além disso, o exame do líquido cefalorraquidiano pode ser considerado sempre que houver déficits cognitivos, mesmo que sutis, para excluir etiologias de origem autoimune e para identificar melhor os distúrbios neurodegenerativos que podem se manifestar com convulsões. Para o tratamento, a monoterapia deve ser incentivada sempre que possível, sendo que a decisão de iniciar uma antiepiléptico deve, como em todas as pessoas com epilepsia, ser centrada na pessoa é abordada de forma holística. Foi visto que a lacosamida tem boa eficácia e tolerabilidade em idosos. Por fim, embora tenha sido relativamente ignorada durante décadas, a epilepsia em pessoas idosas agora é reconhecida como um ônus importante e complexo para a saúde, haja vista que a medida que a demografia muda em todo o mundo, será necessário fazer uma distinção cada vez maior entre a idade biológica e a cronológica, além de ser imperativo garantir que as pessoas com epilepsias complexas de início precoce possam atingir todo o seu potencial na vida adulta.

Brunn (2016)	Coorte Retrospectiva	Neste estudo, um total de 315 pacientes, 59% da amostra total, ficou livre de convulsões com a primeira aplicação de um tratamento monoterápico, o tratamento foi interrompido em 190 (36%) pacientes devido à falta de eficácia ou a ocorrência de efeitos adversos. Além disso, o tempo médio para a interrupção do primeiro tratamento devido à falta de eficácia foi de 14 meses e devido a eventos adversos foi de 8,1 meses. Também foi visto que a carbamazepina e o ácido valproico são as escolhas mais comuns para o primeiro tratamento nesta população, sendo que a probabilidade de retirada do tratamento com o uso de carbamazepina, devido a falta de eficácia, foi estatisticamente menor ($p = 0,032$) do que a do ácido valproico. Por outro lado, a probabilidade de abandono, devido a ocorrência de efeitos adversos, foi significativamente maior para a carbamazepina do que para o ácido valproico. Por fim, é preciso prestar atenção para pacientes que não ficam livres de crises no primeiro ano, pois podem correr o risco de apresentar um distúrbio convulsivo resistente a medicamentos.
Lee (2019)	Revisão de Literatura	Foi visto que várias comorbidades podem causar epilepsia, incluindo traumas e comorbidades psiquiátricas. Ademais, existe uma forte relação entre epilepsia e acidente vascular cerebral e demência. Em continuidade, nos idosos, o tipo mais frequente de convulsão é a convulsão parcial complexa (CPS) sem generalização secundária (47,1%), e a epilepsia do lobo temporal é o distúrbio epiléptico mais comumente diagnosticado (71,4%). Enquanto isso, as convulsões motoras focais e as convulsões tônico-clônicas secundariamente generalizadas também são menos comuns. Além disso, a semiologia típica das convulsões em idosos pode ser diferente da observada em populações mais jovens, foi visto que diversos sintomas são apresentados de maneira diferente nos idosos, a exemplo, a confusão pós-ictal pode ser mais longa do que o normal e os sintomas típicos, incluindo automatismos orofaciais e das mãos, são menos comuns nos idosos. As queixas do paciente idoso também podem variar de acordo com o estado mental, o grau de confusão e o distúrbio de memória. Para um bom diagnóstico, recomenda-se que uma anamnese cuidadosa que analise as circunstâncias dos eventos que antecederam os sintomas, a postura do paciente, a presença de espasmos mioclônicos, o estado de confusão, a duração dos eventos e a recorrência dos episódios, pois, com esses dados, uma boa anamnese pode levar a um diagnóstico correto. Porém, mesmo com essa atenção especial, o diagnóstico diferencial entre convulsões e síncope é difícil em alguns casos, já que a incidência de síncope entre os idosos também é alta. Por isso, é essencial estabelecer um diagnóstico diferencial correto entre a epilepsia e os outros distúrbios convulsivos que são comuns em idosos. Quanto ao manejo, observou-se que há três questões relevantes no tratamento da epilepsia em idosos: as alterações nos parâmetros farmacocinéticos, a politerapia e a suscetibilidade a efeitos adversos de medicamentos. Para evitar os impactos do metabolismo hepático reduzido nos idosos e os efeitos dos fármacos que interferem nesse metabolismo pode-se realizar uma titulação lenta para diminuir esses efeitos. Enquanto isso, a dose-alvo de medicamentos com metabolismo renal pode ter de ser reduzida nos casos em que a depuração de creatinina está baixa. Sendo assim, a absorção do medicamento pode ser significativamente retardada ou reduzida devido à menor capacidade de absorção de fármacos no trato intestinal, além de que a depuração hepática e renal também é reduzida com o envelhecimento. Acerca da politerapia, há muitas doenças concomitantes nos idosos, incluindo problemas cardiovasculares, comprometimento cognitivo leve, demência e diabetes mellitus, devido a isso, é provável que esses indivíduos tomem muitos medicamentos concomitantemente. Outras questões a serem pensadas no momento da prescrição são os efeitos dos medicamentos no metabolismo ósseo, na indução da aterosclerose e na função cognitiva. Portanto, para evitar os efeitos colaterais, é melhor iniciar os fármacos em uma dose mais baixa do que a usual e aumentar a dose gradualmente em pequenos incrementos, buscando-se uma dose-alvo com efeitos terapêuticos positivos e efeitos adversos mínimos. Outrossim, para melhorar a adesão, os medicamentos de meia-vida longa e de liberação prolongada têm a vantagem de permitir a dosagem uma vez ao dia, os que causam menos efeitos colaterais e que têm menos interações medicamentosas também são os mais escolhidos.
Lattanzi (2019)	Revisão Sistemática e Metanálise	Quanto ao tratamento, viu-se que houve tendências não significativas favorecendo a lacosamida, e lamotrigina, em relação a carbamazepina. Da mesma forma, foi encontrada uma tendência não significativa favorecendo o levetiracetam em relação a carbamazepina. Ademais, alguns medicamentos tiveram maior probabilidade de gerar a ausência de convulsões aos 6 e 12 meses de tratamento: lacosamida, lamotrigina e levetiracetam. Em conclusão, este estudo fornece evidências de que a carbamazepina tem um perfil de tolerabilidade fraco, levando a taxas de retirada mais elevadas em comparação com os antiepilépticos mais recentes, principalmente ácido valproico e levetiracetam. Nesse sentido, embora nenhuma diferença significativa na eficácia tenha sido encontrada entre os tratamentos, lacosamida, lamotrigina e levetiracetam tiveram maior probabilidade de alcançar a ausência de convulsões. Por fim, nas metanálises pareadas, o risco de ocorrência de epilepsia, com 12 meses de tratamento, foi menor com ácido valproico do que com carbamazepina.
Ferlazzo (2016)	Revisão de Literatura	Conclui-se que o envelhecimento fisiológico determina diversas alterações biológicas, como alterações na farmacodinâmica e na farmacocinética dos medicamentos. A nível farmacodinâmico, o envelhecimento implica um declínio progressivo dos mecanismos homeostáticos, afetando a capacidade de manter níveis sanguíneos estáveis dos fármacos através de alterações na sensibilidade dos receptores ou na diminuição dos seus números. Finalmente, nos idosos, o tecido adiposo está frequentemente mais representado do que nos adultos mais jovens, isto reduz o volume de distribuição de antiepilépticos hidrofílicos e aumenta o volume de distribuição de substâncias lipofílicas, como benzodiazepínicos e fenobarbital. Nesse sentido, um correto manejo terapêutico é crucial para a independência funcional dos pacientes, e a adesão depende principalmente da ausência de efeitos colaterais nesta faixa etária, para tanto, a escolha de fármacos em monoterapia é preferível e podem alcançar o controle das crises com doses baixas. Sendo que lamotrigina, levetiracetam e carbamazepina são os fármacos mais indicados como tratamento de primeira linha na epilepsia de início tardio. Quanto ao diagnóstico, os médicos devem estar cientes de que a apresentação de convulsões é muitas vezes incomum e enganosa nesta faixa etária.
Motika (2016)	Revisão de Literatura	Foi visto que a epilepsia é um distúrbio comum em pacientes idosos, com maior incidência e prevalência mais tarde na vida. Ademais, o diagnóstico em si pode ser um desafio, pois muitos pacientes idosos com epilepsia podem apresentar sintomas um tanto inespecíficos ou sutis, a maioria dos casos de epilepsia de início recente em idosos é de natureza focal e resulta de uma variedade de etiologias. Para o tratamento, a principal opção terapêutica para a maioria dos pacientes é um medicamento antiepiléptico, sendo que a maioria dos medicamentos eficazes em adultos jovens são provavelmente benéficos para idosos. Desse modo, uma nova geração de antiepilépticos está disponível, sendo que a monoterapia inicial com esses medicamentos pode ser vantajosa nesses pacientes. Finalmente, embora existam relativamente menos dados na população idosa para o uso de tratamentos não medicamentosos, como a ressecção cirúrgica, estas também são opções viáveis e devem não ser excluídas da consideração terapêutica.