

## Desatenção na adolescência: caso de TDAH vs. crise de ausência juvenil

*Inattention in adolescence: case of ADHD vs juvenile absence seizure*

*Desatención en la adolescencia:  
caso de TDAH vs. crisis de ausencia juvenil*

- [1](#) Jadiel Luis da Silva  [ORCID](#) - [Lattes](#)
- [2](#) Carolina Silva Mergulhão - [ORCID](#) - [Lattes](#)
- [3](#) Emilie Boeckmann e Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)
- [4](#) Breno Alves da Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)
- [5](#) José Eudes de Lorena Sobrinho - [ORCID](#) - [Lattes](#)

**Filiação dos autores:** **1** [Mestrando, Programa de pós-graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco, PPGH-UPE, Recife, PE, Brasil]; **2, 3, 4** [Médico formado pelo Centro Universitário Maurício de Nassau, UNINASSAU, Recife, PE, Brasil]; **5** [Doutor em saúde pública e livre-docente em saúde pública, Programa de pós-graduação em Hebiatria da Universidade de Pernambuco, PPGH-UPE, Recife, PE, Brasil]

**Editor Chefe responsável pelo artigo:** Alexandre Martins Valença

**Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#):** Silva JL [1-3,6-7,10-12,14], Mergulhão CS, Silva EB [1-3,5,12-13], Silva BA [1,2,5,9,13], Lorena Sobrinho JE [10,11,14]

**Conflito de interesses:** declaram não haver

**Fonte de financiamento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil. Código de Financiamento 001

**Parecer CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa da Uninassau, com o CAAE 77337123.2.0000.5193

**Recebido em:** 19/06/2024

**Aprovado em:** 08/08/2024

**Publicado em:** 03/09/2024

**Como citar:** Silva JL, Mergulhão CS, Silva EB, Silva BA, Lorena Sobrinho JE. Desatenção na adolescência: caso de TDAH vs. crise de ausência juvenil. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2024;14:1-10.

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1278>

---

## RESUMO:

**Introdução:** O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a crise de ausência juvenil são exemplos de patologias que estão dentro de diagnósticos diferenciais importantes da desatenção na infância e adolescência. **Objetivo:** Diante disso, o artigo em questão visa reforçar a relevância do diagnóstico diferencial entre desatenção em adolescentes, focando no TDAH e na crise de ausência juvenil. **Relato de caso:** EVB, feminino, 11 anos de idade, chegou com queixas de dificuldade de atenção, memória e no desempenho escolar. Ao exame mental, a paciente apresentava inúmeras paradas repentinas, com olhar perdido, de curta duração e posteriormente retornava sem lembrar o que tinha ocorrido. EEG com ritmo de base irregular, assimétrico, assíncrono e complexo, dito inespecífico. Levantaram-se os diagnósticos de TDAH e epilepsia com crise de ausência subtipo juvenil. **Discussão:** É importante destacar que ambas são condições heterogêneas e podem ser comórbidas, portanto, necessitam de avaliações multidisciplinares para garantir diagnósticos precisos e fornecer planos terapêuticos individualizados, além de intervenções específicas, melhorando qualidade de vida para os pacientes. **Conclusão:** A desatenção mostra-se como sintoma que impacta a vida de crianças e adolescentes, necessitando de avaliação abrangente e multidisciplinar das funções cognitivas e seus possíveis diagnósticos diferenciais.

**Palavras-chave:** transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, epilepsia tipo ausência, neurociências, TDAH, hiperatividade

---

## ABSTRACT:

**Introduction:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and juvenile absence seizures are examples of pathologies that are important differential diagnoses of inattention in childhood and adolescence. **Objective:** In this context, the article aims to reinforce the relevance of differential diagnosis between inattention in adolescents, focusing on ADHD and juvenile absence seizures. **Case Report:** EVB, female, 11 years, presented with complaints of attention difficulties, memory issues, and

poor school performance. Upon mental examination, the patient displayed numerous sudden pauses with a vacant stare of short duration and then returned without remembering what had happened. EEG showed an irregular, asymmetric, asynchronous, and complex background rhythm, described as nonspecific. Diagnoses of ADHD and epilepsy with juvenile absence seizures were considered. **Discussion:** It is important to emphasize that both conditions are heterogeneous and can be comorbid, therefore, they require multidisciplinary evaluations to ensure accurate diagnoses and provide individualized therapeutic plans, as well as specific interventions to improve the quality of life for patients. **Conclusion:** Inattention is a symptom that impacts the lives of children and adolescents, requiring a comprehensive and multidisciplinary evaluation of cognitive functions and their possible differential diagnoses.

**Keywords:** attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), absence epilepsy, neurosciences, ADHD, hyperactivity

---

## RESUMEN:

**Introducción:** El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y las crisis de ausencia juvenil son ejemplos de patologías que son diagnósticos diferenciales importantes de la falta de atención en la infancia y la adolescencia. **Objetivo:** En este contexto, el artículo busca reforzar la relevancia del diagnóstico diferencial entre la falta de atención en adolescentes, centrándose en el TDAH y las crisis de ausencia juvenil. **Informe del caso:** EVB, femenina, 11 años, se presentó con quejas de dificultades de atención, problemas de memoria y bajo rendimiento escolar. En el examen mental, la paciente mostró numerosas pausas repentinas con una mirada perdida de corta duración y luego regresaba sin recordar lo que había ocurrido. El EEG mostró un ritmo de fondo irregular, asimétrico, asincrónico y complejo, descrito como inespecífico. Se consideraron los diagnósticos de TDAH y epilepsia con crisis de ausencia juvenil. **Discusión:** Es importante destacar que ambas condiciones son heterogéneas y pueden ser comórbidas, por lo tanto, requieren evaluaciones multidisciplinarias para asegurar diagnósticos precisos y proporcionar planes terapéuticos individualizados, así como intervenciones específicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes. **Conclusión:** La falta de atención se presenta como un síntoma que impacta la vida de niños y adolescentes, requiriendo una evaluación integral y multidisciplinaria de las funciones cognitivas y sus posibles diagnósticos diferenciales.

**Palabras clave:** transtorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); epilepsia de ausencia; neurociencias, TDAH, hiperactividad

---

## Introdução

A atenção é uma função psíquica que se desenvolve ao longo da vida do indivíduo, estando incompleta na infância e adolescência. É sabido que sua maturidade está relacionada, dentre outros fatores, ao desenvolvimento de regiões cerebrais como o córtex frontal [1].

Quando existe um déficit no processo atencional, alguns diagnósticos diferenciais precisam ser levantados, tendo em vista as diversas causas existentes. Um dos principais diagnósticos diferenciais para desatenção em crianças e adolescentes é o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), afetando negativamente diversas áreas da vida do indivíduo, seja esta social, acadêmica ou profissional [2].

Além disso, é importante destacar que sintomas de desatenção podem se assemelhar as crises de ausência e que quando surgem na adolescência são conhecidas como crises de ausência juvenil. Estas, por sua vez, predominam entre 12,3 + 2,8 anos, correspondendo a 1 a 2% de todas as epilepsias deste período [3].

As crises de ausência são um tipo particular de crise epiléptica generalizada que ocorre com uma interrupção abrupta de atividade e resposta, acompanhada de movimentos mínimos [4]. Além disso, a apresentação da crise de ausência juvenil tende a ser esporádica, tem duração maior do que as crises de ausência na infância e constitui-se com perdas da consciência, automatismos e interrupção da fala mais frequentes [5].

Ademais, vale destacar que os diagnósticos dessas condições baseiam-se essencialmente na avaliação clínica, sendo os exames complementares. Porém, o eletroencefalograma (EEG), das epilepsias de ausência, pode apresentar-se com um padrão altamente reconhecível de descargas de pico e ondas generalizadas bilaterais, simétricas e síncronas de 3 Hz [6].

O presente artigo tem por objetivo discutir a desatenção na adolescência e ampliar os diagnósticos diferenciais de transtornos que se apresentam com déficit de atenção, destacando-se o TDAH e a crise de ausência juvenil.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo do tipo relato de caso, realizado através da coleta de dados em prontuário físico armazenados na Clínica de Psicologia do Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau), localizado no bairro das Graças, Recife, PE, Brasil. Este relato de caso foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Uninassau, com o CAAE 77337123.2.0000.5193.

Como limitação do estudo, destaca-se o fato de o mesmo ter sido realizado com um único caso, impossibilitando uma análise mais complexa e ampliada do tema em questão.

## **Relato de caso**

E.V.B., feminino, 11 anos, residente em Jaboatão dos Guararapes-PE, 5º ano do ensino fundamental, foi atendida na clínica escola de Psicologia e Psiquiatria em dezembro de 2022, acompanhada de seu pai, cujo as principais queixas incluíam desatenção, problemas comportamentais, de aprendizado, de memorização e agitação, com início aos 5 anos de idade. Ela estava em uso de Carbamazepina, 5 mL à noite, prescrita por outro profissional, sem saber quais os motivos que justificavam o uso deste medicamento. A menor conseguia manter um bom relacionamento na escola e construir laços afetivos.

Observou-se que a paciente apresentava prejuízo nas Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Ela foi adotada aos 4 anos e havia relatos de que sua mãe biológica fazia uso abusivo de álcool e outras drogas durante a gestação. Não há relatos de que a paciente apresentava epilepsia ou outros adoecimentos prévios. Além disso, seus irmãos biológicos também apresentam características semelhantes, pois pais adotivos se referiam a eles como "aéreos". Ao exame foram observadas várias paradas súbitas, nas quais a paciente parecia ficar com o "olhar perdido" e não ouvir os examinadores por um curto período, retornando em seguida sem lembrar do ocorrido. Neste momento, o pai menciona que essas paradas eram recorrentes e iniciaram há 2 anos. Com base nas informações coletadas, foi formulada as hipóteses diagnósticas de crise de ausência do subtipo juvenil, TDAH e Deficiência Intelectual.

Diante desse cenário, foram solicitadas avaliações neuropsicológica e neurológica, e iniciou-se o tratamento com Ácido Valpróico, mantendo-se o uso da Carbamazepina, pois não era sabido os motivos do início da

medicação. Nos retornos subsequentes, a mãe notou melhora com redução das paradas repentinas da menor após o início do Ácido Valpróico. No entanto, relatou persistência dos desafios escolares e afirmou que não fora possível realizar avaliação neuropsicológica, apenas com neuropsicopedagoga a qual evidenciou desorganização, dificuldade de aprendizagem, não conseguir acompanhar o que lhe era exposto durante as aulas adequadamente e que realizava atividades propostas de forma lenta.

Os critérios diagnósticos do TDAH do DSM 5 não foram preenchidos após avaliação criteriosa realizada por médico psiquiatra. No acompanhamento com neurologista foi suspenso o uso da Carbamazepina e confirmado o diagnóstico de crise ausência juvenil. Em relação aos exames complementares, foi realizado o resgate do Eletroencefalograma (EEG), o qual identificou discretos sinais de disfunção cortical de caráter inespecífico e uma Ressonância Nuclear Magnética (RNM) cranioencefálica que não evidenciou alterações.

## **Discussão**

Para o DSM-5, a avaliação do TDAH segue critérios clínicos. Acrescente-se a isto o fato de que apesar da existência de exames complementares, o diagnóstico não é dependente destes. Além disto, é sabido que outros diagnósticos diferenciais são possíveis como o transtorno do espectro autista, deficiência intelectual, transtornos ansiosos e depressivos [2].

Conforme citado anteriormente, o diagnóstico de crise de ausência juvenil baseia-se prioritariamente na avaliação neurológica clínica, sendo o ECG complementar para o mesmo [6]. Porém, vale ressaltar que são características eletroencefalográficas das crises de ausência e de outras epilepsias generalizadas a ponta-onda, que é uma descarga simétrica e bissínclona com início e resolução súbitos. Sua frequência inicial é de 3,5 Hz a 4 Hz, desacelerando na resolução para 2,5 Hz a 3 Hz.

Além disto, pode-se perceber que a vigília e a abertura dos olhos inibem as descargas do EEG, assim como situações de hipoglicemia e hiperventilação ativam as alterações citadas imediatamente. Ademais, quando os eletrodos são postos na região frontal superior, a amplitude torna-se mais elevada [7].

E.V.B foi submetida ao EEG que apresentou-se com ritmo de base irregular, assimétrico, assíncrono e complexo com raros paroxismos lentos centro-

temporais sem dominância hemisférica, laudadas como inespecíficas, o que faz um contraponto ao fato de que nas epilepsias de ausência juvenil o EEG de vigília apresenta-se normal. Além disto obteve-se uma RNM sem alterações relevantes. Destarte, sua hipótese diagnóstica de crise de ausência juvenil foi confirmada através da avaliação clínica detalhada e especializada por neurologista assistente.

É de relevância destacar que as evidências mostram que as epilepsias não controladas estão associadas ao TDAH, principalmente quando há repercussão no desempenho escolar [8]. Além disto, a desatenção ocorre frequentemente na epilepsia, independente da presença de TDAH [9]. Sendo assim, faz-se necessário uma avaliação clínica criteriosa e especializada, como ocorrido com o ocorrido com E.V.B, para a diferenciação destas condições patológicas.

Junte-se a isto a hipótese de que geneticamente existe uma sobreposição etiológica do TDAH e epilepsia. Isto pode ser visto através da observação de maior prevalência de TDAH de mães de crianças com as duas situações comórbidas [10]. Além disso, observam-se taxas mais elevadas de sintomas de TDAH em pessoas com histórico familiar de epilepsia em parentes de primeiro ou segundo grau, além da criança índice [11].

No tocante ao TDAH ressalta-se o fato de que este possui alta taxa de herdabilidade pela origem poligênica, as quais podem apresentar alterações como genes transportadores de dopamina e transportadores e receptores de serotonina D4 e D5 [12]. Ademais, evidências sugerem que os sintomas apresentados estão associados a interações complexas entre genes e o ambiente, como status socioeconômico e ambiente doméstico desorganizado [13]. Tais dados podem ser refletidos no evento da adoção, dos problemas da genitora da menor e do relato de ter irmãos biológicos “mais aéreos”.

Sabe-se que o início precoce da epilepsia é um fator de risco significativo para o neurodesenvolvimento. Entretanto, há falta de consenso sobre o impacto da idade precoce no surgimento da epilepsia e sua relação com a incidência do TDAH [14].

Um estudo caso-controle, de base populacional, abrangendo todas as convulsões não provocadas, recém-diagnosticadas em crianças islandesas com menos de 16 anos, revelou que o TDAH era 2,5 vezes mais prevalente entre crianças com convulsões recém-diagnosticadas do que nos indivíduos

do grupo controle. Essa constatação sugere que ambas as condições podem ser consideradas epifenômenos de anormalidades neurobiológicas subjacentes [15].

Quanto ao tratamento diante das hipóteses diagnósticas, a literatura cita que, para os pacientes com epilepsia generalizada sintomática, as três drogas mais indicadas as quais seriam valproato, divalproato e lamotrigina. Já na epilepsia focal sintomática, as drogas de primeira linha para crises parciais simples, parciais complexas ou secundariamente generalizadas foram a Carbamazepina e Oxcarbazepina [16]. Porém para o caso em questão a Carbamazepina estaria contraindicada devido ao potencial de piora das crises generalizadas de ausência.

### Conclusão

O diagnóstico diferencial da desatenção deve ser realizado cuidadosamente, ampliando as possibilidades diagnósticas. Deve-se lembrar das intersecções entre doenças cujo foco está na psiquiatria, como o TDAH, com patologias de relevância neurológica, tal qual as crises de ausência. Além disto, é imprescindível realizar um exame clínico minucioso, conduzindo melhor a investigação, solicitação de exames complementares e as condutas terapêuticas.

---

### Referências

1. Hobbiss MH, Lavie N. Sustained selective attention in adolescence: cognitive development and predictors of distractibility at school. *J Exp Child Psychol.* 2024;238:105784. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2023.105784> PMID:37862789
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
3. Yadala S, Nalleballe K. Juvenile absence epilepsy. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559055/>

4. Weinberg H, Baruch Y, Tzameret H, Lavidor M. Cognitive control enhancement in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and neurotypical individuals. *Exp Brain Res.* 2023;241(9):2381-92. <https://doi.org/10.1007/s00221-023-06695-6> PMID:37624418
5. Pearl PL. Epilepsy syndromes in childhood. *Continuum (Minneapolis, Minn).* 2018;24(1 Child Neurology):186-209. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000568> PMID:29432243
6. Kessler SK, McGinnis E. A practical guide to treatment of childhood absence epilepsy. *Paediatr Drugs.* 2019;21(1):15-24. <https://doi.org/10.1007/s40272-019-00325-x> PMID:30734897 - PMCID:PMC6394437
7. Emmady PD, Anilkumar AC. EEG abnormal waveforms. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557655/>
8. Uliel-Sibony S, Chernuha V, Tokatly Latzer I, Leitner Y. Epilepsy and attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: an overview of etiology, prevalence, and treatment. *Front Hum Neurosci.* 2023;17:1021605. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2023.1021605> PMID:37113319 - PMCID:PMC10126237
9. Costa MDH. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchóa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, Teixeira, editores. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: Cortez; 2022. p. 304-351.
10. Gonzalez-Heydrich J, Hamoda HM, Luna L, Rao S, McClendon J, Rotella P, Waber D, Boyer K, Faraone SV, Whitney J, Guild D, Biederman J. Elevated rates of ADHD in mothers of children with comorbid ADHD and epilepsy. *Neuropsychiatry (London).* 2012;2(5):385-91. <https://doi.org/10.2217/npj.12.53> PMID:23397446 - PMCID:PMC3565178
11. Brikell I, Ghirardi L, D'Onofrio BM, Dunn DW, Almqvist C, Dalsgaard S, Kuja-Halkola R, Larsson H. Familial liability to epilepsy and attention-deficit/hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Biol Psychiatry.* 2018;83(2):173-80.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.08.006> PMID:28950988  
PMCID:PMC5723535

- 12. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, Snyder LE, Faraone SV. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med.* 2006;36(2):167-79.  
<https://doi.org/10.1017/s0033291705006410> PMID:16420713
- 13. Fastenau PS, Johnson CS, Perkins SM, Byars AW, deGrauw TJ, Austin JK, Dunn DW. Neuropsychological status at seizure onset in children: risk factors for early cognitive deficits. *Neurology.* 2009;73(7):526-34.  
<https://doi.org/10.1212/wnl.0b013e3181b23551> PMID:19675309 -  
PMCID:PMC2730794
- 14. Austin JK, Harezlak J, Dunn DW, Huster GA, Rose DF, Ambrosius WT. Behavior problems in children before first recognized seizures. *Pediatrics.* 2001;107(1):115-22.  
<https://doi.org/10.1542/peds.107.1.115> PMID:11134444
- 15. Hesdorffer DC, Ludvigsson P, Olafsson E, Gudmundsson G, Kjartansson O, Hauser WA. ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(7):731-6. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.7.731>  
PMID:15237085
- 16. Betting LE, Kobayashi E, Montenegro MA, Min LL, Cendes F, Guerreiro MM, Guerreiro CA. Tratamento de epilepsia: consenso dos especialistas brasileiros. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(4):1045-70.  
<https://doi.org/10.1590/s0004-282x2003000600032>  
PMID:14762617