

**GABRIEL GAMBA PIONER**

**TIPOS DE CRISES PARCIAIS SIMPLES EM UMA  
POPULAÇÃO COM EPILEPSIAS PARCIAIS DIVERSAS**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
Conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2001**

**GABRIEL GAMBA PIONER**

**TIPOS DE CRISES PARCIAIS SIMPLES EM UMA  
POPULAÇÃO COM EPILEPSIAS PARCIAIS DIVERSAS**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
Conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Dr. Edson Cardoso**

**Orientador: Prof. Dr. Paulo César Trevisol Bittencourt**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2001**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. PAULO CÉSAR TREVISOL BITTENCOURT, mestre em epilepsia, meu orientador e amigo, com quem muito aprendi e que se tornou importante na minha formação acadêmica, como exemplo de pessoa, médico e educador.

Aos meus pais CIRINEU SCHMIDT PIONER e ZÉLIA GAMBA PIONER que, com amor, tudo fizeram para garantir minha educação, com muito esforço e sacrifício, sempre estimulando meu crescimento.

Aos meus irmãos, DIOGO e ISABEL que com carinho sempre estiveram ao meu lado.

Aos funcionários da CMESC/SUS, que com profissionalismo sempre mantiveram um espírito de equipe para o bom andamento da pesquisa científica.

CRISTINI PIACENTINE BOPPRÉ, psicóloga vinculada ao CME/SUS, auxiliadora na coleta de dados.

TIAGO MELLO PIONER, AILTON PETERMAN e LEONARDO TADEU GARNICA CAMARGO, que muito colaboraram na organização dos dados.

ROBERTO MASSAO TAKIMOTO, doutorando do curso de graduação em medicina-UFSC, meu amigo, com quem sempre troquei idéias e críticas para enriquecer meus estudos e trabalhos científicos.

MARIA DE LOURDES GAMBA TORRES, professora, que contribuiu na confecção e montagem deste trabalho.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVO.....	04
3. MÉTODO.....	05
4. RESULTADOS.....	07
5. DISCUSSÃO.....	10
6. CONCLUSÕES.....	13
7. REFERÊNCIAS.....	14
NORMAS.....	15
RESUMO.....	16
SUMMARY.....	17
APÊNDICE.....	18

## INTRODUÇÃO

As Epilepsias são um grupo de síndromes que apresentam em comum ataques recorrentes. Os ataques são sintomas originários de uma disfunção episódica, focal ou difusa da eletricidade cortical e geralmente tem um início e fim bruscos<sup>1</sup>.

A prevalência mundial de epilepsia estimada, está entre 0,4 a 2% da população geral. Sendo que no Brasil, apesar da inexistência de estudos epidemiológicos adequados, pressupõe-se que aproximadamente 1 a 2% da população em geral esteja acometida por alguma das formas de epilepsia<sup>2</sup>, assim como em Santa Catarina, TREVISOL-BITTENCOURT<sup>3</sup> et cols. em 1991 sugerem uma prevalência mínima de 1%.

A epilepsia pode ser causada por praticamente qualquer condição que acometa o cérebro, sendo que a etiologia pode ser dividida em: sintomáticas, criptogênicas e idiopáticas. As sintomáticas podem ser resultado de anomalias congênitas, infecções, tumores, doenças vasculares, doenças degenerativas e traumatismos crânio-encefálicos (TCE)<sup>4</sup>. As criptogênicas, são aquelas em que não se identifica uma causa, já as idiopáticas, são aquelas com ausência de lesão cerebral estrutural com predisposição genética a apresentar crises idade-dependentes<sup>5</sup>.

Há vários tipos de crises epiléticas classificadas oficialmente pela *Internacional League Against Epilepsy*, sendo que os dois aspectos essenciais para esta classificação são a região cortical de origem e a alteração da responsividade do paciente ao ambiente durante a crise<sup>6</sup>.

Assim, quanto a área de origem, as crises podem ser parciais ou generalizadas. São parciais as que derivam da disfunção restrita de uma área cortical localizada, enquanto as generalizadas decorrem do acometimento simultâneo de múltiplas áreas corticais nos dois hemisférios (ou “do córtex como um todo”)<sup>5</sup>.

Quanto a preservação ou não da responsividade/consciência do paciente ao meio ambiente durante as crises, classifica-se as crises parciais em simples e complexas. As simples caracterizam-se pela preservação da responsividade/consciência do paciente durante a crise enquanto nas complexas há a perda da responsividade/consciência<sup>5</sup>. Por tal motivo, todos os pacientes estão aptos a descreverem suas crises parciais simples, uma modalidade de crise que nunca interfere com a consciência do indivíduo. Entretanto, durante as crises parciais complexas sempre haverá uma limitação qualitativa da consciência, resultando em amnésia para os fatos ocorridos durante os episódios. Por isso seus sofredores são incapazes de narrar o que lhes sucede durante tais crises<sup>2, 3</sup>.

Por sua vez, as crises epilépticas parciais simples podem ser subdivididas, segundo a *Internacional League Against Epilepsy* em: Autonômicas, psíquicas, sensitivas e motoras<sup>6</sup>.

As manifestações clínicas desses distúrbios são variadas. Uma forma comum de crise autonômica apresenta-se com desconforto súbito na região epigástrica, descrito pelo paciente como “peso e/ou mal-estar que sobe desce do estômago até o pescoço”. O tipo de crise psíquica mais comum é uma sensação súbita de medo, absolutamente sem motivação, a qual com freqüência o paciente reage com manifestações autonômicas apropriadas. Um outro tipo de crise psíquica, porém menos freqüente, é a súbita sensação de familiaridade extrema com uma situação como se a mesma já tivesse ocorrido anteriormente e o paciente pudesse prever o seu desenrolar (*déjà-vu, déjà-vècu*). As crises

sensitivas podem manifestarem-se por parestesias em extremidades e/ou “flashes” luminosos. Já as crises motoras apresentam movimentos clônicos de uma extremidade<sup>5</sup>

Em nosso meio não há estudos caracterizando os tipos de crises parciais simples já mencionadas. Contudo, este conhecimento é de fundamental importância para seu adequado tratamento e prevenção.

## **OBJETIVOS**

Identificar os tipos de crises parciais simples mais freqüentes, suas principais manifestações clínicas e suas respectivas etiologias, em pacientes portadores de epilepsias parciais diversas.



# MÉTODO

## **A - Pacientes**

Foram convidados a participar deste Protocolo de Pesquisa os pacientes portadores de epilepsia parcial simples em tratamento na Clínica Multidisciplinar de Epilepsia da Policlínica Regional I (CME) do Sistema Único de Saúde (SUS), em Florianópolis, com diagnóstico feito no período de 1990 a 2000.

Participaram do presente estudo retrospectivo descritivo e transversal, 97 pacientes portadores de crises parciais simples, de ambos os sexos, com idade média de 39,67 anos (12 a 80). Todos os paciente consentiram a utilização dos dados contidos em seus prontuários.

## **B - Procedimentos**

Foram selecionados, no Setor de Arquivos Médicos da CME/SUS, os prontuários dos pacientes candidatos a participar do Protocolo de Pesquisa.

As informações procuradas nos prontuários dos participantes foram as avaliações clínica, de imagem e do eletroencefalograma (EEG).

### **B.1 – Critério de Inclusão**

Pacientes portadores de crises parciais simples com diagnóstico feito entre 1990 e 2000.

### **B.2 – Critérios de Exclusão**

Pacientes com epilepsias generalizadas ou indefinidas, pacientes com crises psicogênicas e aqueles que apesar de serem diagnosticados como

portadores de epilepsias parciais, tinham prontuários incompletos, não oferecendo todas as informações requeridas pelo Protocolo de Pesquisa.

### B.3 – Avaliação Clínica

Todos os pacientes foram avaliados pela mesma equipe, liderada por um neurologista especializado em epileptologia. Foram analisados a idade, o sexo, a idade da primeira crise, o tipo de crise parcial simples, as formas de manifestação e a etiologia.

### B.4 – Avaliação de Imagem

Os pacientes foram avaliados por meio de tomografia computadorizada de crânio (TC) onde buscou-se evidenciar a etiologia das suas epilepsias. Quando esta era negativa, geralmente os pacientes eram submetidos a uma ressonância nuclear magnética de crânio (RM).

### B.5 – Avaliação do EEG

Os pacientes foram avaliados através de EEG onde procurou-se traçados de anormalidades focais.

## RESULTADOS

Quanto a distribuição dos pacientes segundo o sexo, encontrou-se 62 homens (63,9%) e 35 mulheres (36,1%)

Quanto a idade da primeira crise parcial simples, observou-se que 62 pacientes (63,9%) iniciaram suas crises com idade inferior a 18 anos (início precoce) e que em 35 pacientes (36,1%) as crises foram de início tardio, ou seja, com idade maior ou igual a 18 anos.

Tabela I: Distribuição dos casos segundo o tipo de crise parcial simples.

Tipo de crise parcial simples	Número de casos	%
Autonômica	14	14,4
Psíquica	18	18,5
Sensitiva	21	21,75
Motora	27	27,85
Motora + Sensitiva	07	7,2
Motora + Parcial	04	4,15
Motora + Autonômica	02	2,03
Parcial + Autonômica	01	1,02
Sensitiva + Parcial	03	3,1
Totais	97	100

## RESULTADOS

Quanto a distribuição dos pacientes segundo o sexo, encontrou-se 62 homens (63,9%) e 35 mulheres (36,1%)

Quanto a idade da primeira crise parcial simples, observou-se que 62 pacientes (63,9%) iniciaram suas crises com idade inferior a 18 anos (início precoce) e que em 35 pacientes (36,1%) as crises foram de início tardio, ou seja, com idade maior ou igual a 18 anos.

Tabela I: Distribuição dos casos segundo o tipo de crise parcial simples.

Tipo de crise parcial simples	Número de casos	%
Autônômica	10	10,30
Psíquica	15	15,50
Sensitiva	20	20,60
Motora	28	28,87
Motora + Sensitiva	08	8,25
Motora + Parcial	04	4,12
Motora + Autônômica	04	4,12
Parcial + Autônômica	04	4,12
Sensitiva + Parcial	04	4,12
Totais	97	100

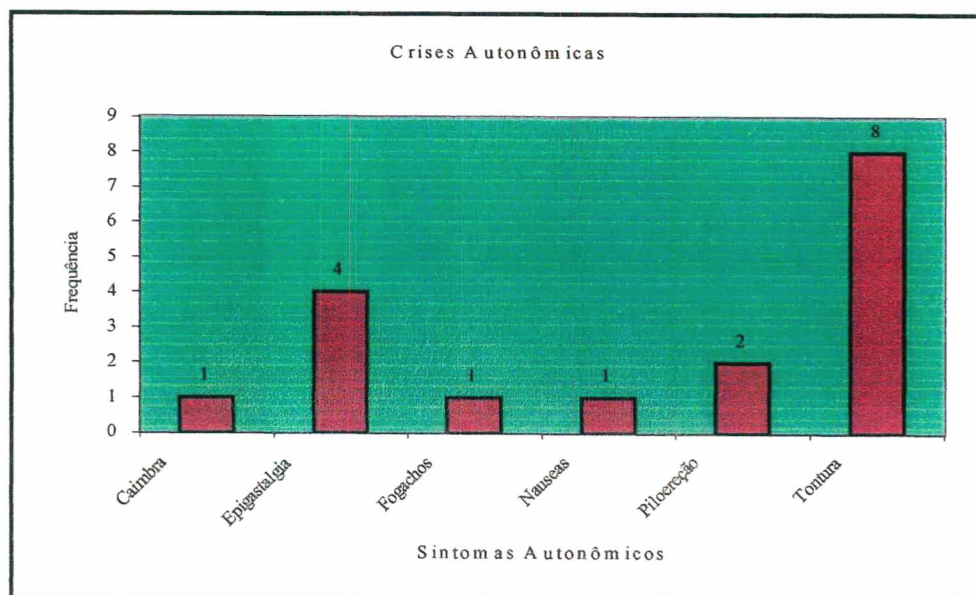


Figura 1: Gráfico mostrando a frequência das manifestações autonômicas nas crises epilépticas parciais simples autonômicas.

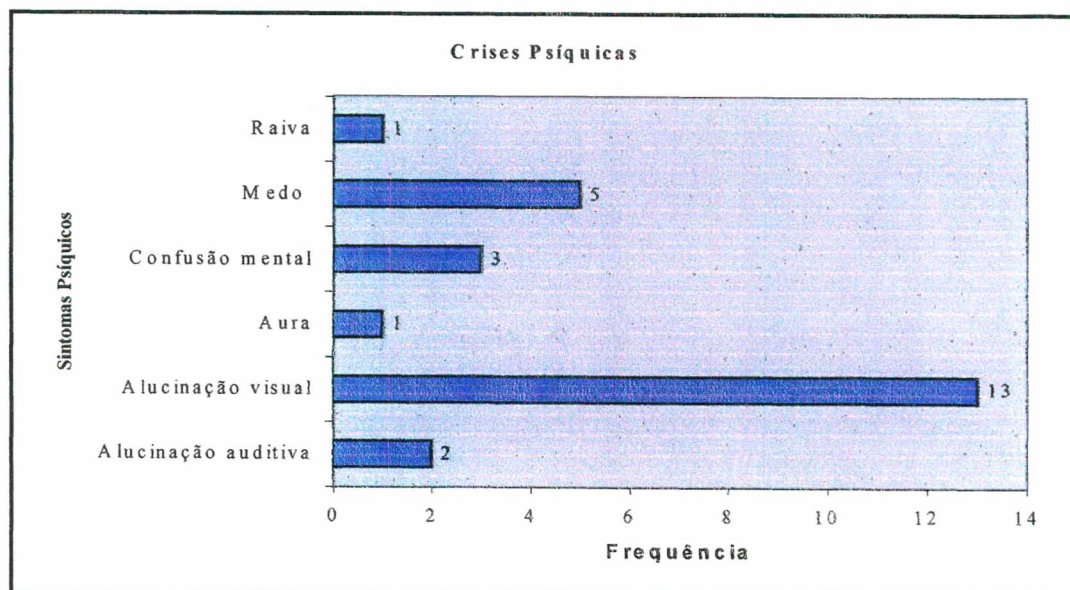


Figura 2: Gráfico mostrando a frequência das manifestações das crises epilépticas parciais simples psíquicas.

Nas crises parciais simples sensitivas, foram encontrados os sintomas listados na figura 3, sendo que a parestesia foi o sintoma mais freqüente, ocorrendo em 13(44,8%) pacientes de um total de 31 pacientes.

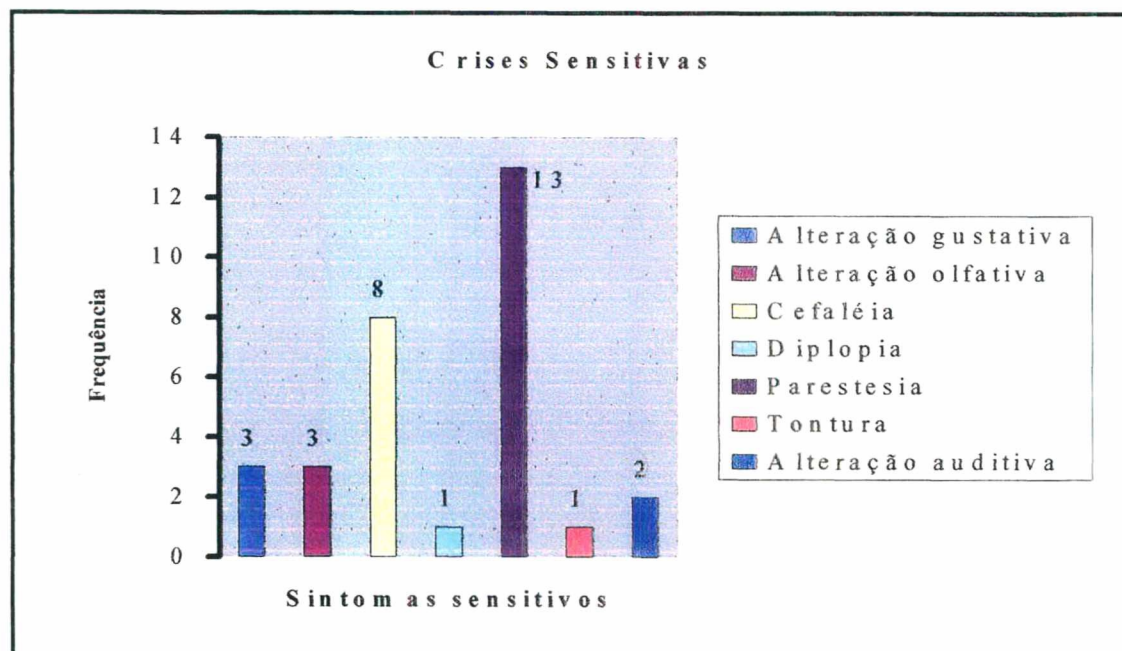


Figura 3: Gráfico mostrando a freqüência das manifestações das crises epilépticas parciais simples sensitivas.

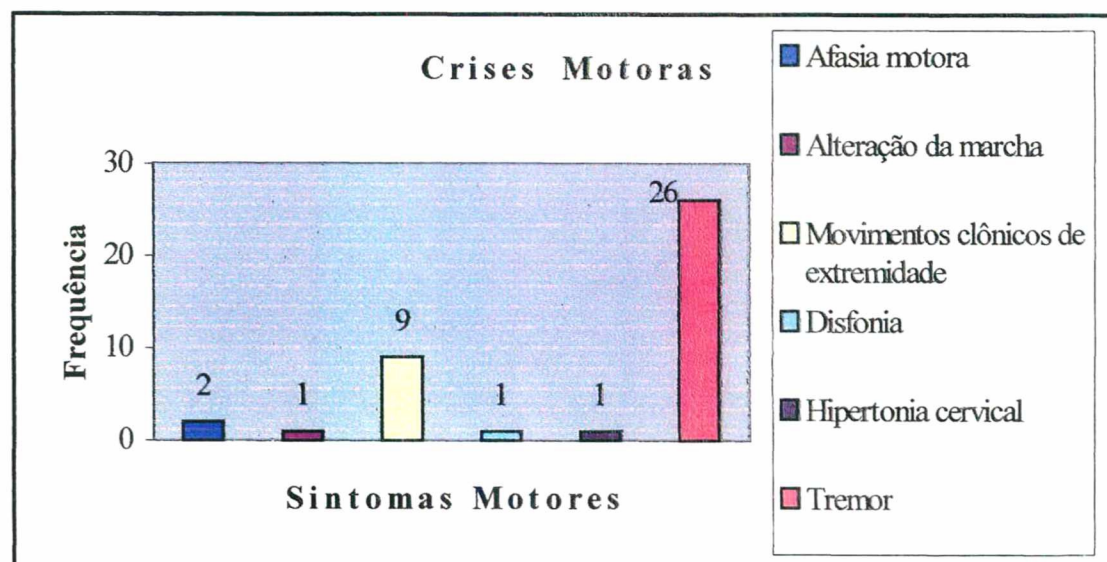


Figura 4: Gráfico mostrando a freqüência das manifestações das crises epilépticas parciais simples motoras.

Quanto a etiologia das crises parciais simples, as sintomáticas corresponderam a 64 dos casos (66%), 33 foram criptogênicas (34%) e nenhum caso foi idiopática.

Das sintomáticas, encontrou-se como principal causa de crise parcial simples, a Esclerose Mesial Temporal (EMT) com 22 pacientes (33,8%), seguida pela Neurocisticercose com 20 pacientes (38,8%), TCE com 12 pacientes (18,5%) e por neoplasia cerebral com 5 pacientes (7,7%).

Tabela II: Distribuição da etiologia conforme os tipos de crises parciais simples.

Etiologia/ Tipo	EMT	Neoplasias Cerebrais	Neurocisticercose	TCE
Autonômica	5	0	3	2
Psíquica	4	1	4	2
Sensitiva	3	1	4	3
Motora	8	2	3	4
M + S	0	0	2	1
M + P	1	1	0	0
M + A	0	0	1	0
P+ A	1	0	0	0
S + P	0	0	3	0
Totais	22	05	20	12

## DISCUSSÃO

De acordo com BENNETT e PLUM<sup>7</sup> (1996), o sexo masculino é mais freqüentemente afetado por epilepsias do que as mulheres, numa proporção de 1,5:1. No presente estudo, apesar de considerar apenas as crises epiléticas parciais simples, também observou-se um maior número de homens afetados, numa proporção de 1,77:1.

Cerca de três em cada quatro pacientes com epilepsia, as crises têm início precoce<sup>4,8</sup>. Contudo, encontrou-se um percentual (63,9%) de casos com início precoce inferior ao citado, provavelmente devido ao fato de ter-se analisado apenas casos de crises parciais simples.

Com relação ao tipo das epilepsias parciais simples constatou-se nesse estudo que as mais freqüentes são as motoras (28,87%), seguidas pelas sensitivas (20,60%). Acredita-se que o valor dos dados citados seja possivelmente limitado, pelo fato de ser oriundo de uma instituição especializada na área em questão. Dessa maneira, pode ter ocorrido um viés de seleção na população estudada.

A sintomatologia das crises parciais simples pode ser muito rica, dependendo da área afetada. Alguns pacientes informaram a sensação de piloereção, epigastralgia e “fogachos” como manifestações autonômicas de crises parciais simples, em conformidade com a literatura<sup>5</sup>.

Quando a manifestação da crise parcial simples for psíquica, o manejo do problema pode ser bem sucedido quando feito um diagnóstico adequado, pois não é raro pacientes com crises de “paúra” ou outras desordens psiquiátricas causadas pela epilepsia, sendo tratados com drogas inapropriadas, ficando



institucionalizado ,vítimas de sofismas antigos e de equivocada terapêutica que transforma a epilepsia em doença mental<sup>3</sup>. Observou-se, nesse estudo, pacientes que tiveram como manifestação de suas crises parciais simples, visões de serpentes, flores e chamas, ilustrando as informações observadas na literatura consultada.

As crises parciais simples podem cursar de maneira “curiosa”, onde o paciente relata a sensação de odor fétido e/ou sabor adstringente , podendo ser a única manifestação epiléptica do mesmo<sup>5</sup>. Encontrou-se 3 pacientes com alterações gustativas e 3 com alterações olfativas.

As crises parciais do tipo motor no presente estudo apresentaram-se com características diversas, variando desde tremores até afasia motora<sup>7</sup>. No presente estudo os tremores foram a forma de manifestação mais freqüente nesse tipo de crise (26 casos).

A literatura descreve a relação entre convulsões febris e lesão de Esclerose Mesial Temporal de forma contraditória, ora sugerindo que as convulsões febris seriam benignas<sup>9</sup> , ora sugerindo uma relação de causalidade<sup>10,11</sup>. No presente estudo, encontrou-se 33% dos casos de crises parciais simples causadas por Esclerose Mesial Temporal, nos quais todos apresentavam história de convulsões febris na infância , sugerindo uma possível relação com a referida lesão.

Neurocisticercose é uma condição disseminada por todo o país. Não configura-se exagero afirmar tratar-se de uma endemia nacional, pois não existe um único estado da federação livre da mesma. Até mesmo estados nordestinos , antigamente considerados como isentos deste flagelo devido a peculiaridades climáticas, passam a exibir com a disponibilidade da tomografia computadorizada, prevalências similares àquelas observadas pioneiramente em estados do sul<sup>12</sup>.

Em conformidade com a literatura citada neste estudo, observou-se que a segunda causa sintomática mais freqüente foi a Neurocisticercose, sendo encontrada em 20 pacientes (30,8%).

O TCE pode ser a causa de crises epilépticas, ocorrendo por qualquer tipo de lesão grave no sistema nervoso central<sup>13</sup>, sendo a causa em 1 a 11% das epilepsias<sup>14,15,16</sup>. Porém, no presente estudo o TCE foi a terceira causa de crises parciais simples totalizando 18,5% dos casos. Essa maior prevalência encontrada, deve-se provavelmente ao maior número de vítimas de acidente de trânsito no Brasil, quando comparado com os países onde os referidos estudos foram realizados.

Sander, citado por Courjon<sup>17</sup> e cols. em 1970, encontrou 6% das epilepsias sendo causadas por neoplasias cerebrais. Já outros autores observaram menos de 2%<sup>18,19</sup>. No presente estudo, verificou-se 7,7% das crises parciais simples sendo causadas por neoplasias cerebrais. Apesar de ter estudado populações diferentes, o resultado encontrado foi semelhante aos de Courjon. Contudo, foi maior dos apresentados pelos demais autores citados, possivelmente pela melhoria dos métodos diagnósticos disponíveis atualmente.

A literatura consultada<sup>1,5,7</sup> não relaciona o tipo de crise com a natureza de sua etiologia. Da mesma maneira, no presente estudo, aparentemente não houve relação entre etiologia e tipo de crise parcial simples apresentada.

Apesar do presente estudo ter identificado os tipos de crises parciais simples e suas formas de manifestações principais na população, os resultados obtidos têm interpretação limitada devido ao fato de se tratar de um estudo retrospectivo. Devido a importância do tema em questão, estudos prospectivos nesta área devem ser realizados.

## CONCLUSÕES

Constatamos neste estudo, que os tipos mais freqüentes de crises parciais simples, no período estudado, são do tipo motora e sensitiva, cujas manifestações são tremores, movimentos clônicos de extremidade e sensações parestésicas.

Aparentemente não há relação entre etiologia e tipo de crise parcial simples apresentada.

Entretanto, considera-se importante ressaltar, que um grupo pequeno de pacientes podem expressar suas epilepsias, com sintomas que poderão induzir ao equívoco diagnóstico de enfermidades psiquiátricas.

## REFERÊNCIAS

1. Harisson. Medicina Interna. 11 edição: 1779-1787, 1988.
2. Rigatti M e Trevisol-Bittencourt PC. Epilepsia tardia em uma clínica de epilepsia do estado de Santa Catarina. *Epilepsia* 2000;41(Suppl9):18-20.
3. Trevisol-Bittencourt PC, Pracentine Boppré MC, Uchoa VL, Ferreira RL e Min LL. Projeto para criação de um centro de epilepsia em Santa Catarina. *Arq. Cat. Med.* 1991;20(1):49-51.
4. Gilroy Je Holliday PL. Neurologia Básica. Rio de Janeiro : Interamericana, 1985.
5. Costa JC, Palmini A, Yacubian EMT e Cavalheiro EA. Fundamentos neurobiológicos das epilepsias. São Paulo: Lemos, 1998.
6. Commission on Classification and Terminology of the ILAE. Proposal for classification of epilepsy and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989, 30(4): 389-399.
7. Bennett JC e Plum F. Cecil Textbook of Medicine. 20ª ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996.
8. Porter RJ. Epilepsia : 100 princípios básicos. Rio de Janeiro : Interamericana; 1985.
9. Engel J. Update on Surgical Treatment of the Epsilepsies. *Neurol.* 1993; 43:1612-17
10. Trevisol-Bittencourt PC. Redução de drogas em pacientes com epilepsias refratárias a politerapia anti-epiléptica. Florianópolis; 1983. [Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina].

11. Munhães MVR, Li LM, Bittencourt PCT. The prevalence and social characteristics of Epilepsy in a small Azorean Community in Southern Brazil. *Anais do VIII Congresso Panamericano de Neurologia*.
12. Trevisol-Bittencourt PC, Nonohai RFFCS. Neurocisticercose em pacientes internados por epilepsia no Hospital Regional de Chapecó região oeste do Estado de Santa Catarina. *Arquivos de Neuro Psiquiatria* 1998;56 (supl.1) : 53-58
13. Antebi D, Bird J. The facilitation and Psychiatry of seizures. *Br J Psychiatry*(1992), 160, 154-164.
14. Forsgren L. Prevalence of epilepsy in adults in northern Sweden. *Epilepsia* 1992, 33(3):450-458.
15. Lopes Lima JM. Levantamento epidemiológico da epilepsia no Norte de Portugal. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto. Porto, 1996.
16. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota, 1935-1984. *Epilepsia* 1993, 34(3):453-468.
17. Courjon J, Artru F, Zeskov P. A propos des crises d'épilepsie apparaisnt après 60 ans observées en clientèle de Neurologie dans um Service de Neurochirurgie. *Semin Hôp Paris* 1970;46:3129-32.
18. Hauser WA, Annegers JF, Lurlan LT. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota, 1935-1984. *Epilepsia* 1993, 34(3): 453-468.
19. Roger J, Genton P, Bureau M, Dravet C. Progressive mioclonus epilepsie in childhoods and adolescence. In: Roger J, Genton P, Bureau M, Dravet C, Dreifuss FE, et al.(eds). *Epileptic syndromes in Infancy, childhoods and adolescence*. 2nd ed .John Libb, 1992. p 381-400.

## **NORMAS ADOTADAS**

O presente trabalho segue a normatização dos trabalhos científicos do Curso de Graduação em Medicina. Resolução número 003/00 do colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

As referências seguiram conforme a convenção de Vancouver.

## RESUMO

**Objetivos:** Identificar os tipos de crises parciais simples mais freqüentes, suas principais manifestações clínicas e suas respectivas etiologias em pacientes portadores de epilepsias parciais diversas. **Método:** Participaram do presente estudo retrospectivo, descritivo e transversal 97 pacientes portadores de crises parciais simples, de ambos os sexos, com idade média de 39,67 anos (12 a 80), seguidos na Clínica Multidisciplinar de Epilepsia da Policlínica Regional I, Florianópolis/SC. **Resultados:** Observou-se que: a- 62 pacientes (63,9%) foram homens e 35 foram mulheres (36,1%); b- em 63,9% dos casos a primeira crise ocorreu antes dos 18 anos; c- os tipos de crises parciais simples mais freqüente foram as motoras (28 casos) seguidas pelas sensitivas (20 casos); d- as manifestações mais comuns nas crises autonômicas, psíquicas, sensitivas e motoras foram, respectivamente, tontura (8 casos), alucinação visual (13 casos), parestesia (13 casos) e tremores (26 casos); e- As crises sintomáticas foram as mais freqüentes (64 casos), seguidas pelas criptogênicas (33 casos). Das sintomáticas, a principal causa foi a Esclerose Mesial Temporal (22 casos), seguida pela Neurocisticercose (20 casos), pelo Traumatismo Crânio-Encefálico (12 casos) e pelas Neoplasias Cerebrais (5 casos). **Conclusões:** Os tipos mais freqüentes de crises parciais simples são motoras e as sensitivas. As principais manifestações foram tremores, movimentos clônicos e sensações parestésicas. Aparentemente não há relação entre etiologia e tipo de crise parcial simples apresentada.

## SUMMARY

**Objectives:** An attempt was made to identify the most frequent types of simple partial seizures, their main clinical manifestations and their respective etiologies in patients with different types of partial epilepsies. **Methods:** Ninety seven patients with simple partial seizures, of both genders, mean age 39,67 (range 12 –80) took part in the present retrospective, descriptive and transversal study. The follow up was in the Multi-disciplinal Epilepsy Clinic of the Regional I Polyclinic, in Florianópolis/SC. **Results:** It was observed that: a- 62 patients (63.9%) were men and 35 were women (36.1%); b- in 63.9% of the cases, the first seizure occurred before the age of 18; c- the most frequent types of simple partial seizures were motor (28 cases) followed by sensitive (20 cases); d- the most common clinical manifestations in the autonomic, psychic, sensitive and motor seizures were respectively, dizziness (8 cases), visual hallucination (13 cases), paresthesia (13 cases) and shaking (26 cases); e- the symptomatic seizures were the most frequent (64 cases) followed by the cryptogenic seizures (33 cases). Considering only the symptomatic seizures, the main cause was Temporal Mesial Sclerosis (22 cases), followed by neurocysticercosis (20 cases), cranial trauma (12 cases) and cerebral neoplasia (5 cases). **Conclusions:** The most frequent types of simple partial seizures were motor and sensitive. The main clinical manifestations were shaking, clonic movements and paresthetic sensations. Apparently there is no relation between etiology and the type of the simple partial seizure.



# APÊNDICE

Protocolo para coleta de dados dos pacientes com epilepsia parcial do CME/SUS.

Número

Nome

Sexo

Data de nascimento

Data da 1ª consulta

Classificação

Etiologia

Tipo(s) de crise(s)

Manifestação

**TCC  
UFSC  
CM  
0463**

N.º Cham. TCC UFSC CM 0463  
Autor: Pioner, Gabriela  
Título: Tipos de Crises parciais simples



972810438

Ac. 253612

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM

---

N.º Cham. TCC UFSC CM 0463