

CONVULSÃO FEBRIL

Maria Augusta Montenegro

Departamento de Neurologia

FCM Unicamp



UNICAMP

CONVULSÃO FEBRIL

- Idade: 6 meses a 5 anos.
- Frequência: 3% a 6% das crianças entre 6 meses e 5 anos (Camfield & Camfield, 2014).
- Um pouco mais frequente em meninos.
- Febre não é causada por infecção do SNC (meningite ou encefalite).
- Não é epilepsia!

CF: ETIOLOGIA

- ✓ Predomínio de neurotransmissores excitatórios
- ✓ Hipertermia
- ✓ Padrão genético

CONVULSÃO FEBRIL

- CF simples:
 - O tipo mais comum (3/4 das CF).
 - CTCG.
 - Duração menor do que 15 minutos.
 - Não recorre em 24 horas.

CONVULSÃO FEBRIL

- CF Complicada:
 - Menos frequente (1/4 das CF).
 - Crise epiléptica focal, ou
 - Crise epiléptica prolongada, maior do que 15 minutos, ou
 - Recorrência em 24 horas.

Convulsão Febril

- É muito comum;
- É um evento assustador, mas benigno na maioria das vezes;
- Ibuprofeno ou paracetamol ajudam a criança a se sentir melhor, mas não previnem nova crise febril;
- Febre baixa pode desencadear uma convulsão;
- A maioria dos pacientes com convulsão febril não precisarão ser tratados;
- Convulsão febril não é epilepsia.

CONVULSÃO FEBRIL

- Risco de Recorrência: 1/3.
- Fatores de risco para recorrência.
 - Idade da crise menor que 18 meses;
 - Crise com temperatura baixa;
 - Pouco tempo de febre antes da crise;
 - História familiar de CF.

Convulsão Febril

- Risco de epilepsia no futuro:
- Crise febril simples: 2%
- Crise febril complicada: 5% to 13% (Nelson & Ellenberg, 1976; Annegers et al, 1978).

CONVULSÃO FEBRIL

- Fatores de risco de para desenvolver epilepsia:
 - Crise febril focal;
 - Duração maior que 15 minutos;
 - Recorrência da crise em 24 horas;
 - História familiar de epilepsia;
 - Estado de mal epiléptico febril.

CONVULSÃO FEBRIL

- Diagnóstico Diferencial:
 - Meningite / Encefalite
 - “emias” (viremia/bacteremia)

Meningite?

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Yield of Lumbar Puncture Among Children Who Present With Their First Complex Febrile Seizure



WHAT'S KNOWN ON THIS SUBJECT: The association between seizures and ABM is well established. The debate continues regarding how commonly seizures will be the sole manifestation of ABM in a febrile child.



WHAT THIS STUDY ADDS: We have provided an incidence rate of ABM among a large cohort of patients who presented with their first CFS. All of the different seizure features were represented in our cohort.

AUTHORS: Amir Kimia, MD,^a Elana Pearl Ben-Joseph, MD,^a Tiffany Rudloe, MD,^a Andrew Capraro, MD,^a Dean Sarco, MD,^b David Hummel, MSc,^a Patrick Johnston, MMath,^a and Marvin B. Harper, MD^a

Divisions of ^aEmergency Medicine and ^bPediatric Neurology, Department of Medicine, Children's Hospital Boston, Boston, Massachusetts

KEY WORDS

seizure, complex febrile seizure, meningitis, bacterial meningitis, lumbar puncture, consensus statement, fever evaluation

Pediatrics 2010;126:62–69

0.9% dos pacientes com CF tinham meningite bacteriana (1 estava arresponsivo, 1 com apnea e fontanela abaulada, 1 sem sintomas de meningite mas tinha 7 meses de idade).



ARTICLE

Utility of Lumbar Puncture for First Simple Febrile Seizure Among Children 6 to 18 Months of Age

Amir A. Kimia, MD, Andrew J. Capraro, MD, David Hummel, MSc, Patrick Johnston, MMath, Marvin B. Harper, MD

Division of Emergency Medicine, Department of Medicine, Children's Hospital Boston, Boston, Massachusetts

The authors have indicated they have no financial relationships relevant to this article to disclose.

What's Known on This Subject

The AAP recommended considering LP for 6- to 18-month-old patients presenting with FSFS. There is some evidence that rates of bacterial meningitis are low in these patients and that LP rates are declining among ED physicians.

What This Study Adds

We present data on a large cohort of 6- to 18-month-old patients presenting with FSFS and rates of LP and of bacterial meningitis. We also present data regarding pediatric ED rates of LP performance.

Risco de meningite bacteriana é muito baixo.

As diretrizes da Academia Americana de Pediatria devem ser seguidas.

CONVULSÃO FEBRIL

- Investigação:
 - O mais importante é um bom exame clínico e neurológico!
 - Atenção se hover pre-tratamento com antibiótico, pois, pode mascarar uma eventual infecção do SNC.
 - Exames complementares?



Clinical Practice Guideline—Febrile Seizures:
Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the
Child With a Simple Febrile Seizure

**Practice Parameter: The Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a
First Simple Febrile Seizure**

Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Febrile Seizures

- EXAMES LABORATORIAS: hmg, glicemia, eletrolitos, cálcio, fosforo, magnésio.
- LÍQUOR
 - < 12 meses: deve ser fortemente considerado
 - Entre 12 e 18 meses: deve ser considerada.
 - > 18 meses: não fazer exceto se houver sinais de infecção SNC
- NEUROIMAGEM
 - Não deve ser feita rotineiramente.
- EEG
 - Não deve ser feito na primeira CF se criança saudável.

CONVULSÃO FEBRIL

- Tratamento

- Antitérmico (não previne recorrência).
- Não é necessário na maioria dos pacientes;
- Diazepam retal ou midazolam intranasal podem ser oferecidos na segunda crise, principalmente em pacientes com crises prolongadas ou sem acesso a serviço de saúde (Camfield & Camfield 2014).

Convulsão Febril

Tratamento Preventivo

- Profilaxia intermitente: diazepam (0,5mg/kg/dia quando tiver febre, até 24 horas sem febre).
- Profilaxia contínua (Acido Valproico ou Fenobarbital).
 - Evitar fenobarbital devido aos efeitos colaterais.