**Convulsões Febris**

* Definições:

- Convulsão acompanhada de febre (temperatura ≥ 38°C, por qualquer método), sem evidência de infecção do sistema nervoso central, em lactentes e crianças entre 3 meses e 5 anos de idade.

- Causa mais comum de crises epilépticas na infância, de curso benigno e autolimitado.

- Geralmente ocorre nas primeiras 24 horas da doença e 21% na primeira hora após início da febre. Crises que ocorrem 3 dias ou mais após o início do quadro, dificilmente serão convulsões febris.

- Nos primeiros 2 anos de vida, cerca de 2/3 dos estados de mal epiléptico (EME) são febris. A febre geralmente está mais alta (cerca de 39°C) no momento da crise, que é o primeiro sinal de febre em 25-50% dos casos.

- Fatores de risco: elevação da temperatura, história familiar positiva em parentes de 1º grau, internação > 28 dias no período neonatal, atraso do desenvolvimento neurológico, frequentar creche.

* Diagnóstico Clínico:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CRISES FEBRIS SIMPLES  (Preencher todos) | | CRISES FEBRIS COMPLEXAS  (Um ou mais) | |
| Duração | Curta (<15min)  Autolimitada |  | | Prolongada (>15min)  Estado de mal epiléptico febril  (> 30min) | |
| Semiologia das crises | Generalizada tônico-clônica |  | | Início focal  - Clônica e/ou tônica  Hipotônica  Focal >> Generalizada  Desvio ocular / cefálico para um lado | |
| Recorrência | Não recorre em 24h |  | | Recorrência na mesma doença | |
| Doença Neurológica | Não |  | | Sim | |
| Pós-ictal | Não |  | | Sim (Paralisia unilateral, sonolência) | |

* Exames Laboratoriais:

- Nenhum exame é necessário após uma convulsão febril simples, exceto os indicados para a investigação do quadro infeccioso.

- Punção lombar: indicada em menores de 12 meses apenas se apresentarem sinais de infecção do sistema nervoso central (SNC), toxemia ou sonolência pós-ictal prolongada.

- Em crianças após uma primeira convulsão febril complexa, a neuroimagem (TC de crânio com contraste ou RM de crânio) deve ser realizada se houver crise focal, crise prolongada ou EME febril. O eletroencefalograma ambulatorial está indicado nos casos de EME febril, recorrência sem febre, atraso do desenvolvimento neurológico ou déficit neurológico prévio.

* Critérios de internação:

- Rebaixamento do nível de consciência;

- Déficit neurológico após cessar crise;

- Crises epilépticas febris refratárias;

- Estado de mal epiléptico febril;

- Investigação e tratamento do quadro infeccioso, quando indicado.

* Complicações mais frequentes:

- Rebaixamento do nível de consciência secundário às medicações utilizadas para tratamento do EME.

* Tratamento:

- Tratamento da febre em todos os casos, se necessário por via parenteral, com antitérmicos mais efetivos, preferencialmente dipirona e ibuprofeno.

- Quadros que evoluam para EME, devem ser tratados da mesma forma que um EME afebril, porém, a medicação de primeira escolha na segunda fase será o fenobarbital ao invés da fenitoína (ver: Rotina Epilepsia e Estado de Mal Epiléptico).

* Prevenção:

- O uso de antitérmico profilático reduz a recorrência das crises, mas deve ser usado com cautela pelos efeitos colaterais das medicações. Devem ser usados em todas as crianças com febre e para o alívio, mas não está indicado seu uso contínuo nos intervalos da febre como prevenção de recorrência.

- O tratamento profilático com drogas antiepilépticas de uso contínuo não está indicado nas convulsões febris, independente do número de recorrências. Seus efeitos colaterais são mais deletérios do que a crise epiléptica desencadeada pela febre. Não existe registro na literatura de morte, déficit intelectual ou atraso do desenvolvimento neurológico secundários a crises febris.

- No entanto, em casos de pais muito ansiosos, com dificuldade em socorrer a criança durante a crise, pais com dificuldade social / cultural em compreender as orientações, crianças que evoluem com crises prolongadas ou EME febril, dificuldade no acesso ao atendimento médico de urgência em tempo hábil, o tratamento profilático pode ser instituído em crises recorrentes (ao menos após terceiro evento).

- Drogas de escolha:

* Fenobarbital: 3-5mg/kd/dia, dose única, à noite. Risco de atraso do desenvolvimento e da linguagem, irritabilidade e sialorreia. Deve ser usado com cautela.
* Valproato de sódio: 10-15 mg/kd/dia, de 12/12 horas. Risco de plaquetopenia e hepatotoxicidade.
* Levetiracetam: 20 mg/kg/dia. Risco de depressão e comportamento agressivo.

- O uso contínuo de benzodiazepínicos durante o período da febre está contraindicado por causar sonolência e dificultar a avaliação do nível de consciência, um dos principais indicadores de infecções do SNC.

- O tratamento domiciliar da crise febril com benzodiazepínicos não está disponível no Brasil.

* Critérios de alta:

- Paciente estável, com recuperação do nível de consciência após a crise epiléptica. Não há necessidade de internação, exceto quando indicado pela doença causadora da febre ou em EME.

* Prognóstico e orientações para o seguimento:

- Orientar os pais / cuidadores que a convulsão febril, apesar da chance de recorrência, tem um curso benigno e que eventuais recorrências não estão associadas a um déficit neurológico / cognitivo.

- Risco de epilepsia: cerca de 3% dos pacientes com convulsões febris desenvolverá epilepsia, sendo o risco mais elevado em crianças com crises complexas. Os principais fatores de risco são epilepsia genética / idiopática em parente de 1º grau, atraso prévio do desenvolvimento neurológico, crises prolongadas / EME febril, paralisia cerebral, APGAR baixo e crises focais / recorrentes.

>>> Todos os pacientes com crises febris complexas e os pacientes com crises febris simples recorrentes (a partir da terceira crise) devem receber alta com encaminhamento para acompanhamento ambulatorial com Neuropediatra, conforme formulário padrão disponível.

* Referências:

1. Patterson JL, Carapetian SA, Hageman JR, Kelley KR. Febrile Seizures. Pediatr Ann. 2013 Dec;42(12):249-54.

2. Lux AL. Treatment of febrile seizures: historical perspective, current opinions, and potential future directions. Brain Dev. 2010 Jan;32(1):42-50.

3. Graves RC1, Oehler K, Tingle LE. Febrile seizures: risks, evaluation, and prognosis. Am Fam Physician. 2012 Jan 15;85(2):149-53.

4. Duffner PK, Baumann RJ, Berman P, Green JL, Schneider S, et al. Febrile seizures: clinical practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures. Pediatrics. 2008 Jun;121(6):1281-6.

5. Oluwabusi T1, Sood SK. Update on the management of simple febrile seizures: emphasis on minimal intervention. Curr Opin Pediatr. 2012 Apr;24(2):259-65.

6. Abend NS, Bearden D, Helbig I, et al. Status epilepticus and refractory status epilepticus management. Semin Pediatr Neurol. 2014; 21: 263-74.

7. Abend NS and Loddenkemper T. Management of pediatric status epilepticus. Curr Treat Options Neurol. 2014; 16: 301.

8. Glauser T, Shinnar S, Gloss D, et al. Evidence-Based Guideline: Treatment of Convulsive Status Epilepticus in Children and Adults: Report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. Epilepsy Curr. 2016; 16: 48-61.

* Responsável pela elaboração:

Manuela de Oliveira Fragomeni - Neuropediatra / HRT.