

GUÍA DE MANEJO PARA CRISIS FEBRILES

¹CASASBUENAS, O. L., ²VÉLEZ, A.

1. Coordinadora Neuropediatría Colsanitas. Clínica Reina Sofía.

2. Neuropediatra - Epidemiólogo adscrito a Colsanitas. Profesor titular Universidad del Rosario. Grupo de Investigación en Neurociencias.

RESUMEN

La crisis febril es uno de los problemas neurológicos más frecuentes en la infancia. Su prevalencia varía de acuerdo con la población estudiada, pero oscila entre el 2 y el 10%. En un alto porcentaje, las crisis son recurrentes, a pesar de que no hay secuelas neurológicas. Solo una minoría de pacientes desarrollará epilepsia. El pilar fundamental del tratamiento se basa en enseñar a los padres qué hacer en el momento agudo y disminuir su ansiedad frente a la fiebre.

Palabras claves: crisis febriles, riesgo de recurrencia, riesgo de epilepsia.

MANAGEMENT GUIDE OF FEBRILE SEIZURES

ABSTRACT

Febrile seizures are one of the most frequent neurological problems in childhood. Its prevalence ranges from 2 to 10%. In a high percentage, crises are recurrent despite of which there are no neurological consequences and only a small proportion of patients will develop epilepsy. Mainstay of treatment is to teach parents what to do in the acute phase and to decrease their anxiety caused by episodes of febrile seizures.

Key words: febrile seizures, risk of recurrence, risk of epilepsy.

• *Correspondencia: olcasasbuenas@yahoo.com, avelez@urosario.edu.co

Fecha de recepción: 30 de mayo de 2009 - Fecha de aceptación: 11 de septiembre de 2009

DEFINICIÓN

Crisis asociadas a fiebre (temperatura rectal $> 38^{\circ}\text{C}$ y axilar mayor de 38.5°C), en ausencia de infección del sistema nervioso central (SNC), que ocurre en niños entre los tres meses y los seis años.

En promedio se presentan entre los 18 y los 22 meses de edad, son cortas y usualmente generalizadas. Pueden ser tónicas, atónicas, clónicas o tónico-clónicas. Muchas veces son la primera manifestación de la enfermedad febril.

Se encuentran antecedentes familiares para crisis febriles entre el 25% y el 40% de los casos. El mecanismo exacto de transmisión se desconoce, pero se plantea que podría ser autosómico dominante con penetrancia reducida o de tipo poligénico.

CLASIFICACIÓN

Se clasifican en simples, complejas y recurrentes.

Simple (72%)

- Duración < 15 min. incluido el periodo postictal.
- Crisis tónicas, clónicas, atónicas o tónico-clónicas.
- Examen neurológico normal después de la crisis.
- Historia familiar de convulsiones febriles.
- Historia familiar negativa para epilepsia.

Complejas (27%)

- Dos o más episodios en un periodo mayor a 24 horas.
- Antecedentes de alteraciones en el desarrollo psicomotor.
- Examen neurológico anormal posterior a la crisis (por ejemplo: parálisis de Todd).
- Historia familiar de epilepsia.
- Convulsión de inicio focal o > 15 min. de duración, incluido el estado postictal.

Estas crisis podrían ser el primer episodio de una epilepsia (parcial, mioclónica severa de la infancia –síndrome de Dravet– o mioclónica astática). Si es el primer episodio, se debe descartar patología del sistema nervioso central.

Recurrentes (45%)

- Más de una crisis en diferente episodio febril.

RIESGO PARA RECURRENCIAS CRISIS FEBRILES

La recurrencia después de una primera crisis es del 33%. Los pacientes con mayor riesgo son aquellos que presentan una primera crisis antes de los 12 meses, con historia fami-

liar para cualquier tipo de crisis y crisis con temperatura baja ($38-38.9^{\circ}\text{C}$). Se han descrito también pacientes con múltiples episodios febriles, crisis complejas, niños cuidados en guardería y un tiempo corto de fiebre antes del inicio de las crisis.

RIESGO PARA EPILEPSIA

Aunque, en general, la posibilidad de presentar epilepsia en niños con crisis febriles es baja (2-5%), es ligeramente más alta que en la población general. Crisis febriles complejas, alteraciones en el neurodesarrollo, examen neurológico anormal e historia familiar de epilepsia son factores de riesgo para epilepsia.

DIAGNÓSTICO

Historia clínica: el diagnóstico depende solo del criterio clínico y, por lo tanto, la experiencia y la interpretación que el médico realice del evento van a ser muy importantes.

Punción lumbar: se debe realizar en los siguientes casos:

1. Si se encuentran signos sospechosos de meningitis.
2. Cuando la gravedad del cuadro no se explica fácilmente por las crisis.
3. En menores de 12 meses en quienes los signos meníngeos pueden estar ausentes.
4. En niños entre los 12 y los 18 meses, puesto que los signos meníngeos son difíciles de apreciar.
5. En pacientes que puedan haber recibido antibióticos previamente.
6. En aquellos pacientes que tuvieron una crisis febril compleja, que ingresan convulsionando al servicio de urgencias o que tienen un postictal prolongado.

Electroencefalograma: no es necesario luego de una primera crisis febril simple en un niño neurológicamente sano, porque no es eficaz para predecir recurrencias y puede ser más un factor de confusión que una ayuda diagnóstica.

Exámenes de laboratorio: no se recomienda la realización de manera rutinaria de electrolitos séricos, cuadro hemático, ni glicemia en un niño con su primera convulsión febril simple con foco infeccioso evidente. El cuadro hemático debe tener una indicación precisa y se debe solicitar cuando existan dudas en cuanto al diagnóstico de la fiebre o para diferenciar las enfermedades virales de las bacterianas.

Neuroimágenes: no se requieren en la evaluación de un niño con convulsión febril.

TRATAMIENTO

1. Convulsión febril simple

- **Sin riesgo de recurrencia:** no requiere tratamiento. Es importante hablar con los padres y explicarles el problema y sus consecuencias.
- **Con riesgo de recurrencia:** diazepam 0.5mg/kg/dosis c/8 horas intrarrectal o 0.3mg/kg/dosis c/8 horas vía oral durante el tiempo que dure la enfermedad febril. Nivel de evidencia II. Recomendación grado A.

2. Convulsión febril compleja

- **Con riesgo de recurrencia:** diazepam 0.5mg/kg/dosis c/8 horas intrarrectal o 0.3mg/kg/dosis c/8 horas vía oral durante el tiempo que dure la enfermedad febril. Nivel de evidencia II. Recomendación grado A.

3. Convulsión febril recurrente

- En aquellos pacientes que han presentado más de cinco crisis puede considerarse el uso de ácido valproico 20mg/kg/día en dos dosis, explicando a los padres que persiste la posibilidad de presentar crisis cuando suba la temperatura. Nivel de evidencia grado II. Recomendación grado B.

CRISIS FEBRIL PLUS

Como se comentó anteriormente, existen dos síndromes epilépticos de etiología genética en los que los niños presentan crisis febriles:

- **Epilepsia generalizada con crisis febriles plus:** los pacientes presentan convulsiones febriles que persisten después de los cinco años y se asocian con convulsiones afebriles de tipo tónico-clónicas generalizadas, ausencias o atonías. La herencia es autosómica dominante y está relacionada íntimamente con un defecto en los canales de sodio.
- **Epilepsia idiopática temporal familiar con crisis febriles:** se han descrito algunas familias en las que sus miembros presentan durante la adolescencia crisis parciales simples y complejas, características de la región temporal, y algunos de ellos tienen como antecedentes la presencia de crisis febriles durante la infancia. Sin embargo, no se ha encontrado esclerosis mesial en ninguno de ellos.

STATUS EPILEPTICUS FEBRIL

Definición

- Crisis atónica o tónico-clónica, generalizada o focal, asociada a fiebre y mayor a 30 minutos de duración; o serie de crisis entre las cuales no hay recuperación de conciencia.
- Comprende el 23% de todos los status epilepticus en niños.

Tratamiento

1. Mantener vía aérea permeable.
2. Canalizar vena periférica.
3. Diazepam 0.3mg/kg/dosis, en caso de dificultad para canalizar vena se puede aplicar intrarrectal, sin diluir, a 0.5mg/kg/dosis. Nivel de evidencia grado II. Recomendación grado A.
4. Si en cinco minutos no ha cedido la crisis, se puede aplicar una dosis adicional de diazepam a 0.5mg/kg intrarrectal o intravenosa. Máximo se puede aplicar una dosis total de 2-3mg/kg por ambas vías.
5. Si no logra controlar el status, se puede utilizar fenobarbital ó fenitoína a 15-20 mg/kg/dosis intravenosa hasta un máximo de tres dosis. Monitorización electrocardiográfica. Nivel de evidencia grado II. Recomendación grado A.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Crisis Febriles. Capítulo 25. *Neuropediatría*. Tercera Edición 2007.
2. Barman R. Febrile seizures. *Emedicine*. Revisión Dec 11, 2008. En URL: <http://emedicine.medscape.com/article/1176205-overview>
3. Manoj Chungath and Simon Shorvon. The mortality and morbidity of febrile seizures. *Nature Reviews Neurology* 4, 610- 621 (2008).
4. Claes, L; Audenaert, D; Deprez, L; Van Broeckhoven, C; Depondt, C; Goznes, D; Del – Favero, J; Van Paesschen, W. Novel locus on chromosome 12q22-q23.3 responsible for familial temporal lobe epilepsy associated with febrile seizures. *J Med Genet* 2004; 41 (9): 710-714