

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS PEDIÁTRICAS E NEONATAIS

Edição XXX

Capítulo 23

PRIMEIRA CRISE CONVULSIVA NA INFÂNCIA: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E MANEJO CLÍNICO

KATIE SINGER¹
LARA BAZOTTI¹

¹Egresso – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - SP

Palavras-chave: Crise Convulsiva; Febril; Infância.

DOI

10.59290/2060292520

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

Os episódios paroxísticos são frequentes na infância, sendo fundamental diferenciar eventos paroxísticos não epiléticos, crises sintomáticas agudas, crises febris e crises não provocadas. A história clínica detalhada é o principal instrumento diagnóstico. Uma primeira crise não provocada é relativamente comum e o risco de recorrência nos dois anos seguintes varia amplamente, entre 23% e 96%, com média aproximada de 40% (GARCÍA, 2018). Os principais fatores associados à recorrência são a etiologia da crise e a presença de alterações epileptiformes no EEG (GARCÍA, 2018).

As convulsões febris caracterizam a maior parte dos primeiros episódios paroxísticos na infância, e são classificadas em simples ou complexas (SMITH *et al.*, 2019). A avaliação deve iniciar-se por anamnese detalhada e exame físico, considerando duração e semiologia do episódio, antecedentes pessoais e familiares de convulsões ou epilepsia, doenças recentes, uso de antibióticos e situação vacinal. Sinais neurológicos focais ou paralisia de Todd devem ser cuidadosamente pesquisados (SMITH *et al.*, 2019).

O objetivo deste estudo foi esclarecer o reconhecimento e caracterização da crise, diagnóstico diferencial, avaliação clínica, indicação de exames complementares, tratamento agudo, critérios de acompanhamento e orientação familiar.

MÉTODO

Foi realizada revisão bibliográfica narrativa em Agosto de 2026, de caráter descritivo e analítico, sobre a abordagem da primeira crise convulsiva na infância. Foram consultadas bases nacionais e internacionais, incluindo PubMed/MEDLINE, Scopus e SciELO, além de

documentos e diretrizes de sociedades científicas. Foram utilizados os descritores “Child”, “seizure”, “febrile seizure” e encontrados 296 artigos. Os critérios de inclusão foram tempo de publicação o inferior a 5 anos, artigos de revisão, revisões sistemáticas, estudos observacionais, consensos e recomendações relacionados à neurologia pediátrica, epilepsia, convulsões febris e emergências pediátricas publicados na íntegra. Foram priorizados artigos nos idiomas espanhol, inglês e português. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 19 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: reconhecimento e caracterização da primeira crise convulsiva na infância, diagnóstico diferencial, avaliação clínica, indicação de exames complementares, tratamento agudo, critérios de acompanhamento e orientação familiar. Após os critérios de seleção restaram 19 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: reconhecimento e caracterização da primeira crise convulsiva na infância, diagnóstico diferencial, avaliação clínica, indicação de exames complementares, tratamento agudo, critérios de acompanhamento e orientação familiar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do primeiro evento paroxístico na infância envolve a diferenciação entre episódios não epiléticos, crises sintomáticas agudas, febris ou não febris. Em uma revisão re-

cente de publicações acerca do assunto, evidenciou-se que uma média de 40% das crises não provocadas tem risco de recorrência, principalmente se relacionadas a etiologia secundária ou alterações eletroencefalográficas (GARCÍA, 2018). Partindo deste princípio, deve-se priorizar a caracterização do evento, abordando o período antes, durante e após, incluindo possíveis desencadeantes, relação com sono/vigília, início súbito ou gradual, nível de consciência, manifestações motoras, sensitivas, autonômicas ou comportamentais, alterações de cor, sialorreia, incontinência, movimentos oculares, duração e período pós-ictal. Também devem ser investigados antecedentes pré-, peri- e pós-natais, desenvolvimento neuropsicomotor, episódios paroxísticos prévios, febre, infecções, traumatismos, medicamentos ou tóxicos e história familiar de epilepsia ou convulsões febris (GARCÍA, 2018).

Avaliação Inicial

O **exame físico** deve incluir avaliação geral e exame neurológico completo, procurando alterações do desenvolvimento, focalidade neurológica, sinais de hipertensão intracraniana, distúrbios, lesões cutâneas, sinais de trauma e sinais de doença sistêmica ou infecção. Inicialmente, deve-se excluir condições potencialmente graves ou tratáveis, como infecção do sistema nervoso central, traumatismo, hipoglicemia e distúrbios hidroeletrólíticos (GARCÍA, 2018).

Exames complementares devem ser solicitados de forma direcionada. O **EEG auxilia** na caracterização da crise e na identificação de síndromes epiléticas. Entretanto, EEG normal não exclui epilepsia e EEG interictal alterado não significa, isoladamente, epilepsia. Quando necessário, podem ser utilizados EEG com privação de sono, hiperventilação, estimulação luminosa ou vídeo-EEG (GARCÍA, 2018).

A **ressonância magnética cerebral** é o principal exame de neuroimagem e deve ser considerada especialmente diante de crises focais, alterações de exame neurológico, atraso do desenvolvimento, encefalopatias epiléticas, crises neonatais, status epilético, alterações focais no EEG ou crises febris complexas. A tomografia fica reservada principalmente para situações de urgência (GARCÍA, 2018).

Fatores de risco e prognóstico

O **risco de recorrência** é maior nos primeiros meses após a primeira crise: 53–70% das recorrências ocorrem nos primeiros 6 meses, 70–77% no primeiro ano e 88–90% nos primeiros 2 anos (GARCÍA, 2018). Até 20–40% das crianças consideradas como tendo uma primeira crise podem, na realidade, ter apresentado episódios anteriores não reconhecidos.

Entre os **fatores de risco**, antecedentes familiares de epilepsia ou convulsões febris isoladamente têm baixo valor preditivo. Crianças com doença neurológica prévia e exame neurológico alterado apresentam risco muito elevado, chegando a 92–100% em determinados grupos. Crianças menores de 3 anos ou maiores de 10 anos apresentam maior risco de recorrência que aquelas entre 3 e 10 anos. Algumas síndromes e tipos de crise, como espasmos, ausências, crises mioclônicas e certas crises focais, também apresentam maior recorrência (GARCÍA, 2018).

A **etiologia** é um dos principais determinantes do prognóstico: em dois anos, a recorrência é de aproximadamente 30–50% nas crises idiopáticas, 30–67% nas criptogênicas (GARCÍA, 2018).

Em relação ao **prognóstico**, o EEG com anomalias epileptiformes definidas tem papel fundamental, independentemente da etiologia. Um EEG claramente patológico pode aumentar

o risco de recorrência em 1,2 a 4,1 vezes (GARCÍA, 2018).

Crise convulsiva febril

Dentre as apresentações mais comuns da primeira crise convulsiva na infância, destaca-se a crise convulsiva febril. A convulsão febril é uma crise epilética que ocorre em crianças entre 6 meses e 5 anos, associada a febre, na ausência de infecção do sistema nervoso central. É o evento convulsivo mais comum da infância, ocorrendo em aproximadamente 2% a 5% das crianças (SMITH *et al.*, 2019).

É classificada em convulsão febril **simples ou complexa**. A convulsão febril complexa é aquela que tem duração superior a 15 minutos, início focal, recorrência em 24 horas ou apresenta alterações ao exame neurológico. Basta uma característica para classificar a crise como complexa, e sua caracterização deve culminar em maior atenção no momento de investigação (SMITH *et al.*, 2019).

A **etiologia** da crise convulsiva febril é multifatorial, envolvendo infecções virais, predisposição genética e fatores ambientais. Vírus frequentemente associados incluem HHV-6, influenza, adenovírus e parainfluenza. Entre os fatores de risco descritos estão história familiar de convulsão febril, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, internação prolongada em UTI neonatal e frequência à creche (SMITH *et al.*, 2019).

A **avaliação** deve começar por história clínica e exame físico direcionados, principalmente para identificar a causa da febre e características da crise. Em uma criança com convulsão febril simples, não são recomendados exames laboratoriais, neuroimagem ou EEG de rotina. A punção lombar não deve ser realizada rotineiramente após uma primeira convulsão febril simples. Pode ser considerada em crianças

menores de 6 meses, de 6–12 meses com vacinação incompleta ou desconhecida contra *H. influenzae* tipo b ou *S. pneumoniae*, ou em crianças previamente tratadas com antibióticos (SMITH *et al.*, 2019).

Na **convulsão febril complexa**, o exame neurológico é fundamental. A punção lombar está indicada quando existem sinais de meningite. A neuroimagem também não é necessária rotineiramente nas crises complexas, sendo indicada principalmente quando existem alterações neurológicas focais ou anormais. O EEG não tem papel no manejo agudo (SMITH *et al.*, 2019).

A **abordagem inicial** da criança com crise convulsiva febril deve priorizar ABC - via aérea, respiração e circulação. A maioria das convulsões febris cessa espontaneamente. Entretanto, crises com duração superior a 5 minutos têm menor probabilidade de cessar e devem ser tratadas com benzodiazepínico. Pode-se utilizar midazolam bucal (0,5 mg/kg) ou intranasal (0,2-0,5 mg/kg). Se a crise persistir, a criança deve ser levada imediatamente ao hospital para aplicação de medicação intravenosa, como o diazepam, em baixas doses consecutivas, entre 0,2 a 0,4 mg/kg/dose ou lorazepam (não disponível no Brasil) (MACHADO *et al.*, 2018).

Após a resolução do quadro inicial, deve-se ponderar o tratamento hospitalar. A **internação** geralmente não é necessária, desde que a criança esteja clinicamente bem e não existam alterações ao exame neurológico que demandem observação ou investigação adicional (MACHADO *et al.*, 2018).

O **prognóstico** das convulsões febris é excelente. Não há aumento significativo da mortalidade ou prejuízo futuro em desempenho acadêmico, inteligência ou comportamento após convulsões febris (SMITH *et al.*, 2019). Após

uma primeira convulsão febril, aproximadamente 33% das crianças apresentarão recorrência.

Os principais **fatores predisponentes** são idade de início abaixo de 18 meses, febre com duração menor que 1 hora antes da crise, história familiar de convulsão febril e temperatura abaixo de 40 °C no momento da convulsão. O risco de recorrência em dois anos varia de 14%, sem fatores de risco, até 75%, quando os quatro estão presentes (SMITH *et al.*, 2019).

Existe, ainda, maior risco de uma futura crise não provocada. O risco de epilepsia é aproximadamente 2,4% após convulsão febril simples e 6–8% após convulsão complexa. Quando estão presentes duas características de complexidade, o risco chega a 17–22%; com as três características, pode chegar a 49% (SMITH *et al.*, 2019).

Devido ao risco de efeitos adversos das medicações antiepilépticas disponíveis para tratamento das crises convulsivas febris e a benignidade do quadro, não é recomendado o uso rotineiro de anticonvulsivantes para **prevenção**. Sabe-se também que o uso de antitérmicos não previne a ocorrência de convulsões febris (SMITH *et al.*, 2019).

Assim, os pais devem ser tranquilizados quanto ao excelente prognóstico do quadro e o manejo durante a crise. As orientações recomendadas são proteger a criança contra lesões, sem contenção física e sem colocar objetos na

boca. Após a crise, deve ser colocada em posição de recuperação. Os pais devem ser orientados de que sonolência pós-ictal pode ocorrer e devem acionar o serviço de emergência se a convulsão durar mais de 5 minutos (SMITH *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

Diante deste estudo, entende-se que frente à primeira crise convulsiva no paciente pediátrico, é essencial determinar se o evento realmente foi epilético e se corresponde a uma crise provocada ou não provocada. A decisão deve basear-se principalmente em história clínica detalhada e exame físico neurológico, complementados seletivamente. Os dois fatores associados ao maior risco de recorrência são uma etiologia secundária definida e um EEG epileptiforme. A análise individualizada desses fatores permite estimar o risco de novas crises e identificar, em muitos casos, a síndrome epilética subjacente. Entende-se ainda que a crise convulsiva febril possui caráter benigno, sobressaindo-se a necessidade de orientação parental e de equipe assistente a fim de evitar intervenções desnecessárias. Conclui-se então, que a investigação e tratamento direcionados deste quadro devem ser foco de políticas de saúde visando a educação e orientação dos profissionais e familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BETHUNE, P.; GORDON, K.; DOOLEY, J. *et al.* Which Child Will Have a Febrile Seizure? American Journal of Diseases of Children, v. 147, n. 1, p. 35-39, 1993. DOI: 10.1001/archpedi.1993.02160250037013.

BERG, A. T.; SHINNAR, S.; SHAPIRO, E. D. *et al.* Risk Factors for a First Febrile Seizure: A Matched Case-Control Study. Epilepsia, v. 36, n. 4, p. 334-341, 1995. DOI: 10.1111/j.1528-1157.1995.tb01006.x.

CORSELLO, A.; MARANGONI, M. B.; MACCHI, M. *et al.* Febrile Seizures: A Systematic Review of Different Guidelines. Pediatric Neurology, v. 155, p. 141-148, 2024. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2024.03.024.

GARCÍA PEÑAS, J. J. Valoración del niño con una primera crisis no provocada. Medicina (Buenos Aires), v. 78, n. Supl. II, p. 6-11, 2018. Disponível em: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol78-18/s2/6-11-S.II-2-Peñas-Neurología-D.pdf>.

GRAVES, R. C.; OEHLER, K.; TINGLE, L. E. Febrile Seizures: Risks, Evaluation, and Prognosis. American Family Physician, v. 85, n. 2, p. 149-153, 2012. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2012/0115/p149.html>.

HAERIAN, B. S.; BAUM, L.; KWAN, P. *et al.* Contribution of GABRG2 Polymorphisms to Risk of Epilepsy and Febrile Seizure: A Multicenter Cohort Study and Meta-analysis. Molecular Neurobiology, v. 53, n. 8, p. 5457-5467, 2016. DOI: 10.1007/s12035-015-9457-y.

MACHADO, M. R.; CARMO, A. L. S.; ANTONIUK, S. A. Crise Febril na Infância: Uma Revisão dos Principais Conceitos. Residência Pediátrica, v. 8, n. Supl. 1, p. 11-16, 2018. DOI: 10.25060/residpediatr-2018.v8s1-03.