

Capítulo 21

CONVULSÃO EM CRIANÇAS

Rodrigo Gomes Brito¹
Vitória Florença Souza Yoshimoto²
Caroline Pereira Liborio³
João Matheus de Oliveira Santos⁴
Rafael Rocha Milani⁵
Bruna Satiko de Oliveira Kohashi⁶
João Victor de Oliveira Maldonado⁷
Lucas Sire Salgado⁸

Larissa Toledo Pancieri⁹
Vinicius Monteiro Martins da Silva¹⁰
Laís Goldoni¹¹
Thiago Capistrano Miranda¹²
Fabrício Silva Pessoa¹³
Yoel Raydel Marzán de La Rosa¹⁴

¹Discente – Medicina no Centro Universitário FIPMOC

²Discente – Medicina na Universidade de Uberaba

³Discente – Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos

⁴Discente – Medicina na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

⁵Discente – Medicina na Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

⁶Discente – Medicina no Centro Universitário Fametro

⁷Discente – Medicina na Universidade de Brasília

⁸Graduado – Medicina na Faculdade de Medicina de Taubaté

⁹Graduada – Medicina no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia

¹⁰Graduado – Medicina no Centro Universitário Alfredo Nasser

¹¹Graduada - Medicina na Universidade de Marília

¹²Graduado – Medicina no Centro Universitário Serra dos Órgãos

¹³Mestre - Mestrado em Biologia Microbiana pela Universidade Federal do Maranhão

¹⁴Pós-graduado - Saúde da Família na Universidade Federal de Pelotas

Palavras-chave: Convulsão; Criança; Neurologia.

INTRODUÇÃO

As convulsões infantis constituem um fenômeno neurológico de alta complexidade e impactante na prática clínica, caracterizando-se pela atividade elétrica anormal dos neurônios no cérebro, a qual desencadeia sinais e sintomas estereotipados e transitórios, como movimentos involuntários e alterações na consciência. A ocorrência de convulsões em crianças, sendo um dos sintomas neurológicos mais comuns, demanda uma análise multidisciplinar que compreenda suas origens, seus tipos e suas consequências, com o objetivo de promover intervenções adequadas e um entendimento profundo das variáveis que influenciam sua manifestação (CAPRARA *et al.*, 2023).

Na literatura médica, uma convulsão é frequentemente referida por diversos nomes, como episódio convulsivo, ataque epiléptico ou simplesmente convulsão. Dentre os tipos de convulsão, destacam-se, pela severidade e frequente impacto neurológico, as convulsões tônico-clônicas generalizadas, também conhecidas como "grande mal". Outro exemplo relevante é a convulsão provocada, descrita como convulsão reativa ou sintomática aguda, geralmente associada a um fator precipitante, como febre ou trauma craniano. Estas distinções são cruciais para o manejo clínico, especialmente ao se considerar que o tratamento e o prognóstico variam substancialmente conforme o tipo de convulsão e a condição de base (CHANDRA *et al.*, 2023).

Historicamente, a terminologia associada às convulsões evoluiu significativamente à medida que a neurociência avançava. Termos antigos como "espasmos infantis" foram atualizados para "espasmos epilépticos", e "crise parcial simples" passou a ser conhecida como "crise focal consciente". Da mesma forma, o termo "crise parcial complexa" foi substituído

por "crise focal com comprometimento da consciência", refletindo uma abordagem mais precisa na classificação e no entendimento da atividade elétrica anômala no cérebro infantil (FISHER *et al.*, 2017).

A classificação etiológica das convulsões abrange desde as causas claramente identificáveis até as de etiologia desconhecida. A "convulsão sintomática", por exemplo, indica uma convulsão decorrente de uma causa conhecida, enquanto a "convulsão provocada" refere-se àquela desencadeada por uma condição aguda e transitória, como febre alta, hipoglicemia ou infecção intracraniana. Em contraponto, convulsões "não provocadas" são aquelas que ocorrem na ausência de um fator precipitante imediato e incluem variantes como convulsões sintomáticas remotas, idiopáticas e criptogênicas, com destaque para as convulsões febris, um tipo específico que ocorre em crianças entre seis meses e cinco anos de idade e está associado a episódios febris sem infecção do sistema nervoso central (FISHER *et al.*, 2017).

A definição clínica de epilepsia, que se distingue de uma convulsão isolada, exige a ocorrência de pelo menos duas convulsões não provocadas ou a presença de uma síndrome epiléptica com um risco elevado de recorrência. No contexto pediátrico, este diagnóstico é particularmente sensível, pois a recorrência das crises pode impactar o desenvolvimento cognitivo e psicossocial da criança. O status epilepticus, uma condição emergencial em que as convulsões se prolongam além do tempo normal de duração, apresenta riscos neurológicos graves, incluindo morte neuronal e reorganização patológica das redes neurais, sendo fundamental a intervenção precoce para prevenir sequelas (FISHER *et al.*, 2017).

Em termos de classificação, a Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE) revisou a taxonomia dos tipos de convulsão em 2017, propondo uma estrutura categórica que identifica as convulsões como de início focal, generalizado ou de início desconhecido, de acordo com suas características iniciais. As subclassificações mais específicas abrangem a consciência preservada ou alterada, as características motoras ou não motoras, e, em casos de convulsões focais, a extensão para uma convulsão tônico-clônica bilateral. Convulsões de início generalizado incluem manifestações motoras como tônico-clônicas, mioclônicas e atônicas, além de crises de ausência não motoras, que se caracterizam pela interrupção súbita de atividades com um olhar fixo e recuperação rápida (FISHER *et al.*, 2017).

Com este capítulo, pretendemos não só detalhar as diversas manifestações clínicas e fisiológicas das convulsões em crianças, mas também esclarecer o diagnóstico, tratamento, complicações e prognóstico. Em um contexto onde a compreensão das convulsões é essencial para profissionais de saúde, educadores e familiares, nosso objetivo é oferecer uma obra completa e atualizada, embasada em pesquisas científicas recentes e nas melhores práticas de tratamento, de modo a contribuir para um atendimento mais humano e eficiente.

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A epilepsia na criança caracteriza-se por um espectro complexo de manifestações clínicas, variando amplamente conforme o tipo de crise e a área cerebral envolvida. A apresentação clínica pode incluir desde eventos paroxísticos evidentes, como espasmos motores intensos, até episódios mais sutis e difíceis de identificar, especialmente para cuidadores e profissionais menos experientes. Tais eventos, que frequen-

temente incluem olhar fixo, perda de resposta e vocalizações incomuns, são comumente seguidos pela fase pós-ictal, marcada por confusão e fadiga intensa. Essa fase reflete a recuperação do cérebro após uma descarga elétrica anômala, evidenciando o impacto funcional temporário dessas crises sobre o sistema nervoso central (HARVEY & SHAHWAN, 2023).

A observação detalhada dos sintomas ictais, incluindo movimentos oculares e expressões faciais sutis, é fundamental para o diagnóstico precoce e preciso das crises epiléticas pediátricas. Estudos destacam a importância do reconhecimento de sinais discretos que precedem o episódio, enfatizando a necessidade de acompanhamento cuidadoso por parte dos profissionais de saúde (CHANDRA *et al.*, 2023).

As manifestações motoras das convulsões incluem movimentos bruscos ou clônicos e espasmos faciais que podem ocorrer durante o evento, frequentemente envolvendo olhos, cabeça e membros. Movimentos repetitivos, como piscar, tremores ou reviramento dos olhos, além de automatismos como estalar os lábios ou manipular objetos, também são comuns. Esses sintomas motores muitas vezes se associam a alterações respiratórias, como apneia, e a sintomas autonômicos, incluindo dilatação pupilar e palidez. A identificação desses padrões motores e autonômicos é essencial para diferenciar os tipos de crise e determinar o foco da atividade epileptiforme (FISHER *et al.*, 2017).

Um estudo conduzido por Bartolini *et al.* (2023) explora a complexidade dos sintomas motores e autonômicos durante crises em crianças, enfatizando a relevância de sinais como incontinência ou alterações no padrão respiratório para a classificação precisa do tipo de crise. A pesquisa ressalta que a descrição detalhada desses sintomas auxilia na definição de um prog-

nóstico mais direcionado e em intervenções terapêuticas mais eficazes.

Além das manifestações motoras, as convulsões generalizadas, como as tônico-clônicas, destacam-se pela rigidez e espasmos musculares seguidos de perda de consciência. As crises tônicas apresentam rigidez dos membros, enquanto as crises clônicas manifestam-se por espasmos rítmicos. Já as crises mioclônicas, caracterizadas por contrações musculares breves e isoladas, distinguem-se pela ausência de repetição rítmica. A fase pós-ictal é marcada por letargia, dores musculares e sintomas autonômicos, como náusea e vômito, o que reforça a complexidade e a intensidade dos eventos convulsivos (FISHER *et al.*, 2017).

Convulsões tônico-clônicas, particularmente em casos de epilepsia pediátrica, são altamente impactantes e demandam monitoramento contínuo devido ao risco de episódios prolongados, que podem evoluir para complicações graves, como o status epilepticus. A literatura fornece uma visão detalhada dos desafios clínicos envolvidos no manejo desses tipos de crise, destacando a importância de estratégias de intervenção rápida e eficaz (HARRIS & LEPPAN, 2023).

Convulsões focais também desempenham um papel central na epilepsia infantil e frequentemente manifestam-se por sintomas cognitivos e emocionais, como alucinações, déjà vu e alterações de humor. Essas manifestações são particularmente comuns nas crises envolvendo os lobos temporal e frontal, podendo incluir automatismos faciais e gestos repetitivos. As crises focais, ao se propagarem, podem evoluir para crises tônico-clônicas, o que exige atenção especial para prevenir a disseminação da atividade convulsiva (FISHER *et al.*, 2017).

O estudo de Tekin *et al.* (2022) fornece evidências sobre a importância da identificação

precoce das crises focais e suas associações com sintomas emocionais e cognitivos, ressaltando que a compreensão desses sinais é essencial para o diagnóstico diferencial e o desenvolvimento de planos terapêuticos adaptados às necessidades individuais de cada criança. Assim, as manifestações clínicas da epilepsia infantil são amplamente variáveis e complexas, exigindo uma avaliação contínua e abrangente para assegurar um diagnóstico preciso e um manejo clínico adequado.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de epilepsia em crianças geralmente começa com a suspeita clínica, surgida quando o paciente apresenta um episódio paroxístico, que pode envolver desde sintomas motores evidentes até manifestações mais sutis. Após a estabilização inicial, é crucial realizar uma avaliação clínica minuciosa, considerando a história médica e os relatos de um observador confiável, os quais, em muitos casos, são suficientes para confirmar a presença de uma convulsão. Contudo, quando a etiologia não é evidente, investigações adicionais são recomendadas. Essas investigações podem incluir exames laboratoriais específicos, conforme os achados clínicos, além de neuroimagem e eletroencefalograma (EEG) para caracterizar a atividade cerebral.

O estudo de Harvey & Shahwan (2023) sublinha a importância do EEG na avaliação de convulsões pediátricas, especialmente na primeira ocorrência de uma crise não provocada. A pesquisa reforça o papel do EEG na identificação de padrões de atividade elétrica anômala que podem clarificar o diagnóstico e orientar o tratamento inicial, etapa essencial quando a história clínica e o exame físico não fornecem conclusões definitivas.

No contexto do diagnóstico diferencial, é fundamental considerar condições que podem simular convulsões, como apneia, síncope, episódios de prender a respiração e outros distúrbios paroxísticos não epiléticos, os quais são relativamente comuns na infância. Condições como crises cianóticas e pálidas, frequentemente associadas a episódios de choro intenso ou eventos dolorosos, podem ser confundidas com convulsões devido à rápida recuperação após o episódio. Outras condições incluem reações distônicas e a Síndrome de Sandifer, que se manifesta com espasmos e distonia torcional relacionados ao refluxo gastroesofágico em lactentes (FEYISSA & BOWER, 2023).

A pesquisa conduzida por Feyissa & Bower (2023) sobre diagnóstico diferencial enfatiza a importância de uma análise detalhada dos sintomas e contextos específicos, especialmente ao lidar com episódios que envolvem perda de consciência ou postura anormal, uma vez que muitos desses eventos não são epiléticos e não requerem tratamento anticonvulsivante.

A neuroimagem é indicada em casos em que a criança apresenta sintomas pós-ictais prolongados, como a paralisia de Todd, ou não retorna ao estado basal após um episódio, o que pode sugerir a presença de anomalias neurológicas estruturais.

A ressonância magnética (RM) é o exame preferido, especialmente em casos de primeira convulsão em crianças com menos de um ano ou com histórico de fatores de risco neurológicos. Em situações de emergência, a tomografia computadorizada (TC) pode ser realizada para avaliação rápida de condições que demandam intervenção imediata (MCTAGUE *et al.*, 2024).

O estudo recente de McTague *et al.* (2024) destaca que a neuroimagem, particularmente a RM, é fundamental para a detecção de lesões

estruturais e outras condições associadas a crises focais ou convulsões com características atípicas, auxiliando no planejamento terapêutico e no estabelecimento do prognóstico.

Os exames laboratoriais são guiados pelo histórico clínico e pelos achados de exame físico. Em casos de convulsões acompanhadas de sintomas como desidratação ou letargia persistente, exames de eletrólitos, cálcio, glicose, entre outros, podem ser considerados para excluir desequilíbrios metabólicos.

Quando há suspeita de exposição a substâncias tóxicas, triagens toxicológicas podem ser requisitadas para a identificação de possíveis agentes precipitantes (AKYUZ *et al.*, 2023).

A investigação conduzida por Akyuz *et al.* (2023) sobre convulsões induzidas por desequilíbrios metabólicos reforça a importância dos exames laboratoriais para identificar condições subjacentes que possam precipitar crises, particularmente em crianças que apresentam sintomas concomitantes, como vômitos ou outras alterações metabólicas.

Assim, o diagnóstico da epilepsia infantil requer uma abordagem sistemática e cuidadosa, que combina uma anamnese detalhada, avaliação clínica e exames direcionados. Essa abordagem visa assegurar que os tratamentos sejam apropriados e evitar diagnósticos incorretos em condições que simulam crises epiléticas.

TRATAMENTO

O tratamento das crises epiléticas em crianças inicia-se com uma intervenção emergencial voltada para a estabilização e monitoramento das funções vitais. Para crises agudas, como o status epilepticus, é essencial garantir vias aéreas, respiração e circulação adequadas, além de iniciar testes diagnósticos paralelamente ao tratamento. Essa abordagem simultânea é fundamental, pois maximiza a eficácia te-

rapêutica e previne complicações. A administração de benzodiazepínicos é recomendada como primeira linha para interromper rapidamente a atividade convulsiva, sendo o lorazepam intravenoso uma escolha preferencial devido à sua eficácia e perfil de segurança bem documentados (BECKER *et al.*, 2023).

Harris & Leppan (2023) reforçam a eficácia dos benzodiazepínicos como intervenção de primeira linha no manejo das crises convulsivas pediátricas, destacando a importância da administração precoce desses medicamentos para evitar a progressão para complicações mais graves. A pesquisa apoia o uso do lorazepam intravenoso como uma das opções mais eficazes para estabilização rápida.

Para crianças com crises refratárias aos benzodiazepínicos, medicamentos de segunda linha, como valproato intravenoso, fosfenitoína, levetiracetam e fenobarbital, são administrados conforme a resposta individual e o perfil clínico do paciente. Em casos de crises severamente refratárias, onde tanto as terapias de primeira quanto de segunda linha falham, intervenções avançadas, como infusões contínuas de midazolam e anestésicos, como propofol ou pentobarbital, podem ser necessárias para o controle efetivo. Esse protocolo escalonado busca maximizar a eficácia terapêutica, minimizando o risco de toxicidade associado ao uso prolongado de anticonvulsivantes (FISHER *et al.*, 2017; CHERNOVA, 2024).

Chernova (2024) enfatiza o papel crítico desses anticonvulsivantes de segunda linha em casos de status epilepticus refratário, observando que o levetiracetam tem se mostrado uma escolha cada vez mais frequente devido ao seu perfil de segurança e à eficácia comparável ao valproato, especialmente em crianças com alto risco de efeitos adversos.

Para o tratamento a longo prazo da epilepsia em crianças, o uso contínuo de medicamentos anticonvulsivantes é frequentemente necessário para prevenir a recorrência das crises. A seleção do medicamento é baseada no tipo de crise, na síndrome epiléptica e nas preferências e necessidades do paciente e de sua família. O tratamento a longo prazo costuma ser recomendado após a ocorrência de duas ou mais convulsões não provocadas; entretanto, pode ser considerado após a primeira convulsão, dependendo dos riscos de recorrência. Entre os anticonvulsivantes comumente utilizados estão o valproato, lamotrigina, carbamazepina e levetiracetam, cada um com perfil específico de eficácia e efeitos adversos, o que guia a escolha do tratamento mais adequado para cada criança (FISHER *et al.*, 2017).

McTague *et al.* (2024) revisam as opções terapêuticas e destacam a importância da personalização do regime terapêutico, apontando que tanto a lamotrigina quanto o levetiracetam demonstram alta eficácia em muitas crianças, com menor risco de efeitos adversos que poderiam comprometer o desenvolvimento neuropsicológico e a qualidade de vida a longo prazo.

Para crianças com epilepsia refratária a medicamentos, terapias alternativas, como a dieta cetogênica e a estimulação do nervo vago, têm demonstrado eficácia significativa. Em casos específicos, a neurocirurgia é uma opção viável para remover o foco da atividade convulsiva, particularmente em crianças com epilepsia focal resistente a tratamentos farmacológicos. Essas abordagens complementares são indicadas após a falha de múltiplos medicamentos e representam alternativas importantes para o controle das crises e a melhoria da qualidade de vida (GENG *et al.*, 2023).

Feyissa & Bower (2023) reforçam que a dieta cetogênica, quando bem administrada, pode

reduzir significativamente a frequência das crises em crianças com epilepsia resistente a medicamentos, enquanto a estimulação do nervo vago mostrou resultados promissores para o controle de crises a longo prazo.

Assim, o manejo do tratamento da epilepsia infantil requer uma combinação cuidadosa de estabilização aguda, intervenções farmacológicas de primeira e segunda linha e estratégias terapêuticas de longo prazo, adaptadas às necessidades individuais de cada criança.

COMPLICAÇÕES E PROGNÓSTICO

A epilepsia infantil, embora tratável em muitos casos, apresenta riscos de complicações físicas, especialmente durante crises tônico-clônicas, que podem resultar em quedas e lesões traumáticas. Embora lesões graves sejam relativamente raras, a perda de consciência durante as convulsões aumenta significativamente o risco de quedas, fraturas e até lesões cranianas. A possibilidade de morte associada a convulsões é baixa, mas existe em casos de status epilepticus prolongado, nos quais a intervenção precoce é essencial para minimizar os riscos (MEYER *et al.*, 2023).

O estudo de Xie *et al.* (2023) ressalta que o manejo imediato do status epilepticus é crucial para evitar sequelas neurológicas e físicas graves, destacando a importância da prevenção de quedas e da proteção durante as crises como parte do cuidado abrangente em crianças com epilepsia.

As convulsões prolongadas, ou status epilepticus, estão associadas a diversas complicações neurológicas e sistêmicas, incluindo déficits motores, visuais e cognitivos, devido ao estresse metabólico e neuronal prolongado. Entre as complicações sistêmicas estão hipertensão, taquicardia e alterações metabólicas, como hiperglicemia e acidose, que refletem respostas

fisiológicas ao estresse convulsivo. Hipóxia, rabdomiólise e outras condições graves também podem ocorrer devido ao esforço muscular contínuo e às dificuldades respiratórias, elevando o risco de sequelas duradouras.

Geng *et al.* (2023) evidenciam que as convulsões prolongadas não controladas afetam múltiplos sistemas, sendo as sequelas neurológicas e cardiovasculares os impactos mais críticos. O estudo sugere que um controle rápido das crises é necessário para evitar danos prolongados, enfatizando a importância de um tratamento emergencial bem planejado.

As complicações associadas ao tratamento da epilepsia também representam um desafio significativo, especialmente em virtude dos efeitos colaterais dos medicamentos anticonvulsivantes. Agentes anticonvulsivantes e anestésicos podem causar depressão respiratória, hipotensão e, em casos de sedação prolongada, complicações como coagulopatias e disfunções hepáticas e renais. Esses efeitos adversos ressaltam a importância de uma escolha criteriosa e do monitoramento contínuo das terapias, sobretudo durante o uso de agentes anestésicos em crises refratárias (KONTOU *et al.*, 2024).

De acordo com Bonno *et al.* (2024), a administração de anticonvulsivantes e anestésicos em crises prolongadas requer um equilíbrio cuidadoso entre o controle das convulsões e o manejo dos efeitos adversos. A monitorização é fundamental para evitar disfunções sistêmicas e melhorar a segurança do tratamento.

O prognóstico para crianças com epilepsia depende de diversos fatores, incluindo a causa subjacente das convulsões, achados no EEG e histórico de convulsões febris. A presença de Paralisia de Todd, caracterizada por fraqueza focal temporária após uma convulsão, pode indicar um risco aumentado de recorrência. Crianças com achados anormais no EEG ou com

etiologia sintomática remota têm maior probabilidade de recorrência de crises, o que pode impactar a qualidade de vida e a resposta ao tratamento a longo prazo (SHAO & YU, 2023).

Um estudo realizado por Jain & Arya (2021) enfatiza que fatores como anormalidades no EEG e convulsões noturnas estão associados a um prognóstico mais complexo, necessitando de monitoramento contínuo e estratégias preventivas para reduzir a frequência e o impacto

das convulsões recorrentes em crianças.

Em resumo, as complicações da epilepsia infantil são diversificadas, envolvendo tanto os riscos inerentes às crises quanto os efeitos adversos dos tratamentos. O prognóstico é variável e depende de uma gama de fatores clínicos, exigindo um manejo cuidadoso e uma abordagem personalizada para otimizar os resultados terapêuticos e minimizar os riscos a longo prazo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKYUZ, E. *et al.* Elucidating the visual phenomena in epilepsy: A mini review. *Epilepsy Research*, v. 190, p. 107093, 2023.
- BARTOLINI, E. *et al.* Glycaemic imbalances in seizures and epilepsy of paediatric age: A literature review. *Journal of Clinical Medicine*, v. 12, n. 7, p. 2580, 2023.
- BECKER, L. *et al.* Treatment of pediatric convulsive status epilepticus. *Frontiers in Neurology*, v. 14, p. 1175370, 2023.
- BONNO, D. *et al.* A side-by-side comparison of fine-tuning options for treatment of medically refractory epilepsy: Antiseizure medications, vagus nerve stimulation and ketogenic diet therapies. *Epilepsy Research*, v. 206, p. 107441, 2024.
- CAPRARA, A.L.F. *et al.* Somatosensory auras in epilepsy: A narrative review of the literature. *Medicines*, v. 10, n. 8, p. 49, 2023.
- CHANDRA, P.S. *et al.* Study Of Clinico Etiological Profile Of Seizures In Children Aged 1 Month To 5 Years Admitted In Pediatric Department. *International Journal of Academic Medicine and Pharmacy*, v. 5, n. 6, p. 1504-1511, 2023.
- CHERNOVA, A. Identification of the impact of generalized seizures on brain electrical activity during development using EEG correlates. 2024.
- FEYISSA, A.M. & BOWER, J.H. Evaluation of the patient with paroxysmal spells mimicking epileptic seizures. *The Neurologist*, v. 28, n. 4, p. 207-217, 2023.
- FISHER, R.S. *et al.* Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia*, v. 58, n. 4, p. 531-542, 2017.
- GENG, G. *et al.* Vagus nerve stimulation for treating developmental and epileptic encephalopathy in young children. *Frontiers in Neurology*, v. 14, p. 1191831, 2023.
- HARRIS, L. & ANGUS-LEPPAN, H. Epilepsy update: Diagnosis, classification and management. *Medicine*, 2023.
- HARVEY, S. & SHAHWAN, A. Typical absence seizures in children: Review with focus on EEG predictors of treatment response and outcome. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, v. 110, p. 1-10, 2023.
- JAIN, P. & ARYA, R. Vagus nerve stimulation and seizure outcomes in pediatric refractory epilepsy: Systematic review and meta-analysis. *Neurology*, v. 96, n. 22, p. 1041-1051, 2021.
- KONTOU, A. *et al.* Antibiotics, analgesic sedatives, and antiseizure medications frequently used in critically ill neonates: A narrative review. *Children*, v. 11, n. 7, p. 871, 2024.
- MCTAGUE, A. *et al.* Epilepsies. *Handbook of Clinical Neurology*, v. 203, p. 157-184, 2024.
- MEYER, S. *et al.* Epileptic Status in a Pediatric cohort (ESPED) requiring intensive care treatment: A multicenter, national, two-year prospective surveillance study. *Epilepsia Open*, v. 8, n. 2, p. 411-424, 2023.
- TEKIN, E. *et al.* Evaluation of patients presenting to the pediatric emergency department with seizures during the Covid-19 pandemic. *Journal of Pediatric Epilepsy*, v. 11, n. 03, p. 084-089, 2022.
- XIE, H. *et al.* Efficacy of vagus nerve stimulation in 95 children of drug-resistant epilepsy with structural etiology. *Epilepsy & Behavior*, v. 140, p. 109107, 2023.