

Convulsiones febriles



Carmen María López Durán (Rotatorio Pediatría)
Tutora: Dra Conchi Ruipérez (Escolares)

ANAMNESIS

Lactante de **19 meses** que ingresa en Escolares tras 12 días en UCIP por cuadro de **estatus convulsivo febril**

1º episodio desconexión del medio + supravversión mirada + mov. tónico clónicos 4 miembros en contexto de pico febril 38°C. Cese espontáneo a 5 min y vómito.
2º episodio de 30 min que precisa 2 dosis de Midazolam y 2 dosis de Levetiracetam para su cese

ANTECEDENTES DE INTERÉS

- DIC 2023: episodio de pérdida de tono y supravversión de la mirada en contexto de pico febril.
- Padre: crisis febriles en la infancia hasta 5-7 años

EXPLORACIÓN FÍSICA (al ingreso en planta)

- Ctes: FC 108 lpm; SatO2 99% sin oxígeno. TA 93/58 mmHg. Afebril.
- BEG, normohidratado y normonutrido. No aspecto séptico. No trabajo respiratorio.
- AC: rítmica sin soplos sin roces audibles.
- AP: MVC sin ruidos sobreañadidos.

Exploración neurológica: activo, reactivo, consciente y orientado. Fuerza conservada pero inestabilidad con la bipedestación, no se aguanta sin apoyo. No rigidez de nuca. No disimetrías.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

UCIP

Rx tórax: atelectasia /
infiltrado en LSD (tto:
Cefotaxima y Claritromicina)
TAC craneal: sin hallazgos
patológicos

PLANTA

AS con hemograma y
bioquímica: normales
Rx tórax: leve refuerzo trama
peribroncovascular bilateral.
No consolidaciones

EEG: enlentecimiento difuso leve-moderado (podría estar en
relación con la medicación). Actividad epileptiforme focal en
lóbulo frontal y temporal anterior de hemisferio izquierdo con
propagación a región frontopolar de hemisferio derecho

EVOLUCIÓN

No nuevos episodios convulsivos ni focalidad neurológica.

Levetiracetam 90 mg/kg → **60 mg/kg/día**. 24h → VO

PLANTA

24-48h

ALTA

Hipotonía axial

Reflejos

conservados

No disimetrías

Mejora

progresiva

Tono axial

normal

Deambulación

normal (basal)

Evolución global satisfactoria, siendo dado de **alta**

TRATAMIENTO

- **Levetiracetam** (100 mg/mL) 3,6 mL cada 12 horas.
- Stesolid (**Diazepam**) 2,5 mg rectal, si precisa por convulsión prolongada (mayor a 5 minutos).
- Control por pediatra de zona en 24-48 horas y control por neuropediatra de zona lo antes posible.

CONVULSIONES FEBRILES

Episodios convulsivos que aparecen entre los **6 meses y los 5 años**, asociados a **fiebre** en niños sin anomalías neurológicas, infección intracraneal, alteraciones metabólicas o sistémicas que justifiquen su aparición y sin antecedentes de crisis afebriles.

Prevalencia **4-5%**

Dx diferencial:

- Escalofríos o tiritona febril
- Síncope febril
- Crisis febriles sintomáticas
- Crisis parainfecciosas
- Crisis febriles plus
- Síndrome de Dravet

CONVULSIONES FEBRILES

	Edad	Duración	Tipo de crisis	Postcrítico	Recurrencia
Típica o simple (70%)	Típica	<15 min	Generalizada (tónico/clónicas)	Corto. Sin secuelas neurológicas	> 24 h
Atípica o compleja (30%) ≥ 1 de las características	<3 m o > 6 años	>15 min	Focal +/- generalización 2ª	+/- secuelas neurológicas (ejm. parálisis de Todd)	< 24 h
Estatus febril	> 30 min O varias crisis sin recuperación de consciencia entre ellas.				

Extrahospitalario:
diazepam rectal o
midazolam
transmucosa oral

Hospitalario: Diazepam IV. Si no
acceso venoso: midazolam
transmucosa oral, transmucosa
rectal o intramuscular

Profilaxis crisis: ácido valproico,
fenobarbital o actitud expectante

BIBLIOGRAFÍA

1. Jadraque Rodríguez R, Gómez Gosálvez Fy Ana Elena Pascua Santamaría AE. Protocolo crisis febriles HGUA. 2015. Serviciopediatria.com.
1. García Ron A, Arriola Pereda G. Convulsiones febriles. *Protoc diagn ter pediatr*. 2022;1:379-385. Aeped.es.
1. Butragueño Laiseca L, Miranda Herrero MC, Conchita Míguez Navarro C. Protocolo de actuación ante una crisis febril inactiva en Urgencias. 2017. Hospital Gregorio Marañón.