

# CRISIS FEBRILES

Las crisis febriles son un motivo de consulta frecuente del lactante; en especial del lactante mayor, pues su pico de incidencia está alrededor de los 12 y 18 meses de vida.

Las convulsiones febriles suelen causar gran ansiedad a cuidadores y a los médicos tratantes, por lo que es importante reconocer su naturaleza benigna y diferenciarlas de patologías potencialmente graves como la meningitis y la epilepsia.

Se define crisis febril como aquellas convulsiones que ocurren en niños generalmente entre los 6 meses y los 5 años de edad que están asociadas a fiebre mayor de 38°C y que no están causadas por otros eventos como infección del sistema nervioso central, alteraciones hidroelectrolíticas, hipoglucemia o trauma, y en ausencia antecedente de eventos convulsivos no provocados por fiebre.

Las crisis febriles son un desorden relativamente frecuente, dependiendo de la población puede tener incidencias entre el 2 y el 10% de los niños entre 0 y 4 años.

La fisiopatología es en gran medida desconocida, pero se atribuyen factores relacionados como inmadurez del sistema nervioso central y de la termorregulación, mayor sensibilidad a toxinas circulantes y pirógenos endógenos.

## Claves diagnósticas:

---

- Se debe realizar una anamnesis y un examen físico exhaustivos. Ante la presencia de anomalías se deberá sospechar otro origen de las convulsiones.
- Las convulsiones pueden aparecer antes, durante o después de la fiebre, incluso 24 horas después del pico de hipertermia.
- Se debe clasificar el cuadro en crisis febriles simples o crisis febriles complejas.
- Las crisis febriles simples duran menos de 15 minutos (incluyendo postictal), son generalizadas (usualmente tónico-clónicas), no recurren en las primeras 24 horas y no presentan alteraciones postictales.
- Las crisis complejas duran más de 15 minutos, son focales (o inician focalmente y luego se generalizan), pueden recurrir en las primeras 24 horas y presentan alteraciones en el postictal como parálisis de Todd.
- Se define estatus epiléptico febril si las convulsiones duran más de 30 minutos.

- El grado de fiebre no está relacionado con la aparición o no de crisis febriles, aunque es más frecuente en temperaturas de más de 39°C de comienzo rápido.

Cada paciente ha de individualizarse y definir riesgos, pero existen algunas pautas generales que deben encender alarmas para profundizar en estudios y vigilancia del paciente:

- Malas condiciones generales, incapacidad para alimentarse o irritabilidad.
- Uso concomitante de antibióticos.
- Crisis complejas.
- Vacunación incompleta, especialmente contra *Haemophilus influenzae* tipo B y *Streptococcus pneumoniae*.
- Síntomas postictales que duren más de una hora o se asocien con fotofobia.
- Rigidez nuchal y abombamiento de fontanela.

El diagnóstico es principalmente clínico. Para crisis febriles simples no suelen requerirse exámenes de laboratorio o imágenes, salvo cuando es necesario establecer el origen de la fiebre (Ej. sospecha de infección de vías urinarias); mientras que en las crisis complejas se debe ponderar la utilidad de los mismos.

#### Paraclínicos en crisis febriles simples:

- Crisis febriles simples no requieren toma de paraclínicos, suele ser suficiente con un periodo corto de observación hospitalaria.
- Hemograma, PCR y uroanálisis no deben ser solicitados rutinariamente, sólo cuando el enfoque de síndrome febril así lo amerite.
- Resonancia magnética cerebral: no solicitar de rutina, útil en presencia de anomalías neurológicas focales, macrocefalia y signos de hipertensión endocraneana.
- TAC cráneo simple: Aun menor utilidad que la resonancia magnética cerebral, aunque puede ser alternativa en caso de no disponer de la última. Poco útil en ausencia de signos neurológicos anormales.
- Electroencefalograma: poco útil para predecir recurrencias, no se recomienda en crisis febriles simples.
- Punción lumbar: en general no es requerida para crisis febriles simples ni en niños con buen aspecto general con resolución de crisis y síntomas; aunque algunos autores y guías recomiendan su uso rutinario en todo menor de 12 meses.
- De toma obligatoria en caso de sospecha de neuroinfección.

- Considerar en niños con mal aspecto general o según si el enfoque general de paciente febril lo requiere.
- Considerar punción lumbar si en días anteriores a la crisis se usaron antibióticos, pues puede enmascarar signos meníngeos.

#### Paraclínicos en crisis febriles complejas:

- De utilidad especialmente en primeras crisis. Si hay recurrencia y las características de las convulsiones son similares a las del primer evento, pueden obviarse.
- Hemograma, PCR y química sanguínea: solicitar si el enfoque de síndrome febril lo amerita.
- Resonancia magnética cerebral: se recomienda toma, pues debe descartarse lesión cerebral estructural.
- Electroencefalograma: también debe incluirse en el estudio de crisis complejas, ya que pueden ser útiles para diferenciar algunas encefalitis virales.
- Punción lumbar: sus indicaciones son iguales a las crisis simples.

#### Claves de tratamiento:

---

- Las crisis suelen ser autolimitadas. Si su tiempo es menor a tres minutos no requiere intervención farmacológica.
- Ubicar al paciente en una localización segura y garantizar vía aérea permeable.
- Para crisis mayores a tres minutos suele requerirse manejo farmacológico:  
Oxígeno para saturación mayor a 90%  
Bolo de benzodiazepina (se recomienda midazolam) a dosis de 0,1 mg/kg. Puede repetirse bolo de ser necesario después de un intervalo de 10 minutos.
- Si la convulsión persiste tras el segundo bolo o cumple criterios de estatus se recomienda solicitar asistencia por especialista (pediatra, neuropediatra o anestesiólogo), pues puede requerir manejo con otros fármacos.

#### Desarrollo de epilepsia:

---

Se considera que el riesgo de desarrollar epilepsia en un paciente con crisis febriles es similar al de la población general (aproximadamente 2%), aunque algunos autores han reportado hasta 10% de riesgo; mientras que otros estudios reportan que crisis febriles prolongadas como estatus epiléptico están asociadas a incremento en el desarrollo de epilepsia.

## Recurrencia:

---

Hasta un tercio de los niños con crisis febriles puede tener recurrencias y el riesgo es igual para crisis simples y complejas. La mayoría ocurre durante el primer año posterior al evento. Sin embargo, si existen factores de riesgo, la probabilidad de recurrencia aumenta hasta más del 50% con 3 factores:

Según Patel et al. Los factores de riesgo más significativos son:

- Inicio previo a los 18 meses de edad.
- Antecedente de crisis febriles en familiar de primer grado de consanguinidad.
- Crisis con fiebre menor a 39°C.
- Duración de fiebre corta antes de inicio de convulsión (1 hora).
- Múltiples convulsiones durante la misma enfermedad febril.
- Asistencia a jardín infantil.

## Prevención de crisis:

---

Dada la naturaleza autolimitada y benigna de las crisis febriles no suele requerirse manejo profiláctico; las recomendaciones en cuanto a esta conducta son:

- El manejo con antipiréticos suele dar alivio al niño, pero no se recomienda como prevención de crisis.
- El uso de diazepam intrarrectal al inicio de la fiebre es estadísticamente útil, pero no aplicable debido a un mayor riesgo de eventos adversos.
- Ácido valproico o fenobarbital de forma intermitente con el inicio de la fiebre no es efectivo para reducir la incidencia de crisis.
- Ácido valproico o fenobarbital de forma continua son eficaces para prevenir recurrencias y, por tanto, son una opción de manejo; sin embargo, los riesgos de su uso deben ponderarse. Se recomienda consultar a un experto antes de considerar su uso.

## Referencias:

---

1. Capovilla G, Mastrangelo M, Romeo A, Vigevano F. Recommendations for the management of “ febrile seizures ” Ad hoc Task Force of LICE Guidelines Commission. *Epilepsia*. 2009;50(Suppl 1):2–6.
2. Chung S. Febrile seizures. *Korean J Pediatr*. 2014;57(9):384–95.
3. Subcommittee On Febrile Seizures AA of P. Clinical Practice Guideline — Febrile Seizures : Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure. *Pediatrics*. 2011;127(2).

4. Leung A, Hon KL, Leung T. Febrile seizures: an overview. *Drugs Context*. 2018;7(212536).
5. Patel N, Ram D, Swiderska N, Mewasingh LD, Newton RW, Offringa M. Febrile seizures. *BMJ*. 2015;351(h4240):27–31.