



ORIGINAL

## Crisis febriles complejas: estudio de la patología asociada y utilidad de las pruebas complementarias

R. Berzosa López<sup>a</sup>, J.M. Ramos Fernández<sup>b,\*</sup>, J. Martínez Antón<sup>b</sup>,  
M.G. Espinosa Fernández<sup>a</sup> y A. Urda Cardona<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospitalización Pediatría, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España

<sup>b</sup> Sección Neuropediatría, Unidad de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Materno Infantil Carlos Haya, Málaga, España

Recibido el 25 de diciembre de 2012; aceptado el 26 de junio de 2013

Disponible en Internet el 6 de octubre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Crisis febril compleja;  
Convulsiones;  
Fiebre;  
Epilepsia;  
Manejo

### Resumen

**Introducción:** Un tercio de las crisis febriles son complejas. Su manejo no ha suscitado un consenso como en el caso de las crisis febriles simples. El objetivo de este estudio es estimar la rentabilidad de los exámenes complementarios y el riesgo de enfermedad intracraneal grave asociada.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo desde el año 2003 hasta el 2011 de los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel con criterios de convulsión febril compleja de 6 meses a 6 años, excluyendo los casos con afección neurológica previa. De los pacientes seleccionados, se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, pruebas complementarias y complicaciones.

**Resultados:** Se encontró a 65 pacientes (31 mujeres y 34 varones) de los cuales 44 tuvieron crisis repetidas en las primeras 24 h y 15 presentaron crisis focales. El 90% de la recurrencia ocurrió antes de 15 h. La edad media fue de 20,7 meses y la temperatura fue de  $39,1 \pm 0,12$  °C. En ningún paciente se encontró afección intracraneal grave durante su ingreso. El electroencefalograma no ofreció información de ayuda para su diagnóstico. La neuroimagen fue normal en todos los casos estudiados.

**Conclusiones:** La incidencia de complicaciones en la convulsión febril compleja en nuestra serie no justificó el ingreso ni el estudio sistemático con pruebas complementarias cuando la exploración neurológica era normal. El electroencefalograma de rutina no parece estar justificado. © 2012 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Complex febrile  
seizure;  
Seizures;  
Fever;

### Complex febrile seizures: Study of the associated pathology and practical use of complementary tests

### Abstract

**Introduction:** Although one third of febrile seizures are complex, a consensus has still not been reached on how to manage them, as is the case with simple febrile seizures. The objective of this

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dr.jmramos@gmail.com](mailto:dr.jmramos@gmail.com) (J.M. Ramos Fernández).

## Epilepsy; Management

study is to estimate the usefulness of complementary examinations and the risk of associated serious intracranial pathology.

*Patients and methods:* A retrospective review was conducted from 2003 until 2011 on patients from 6 months to 6 years presenting with a complex febrile seizure admitted to a tertiary care hospital, excluding the cases with previous neurological disease. Epidemiological and clinic variables were collected, as well as complementary tests and complications.

*Results:* We found 65 patients (31 females and 34 males), of whom 44 had repeated seizures in the first 24 hours, with 15 having focal seizures. The vast majority (90%) of the recurrences occurred before 15 hours. The mean age was 20.7 months and temperature was  $39.1 \pm 0.12$  °C. None of the patients had severe intracranial pathology. The electroencephalogram gave no helpful information for the diagnosis. Neuroimaging was normal in all studied cases.

*Conclusions:* The incidence of complications in complex febrile seizure in our series did not justify the systematic admission or the systematic study with complementary tests when the neurological examination was normal. The routine electroencephalogram does not appear to be justified.

© 2012 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Las convulsiones febriles son una urgencia médica frecuente que ocurre en el 2-5% de los niños entre 6 y 60 meses<sup>1,2</sup>. Las crisis febriles complejas (CFC) son una variedad de crisis febril definida por ser recurrentes en las primeras 24 h, tener una duración mayor a 15 min o manifestación como crisis focal con o sin generalización o bien déficit neurológico posterior a la crisis<sup>2-5</sup>. Siempre que además no exista antecedente previo de crisis afebril. La Academia Americana de Pediatría ha propuesto recientemente<sup>2</sup> una guía de práctica clínica sobre cómo llevar a cabo el enfoque y la actuación en las crisis febriles simples (CFS). Sin embargo, no entra en recomendaciones consensuadas de cómo abordar el manejo de las CFC. Por otra parte, la ILAE aconseja el ingreso hospitalario de todas las CFC<sup>3,4</sup>, aunque por la evidencia de recientes publicaciones parece una medida cuestionable que consume muchos recursos en relación con el rendimiento obtenido<sup>6-8</sup>. La manifestación de una crisis febril en forma de CFC se ha relacionado clásicamente con un mayor riesgo de afección intracraneal infecciosa y con un riesgo mayor de epilepsia ulterior<sup>3,9,10</sup>, aunque hay estudios que refutan estas premisas y concluyen la inconsistencia de asociación con lesiones orgánicas que requieran una intervención o tratamiento de urgencia cuando no hay datos exploratorios positivos en el paciente con una CFC<sup>7,8,11-13</sup>.

El objetivo del presente estudio es valorar la rentabilidad de los exámenes complementarios y el riesgo de afección intracraneal grave asociada a las CFC. Nos proponemos asimismo revisar y discutir las publicaciones relevantes del tema para actualizar un esquema práctico de actuación.

## Material y métodos

Se analizó retrospectivamente, desde el año 2003 hasta el año 2011, a los pacientes atendidos en un hospital de tercer nivel con criterios de CFC, donde se ha estado siguiendo el protocolo de ingresar todas las CFC, lo que nos permite evaluar su evolución subsiguiente. Se incluyó a niños de edad comprendida entre los 6 meses y los 6 años. Se definió CFC

como aquella que ocurrió con al menos 38,3 °C de temperatura rectal y manifestase además al menos uno de los siguientes criterios: duración superior a 15 min, repetición en menos de 24 h y crisis focal o alteración neurológica ulterior a la crisis. Fueron criterios de exclusión los pacientes con afección neurológica previa. De los pacientes seleccionados, se recogieron variables epidemiológicas: edad, sexo, antecedentes personales y familiares; clínicas: temperatura media al evento, la duración media de la crisis, el número de crisis, el intervalo de aparición, signos neurológicos focales, tipo de CFC; pruebas complementarias: reactantes de fase aguda, punción lumbar (PL), complicaciones, EEG, prueba de neuroimagen, así como el diagnóstico asociado a la fiebre. No fue tenido en cuenta el seguimiento a largo plazo pues no fue el propósito del estudio.

Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 15.0 para realizar el recuento, la media  $\pm$  desviación típica de las variables cuantitativas y el porcentaje acumulado de crisis.

Se han seguido los protocolos éticos establecidos por nuestro hospital para acceder a los datos de las historias clínicas a fin de poder realizar esta publicación de divulgación a la comunidad científica.

## Resultados

Se obtuvo un total de 65 pacientes con criterios de ingreso de CFC, según los parámetros clásicos, de los cuales 31 fueron mujeres y 34 varones con una edad media de 20,7 meses (rango 7 a 62 meses). La temperatura media en el episodio fue de 39,1 °C con una desviación típica de 0,12. La duración media de la crisis fue de 6,5 min, con una desviación típica de 0,7 min y un rango de 1 a 30 min. La estancia media de ingreso fue de  $4,6 \pm 2,5$  días. La duración de la fiebre previa a la crisis fue de una media de 14,5 h con una desviación típica de 14,8 y un rango de 0,5-48 h. Para los casos de recurrencia, la mayoría solo presentaron 2 crisis, el número de crisis se distribuye según la [tabla 1](#). De los 55 casos en que hubo recurrencia, en 30 fue posible recoger el intervalo en que ocurrieron. La media fue de 6,94 h, con una desviación

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4141509>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4141509>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)