

Epilepsias na infância — classificação ILAE e escolha do anticonvulsivante

Definição e classificação ILAE, síndromes, EEG e RM, fármaco anticrise com doses, valproato em meninas, refratária, dieta cetogênica e canabidiol

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Epilepsia (ILAE 2014) é: **duas crises não provocadas com mais de 24 h de intervalo**; ou **uma crise não provocada com risco de recorrência $\geq 60\%$** ; ou uma **síndrome epiléptica**. O diagnóstico é **clínico**, pela descrição da crise e pelo vídeo da família; o **EEG apoia e classifica, mas não exclui**; a **RM** é para epilepsia focal, suspeita estrutural e refratária. O fármaco anticrise é escolhido **pelo tipo de crise e pela síndrome**, em **monoterapia** com titulação lenta: **carbamazepina** nas focais (PCDT); **valproato** nas generalizadas em meninos; **etossuximida ou valproato** na ausência infantil. **Em meninas, valproato só sem alternativa**, com programa de prevenção da gravidez (Anvisa, PCDT). **Carbamazepina, oxcarbazepina e fenitoína agravam ausências e mioclonias**. Falha de **dois fármacos bem escolhidos** = epilepsia **refratária**: centro especializado (cirurgia, dieta cetogênica, estimulação vagal). O pediatra acompanha a criança controlada (●), encaminha o diagnóstico novo ao neuropediatra (●) e trata como estado de mal **toda crise ≥ 5 minutos** (●).

1. O que é e como se apresenta

Crise provocada (hipoglicemia, trauma, infecção do SNC, intoxicação) e **convulsão febril** não são epilepsia (ver **Convulsão febril e primeira crise epiléptica**).

Definição operacional (ILAE 2014; SBP; PCDT) — qualquer um: (1) **duas crises não provocadas com intervalo > 24 h**; (2) **uma crise não provocada** com probabilidade de recorrência **$\geq 60\%$ em 10 anos** (por exemplo, lesão estrutural ou EEG epileptiforme); (3) **síndrome epiléptica**.

Classificação ILAE (2017) em três níveis: **tipo de crise** (focal, generalizada, desconhecida); **tipo de epilepsia** (focal, generalizada, combinada, desconhecida); **síndrome** — com **etiologia** (estrutural, genética, infecciosa, metabólica, imune, desconhecida) e **comorbidades** (aprendizagem, TDAH, TEA, sono). A atualização de **2025** mantém as classes e usa **consciência** no lugar de "percepção".

Síndromes pediátricas (ILAE 2022; "benigna" passou a "autolimitada"; West passou a "espasmos epilépticos infantis"):

SÍNDROME	IDADE E CLÍNICA	EEG	TRATAMENTO
Ausência infantil	Idade escolar; dezenas de ausências breves por dia, provocadas pela hiperventilação	Ponta-onda generalizada 3 Hz	Etossuximida ou valproato (PCDT)
Autolimitada com pontas centrotemporais	4–10 anos em 90%; crises hemifaciais no sono	Pontas centrotemporais	Muitas vezes não tratar (AEP)
Mioclônica juvenil	Adolescência; mioclonias ao acordar; piora com privação de sono e álcool	Poliponta-onda generalizada	Recorrência > 90% após retirada (PCDT)
Dravet	1º ano, crises febris prolongadas, depois mioclonias e atraso; <i>SCN1A</i>	Normal no início	Valproato, clobazam, estiripentol; evitar bloqueadores de sódio
Lennox-Gastaut	< 18 anos; crises tônicas + outro tipo; deficiência intelectual	Ponta-onda lenta ≤ 2,5 Hz; atividade rápida no sono	Valproato; lamotrigina, clobazam, rufinamida, topiramato
Espasmos infantis	Lactente; espasmos em salvas; regressão	Hipsarritmia	Urgência: EEG em dias; corticoide ou vigabatrina (PCDT)

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Epilepsia controlada (ou síndrome autolimitada estável), monoterapia bem tolerada, plano de resgate definido	Pediatra com o neuropediatra: adesão, dose por peso, efeitos adversos, exames anuais, segurança
● Moderada	Suspeita nova (segunda crise afebril, ausências, mioclonias); falha ou intolerância ao 1º fármaco; efeito adverso relevante; adolescente em uso de valproato	Encaminhar ao neuropediatra (NICE; inclui < 3 anos, < 4 anos com mioclonias, lesão estrutural, piora escolar); refratária: encaminhar a centro especializado (NICE). EEG, glicemia, ECG
● Grave	Crise ≥ 5 minutos ou crises seguidas sem recuperação; déficit focal; espasmos infantis ou regressão ; febre com exantema em uso de lamotrigina ou carbamazepina; vômitos, dor abdominal ou icterícia com valproato	Pronto-socorro ; resgate no consultório (Protocolo de Estado de Mal Convulsivo). Espasmos ou regressão: encaminhar ao neuropediatra com urgência (NICE)

Fatores de risco que elevam a gravidade:

- Idade < 2 anos; crises em salvas ou estado de mal prévio.

- Dravet, Lennox-Gastaut, lesão estrutural, deficiência intelectual, doença metabólica.
- Má adesão, interação nova, privação de sono; família sem resgate ou longe do serviço.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é clínico (SBP; PCDT): relato da testemunha (início, duração cronometrada, pós-ictal, gatilhos), **vídeo e diário de crises**; antecedentes neonatais, febris e familiares. Exame: perímetro cefálico, pele (manchas café com leite, hipocrômicas), dismorfias, exame neurológico.

- **Glicemia capilar** em toda crise.
- **ECG de 12 derivações** após a primeira crise (NICE).
- **EEG**: não obrigatório e **não exclui epilepsia** (PCDT; NICE); classifica e orienta o fármaco; pelo menos 30 minutos (PCDT); após a 1ª crise, idealmente em até 72 h; se normal, com privação de sono (NICE).
- **RM de encéfalo**: epilepsia focal ou suspeita estrutural (PCDT); o NICE indica a todos, exceto epilepsia generalizada idiopática e autolimitada com pontas centrotemporais. **Não é preciso TC antes da RM** (PCDT); TC só na urgência.

Diferencial que não pode passar: síncope e **arritmias** (QT longo); perda de fôlego; parassonias; tiques; desatenção × ausências (a **hiperventilação** provoca a ausência); distonia por metoclopramida; hipoglicemia; crises psicogênicas.

4. Tratamento e seguimento

Quando iniciar: decisão **fortalecida após duas crises não provocadas** (PCDT); após a primeira, em geral não se inicia, a critério do neuropediatra (padrão do site). **Neuropediatra**: diagnóstico sindrômico, escolha do fármaco, RM, genética, cirurgia, dieta. **Pediatra**: dose por peso, adesão, efeitos adversos, interações, exames, vacinas (epilepsia não contraindica), escola, segurança e resgate.

Princípios (PCDT; AEP; AAP): **monoterapia**, dose baixa e aumento lento; resposta em cerca de 3 meses; se falhar, **trocar**; associação só após duas monoterapias.

Escolha pelo tipo de crise (sem documento da SBP; o site segue o **PCDT**, com as restrições da Anvisa ao valproato):

CRISE OU SÍNDROME	PRIMEIRA ESCOLHA	ALTERNATIVAS	PODEM AGRAVAR
Focal	Carbamazepina (PCDT)	Oxcarbazepina (AEP; fora do PCDT), lamotrigina, levetiracetam (NICE), topiramato	—
Tônico-clônica generalizada	Meninos: valproato (PCDT). Meninas: lamotrigina ou levetiracetam (NICE)	Topiramato, clobazam	—
Ausência infantil	Etossuximida (≥ 3 anos) ou valproato (PCDT)	Lamotrigina (menos eficaz)	Carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, fenobarbital, gabapentina, vigabatrina
Mioclônica juvenil	Meninos: valproato (PCDT). Meninas: lamotrigina (PCDT)	Levetiracetam (NICE: 1ª escolha em meninas), clonazepam, topiramato	Os mesmos; lamotrigina pode piorar mioclonias (PCDT)
Espasmos, Dravet, Lennox-Gastaut	Especialista	—	Dravet: bloqueadores de sódio

Doses (titulação pelo especialista; dose por peso da AEP 2022 quando o PCDT só traz mg/dia):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ácido valproico	Início 10–15 mg/kg/dia; manutenção 15–40 (até 60) mg/kg/dia; máx. 2.500 mg/dia	8/8 ou 12/12 h	Contínuo	Dose por peso: AEP 2022 (o PCDT só traz mg/dia: início 250 mg, máx. 3.000); hepatotoxicidade maior < 2 anos e em politerapia (PCDT)
Levetiracetam	1–6 meses: 14 mg/kg/dia, +14 a cada 2 semanas, máx. 42. ≥ 6 meses e < 50 kg: 20 mg/kg/dia, +20 a cada 2 semanas, máx. 60. ≥ 50 kg: 1.000 a 3.000 mg/dia	12/12 h	Contínuo	PCDT (adjuvante no SUS); irritabilidade, humor
Lamotrigina	Com valproato: 0,15 mg/kg/dia por 2 semanas, 0,3 por mais 2, depois +0,3 a cada 1–2 semanas até 1–5 mg/kg/dia (máx. 500 mg/dia). Com indutores: 0,6 mg/kg/dia por 2 semanas, 1,2 por mais 2, até 5–15 mg/kg/dia (máx. 700 mg/dia)	12/12 h	Contínuo	PCDT (monoterapia só > 12 anos após falha da 1ª linha; adjuvante > 2 anos). Titulação lenta (exantema grave)
Etossuximida	Início 10 mg/kg/dia; manutenção 15–40 mg/kg/dia; máx. 1.500 mg/dia	12/12 ou 8/8 h	Contínuo	Dose por peso: AEP 2022 (o PCDT só traz mg/dia: 250 mg, máx. 1.500); PCDT: ausência ≥ 3 anos
Carbamazepina	< 6 anos: 5–10 mg/kg/dia, +5–10/semana, máx. 35 mg/kg/dia. 6–12 anos: 100 mg/dia, +100/semana, máx. 600–1.000 mg/dia	8/8 ou 6/6 h (12/12 h na liberação lenta)	Contínuo	PCDT (1ª escolha nas focais); hiponatremia, exantema; indutor enzimático
Oxcarbazepina	Início 8–10 mg/kg/dia; manutenção 25–40 mg/kg/dia; máx. 2.400 mg/dia	12/12 h	Contínuo	AEP 2022; não incorporada ao PCDT (sem superioridade à carbamazepina); hiponatremia
Clobazam	Início 0,1–0,3 mg/kg/dia; manutenção 0,5–1,5 mg/kg/dia; máx. 30 (40) mg/dia	12/12 h	Contínuo	Dose por peso: AEP 2022 (PCDT: máx. 40 mg/dia); adjuvante; tolerância

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Topiramato	Adjuvante > 2 anos: 1–3 mg/kg/dia, +1–3/semana, máx. 5–9 mg/kg/dia (até 400 mg/dia)	12/12 h	Contínuo	PCDT; cálculo renal, perda de peso, teratogênico

Valproato em meninas (Anvisa 2018, com a EMA; PCDT): não prescrever salvo sem alternativa adequada — a exposição na gestação causa **malformações em cerca de 10%** e **distúrbios do neurodesenvolvimento em até 30–40%**. Se indispensável (Dravet, Lennox-Gastaut): especialista **na menarca**, depois **reavaliação anual** e **programa de prevenção da gravidez** (teste, contracepção eficaz, formulário de riscos); na idade fértil, dose mínima, se possível $\leq 500\text{--}600$ mg/dia (PCDT). A MHRA (2024) exige dois especialistas para iniciar valproato abaixo de 55 anos em ambos os sexos e contracepção a meninos e homens até 3 meses após; a carta da Anvisa não traz essas medidas.

Exames e interações:

- **Anuais** (PCDT): hemograma, plaquetas, TGO/TGP, sódio, potássio, lipídios, **vitamina D**, TSH e T4 livre; nível sérico se má adesão, intoxicação ou politerapia (valproato 50–100 µg/mL).
- **Indutores** (carbamazepina, fenitoína, fenobarbital) reduzem até 50% o anticoncepcional oral (PCDT).
- **Valproato eleva a lamotrigina** (PCDT); **canabidiol** eleva clobazam e, com valproato, transaminases (SBP 2019); **claritromicina** eleva a carbamazepina e **carbapenêmicos** reduzem o valproato (bula).

Retirada: após **pelo menos 2 anos sem crises** (PCDT; AEP: 2–4 anos), pelo neuropediatra.

Epilepsia refratária: falha de **dois fármacos tolerados, bem escolhidos e em dose adequada** (ILAE; PCDT; AEP); com um terceiro, o controle cai a cerca de 3% (AEP). Rever **adesão, dose e diagnóstico** (20–30% dos encaminhados não têm epilepsia — PCDT) e encaminhar a **centro terciário:** cirurgia, **dieta cetogênica**, estimulação vagal.

Dieta cetogênica (PCDT; NICE; AEP): só com equipe especializada; escolha na **deficiência de GLUT-1** e de **piruvato desidrogenase**; eficaz em espasmos, Dravet, Lennox-Gastaut e refratária; avaliar em 3,5 meses e, se reduzir > 50% das crises, manter 2–3 anos (PCDT). A **dieta de Atkins modificada** (Johns Hopkins) é mais simples para adolescentes (Kossoff, 2023).

Canabidiol (AEP 2022: 2,5–5 mg/kg/dia, até 10–20 mg/kg/dia, só pelo especialista): a evidência está nas **síndromes de Dravet e Lennox-Gastaut** (SBP 2019; NICE: com clobazam, acima de 2 anos, após outras opções). A **Conitec recomendou não incorporar** o canabidiol ao SUS para epilepsia refratária de crianças e adolescentes (Portaria SCTIE/MS nº 25/2021). Os produtos de *Cannabis* da RDC 327/2019 da Anvisa **não são medicamentos registrados** e só

podem ser prescritos quando **esgotadas outras opções**, com termo de consentimento e receita B (THC $\leq 0,2\%$).

Segurança (NICE; AAP; SBP):

- **Água:** chuveiro em vez de banheira; **natação só com supervisão direta.**
- **Altura:** não subir acima da própria altura sem supervisão; capacete na bicicleta.
- **Sono regular;** evitar álcool.
- **Direção:** só com crises controladas, liberação do neurologista e avaliação do Detran.
- **Plano escrito para a escola (AAP);** risco pequeno de **morte súbita (SUDEP)** reforça a adesão (NICE).

Resgate domiciliar (padrão do site): crise ≥ 5 minutos, dose por escrito e família treinada — midazolam intranasal 0,2 mg/kg, bucal 0,3 mg/kg ou IM 0,2 mg/kg (máx. 10 mg), ou diazepam retal 0,5 mg/kg (máx. 10 mg); se não cessar, SAMU (192). Atualizar pelo peso.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Crise ≥ 5 minutos (mesmo que ceda com o resgate) ou crises seguidas sem recuperação da consciência.
- Não recuperação, déficit focal novo, trauma, confusão persistente (**estado de mal não convulsivo**); vômitos que impedem as doses.
- **Reação cutânea grave** (febre, exantema, mucosas, bolhas) com lamotrigina, carbamazepina, oxcarbazepina ou fenitoína.
- Com valproato: vômitos, dor abdominal, icterícia, sonolência (hepatotoxicidade, pancreatite, hiperamonemia).
- Espasmos infantis ou regressão sem acesso rápido ao neuropediatra.

Como encaminhar: posição lateral; **oxigênio para SpO₂ $\geq 94\%$** ; glicemia capilar; crise ≥ 5 min: benzodiazepínico no consultório, com bolsa-valva-máscara à mão; **SAMU (192)**; relatório com fármacos, doses e horários. No hospital: **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo.**

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Dê o remédio todos os dias; nunca pare nem troque por conta própria."
- Na crise: cronometrar, deitar de lado, nada na boca, filmar; resgate se passar de **5 minutos** e **SAMU (192)**.
- Pronto-socorro se: crise que não para, crises seguidas, não acorda bem, fraqueza de um lado, manchas com febre, pele amarelada com valproato.

- Levar diário de crises e lista de remédios.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Diagnóstico	Clínico; duas crises > 24 h; EEG classifica	ILAE 2014; EEG não obrigatório	Diagnóstico preciso e plano	ECG; EEG não exclui	ILAE	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Focal e ausência	Sem documento de escolha	Carbamazepina; etossuximida ou valproato	Monoterapia	Lamotrigina ou levetiracetam; etossuximida	Oxcarbazepina, lamotrigina, levetiracetam, carbamazepina; valproato, etossuximida	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Valproato em meninas	—	Evitar na idade fértil	—	Só se alternativas falharem	Limitar na adolescência	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	MHRA: dois especialistas
Refratária	Cirurgia, dieta, estimulação vagal	Dois fármacos; centro terciário	~30% refratários	Encaminhar a centro terciário	Dois fármacos	Atkins modificada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Canabidiol	Evidência nas epilepsias graves	Não incorporado (2021)	Sem posição específica localizada	Com clobazam, Dravet e Lennox-Gastaut	2ª opção nessas síndromes	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há convergência na definição ILAE, no diagnóstico clínico, no EEG que não exclui, na monoterapia, nos fármacos que agravam ausências e mioclonias e na refratariedade após dois fármacos. Divergem na **primeira escolha nas crises focais** (PCDT: carbamazepina; NICE: lamotrigina ou levetiracetam; AEP: oxcarbazepina, lamotrigina, levetiracetam ou carbamazepina), na mioclônica juvenil em meninas (PCDT: lamotrigina; NICE: levetiracetam; AEP contraindica a lamotrigina na EMJ) e no **valproato**, que todos restringem em meninas, mas o Reino Unido estendeu medidas aos meninos (MHRA 2024). Sem documento da SBP sobre a escolha do fármaco, o site segue o **Ministério da Saúde (PCDT)** — carbamazepina nas focais e lamotrigina na EMJ em meninas —, com as restrições da Anvisa; doses por peso ausentes no PCDT vêm da AEP 2022; nas crisesônico-clônicas em meninas, sem posição da SBP nem do PCDT, segue o NICE. Adota a SBP na definição, no diagnóstico, na refratária e no canabidiol.

PONTOS PRÁTICOS

1. Epilepsia = duas crises não provocadas com mais de 24 h, uma crise com alto risco ou uma síndrome; EEG normal não exclui.
2. Carbamazepina, oxcarbazepina e fenitoína agravam ausências e mioclonias: não use às cegas.
3. Valproato em menina só sem alternativa, com prevenção da gravidez e reavaliação anual desde a menarca.
4. Lamotrigina exige titulação lenta, sobretudo com valproato; febre com exantema = suspender e pronto-socorro.
5. Dois fármacos falharam: revise adesão e diagnóstico e encaminhe a centro de epilepsia.
6. Toda criança com epilepsia sai com plano de resgate escrito e orientação sobre água e altura.

Veja também, nesta Biblioteca: **Convulsão febril e primeira crise epiléptica, TDAH e Distúrbios do sono na infância** (Patologias do consultório); **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo e Síncope na Criança e no Adolescente** (Urgências); **QT longo, canalopatias e prevenção da morte súbita** (Cardiologia pediátrica).

8. Fontes

- SBP, Departamento de Neurologia. Epilepsia (Pediatria para Famílias), 2023. sbp.com.br
- SBP. Indicações para uso da *Cannabis* em pacientes pediátricos (Documento Científico nº 3), 2019. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT da Epilepsia (Portaria Conjunta nº 17/2018; anexo alterado em 05/05/2026). gov.br
- Conitec. Canabidiol na epilepsia refratária (Relatório nº 621), 2021. [PDF](#)
- Anvisa. RDC nº 327/2019 — produtos de *Cannabis*. [PDF](#)
- Anvisa. Carta aos profissionais — valproato, 2018. gov.br
- AAP. Managing Pediatric Epilepsy. aap.org
- NICE. NG217 — Epilepsies in children, young people and adults, 2022. [PDF](#)
- MHRA. Drug Safety Update — valproate, 2024. [PDF](#)
- AEP. Alarcón Martínez H et al. Tratamientos anticrisis epilépticas, 2022. [PDF](#)
- Manokaran RK et al. ILAE 2022 childhood epilepsy syndromes. Indian Pediatr, 2024. [PDF](#)

- Beniczky S et al. 2025 ILAE seizure classification. Epileptic Disord, 2026. [PDF](#)
- Johns Hopkins. Kossoff EH. The Modified Atkins Diet for epilepsy, 2023. pure.johnshopkins.edu
- Dr. José Roberto Stefani. Convulsão febril e primeira crise epiléptica; Protocolo de Estado de Mal Convulsivo — Biblioteca, 2026.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.