



LAS CONVULSIONES FEBRILES NO SON CAUSA DE DETERIORO COGNITIVO A LARGO PLAZO...



Aunque por norma general son consideradas episodios benignos y autolimitados, las convulsiones febriles suelen asustar mucho a quienes las presencian, puesto que durante las mismas los niños pueden perder la conciencia, cambiar la coloración de su piel (palidez o cianosis), o presentar movimientos y contracciones de las extremidades superiores e inferiores, presentar rigidez o pérdida del tono de los 4 miembros (hipotonía).

Y si bien durante las mismas se produce una alteración brusca de las funciones cerebrales secundaria a una descarga neuronal anómala; suelen remitir por sí solas sin tratamiento, no tienen por qué desembocar en ningún otro problema de salud a largo plazo, y no hay evidencia de que causen daño cerebral. De hecho, alrededor del 95 al 98% de los niños que han experimentado convulsiones febriles no desarrollan posteriormente una epilepsia. Y además estudios poblacionales extensos han encontrado que los niños con convulsiones febriles alcanzan posteriormente logros académicos normales y se desempeñan en las evaluaciones cognitivas de la misma manera que los hermanos que no padecen convulsiones.

Por norma general las convulsiones febriles se producen entre los 6 meses y los 5-6 años, con una incidencia máxima a los 18 meses y para hacer el diagnóstico se debe excluir la posibilidad de infección aguda del sistema nervioso central (meningitis-encefalitis) o que las crisis con fiebre se produzcan en un epiléptico conocido. La temperatura rectal mínima necesaria para producir las crisis es de 38° C (o 38,5° C para algunos autores); siendo el incremento brusco de la temperatura considerado el factor desencadenante

más importante. El 21% de las convulsiones febriles ocurren en la primera hora del proceso febril, el 57% en el período que va desde la 1era a la 24ª hora y el 22% pasadas las 24 horas. Tienden a ser un trastorno familiar, ya que su frecuencia es mucho mayor en los padres y hermanos de niños afectados de convulsiones febriles, que en la población general normal.



Las infecciones que con más frecuencia producen la fiebre que desencadena las convulsiones, lógicamente serán aquellas que con frecuencia se ven a estas edades: virus de vías respiratorias altas, otitis, infecciones urinarias, neumonía, diarreas y con menos frecuencia las infecciones bacterianas.

La realización de un EEG en los niños con crisis febriles, puede ser un factor de confusión más que una ayuda diagnóstica, y por lo tanto no está indicado en la inmensa mayoría de los casos. De hecho, no hay ningún estudio prospectivo que haya podido demostrar relación entre la presencia de anomalías paroxísticas en niños que padecen convulsiones febriles y el posterior desarrollo de una epilepsia.

En conclusión: Si bien las convulsiones febriles suelen ser vividas por los padres como un momento aterrador (y la mayoría de ellos tiene miedo de que su hijo muera o sufra daño cerebral); suelen ser inofensivas y no existe evidencia de que causen muerte, lesiones cerebrales, epilepsia, disminución del nivel intelectual o problemas de aprendizaje.

Referencias

American Academy of Pediatrics, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Subcommittee on Febrile Seizures. Febrile seizures: clinical practice guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures. *Pediatrics*. 2008;121:1281-1286.

Mick NW. Pediatric fever. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al., eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 8th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Mosby; 2013:chap 167.

Mikati MA. Febrile seizures. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders; 2011:chap 586.1.



Dra. Maria Eugenia Russi

Neuropediatra