

197P

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA  
INTERNATO HOSPITALAR DE PEDIATRIA

CONVULSÕES FEBRIS DA INFÂNCIA  
-TRATAMENTO E PROGNÓSTICO-

Dda. Valéria Teresa de Oliveira Pereira

Florianópolis, Julho 1983.

ÍNDICE   GERAL

I. RESUMO	PÁG. 01
II. INTRODUÇÃO	PÁG. 03
III. GENERALIDADES	PÁG. 05
IV. TRATAMENTO	PÁG. 08
V. PROGNÓSTICO	PÁG. 12
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOG.	PÁG. 14

RESUMO

O presente trabalho visa apresentar alguns conceitos 'atuais sobre o problema das convulsões febris na infância, enfatizando os aspectos referentes a tratamento e prognóstico.

## INTRODUÇÃO

Em muitas crianças, durante os primeiros anos de vida, a rápida elevação térmica ocasionada por infecções extra-cranianas é responsável por crises convulsivas, também chamadas Convulsões Febris da Infância.

A suscetibilidade dos lactentes e crianças para convulsões associadas à hipertermia é reconhecida há mais de 2.000 anos. Hipócrates (470-377 A.C.) já relacionava a existência de crises convulsivas à ocorrência de altas temperaturas, embora questionasse se a febre precedia às crises ou eram consequências destas.

Dentro da Neurologia o assunto é bastante controvertido e polêmico, não só no que concerne à sua classificação dentro das epilepsias, como também no que se refere a seu tratamento. As opiniões são as mais variadas assim com também são muitos os esquemas terapêuticos.

Um antigo aforisma, "Em medicina, abundância é sinal de ignorância", explica a situação atual dos conhecimentos dessa patologia, que é comum na prática pediátrica. Apesar dos inúmeros progressos adquiridos pela medicina contemporânea, este quadro ainda permanece como um desafio para estudiosos do mundo todo que lutam para desvendar seus mistérios, e diminuir seus malefícios sobre os pacientes atingidos.

Entre outros, dois aspectos do problema são objeto e objetivo deste trabalho: estabelecer um lugar comum sobre o qual se apoiam os princípios que regem o tratamento desta entidade nosológica, e tentar saber em que ponto estamos quanto a seu prognóstico.

GENERALIDADES



As convulsões febris ocorrem preferentemente entre crianças de um a três anos de idade, sendo raras antes dos 6 meses ou acima de 6 anos. É extremamente rara antes de 2 meses de idade.

Qualquer condição de origem infecciosa, como amigdalites, rinofaringites, resfriados comuns, otite média, pielonefrite, pneumonias, enterites, sarampo, e uma vasta série de outras doenças que produzam elevação repentina da temperatura pode provocá-las. Ligam-se invariavelmente à elevação térmica e quanto mais rápida e intensa essa elevação, tanto mais provável seu aparecimento. Todavia, o grau de temperatura que as condiciona está, até certo ponto, na dependência de fatores individuais. Tem-se visto pacientes portadores de Convulsões Febris que não tem crises convulsivas durante um estado infeccioso com grande hipertermia, e que vão apresentá-las com temperatura muito inferior em outra oportunidade. Observou-se que a temperatura média em que há desencadeamento da crise é de  $40^{\circ}\text{C}$ , com variação de  $38,5^{\circ}\text{C}$  a  $41,4^{\circ}\text{C}$ .

A incidência de convulsões em crianças comparadas à população em geral tem sido descrita como variando entre 1% a 15%. As convulsões febris correspondem a uma parcela majoritária destas convulsões.

A taxa de prevalência é de aproximadamente 2% a 4% em crianças abaixo de 5 anos de idade.

A taxa de recorrência das convulsões febris tem sido relatada de 25% a 50%, sendo que 33% é a estimativa média.

As convulsões febris ditas benignas possuem algumas características que as diferenciam das convulsões febris severas. Entre outros aspectos, sabemos que se pode esperar um melhor prognóstico de convulsões febris que se apresentam com duração menor que 15 minutos, tipo generalizada, com sinais neurológicos ausentes fora da crise, em crianças com idade superior a 18 meses, com ECG normal após uma semana passada a crise, etc. Ao mesmo tempo sabemos que crianças que tem convulsões prolongadas, em idade muito precoce, com sinais neurológicos ou de desvios de comportamento antes da crise ou mesmo possuem uma história familiar de convulsões afebris, essas tem uma expectativa de pior prognóstico.

Todos os fatores acima citados vão influenciar diretamente o

manejo dessas crianças, assim como nos permite esperar por este ou aquele prognóstico.

O risco de recorrência é elevado. E é tanto maior quanto maiores os fatores de risco de cada criança em particular.

Além das recorrências outras sequelas podem advirem das convulsões febris, como morte, estados epiléticos, déficits motores e de coordenação permanentes, desvios comportamentais, retardo mental, entre outras.

Todos esses fatores devem ser avaliados, estudados e pesados criteriosamente quando se fizer necessário avaliar ou mesmo estabelecer um tratamento, seja ele de urgência ou profilático, de uma criança portadora de convulsões febris.

TRATAMENTO

No momento em que ocorrem as crises convulsivas, medidas gerais, comuns a qualquer outra forma de convulsão deverão ser tomadas. A princípio aguarda-se a evolução do quadro, pois a crise tende a desaparecer espontaneamente após alguns minutos. Neste meio tempo é importante que se proteja a criança para evitar que a mesma possa se ferir, evitar que a mesma possa "afogar-se" pelo abaixamento de sua própria língua e outras medidas como estas, que são básicas na vigência de todos os outros quadros convulsivos.

A partir do momento em que se estabelece uma sequência de crises repetidas e subentrantes, inicia-se prontamente a sedação do paciente, seguindo-se a mesma rotina usada para epilepsia de um modo geral.

Da mesma forma, é óbvio que medidas visando erradicar a causa básica desencadeante do fenômeno convulsivo devem estar sendo tomadas. É importante, desde o início tentar erradicar o foco infeccioso e controlar a febre. Isto faz parte das medidas gerais e admite-se que o médico terá o bom senso de providenciá-las o mais rapidamente possível.

Uma vez sustada a crise, começam as interrogações e, até mesmo, as dúvidas sobre qual a conduta que deverá ser adotada em cada caso, ou seja, o que se deve fazer com este paciente ou aquele.

Começa então toda uma pesquisa em torno do paciente, desde a história mórbida até exames laboratoriais e eletroencefalográficos. Tudo deverá ser cuidadosamente pesquisado, pois um detalhe que pode parecer insignificante, poderá ser decisivo para o encaminhamento da conduta a ser tomada. O diagnóstico deve ser preciso e criterioso.

Os seguintes critérios são recomendados para o diagnóstico de desordens convulsivas:

- a) A primeira convulsão está associada com uma elevação de temperatura acima de 38°C;
- b) a criança tem menos de 6 anos de idade e não há evidência de processos inflamatórios ou infecciosos do Sistema Nervoso Central;
- c) não estão presentes distúrbios metabólicos sistêmicos agudos;
- d) não há história prévia de epilepsia.

O diagnóstico poderá ser de uma convulsão febril benigna ou de convulsão severa.

Benignas ou simples caracterizam-se por crises de duração in

ferior a 15 minutos, geralmente generalizadas, sem estarem associadas a encefalopatias ou traumatismos cranianos ou obstétricos, na presença de exame neurológico, laboratorial e eletroencefalográfico normais, e que quase sempre ocorrem nas primeiras horas de febre.

Severas ou complexas são aquelas convulsões que apresentam-se com longa duração, de características focais e em séries, com exames que demonstrem achados neurológicos ou eletroencefalográficos aberrantes, e ainda quando na vigência de encefalopatias.

Estabelecido o diagnóstico, deve-se calcular os riscos de recorrência e/ou de sequelas. Sabe-se que crianças que apresentaram suas crises em idade precoce, ou com achados de convulsões severas ou com história familiar de convulsões afebris, tem um risco aumentado de virem a apresentar recorrências ou mesmo de desenvolver epilepsia subsequente.

É aí que surgem as maiores controvérsias: tratar profilaticamente esses pacientes ou não tratá-los? Se a resposta for positiva, de que forma tratar?

Alguns autores desaconselham o tratamento continuado dos portadores de convulsões febris benignas. O tratamento proposto por esse grupo consiste em dar o medicamento anticonvulsivante apenas na vigência de hipertermia. No entanto, pelo conhecimento farmacológico que se tem a respeito das drogas anticonvulsivantes, sabe-se que não há uma lógica científica nesta proposta terapêutica, pois é necessário um período relativamente longo para que sejam alcançados níveis sanguíneos eficazes dessas substâncias.

Estudos realizados comprovaram que em crianças não tratadas, o índice de recorrência chegou a 55%, ao passo de que em crianças que foram tratadas continuamente esta taxa decresceu para apenas 4%.

Parece-nos claro que se fossemos tratar todas as crianças que tiveram uma crise convulsiva febril, estaríamos radicalizando e, porque não dizer, até cometendo atentados contra o bom senso. Da mesma forma, deixar sem tratamento crianças com risco aumentado de desenvolverem sequelas das convulsões febris, seria uma temeridade. O importante nessas ocasiões é saber definir cada caso com precisão e daí partir para uma conduta, seja ela qual for.

No que diz respeito às drogas usadas, o fenobarbital parece

ser a droga de primeira escolha pela maioria dos autores consultados. Comprovadamente, o uso dessa droga faz com que se diminua consideravelmente a taxa de recorrência comparada aos grupos de crianças não tratadas. Preconiza-se o seu uso numa dose de 2 a 4-5mg/Kg, dividido em duas tomadas ou apenas uma. O fenobarbital chega a um nível sanguíneo estável após 2 a 3 semanas do início do tratamento.

Entretanto, alguns pacientes não conseguem manter-se em tratamento com fenobarbital devido a seus efeitos colaterais. Esses perfazem aproximadamente 20% dos pacientes em uso da droga.

Alguns estudos demonstraram que, nesses casos, o uso de Primidona pode ser adotado, com bons resultados para alguns pacientes. A dose diária desta droga varia de 10 a 15mg/Kg, sendo que níveis séricos adequados são atingidos em 4-7 dias. O seu uso deve ser iniciado com doses menores que as preconizadas como ideais, e o aumento da dose é gradativo.

Outra droga que foi testada, a Fenitoína, demonstrou-se ineficaz no que diz respeito a diminuição da taxa de recorrência, embora comprovadamente os pacientes que a usaram não tenham tido, na recorrência, crises convulsivas severas.

Os estudos feitos em torno de drogas que atuam como anti-convulsivantes são muitos e variados. A droga mais conhecida continua sendo o fenobarbital e, por este motivo, nos parece ser a que maior segurança oferece ao médico no manejo da criança portadora de convulsão febril de alto risco. Muita coisa a seu respeito ainda é desconhecido, mas são inegáveis os benefícios que esta droga oferece. Desta forma, não comete um erro aquele médico que tenta iniciar o tratamento de seu paciente a partir do uso de Fenobarbital. E, parece-nos que até prova em contrário, esta deva ser a primeira escolha na terapêutica das convulsões febris.

PROGNÓSTICO

De um modo geral, as convulsões febris da infância tem um caráter benigno e tendem a desaparecer após os 6 anos de idade, ou até mesmo, muitas podem permanecer como um único episódio em toda a vida de uma criança.

Ainda assim, a taxa de recorrência é muito alta (variando de 20 a 55%) e implica em um risco a ser corrido de posteriores sequelas nas crianças afetadas.

È bastante claro que quanto maior o risco, segundo critérios citados anteriormente, tanto maior a possibilidade de um prognóstico desfavorável. Assim, uma criança que comprovadamente tem uma convulsão febril do tipo benigno, possui também um prognóstico muitas vezes melhor que uma criança cuja crise convulsiva apresentou características de severidade e complexidade.

È bastante considerado o risco de desenvolver posterior epilepsia. Assim como também é grande o risco de sequelas, desde as mais simples, como desvios comportamentais até morte.

Entre as sequelas mais frequentes estão os desvios comportamentais, os distúrbios de aprendizado e motores, retardo mental e desenvolvimento posterior de epilepsias do tipo focal.

Qualquer destas sequelas é, de alguma forma, mutilante para a criança que a possuir. Por esse motivo, deve-se sempre que for possível, evitá-las. E um dos fatores importantes para que isso possa ocorrer diz respeito ao tratamento adequado das crianças que possuem risco aumentado de recorrências. Isto porque, a cada crise sofrida pela criança, maior é a probabilidade de desenvolvimento de sequelas e pior o seu prognóstico.

O que se pode concluir disso é que embora possa parecer por vezes exageradas, todas as medidas terapêuticas devem ser tomadas no sentido de proteger essas crianças de futuras complicações.



REFERÊNCIAS   BIBLIOGRÁFICAS

**TCC  
UFSC  
PE  
0197**

**Ex.1**

**N.Cham. TCC UFSC PE 0197**

**Autor: Pereira, Valéria T**

**Título: Convulsões febris da infância :**



972808549

Ac. 253837

**Ex.1 UFSC BSCCSM**