

**Comportamiento del síndrome febril prolongado en niños de la sala Maceo**

**Behavior of the prolonged febrile syndrome in children of the Maceo ward**

**Dr. Víctor M. Guevara Couto; Dr. Eduardo Espinosa del Risco**

Hospital Pediátrico Provincial Docente Dr. Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

**Fundamento:** la fiebre es la causa más común de consulta en Pediatría y está habitualmente relacionada con enfermedades infecciosas.

**Objetivo:** describir el comportamiento del síndrome febril prolongado.

**Método:** se realizó un estudio descriptivo en 27 pacientes ingresados con síndrome febril prolongado en la sala Antonio Maceo del Hospital Pediátrico Provincial Docente Dr. Eduardo Agramonte Piña de Camagüey, desde septiembre de 2002 a enero de 2007.

**Resultados:** los principales signos y síntomas acompañantes fueron astenia, anorexia, palidez cutáneo-mucosa y adenopatías. Las causas encontradas con más frecuencia fueron infecciosas y las colagenosis. Entre los exámenes complementarios con resultado patológico se encontraron el hemograma con diferencial y la lámina de periferia. Más de la mitad de los pacientes fueron tratados con antimicrobianos.

**Conclusiones:** en un número notable de pacientes no se precisaron las causas de este síndrome.

**DeCS:** Fiebre/etiología; niño

**ABSTRACT**

**Background:** fever is the most common cause in Pediatric consulting room and it is habitually related with infectious diseases.

**Objective:** to describe the behavior of the prolonged febrile syndrome. **Method:** A descriptive study in 27 patients admitted with prolonged febrile syndrome in Antonio Maceo ward at Dr. Eduardo Agramonte Piña Provincial Educational Pediatric Hospital of Camagüey, from September 2002 to January 2007.

**Results:** the main signs and accompanying symptoms were asthenia, anorexia, cutaneous-mucous pallor and adenopathies. The most frequent causes were infectious and the collagenosis. Among the complementary exams with pathological result were the differential hemogram and the periphery lamina. More than half of the patients were treated with antimicrobial.

**Conclusions:** in a remarkable number of patients the causes of this syndrome were not determined.

**DeCS:** Fever/etiology; child

## INTRODUCCIÓN

La fiebre es la causa más común de consulta en Pediatría y está habitualmente relacionada con enfermedades infecciosas.<sup>1, 2</sup> Se considera cuando la temperatura es superior a 38°C en la axila, es mayor entre las 16-18 horas y menor durante la madrugada (ritmo circadiano).<sup>3</sup> La hipertermia es la temperatura corporal alta, en la que hay aumento en la producción del calor o trastornos en la disipación.<sup>2, 3</sup> Cualquiera que sea la causa de la fiebre, la vía final común, es la formación de sustancias pirógenas, que alteran el termostato hipotalámico.<sup>4, 5</sup> Muchas definiciones y conceptos han derivado de este término, entre ellos el síndrome febril agudo, el prolongado, la fiebre de origen desconocido y otros relacionados con su presencia.<sup>2, 6</sup> El síndrome febril prolongado (SFP) en niños es un término impreciso. Unos autores plantean que es la presencia de fiebre de más de 38°C, mayor de seis días<sup>7</sup>, otros cuando es mayor de siete días<sup>2, 5</sup> y otros si es más de diez días<sup>8, 9</sup>; según Ruiz Contreras<sup>9</sup> y Farreras<sup>10</sup> incluye además, los criterios de FOD descritos por Petersdorf y Beeson, para adultos.

Según Roca Goderich<sup>7</sup> y Long S<sup>11</sup>, el descubrimiento del termómetro por Wunderlich en 1868 al ser medible la temperatura constituyó una expresión del quebrantamiento del equilibrio salud-enfermedad. Se encontraron nuevos métodos de diagnóstico y de prevención, basta con mencionar, el hallazgo del bacilo de la Tuberculosis en 1882<sup>7</sup>, las técnicas de coloración de parásitos de la malaria en 1891<sup>12</sup> y surgieron nuevos conceptos, el paciente inmunodeprimido con SFP, el paciente neutropénico con SFP, el seropositivo al VIH y FOD y el paciente transplantado con SFP.<sup>13, 14</sup> El descubrimiento de la penicilina por Alexander Fleming, marcó una nueva era de la Medicina. En lo adelante nuevos antimicrobianos surgieron y un nuevo problema: la resistencia antimicrobiana, la cual se conoce como la epidemia silente del siglo XXI.<sup>15, 16</sup>

En nuestro hospital provincial queda el aporte dado por los profesores Acosta Sónora y Beyra Alemañy, quienes sentaron pautas del SFP con un sentido práctico.

Pensamos que este trabajo será de gran utilidad económica, al reducir el número de complementarios y disminuir el uso de antimicrobianos. Es por ello que decidimos describir el comportamiento del síndrome febril prolongado en la sala Antonio Maceo de nuestro hospital.

## MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo en niños de 3 a 17 años de la sala Antonio Maceo del Hospital Pediátrico Provincial Docente Dr. Eduardo Agramonte Piña, en Camagüey, Cuba, desde septiembre de 2002 a enero de 2007. El universo estuvo constituido por 1237 pacientes con fiebre y la muestra por 27 pacientes con síndrome febril prolongado (SFP). Se incluyeron en el estudio los niños con fiebre de siete días o más, sin causa conocida, ingresados en esta sala. Se excluyeron los pacientes en cuyas historias clínicas no se hallaron los datos necesarios para el estudio. Las variables estudiadas fueron los signos y síntomas acompañantes, causas encontradas, complementarios con resultado patológico, uso de antimicrobianos.

Para la obtención de los datos se trabajó con un formulario (registro primario) donde se tuvieron en cuenta los datos generales: número de historia clínica, nombre y apellidos, edad al ingreso, signos y síntomas acompañantes, causas encontradas, complementarios patológicos, uso de antimicrobianos). Este formulario fue llenado por los autores, basado en las historias clínicas (fuente secundaria). Los datos recogidos en las mismas se procesaron manualmente, mediante el programa Microsoft Office 2003, en una PC Toshiba Satellite y los resultados se expresaron en por ciento.

## RESULTADOS

Los principales signos y síntomas acompañantes encontrados con más frecuencia fueron astenia, anorexia y palidez cutáneo-mucosa, en 6 pacientes para un 22,2 %, seguido por las adenopatías. Tabla 1

**Tabla 1. Principales signos y síntomas acompañantes**

<b>Signos y síntomas</b>	<b>Número de niños que lo presentaron</b>	<b>%</b>
Astenia	6	22,2
Anorexia	6	22,2
Palidez cutáneo mucosa	6	22,2
adenopatías	5	18,5
Tos	4	14,8
Dolor abdominal	4	14,8
Cefalea	4	14,8
Pérdida de peso	4	14,8
Náuseas	3	11,1
Artralgia	3	11,1

Con respecto a la frecuencia de la enfermedad infecciosa y la no precisada el absceso alveolar predominó en el 11,1 %, seguido de las colagenosis. Tabla 2

**Tabla 2. Causas encontradas en los pacientes con síndrome febril prolongado**

<b>Causas</b>	<b>Número de niños que lo presentaron</b>	<b>%</b>
<b>Infecciosas</b>		
Absceso alveolar	3	11,1
Salmonelosis	2	7,4
Escarlatina	1	3,7
Citomegalovirus	1	3,7
Hepatitis C	1	3,7
ITU	1	3,7
Síndrome Coqueluchoide	1	3,7
<b>Subtotal</b>	<b>10</b>	<b>37</b>
<b>Colagenosis</b>		
Artritis reumatoide	2	7,2
Fiebre reumática	1	3,7
Carditis reumática	1	3,7
<b>Subtotal</b>	<b>4</b>	<b>14,8</b>

Los complementarios con resultado patológico más frecuentes fueron el hemograma con diferencial, la lámina de periferia y la eritrosedimentación, seguidos por ultrasonidos y transaminasa glutámicapirúvica. (TGP) Tabla 3

**Tabla 3. Exámenes complementarios con resultado patológico**

Complementarios	Número	%
<b>Hemoquímicos</b>		
Hemograma con diferencial	14	51,8
Lámina periférica	14	51,8
Eritrosedimentación	13	48,1
TGP	4	14,6
Proteínas totales	3	11,1
Creatinina	1	3,7
Conteo de linfocitos	1	3,7
Serología citomegalovirus	1	3,7
Hemocultivo	1	3,7
<b>Orina</b>		
Citúria	1	3,7
Urocultivo	1	3,7
<b>Microbiológicos</b>		
Exudado faríngeo	1	3,7
Heces fecales	2	7,4
<b>Ultrasonidos</b>		
Ultrasonidos	6	22,2
Rayos X Tórax	1	3,7
Rayos X cadera	1	3,7
Ecocardiograma	1	
<b>Invasivos</b>		
Medulocultivo	1	3,7
BAAF	1	3,7

Fuente: Historias Clínicas

**Nota:** El porcentaje de complementarios patológicos fue hallado con respecto al total de pacientes incluidos en la investigación.

Los antimicrobianos fueron usados en más de la mitad de los pacientes (52 %). Tabla 4

**Tabla 4. Uso de antimicrobianos en pacientes con síndrome febril prolongado**

Antimicrobianos	Número de pacientes	%
Usaron	14	52
No los usaron	13	48
total	27	100

Fuente: Historias Clínicas

**Nota:** El total de pacientes se corresponde con el total de niños comprendidos en el estudio.

## DISCUSIÓN

En la bibliografía revisada, varios autores refieren que los signos y síntomas que acompañan a la fiebre son variados y generalmente subjetivos. Mientras algunas personas manifiestan sensaciones de incomodidad como cefalea, cansancio, mialgias o alteraciones visuales, otras con la misma temperatura no la reportan. Las manifestaciones clínicas más comunes son escalofríos, pilo-erección, sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, mialgias, cefalea, calor, herpes labial.<sup>14, 15</sup> Otros consideran de gran ayuda la búsqueda de exantema, adenopatías, esplenomegalia y artritis,<sup>4</sup> lo que coincide con este estudio donde se encontraron con mayor frecuencia signos y síntomas inespecíficos, tales como, astenia, anorexia, palidez cutáneo-mucosa, seguido por adenopatías y cefalea. Sin embargo, hallamos la presencia de tos, dolor abdominal, pérdida de peso y lesiones de piel, a diferencia de lo encontrado en la literatura, pero coincidiendo con la subjetividad referida.

La mayoría de los autores concuerdan en que las causas del SFP pueden ser infecciosas, colagenosis, neoplásicas, neuropsíquicas.<sup>4, 14</sup> Según un estudio realizado en Colombia, en el 50 % de los pacientes la causa fue infecciosa, en el 28 % neoplásica y en el 6 % del tejido conectivo<sup>17</sup>, comparado ese artículo con la literatura y este estudio, se muestra una mayor prevalencia de enfermedades neoplásicas, ya que aparece como segunda causa en vez de las colagenosis. En correspondencia con la bibliografía consultada encontramos que predominó la causa infecciosa<sup>18, 19</sup> con un 37 %, dentro de ellas el absceso alveolar. A las colagenosis correspondió el segundo lugar en frecuencia, y luego las neoplasias. Con respecto a las causas no precisadas, nuestro estudio recoge el 37 %, mientras que en otros textos consultados de Argentina constituyen el 20 %<sup>18</sup>, y en Colombia fue de causa no precisada el 12 %.<sup>17</sup>

Siempre es necesario acudir a estudios de laboratorio.<sup>20, 21</sup> Los autores revisados, si bien recomiendan realizar una serie de complementarios básicos,<sup>18, 22</sup> no especifican cuáles de ellos son más útiles para el diagnóstico, por lo cual es de interés conocer los complementarios que proporcionan un mayor porcentaje de positividad para establecer una prioridad. Este dato no es ilustrado en la bibliografía, sin embargo, es de valor en nuestro medio, ya que así evitamos su uso indiscriminado. Se apreció en este estudio que el hemograma con diferencial y lámina de periferia fueron los de mayor positividad, seguidos por la eritrosedimentación, ultrasonido y TGP. En relación a la terapéutica existe el criterio unánime de que las medidas antitérmicas son la conducta adecuada<sup>23, 24</sup>, hasta que se determine la causa siempre que no haya factores de riesgo que orienten al uso precoz de antimicrobianos, por la frecuencia de infecciones bacterianas graves y oportunistas.<sup>13, 14</sup> En contraposición a lo expuesto, la mayoría de los pacientes (52 %) recibió tratamiento antimicrobiano.

## CONCLUSIONES

Los principales signos y síntomas acompañantes fueron la astenia, anorexia y palidez cutáneo-mucosa. Las causas más frecuentes fueron infecciosas, seguida por las colagenosis. En un número notable de pacientes no pudo precisarse. La lámina de periferia y el hemograma con

diferencial prevalecieron entre los exámenes complementarios, con resultado patológico. Más de la mitad de los pacientes fueron tratados con antimicrobianos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abraham M, Rudolph J. Rudolph's Pediatrics. USA: Prentice Hall Internacional; 1996. p. 545-51.
2. Behrman R, Kliegman R, Arvin A. Nelson Textbook of Pediatrics. USA: McGraw-Hill Interamericana; 2003. p. 874-81.
3. Fernández López J. Síndrome febril. [ en Internet]. 2001 [citado 5 agosto 2007]:[aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.saludalia@saludalia.com>
4. Coovadia H, Wittenberg D. Paediatrics and Child Health. Cape Town: Oxford University Press; 1998. p. 241-51.
5. Bennet J. Tratado de Medicina Interna. USA: Edcimed; 1998. p. 1769-73.
6. Cruz M. Tratado de Pediatría. España: Edcimed; 2006. p. 427-35.
7. Goderich R. Temas de Medicina Interna. Santiago de Cuba: Edcimed; 2002. p. 494-502.
8. Cruz M, Crespo M. Compendio de Pediatría. España: Edcimed; 2006. p. 143-6.
- 9- Ruiz Contreras J, López González G. Fiebre de origen desconocido y fiebre prolongada. [en Internet]: [citado 9 de jun 2007]: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/gipi/>.
10. Farreras V. Enfermedades infecciosas. Medicina Interna. España: Harcourt; 2000.p. 233-7
11. Long S. Distinguishing among Prolonged Recurrent and Periodic Fever Syndromes. Ped Clin Nam 2004; 52(20): 811-25.
12. Botero D, Restrepo M. Parasitosis humanas. Medellín: Corporación para Investigaciones biológicas; 2005. p. 162-4.
13. Paulino R. Bacteriemia oculta en niños. Rev Archivo Médico de Camagüey 2007; 11(1): 22-7.
14. Palacio F. Fiebre prolongada en Pediatría. [en Internet]: [citado 9 jun 2007]: [aprox. 25p.]. Disponible en: <http://www.google.com/search>
15. Luszczak M. Evaluation and management of infants and young children with fever. [en internet]. 2001 [citado 2 sep 2007]: [aprox. 2p]. Disponible en: <http://www.monografias.com>.
16. Llops HA. Microbiología y Parasitología médicas. Cuba: Edcimed; 2001.p. 310-2.
17. Cohen Arazi J. Síndrome Febril. Rev Ped Juan P Garrán 2003; 4(32):15-8.
18. Kumate J, Muñoz O. Manual de Infectología. Argentina: Méndez editores; 2001.p. 231-4.
19. Brook I. FOD en niños pequeños.
20. Castaños S. Fiebre y FOD.
21. Pomerang A. Fiebre sin foco evidente. Estrategias diagnósticas en Pediatría. Philadelphia: Mac Graw-Hill Interamericana; 2002. p. 220-5.
22. Peña R. Abordaje del niño con Fiebre sin foco. [en Internet]. 2004 [citado 4 de ag 2007]: [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.monografias.com>
23. Dworkin P. Pediatrics. USA: Williams and Wilkins; 1996.p. 275-82.
24. Jaramillo A. Fiebre. [en Internet]. 2004 [citado 4 de sep 2007]: [aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.google.com/search>

Recibido: 18 de diciembre de 2007.

Aceptado: 21 de marzo de 2008.

*Dr. Víctor M. Guevara Couto.* Especialista de primer grado en Pediatría. Asistente. Hospital  
Pediátrico Provincial Docente Dr. Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.