

Tabla 29-1

CAUSAS FRECUENTES DE SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO

I. Infecciosas	
<i>Bacterianas</i>	
Infección urinaria	Brucelosis
Fiebre tifoidea	Lepptospiriasis
Tuberculosis	Espiroquetosis
Endocarditis	Rickettsiasis
Osteomielitis	Tularemia
Sinusitis	Psittacosis
Absceso hepático, cerebral, subfórneo, pericráneo	
Mastoiditis	
Fiebre por rasguño de gato	
<i>Virales</i>	
Epstein-Barr, CMV	
<i>Micóticas</i>	
Candidiasis	Histoplasmosis
Criptococosis	
<i>Protozoarias</i>	
Chagas	Malaria
Toxoplasmosis	Leishmaniasis
Larva migrans visceral	
II. Mesenquimáticas	
Fiebre reumática	
Artritis reumatoide	
Lupus eritematoso	

a infecciones bacterianas en que ha existido un mal manejo inicial, que incluye uso de antibióticos precozmente y sin diagnóstico, que van a oscurecer y enmascarar los signos y síntomas propios de cada patología, así como exámenes y procedimientos mal solicitados, mal desarrollados o mal interpretados. Es frecuente que la temperatura haya sido tomada en forma incorrecta o mal evaluada. Una primera etapa diagnóstica incluye hospitalización, una detallada anamnesis, un examen físico cuidadoso y una serie de exámenes de rutina, según se expresa en la Tabla 29-2.

Tabla 29-2

PRIMERA ETAPA DIAGNOSTICA EN SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO

- I. Hospitalización: Control serial de temperatura
- II. Anamnesis:
 - ¿Cómo ha medido la fiebre?
 - Tiempo de evolución
 - Síntomas y signos acompañantes
 - Antecedentes, contactos, medicamentos, alergia, animales, viajes
 - Exámenes y tratamientos a la fecha.
- III. Examen físico:
 - Exantemas o lesiones cutáneas y adenopatías
 - Examen otorrinolaringológico
 - Fondo de ojo
 - Palpación muscular y ósea
 - Examen cuidadoso de articulaciones
 - Examen neurológico por neurólogo
- IV. Exámenes de laboratorio:
 - Hemocultivos
 - VHS y PCR cuantitativa
 - PPD, ASO, Widal, Haddleson
 - Radiografía de tórax
 - Ecografía abdominal

Descartadas así las patologías bacterianas más tradicionales, es necesario investigar infecciones virales, protozoarias y fúngicas, simultáneamente con las mesenquimáticas. En cuanto a las bacterianas, es el momento de pensar en abscesos profundos y localizaciones óseas que todavía no manifiestan síntomas evidentes (Tabla 29-3).

Por último, si aún no se ha llegado a diagnóstico, será necesario estudiar las causas metabólicas, neoplásicas y, en niños mayores, la fiebre fraudulenta o fugida (Tabla 29-4).

Pese a un persistente y bien llevado estudio, un porcentaje cercano al 10% de los pacientes puede quedar sin diagnóstico. La mayoría de ellos regresará espontáneamente, haciéndose afebriles; en el resto, con posterioridad aparecerá una causa, demasiado tarde para un tratamiento adecuado.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Hernández G, Castro J. Definición consensual de sepsis: el comienzo de una nueva era. En: Castro J, Hernández G. Sepsis. Santiago, Chile: Ed. Mediterráneo, 1993: 15-18.
- Jacobs RE, Sowell MK, Moss MM *et al*. Septic shock in children: Bacterial etiologies and temporal relationships. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9:196-200.
- McGowan JR Jr. Changing etiology of nosocomial bacteremia and fungemia and other hospital acquired infections. *Rev Infect Dis* 1985; 7(Suppl):S357-62.

SINDROME FEBRIL PROLONGADO

WALTER LEDERMANN

Existen dos criterios para definir el síndrome febril prolongado: el tiempo transcurrido y el estudio realizado. El tiempo varía, según los distintos autores, de 10 a 21 días y el estudio, que incluye una extensa gama de análisis y procedimientos, comprende 7 días de hospitalización. Si al cabo de estos plazos persiste la fiebre sin diagnóstico, se habla de síndrome febril prolongado.

Sinónimos: fiebre de origen desconocido, fiebre inexplicable.

Etiología. Las etiologías más frecuentes son infecciosas, de preferencia bacterianas y mesenquimáticas. La Tabla 29-1 resume, sin ser exhaustiva, las más frecuentes.

Patogenia. Depende de la etiología y es analizada en la sección respectiva.

Epidemiología. Dada la diversidad de etiologías, no existe un patrón epidemiológico. La falta de una adecuada y uniforme definición dificulta los estudios de incidencia, distribución por edades, sexo, etcétera.

Manifestaciones clínicas. Lo fundamental es la persistencia de la fiebre, que puede adoptar diferentes curvas: mantenida, remitente, intermitente, irregular, que orientan hacia la etiología. Inicialmente el estado general suele ser bueno, comprometiéndose a medida que la fiebre se prolonga. El examen físico es pobre en hallazgos: cuando éstos aparecen indicando focalizaciones, el diagnóstico está próximo. Es importante una adecuada medición de la temperatura, de preferencia rectal, lo cual se facilita con la hospitalización.

Diagnóstico. Considerando la diversidad de causas que aparecen en la Tabla 29-1, así como en otras más extensas de distintos textos clásicos, el pediatra puede sentir la tentación de realizar múltiples exámenes sin una adecuada jerarquización.

De acuerdo a nuestra experiencia, la mayor parte de los casos corresponde

Tabla 29-3
SEGUNDA ETAPA EN DIAGNOSTICO
EN SINDROME FEBRIL PROLONGADO

Ecocardiografía bidimensional
Tomografía axial computarizada cerebral
Mielograma y mielocultivo
Citografía ósea
Citografía hepática
Electroforesis en proteínas
Screening metabólico
Serología para Epstein-Barr, VIH, toxoplasma
Estudio citomegalovirus

Tratamiento. El síndrome febril prolongado es un problema de diagnóstico, no de tratamiento, el que dependerá de la causa encontrada. Sin embargo, en tanto se llega al diagnóstico existe un manejo a considerar que incluye la medición de la temperatura, control de la fiebre, la alimentación y la relación con los padres.

1. La medición de la temperatura deberá hacerse al menos dos veces al día, de preferencia rectal. Quien tome la temperatura deberá estar presente durante todo el procedimiento; no dejará el termómetro puesto mientras realiza otras funciones.

2. Como principio general, no deben usarse antipiréticos, pues falsearían la observación. Si la fiebre es muy alta, se indicarán medios físicos y/o antipiréticos para bajarla.

3. Es necesario recordar que la fiebre aumenta el consumo energético; es importante, por lo mismo, no descuidar la alimentación, de por sí reducida por la anorexia del paciente. En el lactante puede llegar a ser necesario el uso de sonda nasogástrica o alimentación enteral continua.

4. Es indispensable tomarse el tiempo suficiente para explicar a los padres los pasos que se están dando hacia el diagnóstico, calmando su ansiedad por un "tratamiento" que no es posible realizar. Es rentador para los padres, ante un cuadro febril que se prolonga inexplicablemente, culpar a los médicos o a la institución de ineficiencia, solicitando un traslado que sólo retardará el diagnóstico, obligando a una repetición de exámenes y procedimientos que en nada beneficia al enfermo.

Pronóstico. La mayoría de los casos corresponde a patologías corrientes de buen pronóstico. En el resto, no puede hacerse una generalización.

Tabla 29-4
CAUSAS MENOS FRECUENTES DE SINDROME FEBRIL PROLONGADO

Neoplásicas:

Leucemia
Neuroblastoma
Enfermedad de Hodgkin
Linfoma

Metabólicas:

Fiebre transtenta o simulada
Fiebre de droga (medicamentosa)
Defecto de termoregulación
Displasia ectodérmica
Fiebre mediterránea familiar

Profilaxis. Parece que no cabe la consideración de este punto, pero podemos preguntarnos cuántas hospitalizaciones por síndrome febril prolongado se evitarían si los médicos no se precipitaran en el diario ejercicio de la pediatría ambulatoria— al hacer el diagnóstico e indicar tratamiento antibiótico sin los suficientes elementos de juicio.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Jiménez L. Fiebre ficticia. *Rev Chil Infect* 1992; 9(1):23-4.
Lorin M, Feigin RD. Fever without localizing signs and fever of unknown origin. En: Feigin RD, Cherry JD. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*, 3^{ra} ed. Philadelphia: Saunders, 1992:1012-22.
Pizzo PA, Lovejoy GH, Smith DH. Prolonged fever in children. Revision of 100 cases. *Pediatrics* 1975; 55:468-73.
Weinstein L. Clinically benign fever of unknown origin: A personal retrospective. *Rev Infect Dis* 1985; 7:692-6.