



Volumen 12, número 3, 2003

[Página principal](#)

Síndrome Febril sin Causa Aparente en Lactantes Menores de 3 Meses: Utilidad de la Punción Lumbar.

[Presentación](#)

Dra. Nelly Galarza-Esparza

[Equipo directivo y comité científico](#)

Facultad de Medicina Norte, Universidad de Chile

[Información para los autores](#)

CORRESPONDENCIA: Dra. Nelly Galarza-

[INDICE](#)

Esparza, Av. Vicuña Mackenna Oriente 7321,

Dpto 13, La Florida, Santiago de Chile

[Revistas Anteriores](#)

[Envío de artículos](#)

RESUMEN: El síndrome febril sin foco aparente en los niños menores de tres meses es uno de los problemas que enfrenta diariamente el pediatra. Esto ha motivado a realizar un estudio que permitiera evaluar la utilidad diagnóstica de la punción lumbar en estos casos, describir un grupo de menores de tres meses con fiebre sin foco aparente y conocer la frecuencia de meningitis viral. Se efectuó un análisis descriptivo de 253 fichas clínicas de pacientes hospitalizados en la unidad de aislamiento del Hospital Roberto del Río, desde enero del 2001 a enero del 2003. La edad de los pacientes varió de 2 a 87 días. Eran menores de 28 días el 55,7% y menores de 2 meses el 86,6%. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fiebre o inapetencia. Las pruebas complementarias mostraron leucopenia o leucocitosis en el 28%. La PCR y VSG estaban alterados en el 1,6% y 10,7% respectivamente. El hemocultivo fue positivo sólo en el 3,2%. El estudio urinario estuvo alterado en 30 infantes. Se efectuó punción lumbar en el 88,1% de los casos (223/253 pacientes), presentándose alteraciones solamente en 14 niños, 10 con meningitis viral y 4 con meningitis bacteriana. La pielonefritis o bacteremia oculta se comprobaron en el 11,8% y 4,7% respectivamente. El tratamiento antibiótico se inició en 125 pacientes, pero sólo 62 casos lo completaron. Se puede concluir que la punción lumbar es un método diagnóstico que ayuda a descartar una patología de alta morbimortalidad sino es diagnosticada precozmente. Un lactante menor de tres meses con fiebre sin foco aparente siempre debe hacernos pensar enfermedad bacteriana.

[Enlaces a revistas médicas](#)

[Congreso virtual de neurología](#)

ABSTRACT: Febrile syndrome without apparent focus in children under 3 months old is a common problem in clinical practice. Here, we evaluate the role of lumbar puncture in this group of patients to assess the frequency of viral meningitis. We analyzed 253 medical records of patients hospitalized in the Seclusion Service of Roberto del Río Hospital from January 2001 to January 2003. The age ranged from 2 to 87 days; 55.7% of patients were younger than 28 days, and 86.6% were younger than 2 months. Most common manifestations were fever and poor appetite. Laboratory tests showed abnormal WBC in 28% of patients. CRP and ESR were impaired in 1.6% and 10.7% respectively. Blood cultures were positive in 3.2%, and urinalysis were abnormal in 30 patients. We performed lumbar puncture in 223 of 253 patients (88%). It yielded abnormal CSF findings in only 14 children. Viral meningitis was diagnosed in 10 patients and bacterial meningitis 4 patients. Pyelonephritis or occult bacteremia were confirmed in 11.8% and 4.7% respectively. Treatment was started in 125 patients, but only 62 completed it. We conclude that lumbar puncture is a diagnostic tool in febrile infants to rule out diseases having high morbidity and mortality rates, that must be receive prompt treatment. In febrile infants under 3 months of age with no apparent focus, bacterial disease must be suspected

Uno de los mayores problemas a los que se enfrenta el pediatra es la evaluación y manejo de los menores de 3 meses de edad con fiebre sin foco aparente, por la posibilidad que desarrollen una infección bacteriana grave tal como meningitis, infección urinaria, neumonía, sepsis, o enteritis bacteriana. Frente a esto se efectúa una búsqueda rutinaria que incluye la práctica de punción lumbar para examen de LCR. Sin embargo, la utilidad de tal procedimiento no ha sido medido, de acuerdo con la información disponible. La causa más frecuente de fiebre en los niños son las infecciones vírales, pero existen además agentes bacterianos responsables de fiebre. Los objetivos de este estudio dirigidos a menores de 3 meses de edad hospitalizados con fiebre sin foco aparente fueron: a) valorar la utilidad de la punción lumbar; b) describir los

caracteres de dicho grupo de edad; c) determinar la frecuencia de la meningitis viral .

PACIENTES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo analizando las fichas clínicas de pacientes ingresados a la Unidad de Aislamiento del Hospital Roberto del Río por síndrome febril sin foco aparente en menores de 3 meses, en el período comprendido entre el 1 de Enero del 2001 al 31 de Enero del 2003. Se definió como tal la presencia de temperatura rectal de 38.5°C o más, o bien 38°C de temperatura axilar o más, sin que se encuentre causa inicial de la fiebre tras la anamnesis y exploración física. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes definidos e identificados en el libro de registro de ingresos de la Unidad de Aislamiento. Cumplieron los requisitos de inclusión 260 pacientes, de los cuales se obtuvo información en 253 historias clínicas. Se analizaron los siguientes datos: edad, sexo, características del embarazo, recién nacido, inmunización, motivo de consulta, días de hospitalización, leucocitos en sangre periférica, segmentados, VSG, PCR, hemocultivos, examen de orina, urocultivo, citoquímico y cultivo de LCR, Rx de torax, diagnóstico de alta, tratamiento y días de hospitalización. Se consideraron como características citoquímicas de LCR compatibles con meningitis viral las siguientes: pleocitosis de predominio mononuclear, glucosa normal o levemente baja, proteínas algo aumentadas y tinción de gram sin evidencia de gérmenes [1-3].

RESULTADOS

La edad de los pacientes varió desde 2 a 87 días; eran recién nacidos 141 niños (55,7%) y menores de 2 meses 219 niños (86,6%), 162 pacientes (64%) eran varones. El antecedente de ser producto de embarazo normal estaba presente en el 81%. Fueron productos a término el 88,5%, pretérmino 10,2% y post-término 1,1%. El 95,7% tenían completo su esquema de vacunación para la edad. En la Tabla 1 se muestran las manifestaciones clínicas que llevaron a consultar al médico. Lo más frecuente fue fiebre o por inapetencia. Cabe destacar que 30 niños (11,8%) consultaron sólo por una manifestación clínica, principalmente fiebre y en menor grado irritabilidad o inapetencia, 128 (50,5%) tuvieron 2 o 3 síntomas y los restantes 95 (37,5%), 4 o más. Solo 8 niños (3%) tuvieron fiebre de 40°C (axilar o rectal), los restantes variaron entre 38°C a 39.5°C (rectal o axilar). Los vómitos eran alimentarios, post-prandiales y habitualmente esporádicos. Las convulsiones corresponden a relato materno, no constatadas por el médico al ingreso. Las lesiones detectadas en la piel no eran orientadoras de la causa de la fiebre. Todos los pacientes fueron sometidos a pruebas complementarias al ingreso. Las alteraciones más destacables en el hemograma fueron: leucopenia o leucocitosis en el 28% (70 pacientes) y neutrofilia en el 26% (65 pacientes). Los glóbulos blancos estaban normales en el 70%. En 7,5% se encontró anemia, considerada fisiológica. Se observó trombopenia en el 2,8% y trombocitosis en el 5,1% de los pacientes, la cual fue atribuida finalmente a causa post-infecciosa. Los reactantes de fase aguda, tales como la VSG y PCR se encontraron alterados en el 1,6% y 10,7% respectivamente. El hemocultivo salió positivo sólo en 8 casos (3,2%) encontrándose los siguientes agentes: Streptococcus del grupo B (4 pacientes), Escherichia coli (2), Staphilococcus aureus (1) y Streptococcus agalactie (1). El estudio urinario mostró un examen físico-químico alterado en 30 niños, quienes tenían además más de 100,000 unidades formadoras de colonias en el urocultivo; predominando el hallazgo de E. coli (28|30) y en 2 oportunidades Klebsiella pneumoniae. Es importante destacar que 41 cultivos de orina (16,8%) fueron considerados contaminados. Es destacable que el procedimiento de obtención de la orina fue el recolector en la mayoría de las ocasiones. La radiografía de torax fue anormal en el 6,3% de los casos. El LCR mostró citoquímico alterado en el 5,5% (14 pacientes), pero el cultivo fue positivo sólo en 4 casos, encontrándose: Escherichia coli, Streptococcus del grupo B y Listeria monocytogenes. Con estos elementos de juicio el médico planteó los siguientes diagnósticos que se detallan en la Tabla 2.

Tabla 1. Motivo de consulta en lactantes menores de tres meses con fiebre sin foco aparente		
Manifestaciones clínicas	N *	%
Fiebre	198	78,2

Inapetencia	104	41,1
Irritabilidad	95	37,5
Tos	69	27,2
Decaimiento	53	21
Vómitos	43	17
Quejido	42	17
Somnolencia	27	11
Lesiones de piel	18	7,1
Convulsiones	3	1,1
Ninguno**	2	0,8

*El total es superior a la muestra porque frecuentemente la consulta era por más de una molestia.

**Se detectó fiebre en control sano.

Tabla 2. Diagnósticos de ingreso planteados en menores de tres meses febriles sin foco aparente

	N	%
Bacteremia oculta	76	30
Síndrome febril de causa		
viral en evolución	59	23,3
Virosis respiratoria	52	20,5
Pielonefritis aguda	27	10,6
Bronconeumonía bacteriana	19	7,5
Bronconeumonía viral	10	3,9
Meningitis viral	4	1,5
bacteriana	3	1,1
Reacción a vacuna	3	1,1

De la sospecha diagnóstica que indujeron al médico a iniciar tratamiento se destacan: bacteremia oculta, pielonefritis y meningitis bacteriana aguda. El día del ingreso se decidió iniciar un esquema antibiótico en 125 pacientes (49,4%) En la mayoría de ellos se asoció cefotaxima y ampicilina. Sólo en 62 casos la sospecha diagnóstica fue confirmada o finalmente no pudo ser descartada por lo que completaron el tratamiento antibiótico. La sospecha de bacteremia oculta se confirmó en 12 niños (15,7%), la de pielonefritis en todos, agregándose posteriormente otros 3 casos y la de meningitis bacteriana

aguda se confirmó en 4 pacientes, en otros 10 se concluyó en meningitis viral y en los 5 restantes se desestimó el diagnóstico en un control de LCR.

La infección respiratoria alta sigue siendo la primera causa que motiva síndrome febril en los menores de 3 meses. En 14 pacientes se encontró exantema de causa viral, posterior al ingreso, las manifestaciones clínicas en 5 de ellos hizo concluir al alta en gastroenteritis viral y en 7 de los pacientes finalmente se diagnóstico fiebre por sed, como lo muestra la Tabla 3. La mayoría de los pacientes (202) permanecieron 6 días hospitalizados, 7 de ellos debieron permanecer por más de 16 días en el hospital y en ningún caso la estadía intrahospitalaria fue mayor de 27 días. Esta situación no tiene relación con tratamientos antibióticos acortados; porque un porcentaje importante de pacientes se marcharon para completar tratamiento fuera del hospital y controlarse posteriormente a nivel ambulatorio.

Tabla 3. Diagnóstico al alta de niños ingresados por síndrome febril sin foco aparente en menores de tres meses.

	N	%
Virosis respiratoria alta	78	30,8
Síndrome febril del recién nacido de resolución espontánea	64	25,2
Pielonefritis aguda	30	11,8
Bronconeumonía	16	6,3
Exantema viral	14	5,5
Meningitis aguda	14	5,5
Bacteremia oculta	12	4,7
Fiebre por sed	7	2,7
Gastroenteritis viral	5	1,9
Reacción a vacuna	4	1,5
Otros diagnósticos	9	3,5

COMENTARIO

El síndrome febril es uno de los principales y más precoces motivos de consulta de un lactante a los policlínicos, servicios de urgencia y consultas telefónicas. La dificultad que entraña diferenciar en el momento de la consulta inicial los pacientes con enfermedad grave de los que cursan con una enfermedad banal dió lugar a múltiples estudios y ya en el año 1984 se describieron los criterios de Rochester [4-7]. Estos clasifican a los niños de 0 a 90 días en lactantes menores febriles de bajo y alto riesgo, ofreciéndole al médico una directriz en la toma de decisiones en una primera atención médica. Como es ya conocido, los menores de 3 meses febriles tienen un riesgo mayor de tener infección bacteriana grave [8-11]. Es llamativo que los pacientes con síndrome febril sin foco aparente en este estudio no fueron seleccionados de acuerdo a esos criterios para su hospitalización, sino más bien guiándose por una impresión clínica global.

En este trabajo se evidenció que el 28,4% de los pacientes hospitalizados menores de 3 meses por síndrome febril sin foco aparente, cursaron con infección bacteriana grave, considerándose como tal, bronconeumonía, bacteremia oculta, meningitis aguda y pielonefritis. La infección urinaria tiene una alta incidencia, pudiendo estimarse en 20% de todas las consultas por fiebre sin foco aparente en lactantes menores de tres meses [12,13]. En nuestro grupo siendo importante, alcanzó sólo al 11%.

Más rara pero destacable por su trascendencia, son las meningitis, en donde aquellas de tipo viral resultaron ser aproximadamente el doble más frecuente que las bacterianas. Es destacable que la virosis respiratoria fue en último término

el responsable de la gran mayoría de los casos [14-16]. Las manifestaciones clínicas que motivaron la consulta en los niños incluidos en este estudio con mayor frecuencia fueron: fiebre, inapetencia e irritabilidad. Esta sintomatología es similar con los datos relatados por la literatura de las causas que motivan la consulta en menores de 3 meses febriles [17-19]. En todo recién nacido y lactante menor de 3 meses, con el problema en estudio, es recomendable practicar exámenes complementarios toda vez que tras la anamnesis y primera exploración clínica se carezca de orientación diagnóstica [14,20]. Todos los pacientes del estudio fueron sometidos a exámenes complementarios al ingreso. Es importante destacar que sólo en dos oportunidades se realizó la Rx de tórax como único examen para aclarar la sospecha clínica que motivaba el ingreso. Al 87,7% se le practicó más de 3 exámenes. Los infantes incluidos en el estudio iniciaron un esquema antibiótico en el 49,4% posterior al planteamiento de la sospecha diagnóstica que motivó el ingreso por síndrome febril; sólo 24,5% completaron el esquema de tratamiento, con la salvedad que un grupo de pacientes lo hizo en forma ambulatoria.

Es necesario destacar que el criterio médico para la elección de antibioticoterapia no difiere de lo planteado por la literatura [1,9,21,22]. El tiempo de hospitalización fue en el 79,8% de los casos menor a 6 días y solo en 2,7% de los casos se prolongó por más de 16 días. En suma, un lactante menor de 3 meses con fiebre sin foco aparente debe hacernos sospechar siempre de una posible enfermedad bacteriana. En un porcentaje importante se sospecha la presencia de un agente infeccioso bacteriano o viral el cual raramente es aislado. La punción lumbar es el primer y más importante método diagnóstico en los niños siempre que no haya contraindicaciones, siendo por lo tanto un procedimiento que ayuda al médico a descartar una patología de alta morbilidad no siendo precozmente diagnosticada. Es importante destacar que en el 60,4% de los casos la patología diagnosticada finalmente, pudiera ser considerada como banal.

REFERENCIAS

1. Mandell., Douglas y Bennett. *Principios and Practice of Infectious Diseases*. Churchill Livingstone., Inc. New York. Fifth Ed. 2000: 959-997.
2. Galdames D., *Manual de Neurología Clínica. Mediterraneo. Chile. 2da.Ed. 1997, 291-313.*
3. Swaiman K., *Principles /Practice Pediatric Neurology. Mosby. Minnesota. Third Ed.; 1001-1021.*
4. Kramer MS., Shapiro ED., Management of the young febrile child—a commentary on recent practice guidelines. *Pediatrics* 1997;100:128-133.
5. Jaskienricz JA., McCarthy CA., Richardson AC. y cols. *Febrile infants at low risk for serious bacterial infection: an appraisal of the Rochester criteria and implications for management. Febrile infant Collaborative Study Group. Pediatrics.* 1994;94:390-396.
6. Baraff LJ., Bass JN., Fleisher GR. y cols. *Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Pediatrics* 1993;92:25-37.
7. Mc-Carthy PL., Sharpe MR., Spiesel SZ., et al. *Observation scales to identify serious illness in febrile children. Pediatrics* 1982;70:802-809.
8. McCarthy PL., Klig JE., Kennedy WP. y cols. *Fever without apparent source on clinical examination, Lower respiratory infections in children, and Enterovirus infections. Current Opinion in Pediatrics.* 2000, 12: 77-95.
9. Kuppermann N., *Pediatrics Clinics of Northamérica.* 1999; 46 (6): 1073-1099.
10. Pesse F., *El niño con fiebre. Pediatría al día.* 1993. 9 (1): 16-20.
11. Pantell RH., Naber M., Lamar R., et al. *Fever in the first six months of life. Clin Pediatrics* 1980;19:77-82.
12. Muley R., *Revista Española de Pediatría.* 1999; 55 (1): 48-58.
13. Pesse F., *El niño con fiebre. Pediatría al día.* 1992. 8 (5): 268-271.
14. Nelson. *Tratado de Pediatría. Mc Graw-Hill. Interamericana. España. 15Ed. 1996 : 874-896.*
15. Cruz M., *Tratado de Pediatría; Ergon. España. 8va Ed.; 365-374.*

17. El Radhi-Carroll. *Fiebre e hipertermia.*, en *Fiebre en Pediatría*, Mc Graw-Hill.

Interamericana. México. 1996; 13-41. 18. Meneghello J., Fanta E., Paris T., *Pediatría. Panamericana SA. Chile. 5ta. Ed. 1997* 608-614.

19. Katz S., Gershon., *Krugman's. Infectious Diseases of children. Tenth Ed. Mosby. St. Louis Missouri; 265-279.*

20. Ríos E., *Rev. Chil. Pediatr. 1986. 57 (3): 283-291.*

21. Belfer R., Gittelman M., Muñoz A., *Pediatrics Emergency Care. 2001; 17 (2): 83-87.*

22. Douglas Backer M., *Valoración y Tratamiento de lactantes con fiebre. Clinicas Pediátricas de Norteamérica. 1999; 6: 1131-1141.*

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Gastón Duffau, Dr. Marcos Skarmeta del Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Campus Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, por su colaboración en este trabajo.

Esta página está hospedada en www.medicosecuador.com



www.medicosecuador.com

- Directorio de Médicos
- Directorio de Empresas
- Consulta en Línea a Médicos
- Artículos para Pacientes
- Artículos para Médicos
- Congresos Médicos

Desea más información? [Búsquela en medicosecuador.com](http://www.medicosecuador.com)

Buscar