

Fiebre en el primer trimestre de vida

DR. FERNANDO MAÑÉ GARZÓN

I

Recordemos el aforismo de Morquio: Niño alimentado a pecho, raramente enferma y nunca muere, que corrigió años después por: Niño correctamente alimentado raramente se enferma y nunca se muere. Hoy, siguiendo la directiva del gran maestro, suelo decir: Niño con crecimiento y desarrollo normales, raramente enferma y nunca se muere.

Esta afirmación taxativa, que linda con lo imposible, es casi estrictamente cierta, aunque entendemos que lo que se quiere con el *nunca* es en realidad expresar *excepcionalidad*. Si recordamos que uno de los barrios residenciales de Montevideo tiene una mortalidad infantil del 4,6 por mil, frente a zonas marginadas donde esa tasa se eleva a más de cincuenta por mil, logramos darle al aforismo toda su latitud.

II

Siendo esto cierto, podemos concretar que un infante menor de tres meses nunca debe tener fiebre, y si la tiene ¡atención, tiene una enfermedad grave!

Así como después de los seis meses de vida el niño empieza a hacer su propia experiencia inmunológica, y por tanto a presentar episodios febriles infecciosos, ya sean virales o bacteriano, éstos son extraños antes de esa edad y aún más excepcionales antes de los tres primeros meses.

Si se presenta este síntoma, las madres tienen una especie de termómetro propio que las hace sensibles a décimas por encima del eutérmico 37°; ponen sus labios sobre la frente o la mejilla y con acuidad dicen: ¡Tienen unos quintos! ¡Tiene más de 38°! ¡Tiene mucha fiebre! ¡Vuela!

De manera que el pediatra debe ser también, al mismo tiempo que es por esencia cronosensible, termosensible, y en la combinación de ambas coordinadas adelantar su diagnóstico o sus temores.

- ¡Doctor! Mi niña de un año tiene 39°, ¿qué hago?
- Póngale usted un supositorio de antitérmico o dele un baño, déjela a dieta hídrica hasta mañana, que yo la vea.

Muy diferente es si nos dice:

- ¡Doctor! Mi niña de dos meses tiene 39°, ¿qué hago?

- ¡Nada! ¡Voy para allí!

He visto muchos desastres por no dar importancia a esta última situación ¹.

III

Hace unos años fui invitado al casamiento de Margarita, una hija de nuestro Rector, el ingeniero Jorge Brovetto. Fue tan amable que él mismo quiso llevarme la invitación a mi casa. El casamiento fue en la iglesia San Juan Bautista de Pocitos, oficiada por el padre Rivas, al mejor estilo actual, con cantos, guitarras, payadas. Nunca fui a una ceremonia tan hermosa. Pues bien, he aquí la historia de Margarita.

Antonia y Jorge Brovetto tienen cinco hijas, como yo... sin un sexto hijo varón. La menor es Margarita. A todas las asistí yo desde que nacieron. Una tarde, nada menos que un sábado, me llamó la madre, cuando Margarita tenía escasos cinco días:

- Doctor Mañé, Margarita está muy bien, pero... tiene 39°, ¿qué hago?

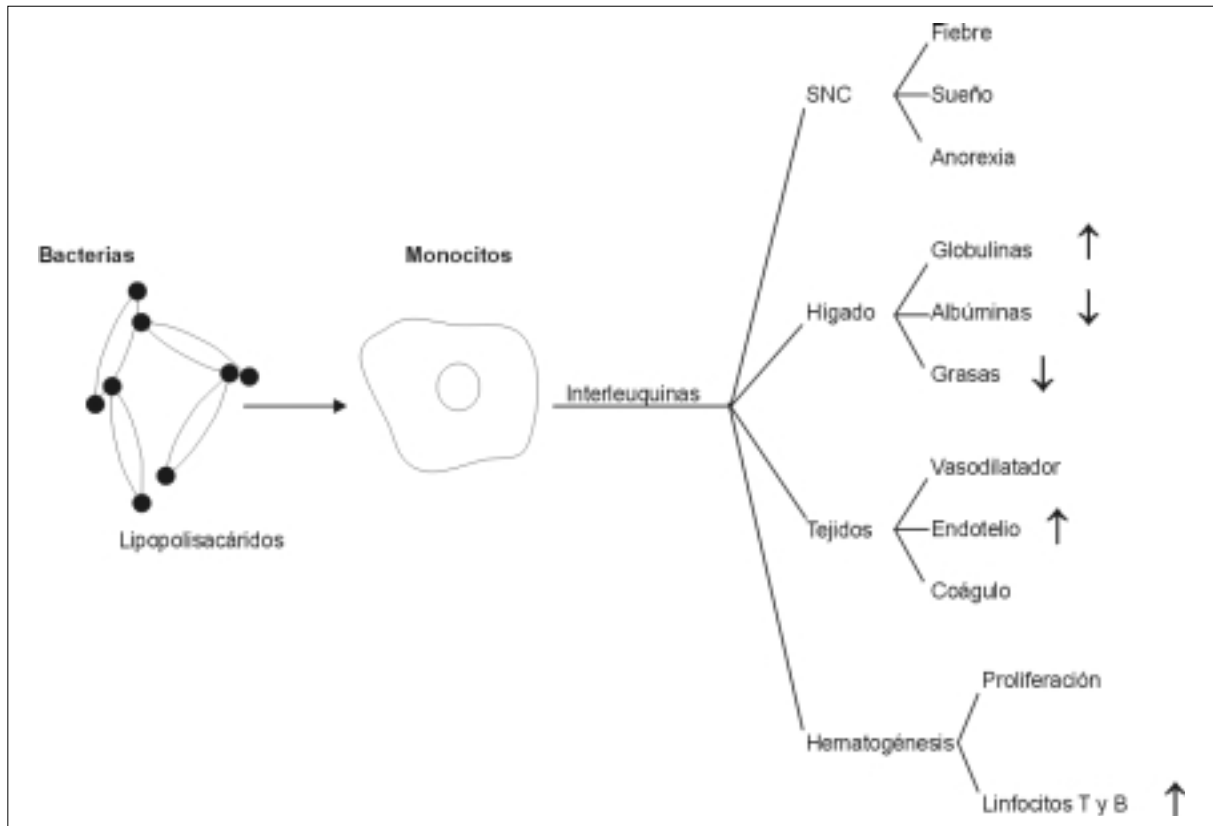
- ¡Ya voy! –contesté–.

Y para allí salí, calles Maldonado y Blanes, casa de bajos con hermosas rejas, frente a la cual cada vez que paso me acuerdo de este episodio. Examiné a la pequeña: estaba muy bien, francamente febril, con mejillas encendidas. Como todo pediatra lo primero que hice, así como un obispo santigua en la frente, fue llevar mis dedos a la fontanela anterior, que estaba tensa y saliente.

- Rápido, llevémosla sin demora al sanatorio, tiene una meningitis supurada.

Extraído de Mañé Garzón F. Memorabilia: una introducción a la pediatría. Montevideo: SMU, 1997: 291-293, (tomo 2).

1. La actitud de las madres frente a la fiebre es muy variable. El pediatra debe conocer estas variables pues esto le permitirá conducir mejor a sus pacientes así como asegurar su diagnóstico y aportar apoyo y seguridad a los padres. Hay madres sosegadas y objetivas que juzgan la fiebre en su contexto sintomático, seguras de sí mismas, y que saben cuándo acudir a consultar. Están las termodependientes, que ante cualquier elevación febril se exasperan y prodigan la termometría y hasta la termomanía: ¡ojo con ellas!, les puede ocurrir lo que al pastor mentiroso. Luego vienen las termofóbicas; tienen tanto, tanto temor a la fiebre que no la toman ni la calculan, pero tiemblan ante su presencia. Por fin, están las termoinsensibles, que sólo advierten las consecuencias de la temperatura o sus signos acompañantes: vómitos, convulsiones, diarrea, llanto, excitabilidad.



1. Antígeno bacteriano sobre el monocito: interleuquina.
 2. Interleuquina 1b acelera la termorregulación.
 3. La termorregulación produce fiebre, y también por acción directa de las toxinas bacterianas el aumento del metabolismo.
- Absurdo: fiebre y convulsión.
 Medida: baño eleva el metabolismo, el antipirético lo reduce.

Y así fue. En menos de dos horas tenía la punción lumbar hecha: líquido turbio. Pusimos un suero glucofisiológico por donde inyectamos penicilina cristalina en elevadas dosis (se usaban dosis muy altas en esa época: un millón, dos millones de unidades por quilo), y por vía intramuscular cloramfenicol y gantrisin (triple plan de Alexander que usábamos para iniciar todo tratamiento de las meningitis bacterianas antes de tener determinado el germen). Fue la primera meningitis que traté con penicilina por vía intravenosa. Llamé a mi maestro y amigo, el profesor José María Portillo, en consulta, quien aprobó lo actuado, y compartimos luego la responsabilidad de la asistencia.

La evolución fue insuperable. Doce horas después estaba sin fiebre, no convulsionó nunca, ni quedó con ninguna secuela. Dejo a la sagacidad e imparcialidad del lector quién estuvo más advertido y perspicaz en este caso: el pediatra que concurrió en seguida, o la madre que advirtió la importancia de la fiebre de su bebita (que por otra parte ¡estaba tan bien!).

Y así la vi entrar en la iglesia a contraer matrimonio rodeada del afecto de todos. Estaba sentado al lado del entonces Rector de la Universidad, Samuel Lichstentein, gran amigo de Broveto, quien conociendo ya la historia de la alegre novia me dijo: “Usted tiene algo que ver con esto, ¿verdad?”².

IV

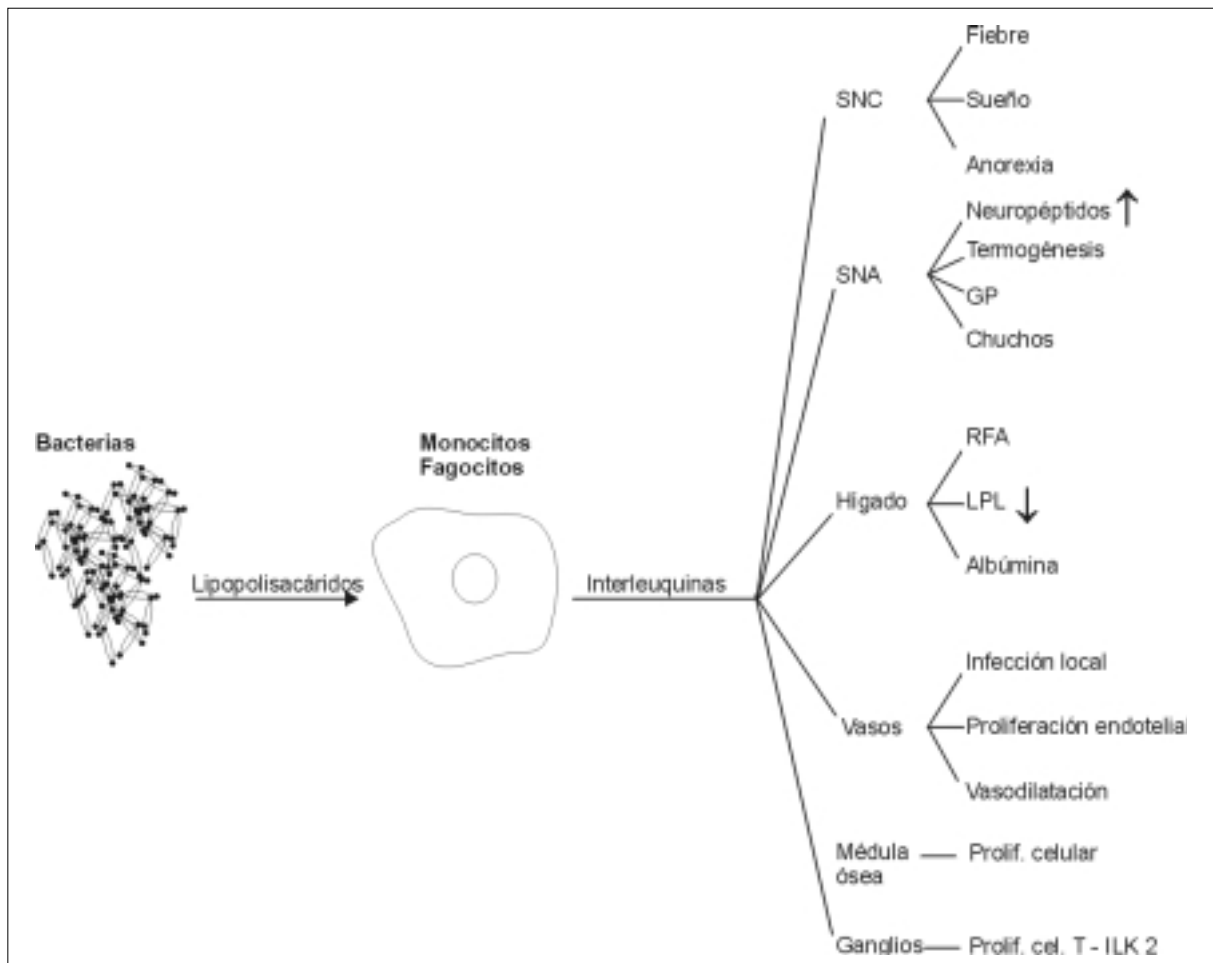
¿Por qué causa algunos lactantes tiernos por excepción hacen fiebre?

No podemos dar con seguridad una respuesta exacta a esa pregunta.

El hecho clínico existe, su gravedad evidente y su correcto tratamiento lo demuestran.

Cuando se pudieron dosificar las inmunoglobulinas, se identificó una entidad que resultó ser una de las afecciones

2. Años después, el 3 de diciembre de 1993, tuve el honor de recibir de la mano del ingeniero Broveto el título de Profesor Emérito de la Facultad de Medicina, gesto que acompañó con generosas palabras.



ILK: interleuquina; GP: grasa parda; LPL: lipoproteínolipasa; LPS: lipopolisacáridos; RFA: reactante en fase aguda.

inmunológicas más frecuentes: el déficit total o parcial, permanente o transitorio de IgA. Este déficit se manifiesta en el primer trimestre de vida con la aparición de una infección, en general una otitis media pero puede ser cualquier otra: neumonía, meningitis, piodermitis, infección urinaria, diarrea bacteriana, conjuntivitis, etcétera.

Frente a la presencia de fiebre en el primer trimestre de vida, pues, no demoremos en buscar su origen. Ponemos el caso sobre terreno seguro y base firme: tratemos con los antibióticos de mayor espectro, luego por supuesto de individualizar el asiento de la infección y la especie bacteriana en causa.

Durante los casi veinte años que tuve a mi cargo el Servicio de Prematuros y Niños en Riesgo de la Seguridad Social, muy pocas veces tuvimos que reingresar a un infante (todos pesando menos de tres kilos) y el dato fiebre lo consideramos siempre grave e indicamos antibióticos cada seis horas por vía intramuscular y en domicilio (por miedo a la infección cruzada). Nunca tuvimos que arrepentirnos de esta conducta.

V

La fiebre ¿es beneficiosa o deletérea? Se observa también en animales y debe tener algún valor de supervivencia, dado que la selección natural no la ha eliminado. Rufus de Éfeso (siglo II) dice que si hubiera un médico tan sabio como para obtener o producir fiebre no sería necesario otro remedio contra la enfermedad. Tanto más dice Thomas Sydenham, el Hipócrates inglés:

“...la fiebre es un poderoso medio que la naturaleza nos brinda para la conquista de sus enemigos³.”

La terapia contra la fiebre se generalizó con la aparición de los antibióticos, aunque previamente se usó quina en forma sintomática. No es la temperatura normal la que ofrece la oportunidad a los gérmenes de infectarnos.

3. Kleiber M. The fire of life and introduction to animal energetics. Nueva York, 1961.

El recién nacido no reacciona con fiebre ante la infección los primeros días (0-5 días), pero lo hace, y cuando lo hace si es en los días siguientes o hasta el tercer mes: ¡atención! Siempre esta circunstancia es de mucho cuidado. En aquellos niños que han tenido una convulsión con fiebre se indica bajarla cuando aparece, ya sea con antitérmicos o con un baño. Ambas indicaciones son contrapuestas: la primera disminuye el metabolismo, la segunda lo aumenta. No sabemos a ciencia cierta si esas medidas evitan la convulsión o no. Las opiniones siguen siendo encontradas.

¿Cuál es el mecanismo de la fiebre? Muchas sustancias inyectadas provocan fiebre (pirógenos externos). La cápsula bacteriana formada por lipopolisacáridos es la más potente. Inyectar estas exotoxinas activa los monocitos fagocitos circulantes, que responden produciendo un pirógeno endógeno e interleuquina 1. Esta sustancia actúa en varios sitios: en el cerebro, aumenta la temperatura corporal, provoca sueño, anorexia y hace segregar neuropéptidos; en el hígado, lleva a la producción de proteínas de fase aguda y a suprimir la de albúmina, la de proteinlipasa y así el consumo de grasa; en lo local, aumenta la reacción inflamatoria, la vasodilatación capilar y la proliferación endotelial y la formación del coágulo; en los órganos hematopoyéticos estimula la proliferación celular y actúa sobre los linfocitos T, provoca la secreción de interleuquina 2, una linfoquina que a su vez activa la producción de leucocitos T y B. Esta activa proteína, interleuquina 1, que produce fiebre, puede ser medida de muchas de sus acciones.

En la aparición de fiebre se suceden tres períodos:

1. El neuroorganismo reacciona frente al monocito, el que a su vez segrega interleuquina 1b.
2. Actúa ésta sobre el hipotálamo en la termorregulación.
3. Éste responde aumentando la temperatura, pero también los oligopolisacáridos bacterianos actúan directamente sobre el hipotálamo y el metabolismo, y el calor ambiental produce también fiebre⁴.

Los tres períodos son necesarios para la producción de fiebre. Si ésta no aparece es que el sistema termorregulador no está desarrollado, como ocurre en el recién nacido. Son muchos los interrogantes sobre el valor de la fiebre como reacción benéfica ante la infección, así como sobre la ventaja de bajarla cuando sobrepasa determinados límites. Enfriar el organismo eleva el metabolismo y los antipiréticos lo disminuyen: ¡aún hay mucho que aprender con respecto a la fiebre!

Se han descrito recientemente casos de fiebre persistente, en realidad hipertermias, en que todos los estudios buscando su causa, tanto infecciosa, tumoral o mesenquimática en el sentido clásico, fueron negativos. Un scanning con resonancia magnética permitió encontrar un tumor en partes blandas asintomático, que una vez extirpado curó la afección. Se trató de una hiperplasia mesenquimática por células productoras de IL-6 como se ve en el síndrome de Castleman (hiperplasia linfoidea gigante)⁵, en el mixoma cardíaco y en el mieloma. En todo niño con síndrome febril crónico no identificado debe ser investigado buscando tumores de las partes blandas que sean causantes de esta proliferación clonal especial⁶.

4. Hull D. Fever, the fire of life. Arch Dis Child 1989; 64: 1741-7.

5. Castleman B. Localised mediastinal lymph nodes hiperplasia resembling thymoma. Cancer 1956; 48: 822-30.

6. Haddad E. A child who was feverish for 2 years. Lancet 1996; 348: 724.