



CÓMO CITAR

Noda-Albelo AL, Cañete-Villafranca R. Fiebre y chikungunya en edad pediátrica: consideraciones de rigor. Rev Méd Electrón [Internet]. 2026 [citado: fecha de acceso];48:e7109.

Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/7109/6538>

*** Autor para correspondencia:**

canete.villafranca@gmail.com

Revisores:

Silvio Faustino Soler-Cárdenas y José Alberto Afonso-de-León.

Palabras clave:

fiebre; pediatría; chikungunya; arbovirosis

Key words:

fever; pediatrics; chikungunya; arboviruses

Recibido: 27/11/2025.

Aceptado: 04/02/2026.

Publicado: 22/04/2026.

Artículo de Opinión

Fiebre y chikungunya en edad pediátrica: consideraciones de rigor

Fever and chikungunya in pediatric age: considerations of rigor

Amauri Lázaro Noda-Albelo^{1,2}  <https://orcid.org/0009-0002-3250-613X>

Roberto Cañete-Villafranca^{2*}  <https://orcid.org/0000-0002-6490-4514>

Afiliación:

¹ Servicio Médico Integral. Montevideo, Uruguay.

² Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

El chikungunya ha sido notificado como causa de enfermedad febril en niños y neonatos desde la década de 1960. Luego de la notificación inicial de casos de la enfermedad en Asia y su extensión al hemisferio occidental, las infecciones en este grupo aumentaron, también los cuadros más severos y el número de complicaciones. El presente artículo tiene el objetivo de exponer consideraciones importantes con relación a cómo interpretar la fiebre en niños infectados por el virus del chikungunya.



ABSTRACT

Chikungunya has been reported as a cause of febrile illness in children and neonates since the 1960s. Following the initial report of cases in Asia and its spread to the Western Hemisphere, infections in this group increased as did the severity of the illness and the number of complications. This article aims to present important considerations regarding how to interpret fever in children infected with the chikungunya virus.

La fiebre constituye uno de los signos cardinales del chikungunya en la edad pediátrica, y está presente entre el 90 y el 100 % de los casos notificados.⁽¹⁾ Históricamente, su ubicuidad ha llevado a considerarla un elemento indicador de actividad inflamatoria significativa. Sin embargo, la evidencia acumulada en la última década muestra que la presencia, intensidad o duración de la fiebre no predicen de manera consistente la gravedad de la infección en niños. Por el contrario, los determinantes reales de complicación se relacionan con la afectación hemodinámica, neurológica y hematológica, y con factores individuales como la edad, comorbilidades y coinfecciones concomitantes.⁽²⁾

Además, la fiebre es un signo universal pero poco discriminativo. Diferentes cohortes pediátricas, incluidas aquellas notificadas en la India y Brasil, demuestran que la fiebre aparece tanto en los niños con formas no graves como en aquellos que desarrollan manifestaciones severas.^(1,3) En la cohorte India, Sharma et al.⁽³⁾ demostraron que la fiebre estuvo presente en el 100 % de los niños, sin diferencias en frecuencia o características entre el grupo de casos severos y no severos.

Igual comportamiento fue evidenciado en la serie brasileña,⁽¹⁾ donde todos los participantes presentaron fiebre, independientemente de si su evolución incluyó complicaciones neurológicas o sistémicas. Las revisiones sistemáticas recientes concuerdan en que la fiebre, aun cuando es un elemento invariable del síndrome clínico, carece de valor pronóstico por sí misma.^(4,5)

El patrón epidemiológico del chikungunya se comprende mejor a la luz de su fisiopatología. La fiebre refleja la activación de la respuesta inmune innata frente a la replicación viral, acompañada por la liberación de citocinas proinflamatorias. Sin embargo, las formas graves parecen depender de mecanismos más complejos: disfunción endotelial con fuga capilar, tropismo neurológico directo, coagulopatía e interacción con coinfecciones, especialmente dengue. Estos procesos pueden ocurrir en paralelo a la fiebre o incluso con fiebre mínima o ausente, particularmente en neonatos, en quienes el patrón febril puede ser atípico.⁽⁶⁾

A la luz de los conocimientos actuales, la fiebre es una puerta de entrada clínica, no un marcador de gravedad. En este contexto, la fiebre funciona fundamentalmente como señal de inicio del proceso infeccioso, pero no discrimina la probabilidad de complicación.⁽⁷⁾

La evaluación del niño con fiebre por chikungunya debe enfocarse en la perfusión, la función neurológica, los parámetros respiratorios y las alteraciones hematológicas, más que en la altura del pico febril. Fiebre de 38,5 °C o 39,5 °C tiene escaso valor para la estratificación de riesgo si el paciente está bien perfundido y sin signos de alarma. Por el contrario, la presencia de fiebre acompañada de taquicardia desproporcionada, llenado capilar prolongado o alteración del sensorio sí orienta hacia una posible evolución adversa. Esta distinción es especialmente relevante en lactantes y neonatos, quienes tienden a evolucionar más rápidamente, y pueden presentar inestabilidad sistémica, incluso con poca fiebre.⁽⁸⁻¹⁰⁾

La presencia de signos de alarma como elemento clave.

1. Signos de alarma mayores

Los hallazgos que se exponen a continuación se asocian de forma significativa con un mayor riesgo de gravedad, progresión a falla orgánica o necesidad de soporte intensivo. Su presencia indica criterio de ingreso hospitalario inmediato y demanda la mayor atención por parte de los profesionales responsables de los casos.

a) Alteración hemodinámica o signos de *shock*

Incluyen taquicardia desproporcionada para la fiebre, extremidades frías, moteado cutáneo, llenado capilar lento, hipotensión, oliguria y signos de hipoperfusión. Son especialmente relevantes, dado que el *shock* representa una de las formas más graves descritas en series pediátricas.

b) Compromiso neurológico

Convulsiones, letargia, irritabilidad inconsolable, encefalopatía o cualquier alteración del estado mental. Este grupo de manifestaciones ha sido reiteradamente asociado a mayor mortalidad y secuelas, tanto en lactantes como en escolares.

c) Evidencia de fuga capilar

Edema generalizado, ascitis o derrames pleurales/pericárdicos. Su aparición suele coincidir con disfunción endotelial avanzada y descompensación sistémica.

d) Sangrado o coagulopatía

Incluye petequias extensas, epistaxis, gingivorragia o alteraciones marcadas en tiempos de coagulación y recuento plaquetario. Aunque menos frecuente que en el dengue, cuando aparece es un marcador relevante.

e) Compromiso respiratorio

Taquipnea, tiraje, hipoxemia o signos de distrés respiratorio. Algunos niños con formas graves pueden evolucionar a síndrome de dificultad respiratoria aguda o insuficiencia respiratoria en el contexto de inflamación sistémica.

f) Hepatitis severa o evidencia de falla hepática

Aumento importante de transaminasas, alteraciones metabólicas (hipoglucemia), ictericia progresiva o encefalopatía hepática. Estos hallazgos requieren valoración especializada e ingreso.

2. Signos de alarma menores

Son indicadores de evolución incierta y justifican vigilancia estrecha, reevaluación temprana y umbral bajo para ingreso.

a) Fiebre persistente más allá de 7-10 días.

b) Dolor musculoesquelético incapacitante o limitación funcional marcada.

c) *Rash* bulloso o lesiones cutáneas extensas con riesgo de sobreinfección.

d) Trombocitopenia moderada, linfopenia profunda o reactantes de fase aguda elevados.

e) Hiponatremia u otros trastornos hidroelectrolíticos.

f) Vómitos persistentes o rechazo significativo de la vía oral, especialmente en lactantes.

3. Factores individuales que modifican el riesgo

La presencia de cualquiera de los siguientes factores justifica una actitud más conservadora:

a) Neonatos, por su elevada tasa de complicaciones neurológicas y hemodinámicas.

b) Lactantes menores de 12 meses, con mayor tendencia a descompensación rápida.

- c) Niños de 11 a 14 años, grupo que en algunas cohortes mostró respuesta inflamatoria más intensa.
- d) Pacientes con desnutrición, anemia o comorbilidades significativas.
- e) Coinfección con dengue u otras infecciones sistémicas.

La fiebre, aun siendo el síntoma más frecuente de chikungunya en edad pediátrica, tiene un valor limitado como marcador de gravedad. Su presencia refleja la respuesta inmunitaria inicial, pero no predice la posibilidad de complicaciones. La toma de decisiones clínicas debe apoyarse en la identificación de signos de alarma mayores y menores, con énfasis en la perfusión, el estado neurológico, la presencia de fuga capilar y las alteraciones hematológicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tavares WGS, Leite RD, Christofolini DM. Chikungunya fever in hospitalized children and adolescents: clinical and epidemiological aspects in a region of northeastern Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2025;101(3):466-72. DOI: 10.1016/j.jped.2025.01.010.
2. Freppel W, Silva LA, Stapleford KA, et al. Pathogenicity and virulence of chikungunya virus. *Virulence*. 2024;15(1):2396484. DOI: 10.1080/21505594.2024.2396484.
3. Sharma PK, Kumar M, Aggarwal GK, et al. Severe Manifestations of Chikungunya Fever in Children, India, 2016. *Emerg Infect Dis*. 2018;24(9):1737-9. DOI: 10.3201/eid2409.180330.
4. Rama K, de Roo AM, Louwsma T, et al. Clinical outcomes of chikungunya: A systematic literature review and meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2024;18(6):e0012254. DOI: 10.1371/journal.pntd.0012254.
5. Pedí VD, de França GVA, Rodrigues VB, et al. Burden of Chikungunya Fever and Its Economic and Social Impacts Worldwide: A Systematic Review. *Trop Med Int Health*. 2025;30(9):865-92. DOI: 10.1111/tmi.70012.
6. Burt FJ, Chen W, Miner JJ, et al. Chikungunya virus: an update on the biology and pathogenesis of this emerging pathogen. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(4):e107-17. DOI: 10.1016/S1473-3099(16)30385-1.
7. de Lima Cavalcanti TYV, Pereira MR, de Paula SO, et al. A Review on Chikungunya Virus Epidemiology, Pathogenesis and Current Vaccine Development. *Viruses*. 2022;14(5):969. DOI: 10.3390/v14050969.



8. Vairo F, Haider N, Kock R, et al. Chikungunya: Epidemiology, Pathogenesis, Clinical Features, Management, and Prevention. *Infect Dis Clin North Am.* 2019;33(4):1003-25. DOI: 10.1016/j.idc.2019.08.006.

9. Naik KD, Delhi Kumar CG, Abimannane A, et al. Chikungunya infection in children: clinical profile and outcome. *J Trop Pediatr.* 2024;71(1):fmae057. DOI: 10.1093/tropej/fmae057.

10. Khongwichit S, Chansaenroj J, Chirathaworn C, et al. Chikungunya virus infection: molecular biology, clinical characteristics, and epidemiology in Asian countries. *J Biomed Sci.* 2021;28(1):84. DOI: 10.1186/s12929-021-00778-8.

Conflicto de intereses

Se declara que no existe conflicto de intereses.

