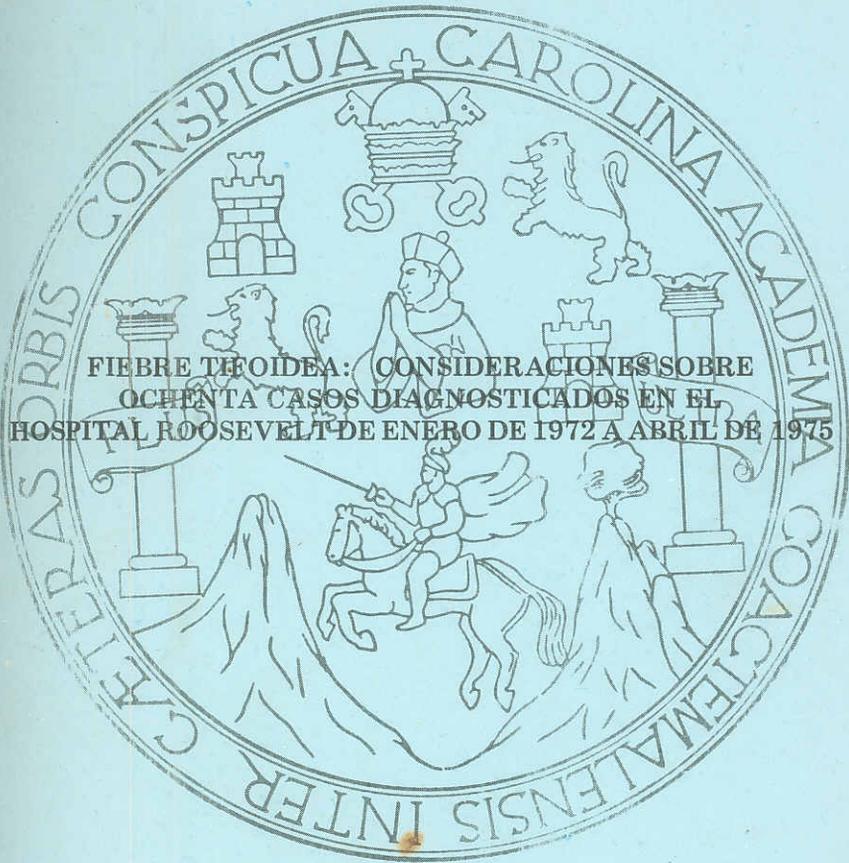


184

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



FIEBRE TIFOIDEA: CONSIDERACIONES SOBRE
OCHENTA CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL
HOSPITAL ROOSEVELT DE ENERO DE 1972 A ABRIL DE 1975

KARIN ANN ORDOÑEZ KOCHER
Guatemala, Junio de 1975

PLAN DE TESIS

	Página
I INTRODUCCION	1
II MATERIALES Y METODOS	3
III RESULTADOS	5
IV DISCUSION	19
V CONCLUSIONES	23
VI BIBLIOGRAFIA	25

I. INTRODUCCION:

La Fiebre Tifoidea es una infección aguda, frecuentemente grave, causada por la Salmonella typhi, caracterizada por fiebre, escalofríos, cefálea, apatía, tos, postración, esplenomegalia, exantema maculopapuloso y leucopenia (1,3).

La sintomatología de esta enfermedad fue descrita por primera vez en 1643 por el médico inglés Willis, y en 1804, Porst describió los hallazgos anatomopatológicos. En 1811 Bretonneau, Petit y Serres observaron abscesos en el intestino delgado, llamándolos Deotintenteritis. El término tifoidea fue empleado por vez primera en 1829 por Pierre Charles Alexander Louis en Francia, sin diferenciar esta entidad del tifus. En 1830, Bretonneau y Piedvach la llamaron "Enfermedad endo-epidémica", por haber encontrado relación entre varios casos presentados en un mismo barrio. Posteriormente, en 1836, William Gerhard de Filadelfia, E.U.A., alumno de Louis, separó los hallazgos patológicos del Tifus y la Fiebre Tifoidea. En 1880 Pasteur señaló como posible agente etiológico a la bacteria descubierta en ese mismo año por Eberth en dieciocho pacientes que fallecieron por Fiebre Tifoidea. Gaffky en 1884 obtuvo los primeros cultivos positivos.

Las pruebas de aglutinación fueron descubiertas por Widal en 1896 y cuatro años más tarde Schottmuller efectuó el primer hemocultivo.

El diagnóstico de Fiebre Tifoidea debe establecerse por el aislamiento de Salmonella typhi en sangre o médula ósea. Usualmente el hemocultivo es positivo durante la primera semana de enfermedad, después de la cual el porcentaje de positividad tiende a disminuir. El mielocultivo es de gran valor diagnóstico, ya que permite aislar el agente etiológico aún después de haber desaparecido de otras partes del cuerpo (1, 3, 9). Schlack (10) y Mendoza y col. (8) encontraron mayor porcentaje de positividad por este método que por cultivo de sangre.

Manzon-Bahr (7) opina que el diagnóstico de Fiebre Tifoidea puede ser falaz basándose únicamente en el aislamiento de Salmonella typhi por coprocultivo, ya que un portador sano que presente fiebre por otra causa induciría a error diagnóstico. En forma similar, la reacción de Widal no es un índice seguro para diagnosticar la enfermedad (6), pudiendo permanecer negativa en casos comprobados por hemocultivo. Por el contrario, hay otras enfermedades febriles en las cuales la reacción de Widal puede ser positiva (4).

Usualmente se tiene el concepto que los pacientes con Fiebre Tifoidea presentan leucopenia, sin embargo Hóok (5) encontró con frecuencia que el recuento globular es normal. Schlack (10) describió un número leucocitario normal en el 82 o/o de pacientes estudiados.

Otro dato hematológico que se ha descrito frecuentemente es la ausencia de eosinófilos en la fórmula leucocitaria (1, 3, 10).

La Fiebre Tifoidea es una enfermedad endémica en nuestro país, con brotes epidémicos. Generalmente es tratada basándose en el cuadro clínico de fiebre, cefalea, apatía, etc., unido a la presencia de leucopenia y reacción de Widal positiva. Sin embargo, pocas veces se efectúa la comprobación bacteriológica.

El objetivo de la presente tesis es describir los casos de Fiebre Tifoidea diagnosticados y comprobados bacteriológicamente en el Hospital Roosevelt de Enero de 1972 a Abril de 1975, haciendo un análisis del cuadro clínico y su relación con los distintos exámenes de laboratorio efectuados y particularmente con los resultados de los cultivos, en las diferentes fases de la enfermedad. Así también se hacen algunas consideraciones al tratamiento.

II. MATERIALES Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes en los que se efectuó diagnóstico bacteriológico de Fiebre Tifoidea, durante el período comprendido de enero de 1972 a abril de 1975, obteniéndose un total de 80 casos. Se analizaron los siguientes parámetros: fecha de ingreso, sexo, edad, lugar de residencia, síntomas y signos, duración de la fiebre antes de su ingreso, tratamiento anterior, complicaciones, enfermedades asociadas, tratamiento y mortalidad. Datos de laboratorio, entre los que se incluyeron recuento y fórmula leucocitaria, velocidad de sedimentación, hemoglobina, reacción de Widal, cultivos y susceptibilidad a los antibióticos in vitro.

III. RESULTADOS:

1.- Pacientes:

a) Edad y sexo:

Las edades oscilaron entre 3 días y 66 años de edad, de los cuales 46 (59o/o) fueron del sexo masculino y 34 (42o/o) del femenino, como se observa en la tabla No. 1.

Tabla No. 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD Y SEXO

EDAD	S E X O				TOTAL	o/o
	Masculino	o/o	Femenino	o/o		
0 - 11 meses	7	9	6	8	13	17
1 - 11 años	16	20	6	8	22	28
12 - 21	11	14	9	11	20	25
22 - 31	8	10	7	9	15	19
32 - 41	2	3	3	4	5	7
42 - 51	2	3	1	1	3	4
52 - 61	--	--	1	1	1	1
62 - 71	--	--	1	1	1	1
TOTAL	46	59	34	42	80	100

b) Epoca del año y frecuencia por año:

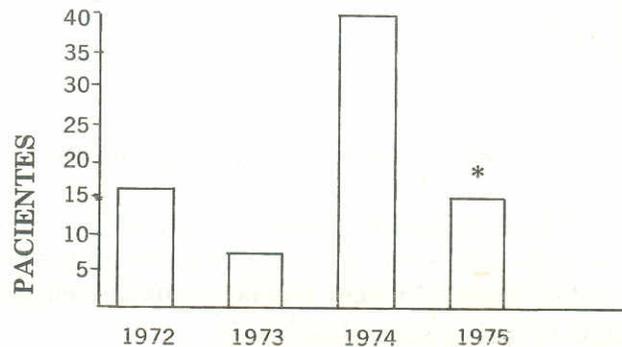
La enfermedad se presentó sin grandes variaciones en los distintos meses del año, encontrándose en julio la mayor cantidad de casos (13), pero esto no es una diferencia significativa. (ver tabla No. 2 y gráfica No. 1).

Tabla No. 2
DISTRIBUCION DE CASOS POR MES Y AÑO

MESES	A Ñ O S				TOTAL	o/o
	1972	1973	1974	1975		
Enero				6	6	8
Febrero			1	3	4	5
Marzo			1	4	5	6
Abril	1	1	5	2	9	11
Mayo	1		6		7	9
Junio	2		5		7	9
Julio	4	1	8		13	16
Agosto	3		4		7	9
Septiembre		3	3		6	8
Octubre	1	1	4		6	8
Noviembre	4	2	1		7	9
Diciembre		1	2		3	4
TOTAL	16	9	40	15	80	100

Gráfica No. 1

Frecuencia por año.



* (PRIMEROS CUATRO MESES)

c) Procedencia:

Cincuenta y un pacientes (64 o/o) residían en la capital y 29 en los departamentos. Hay que hacer notar, que únicamente están incluidas las zonas y departamentos que corresponden al Hospital Roosevelt. En la tabla No. 3 vemos la distribución de los casos procedentes de la ciudad.

Tabla No. 3

DISTRIBUCION POR ZONAS

ZONA	No. CASOS
7	17
8	2
9	0
10	2
11	3
12	9
13	2
14	6
15	1
16	0
17	0
18	0
19	9
TOTAL	51

2) Síntomas y signos:

a) Fiebre:

Cincuenta y cinco pacientes (69o/o) tuvieron fiebre por arriba de 39°C, nueve (11 o/o) menos de 39°C y dieciséis (20 o/o) no la presentaron.

La mayoría (65 o/o) de los pacientes consultaron antes de los 20 días de enfermedad. (Ver tabla No. 4).

Tabla No. 4

DURACION DE LA FIEBRE ANTES DE INGRESAR AL HOSPITAL

Días con fiebre	Número de casos	Porcentaje
No fiebre	16	20 o/o
1 - 10	36	45 o/o
11 - 20	16	20 o/o
21 - 30	8	10 o/o
31 y más	3	4 o/o
No referido	1	1 o/o
TOTAL	80	100 o/o

b) Diarrea:

Este síntoma se encontró con frecuencia, presentándose en 63 pacientes (79 o/o), no habiendo una diferencia significativa entre los distintos grupos etarios.

1) Cefalea:

Únicamente 30 (38 o/o) de los pacientes presentaron este síntoma, 26 de los cuales (58 o/o) pertenecen al grupo de mayores de

12 años.

d) Escalofríos:

Diecisiete pacientes (21 o/o) presentaron escalofríos, perteneciendo la mayoría (15) al grupo de adultos.

e) Tos:

El 20 o/o de los casos analizados tuvieron tos a su ingreso (16), siendo 11 mayores de 12 años.

f) Dolor abdominal, hepatoesplenomegalia y roseola:

Treinta de los 42 pacientes con dolor abdominal pertenecían al grupo de adultos. Hepatoesplenomegalia y roseola fue encontrada en 7 y 5 casos respectivamente.

g) Disociación pulso-temperatura:

Entre el grupo de mayores de 12 años, se encontró que 20 (44 o/o) presentaron disociación pulso-temperatura, mientras que del grupo de niños, únicamente 7 (20 o/o).

3) Datos de Laboratorio:

a) Hemoglobina:

Anemia (hemoglobina menor de 10 mg) se encontró en 13 casos (15 o/o).

b) Glóbulos blancos y diferencial:

En la tabla No. 5 observamos que el 50 o/o de los pacientes presentó recuento leucocitario normal. Ausencia de eosinófilos se encontró en el 78 o/o (62 casos) y un número normal (menor de 3

o/o) en el 13 o/o.

Tabla No. 5

RECuento DE GLOBULOS BLANCOS Y DIFERENCIAL:

Recuento de glóbulos blancos	No. Casos	Porcentaje
0 - 5,000	29	36 o/o
5,000 - 10,000	40	50
10,000 y más	9	11
No examen	2	3
EOSINOFILOS		
ausentes	62	78 o/o
1 - 3	10	13
4 y más	7	8
No examen	1	1

c) Velocidad de sedimentación:

El 65 o/o (52) de los pacientes tuvo una velocidad de sedimentación mayor de 15 mm por hora (método de Wintrobe), en 15 (19 o/o) fue normal y en 13 (16 o/o) no se practicó este examen.

d) Reacción de Widal:

Se realizaron 88 reacciones de Widal, de las cuales fueron positivas únicamente 7 (8 o/o) (tomando como positivas aquellas en que el título para el antígeno 0 fue de 1:160 o más). El 63 o/o (55) de las mismas fue negativa y 26 (30 o/o) tuvieron títulos menores de 1:80. En la tabla No. 6 se analizan los resultados según semana de enfermedad.

Tabla No. 6

REACCION DE WIDAL SEGUN SEMANA DE ENFERMEDAD

TITULO Antígeno 0	SEMANAS DE ENFERMEDAD										Total	o/o
	1a.	o/o	2a.	o/o	3a.	o/o	4a.	o/o	5a.	o/o		
Negativos	12	14	21	24	10	11	8	9	4	5	55	63
1:80	4	5	7	8	9	10	4	5	2	2	26	30
1:160	--	--	2	2	--	--	1	1	--	--	3	3
1:320	--	--	2	2	--	--	--	--	--	--	2	2
1:640	1	1	1	1	--	--	--	--	--	--	2	2
TOTAL											88	100

e) Albuminuria:

Cuarenta y seis pacientes presentaron albuminuria. En 10 más no se investigó. Diez y siete casos tuvieron albúmina de más de 10 mg o/o, de los cuales 15 tenían fiebre por arriba de 39°C.

5.- Cultivos:

Por definición, todos los casos presentaron por lo menos un cultivo positivo para Salmonella typhi. En la tabla No.7 se puede observar el número de cultivos según semana de enfermedad.

CULTIVOS POSITIVOS Y NEGATIVOS SEGUN SEMANA DE ENFERMEDAD

CULTIVO	SEMANAS DE ENFERMEDAD										Total	Porcentaje de Positividad total		
	P O S I T I V O S					N E G A T I V O S								
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	Total	1a.	2a.	3a.	4a.			5a.	Total
HEMO	6	9	7	4	1	27	4	9	4	3	2	22	49	55
MIELO	4	5	5	3	1	18	--	2	1	--	1	4	22	82
COPRO	7	17	9	1	5	39	4	8	11	5	1	29	68	57
URO	2	1	--	2	2	7	2	10	8	3	2	25	32	22
OTROS (*)	1	--	1	1	3	6	--	--	--	--	--	--	--	--
TOTAL	20	32	22	11	12	98	10	29	23	11	6	80	--	--

(*) Otros: Bilis, Líquido céfalo raquídeo, Líquido articular, Seno facial.

De 49 hemocultivos efectuados, 27 (55 o/o) fueron positivos; de 22 mielocultivos se aisló la bacteria en 18 (82 o/o). Se realizaron 68 coprocultivos y 32 urocultivos, de los cuales 39 (57 o/o) y 7 (22 o/o) fueron positivos respectivamente.

No se observó diferencias en el porcentaje de positividad, tanto en los cultivos de sangre como de médula ósea, según las distintas semanas en que se efectuaron. Los porcentajes de positividad de los hemocultivos y mielocultivos se mantuvieron constantes a través de la enfermedad.

6.- Complicaciones y fallecimientos:

Se encontraron 18 (23 o/o) casos con complicaciones, que se describen a continuación:

a) Gastroenterocolitis aguda y Desequilibrio hidro electrolítico:

Dos niños de 4 meses de edad, sin fiebre, con 8 y 3 días de enfermedad respectivamente, con fórmula leucocitaria normal y diagnosticados por coprocultivo positivo, presentaron diarrea severa con desequilibrio hidroelectrolítico, falleciendo a los 15 días de hospitalización. Uno de ellos no recibió tratamiento antibiótico y el otro, ampicilina por 5 días y Cotrimoxazole por otros 5 días.

b) Desnutrición proteico-calórica y Bronconeumonía:

Un niño de 3 meses de edad, con historia de 2 meses de evolución de diarrea. Tenía fiebre menor de 39°C y fue diagnosticado por hemocultivo positivo para Salmonella typhi. Recibió tratamiento con penicilina por 17 días, Kanamicina por 10, Gentamicina por 7 y Cotrimoxazole por 2. Falleció a los 20 días de hospitalización. No se le efectuaron otros exámenes. No se pudo establecer si la bronconeumonía era de origen tifóidico.

Un paciente de 23 años de edad, con 10 días de tener fiebre de más de 39°C. con diarrea, falleció dos días después de su ingre-

so. Presentaba leucocitosis de más de 10,000, una reacción de Widal negativa y un coprocultivo positivo para Salmonella typhi. Tuvo además ictericia a expensas de la bilirrubina conjugada. No recibió tratamiento con antibióticos. No se pudo establecer la causa de la bronconeumonía y de la ictericia.

c) Colecistitis aguda necrotizante:

Una paciente de 13 años, con historia de 7 días de evolución de fiebre mayor de 39°C, con recuento leucocitario normal, reacción de Widal negativa, cultivo de sangre y heces positivo para Salmonella typhi, desarrolló esta complicación de las vías biliares a los 5 días de su ingreso. Fue tratada quirúrgicamente y con cloramfenicol, egresando en buenas condiciones.

d) Meningitis:

Fue encontrada en dos pacientes de 1 y 54 años de edad. Presentaban fórmula leucocitaria y temperatura normal. Se aisló Salmonella typhi de Líquido céfalo raquídeo. Uno se recuperó y el otro falleció.

e) Perforación intestinal:

Se presentó en 6 pacientes, 4 de los cuales eran niños. Uno de ellos, de 7 años de edad, consultó a los quince días de enfermedad, con cuadro abdominal agudo. Se encontró fiebre mayor de 39°C, diarrea, leucopenia, reacción de Widal negativa y coprocultivo positivo. Fue intervenido quirúrgicamente y tratado con cloramfenicol, egresando en buenas condiciones. La Perforación se presentó en tres niños más, con fiebre mayor de 39°C y recuento leucocitario normal; en dos de ellos a los quince días y en el otro a los ocho días de enfermedad. Los primeros tuvieron reacción de Widal negativa, uno fue diagnosticado por cultivo de heces y el otro por hemocultivo. Ambos recibieron Cloramfenicol en el post-operatorio y egresaron en buenas condiciones. El tercero tuvo dos reacciones de Widal positivas con título de 1:640 y 1:320 para el antígeno 0. Se aisló Salmonella typhi en médula ósea, sangre y heces. Fue interve-

nido quirúrgicamente y tratado con Cloramfenicol, egresando en buenas condiciones. Quince días después fue operado nuevamente por presentar obstrucción intestinal.

Un adulto con fiebre arriba de 39°C recibió tratamiento con cloramfenicol (250 mg PO c/6 horas) durante veinte días (antes de consultar al hospital). A su ingreso se le indicó ampicilina, la cual recibió durante 18 días, luego se le cambió a Cotrimoxazole por 6 días. La perforación se diagnosticó a los trece días de hospitalización. Se intervino quirúrgicamente y egresó en buenas condiciones. Tuvo una reacción de Widal con título menor de 1:80 y un coprocultivo positivo. El sexto paciente, con fiebre mayor de 39°C, leucopenia, con historia de 20 días de enfermedad, reacción de Widal 1:40 para el antígeno 0 y mielocultivo positivo para Salmonella typhi, se le inició terapia con cloramfenicol (500 mg IV c/6 horas) y sufrió la perforación intestinal a los tres días de su ingreso. Tuvo además Síndrome de coagulopatía de consumo. Falleció a los 15 días de la operación, probablemente por una reacción transfusional.

A todos los pacientes se les efectuó ileo-transverso-colostomía con anastomosis término-terminal.

f) Síndrome de Coagulopatía de Consumo:

Cinco pacientes desarrollaron este síndrome. Todos tuvieron fiebre mayor de 39°C. Dos eran adultos y presentaban leucopenia, reacción de Widal negativas y diarrea, habiendo consultado en la segunda semana de enfermedad. Uno fue diagnosticado por mielocultivo. El otro presentó colecistitis aguda. Se aisló la bacteria de vesícula Biliar, al igual que en sangre. Ambos recibieron tratamiento con cloramfenicol y fallecieron a los dos y cuatro días de hospitalización respectivamente.

El tercer enfermo fue un niño de 11 meses de edad con historia de cuatro días de evolución de diarrea. Presentó leucopenia y se aisló Salmonella typhi de heces. Fue tratado con ampicilina y Cotrimoxazole, egresando en buenas condiciones. Una niña de 1 año de edad, con historia de diarrea de 35 días de evolución, presentó

fórmula leucocitaria normal, reacción de Widal negativa, coprocultivo positivo para S. typhi, falleció un día después de su ingreso sin recibir tratamiento antibiótico. El otro paciente se describió en el grupo de los que tuvieron perforación intestinal.

Todos los pacientes recibieron heparina endovenosa para tratar esta complicación.

g) Artritis séptica y sinusitis:

Una paciente de 18 años de edad fue ingresada por presentar anemia hemolítica. Un mes después desarrolló sinusitis secundaria a un empaque nasal posterior y anterior, de donde se aisló Salmonella typhi y posteriormente, artritis séptica de ambas rodillas. También tuvo un hemocultivo positivo para S. typhi. Fue tratada con ampicilina, cloramfenicol, y cotrimoxazole y drenaje quirúrgico, egresando en buenas condiciones después de cinco meses de hospitalización.

7) Tratamiento previo:

Únicamente 7 pacientes recibieron tratamiento antes de ingresar al hospital, constituyendo el 9 o/o del total. Dos de ellos fueron tratados con ampicilina, dos con cloramfenicol, dos con ambas drogas y uno con Cotrimoxazole.

8) Tratamiento:

La mayoría de los pacientes (17) fueron tratados con cloramfenicol, siete con Cotrimoxazole y tres con ampicilina. Seis más recibieron una combinación de ampicilina y cloramfenicol, tres cloramfenicol y Cotrimoxazole y dos ampicilina y Cotrimoxazole.

Doce casos no recibieron tratamiento antibiótico y a cinco se les administró otras drogas poco efectivas, in vivo para Salmonella typhi (Kanamicina, Gentamicina y Penicilina).

El tiempo de defervescencia varió de 1 a 20 días.

9) Susceptibilidad a los antibióticos in vitro:

De los veinte pacientes a quienes se les efectuó esta prueba, todos fueron susceptibles a los antibióticos utilizados para el tratamiento de Fiebre Tifoidea. (ampicilina, Cloramfenicol y Cotrimoxazole).

IV DISCUSION

No se encontró mayor predominancia por sexo. El 44 o/o de los pacientes eran mayores de 12 años de edad.

La enfermedad se presentó sin mayores variaciones en los distintos meses de los años analizados, existiendo una mayor incidencia en el período de mayo a agosto de 1974, así como en los primeros cuatro meses de 1975. Sin embargo, con estos datos, no puede hablarse de brotes epidémicos, sino creo que refleja el interés particular que se ha desarrollado para establecer el diagnóstico de Fiebre Tifoidea por medio de cultivo de sangre o médula ósea. En los años anteriores a 1972 el número de egresos con este diagnóstico del Hospital Roosevelt, no ha variado con respecto a los años considerados en esta tesis, pero desafortunadamente, en los años anteriores a 1972, los casos diagnosticados bacteriológicamente son muy pocos, y en algunos años inexistentes.

Referente a los síntomas que los pacientes presentaban, la fiebre y la cefalea, al igual que el dolor abdominal y la tos, se encontraron en un porcentaje elevado en los mayores de 12 años, que podrían dar una historia adecuada. El cuadro clínico no parece haber presentado en la mayoría de los casos, características diferentes a las descritas en la literatura. (1, 2, 4).

Entre los signos, la fiebre fue documentada en 64 del total de 80 pacientes, presentando disociación pulso-temperatura el 45 o/o de los adultos y 20 o/o de los niños.

Hepatoesplenomegalia fue un hallazgo en un porcentaje menor del usualmente encontrado (4) y creo que más que la ausencia de estos hallazgos de examen físico, representa deficiencias del mismo. Igualmente puede decirse de la descripción de roseola, la cual debe ser buscada con luz adecuada, particularmente en las personas de piel morena (7).

En nuestro medio es usual hacer diagnóstico de Fiebre Tifoidea en un paciente que presenta fiebre de más de una semana de evolución sin mayores signos, asociado a leucopenia. En los pacientes analizados se encontró que el 50 o/o tenía un recuento leucocitario normal y que solamente el 36 o/o presentaban leucopenia. Este hallazgo va de acuerdo a lo descrito por Schlack (9) y Hook (4). Tal vez lo importante a considerar no es la presencia de leucopenia, sino la ausencia de leucocitosis en pacientes que presentan Fiebre Tifoidea no complicada. Otra característica del cuadro hematológico en los pacientes con esta enfermedad es la ausencia de eosinófilos de la fórmula leucocitaria (1, 2, 9). Esta correlación fue encontrada en la mayoría de nuestros pacientes. No obstante, al analizar la fórmula leucocitaria de pacientes del Hospital Roosevelt se encontró que no había diferencia con el grupo de los analizados en este trabajo de tesis, observación que se mantuvo al dividirlos por edad, sexo y la presencia o ausencia de fiebre por otras causas que no fueran Fiebre Tifoidea.

Schlack (9) encontró reacción de Widal positiva (mayor de 1:100) en 61 o/o de los pacientes que estudió. En nuestro estudio la reacción de Widal careció de gran valor diagnóstico, habiendo sido positiva en el 8 o/o de los casos, cuando se consideró con títulos de 1:160 o más, para el antígeno 0. El porcentaje total de reacciones positivas (a cualquier dilución) fue de 37 o/o. Estos datos contrastan con lo reportado por Schlack (9). Aún más, con frecuencia varios autores han insistido sobre la importancia, no de la positividad o negatividad de la reacción de Widal, sino del incremento de los títulos de aglutinación al efectuar pruebas seriadas. De los 8 pacientes en nuestro estudio que tuvieron pruebas seriadas, en sólo uno se observó aumento del título de dilución de 1:80 a 1:320.

La albuminuria fue un hallazgo de importancia en nuestros casos, particularmente en los que presentaban fiebre mayor de 39°C. Desafortunadamente no pudimos investigar la correlación de este dato de laboratorio en otros pacientes febriles por causas distintas de Fiebre Tifoidea, para poder determinar si es un hallazgo específico en pacientes con fiebre alta y tifoidea o si representa una res-

puesta renal no específica a la fiebre.

El mielocultivo ha sido reportado como un procedimiento excelente para efectuar el diagnóstico de Fiebre Tifoidea (7, 8, 9), irrespectivamente del estadio en que se encuentre la enfermedad. En el Hospital Roosevelt no fue sino hasta 1972 en que se principió a efectuar éste, en casos en que se sospechara Fiebre Tifoidea. El índice de positividad en relación a los hemocultivos significó un incremento en la eficiencia diagnóstica, habiendo aumentado del 55 o/o al 82 o/o. Este incremento en positividad es significativo ($P > 0.05$ por χ^2).

El porcentaje de pacientes que presentaron perforación intestinal fue del 7.5 o/o, lo cual va de acuerdo con lo reportado en la literatura (5, 9), exceptuando el estudio de Kamat (5) en donde en 220 pacientes no se observó un solo caso de esta complicación.

El síndrome de coagulopatía de consumo fue encontrado en cinco pacientes. Este ha sido descrito con anterioridad como una complicación de procesos infecciosos, incluyendo Fiebre Tifoidea (10). De los 5 pacientes, 3 fallecieron probablemente debido a esta complicación, otro falleció, cuando ya se encontraba recuperado de este síndrome, por una reacción transfusional. El reconocimiento temprano de esta complicación puede ser determinante para el pronóstico de estos pacientes, por lo que creo deben efectuarse pruebas de coagulación y recuento de plaquetas en pacientes con Fiebre Tifoidea, para llegar a definir mejor la interrelación entre estas dos entidades y tomar las medidas terapéuticas necesarias cuando la situación clínica lo demande.

La mortalidad total fue del 10 o/o, usualmente debida a complicaciones tales como perforación intestinal, Síndrome de coagulopatía de consumo, meningitis y problemas hidroelectrolíticos en niños pequeños.

V CONCLUSIONES:

- 1) La Fiebre Tifoidea es frecuente en nuestro medio.
- 2) La presencia de fiebre, cefalea, dolor abdominal y disociación pulso-temperatura siguen siendo características que sugieren Fiebre Tifoidea en nuestro medio.
- 3) La reacción de Widal en este estudio fue positivo en el 37 o/o de los pacientes y en general no fue de gran ayuda diagnóstica.
- 4) El mielocultivo fue el procedimiento diagnóstico más importante, ya que presentó una positividad de 82 o/o.
- 5) El Cloramfenicol permanece como la droga de elección para el tratamiento de Ft, siendo el Cotrimoxazole una alternativa adecuada.
- 6) Las complicaciones más importantes por su gravedad y frecuencia fueron perforación intestinal y síndrome de coagulopatía de consumo.
- 7) La mortalidad total es aún elevada, siendo ésta de 10 o/o.

VI BIBLIOGRAFIA:

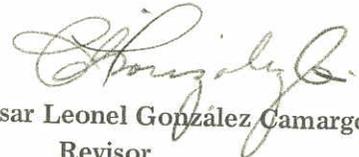
- 1- Barglow, David R. Typhoid Fever in Tice's Practice of Medicine. 1965 p 459-565.
- 2- Beeson, Paul y MacDermott, Walsh. Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb. 13a. Ed. Trad. por Dr. Alberto Folch y Pi. Ed. Interamericana, 1972 p 2080.
- 3- Cabrera Valverde, Julio Rafael. Fiebre Tifoidea; estudio clínico y diagnóstico. Tesis. (Médico y Cirujano). Guatemala, USC, Facultad de CC.MM. 1970 28 p.
- 4- Hook, E.W. Salmonellosis: its Recognition and Treatment are a Challenge. Consultant. Special Feature, Part 2. Sept - Oct. 1969.
- 5- Kamat, S.A. Evaluation of Therapeutic Efficacy of Trimethoprim-Sulfamethoxazole and Chloramphenicol in Enteric Fever. Brit. Med. Jour. 3;320-322 1970.
- 6- Manson-Bahr, P. Manson's Tropical Diseases. 16 edn. p 271 London, Bailliere, Tindall & Cassel. 1966.
- 7- P. Mendoza-Hernández, M. Terminel-V., D. Méndez-H., L. Ruiz-Maya and S. González-Arroyo. Septicemic Salmonellosis diagnosed by Bone-marrow culture. 215 (36.5.3)
- 8- Lieut. Robertson, Paul, Mohammed Fathy Abdel Wahab and Comm. Frank O. Raasch. Evaluation of Chloramphenicol and Ampicilin in Salmonella Enteric Fever. N. Eng. J. of Med. 278:4,171-176 1968.
- 9- Schlack et al. Myeloculture in the Diagnosis of Typhoid and Paratyphoid Fevers. Comparative analysis of 135 cases upon

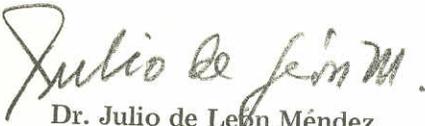
hospital admission. Rev. Chil. Paediat. 37:213-20 (Apr. 1966).

- 10- Allen, Neil, Yunis Nomanbhoy, David Green and George Du-
nea. Typhoid Fever with Consumption Coagulopathy. New
Eng. J. of Med. 208: 689-690 1969.


Br. Karin Ann Ordóñez Kocher


Dr. Jacobo Sabbaj Kleff
Asesor


Dr. César Leonel González Camargo
Revisor


Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III


Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario


Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano