

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

(Estudio Retrospectivo de 1975 a 1979 en las Salas de Medicina del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios)

JORGE FERNANDO UMAÑA DE LEÓN

I N D I C E

- I - Introducción
- I - Antecedentes
- I - Objetivos
- V - Hipótesis
- V - Material y Métodos
- I - Consideraciones Generales
- I - Trabajo de Campo
- I - Conclusiones
- X - Recomendaciones.

INTRODUCCION

Fiebre de origen desconocido o indeterminado es una entidad patológica determinada por ciertos criterios diagnósticos y que actualmente en nuestro medio, a pesar de los adelantos en los métodos diagnósticos su incidencia ha aumentado esto tomando en cuenta que antes de 1971 esta entidad era casi desconocida (1).

Por lo tanto y ya que en algunas ocasiones se etiqueta algún caso con este diagnóstico sin haberse cumplido los criterios establecidos, se hace obligatorio efectuar un estudio y someterlo a un análisis con el propósito de aportar mejora en la determinación de este cuadro.

Así además evitar el uso indiscriminado de agentes terapéuticos antes de un diagnóstico adecuado, o en su defecto el agotamiento de los recursos disponibles para tal efecto.

ANTECEDENTES

Actualmente este tema para tesis de graduación se ha revisado en dos ocasiones, en 1976 y en 1977, por los doctores Gustavo Archila y Luis Cruz respectivamente. El primero se efectuó en el Departamento de Medicina del Hospital General San Juan de Dios, con un total de 22 casos y el segundo en el Hospital Roosevelt con un total de 29 casos.

Obteniendo algunos resultados más o menos similares en lo que respecta a las causas más frecuentes de Fiebre de Origen Desconocido, así mismo tienen semejanza con los resultados presentados por estudios extranjeros de su bibliografía revisada.

A continuación se enumeran las causas más frecuentes de Fiebre de Origen Desconocido encontradas en los trabajos citados:

1 9 7 6:

1 9 7 7:

Infecciosas:	11	50%	Infecciosas:	19	65%
Neoplasias:	3	14%	Neoplasias:	6	21%
Desconocida:	6	27%	Desconocida:	1	3%
Otras:	2	8%	Otras:	3	10%
Total:	22	100%	Total:	29	100%

Estos trabajos de tesis enfocaron el primero a pacientes adultos y el segundo a adultos y niños.

A diferencia de éstos, este trabajo de investigación se efectuará únicamente en pacientes pediátricos.

OBJETIVOS

1. El estudio de las causas más comunes de Fiebre de Origen Desconocido en los servicios de Medicina del Departamento de Pediatría -- del Hospital General San Juan de Dios.
2. Valoración de los métodos diagnósticos para el diagnóstico final.
3. Estudio del cumplimiento de los criterios para el diagnóstico de Fiebre de Origen Desconocido.
4. La comparación de los datos obtenidos en estudios anteriores y el presente para la diferenciación entre los resultados.

HIPOTESIS

Las causas más frecuentes de Fiebre de Ori
gen Desconocido en pacientes pediátricos -
es diferente a la de los pacientes adultos.

MATERIAL Y METODOS

Como material se comprenden los casos de Fiebre de Origen Desconocido que se hayan presentado de 1975 a 1979 en las Salas de Medicina del Departamento de Pediatría del Hospital General-San Juan de Dios.

Empleándose el método deductivo a través de la revisión de los libros de ingreso y egreso de las salas de dicho departamento.

Revisión de las papeletas de los pacientes - en el archivo del Hospital para obtener los datos de: Edad, sexo, curva de temperatura, tiempo de hospitalización, diagnóstico de ingreso y egreso.

Estudio de los métodos diagnósticos más empleados para el manejo de los pacientes, por medio de los informes de laboratorio o estudios especiales (radiografías, biopsias, exámenes serológicos, cultivos, etc. etc.).

Revisión bibliográfica y comparación de datos obtenidos en estudios anteriores y el actual.

Aplicación de métodos estadísticos, presentación de resultados, análisis, conclusiones y recomendaciones de los mismos.

CONSIDERACIONES GENERALES

A. Fiebre:

Es una compleja reacción del organismo caracterizada por una elevación de la temperatura corporal, motivada por causas múltiples como lo son anomalías del encéfalo, deshidratación, toxinas o sustancias provenientes de le si ón tis ular que afectan los centros termorreguladores situados en el hipotálamo.

Las toxinas y sustancias provenientes de le si ón tis ular que hacen que la cifra de "ajuste" del hipotálamo se eleve se llaman pirógenos endógenos. Cuando el reajuste del termostato hipotalámico se ha dispuesto hasta un valor más alto que el normal, todos los mecanismos para elevar la temperatura entran en acción, incluyendo la conservación del calor y el aumento de la producción del mismo. En unas pocas horas después de que el termostato se ha reajustado a un valor alto, la temperatura corporal se acerca a dicho valor.

B. Tipos de Fiebre:

Fiebre Continua: Las oscilaciones diarias, máxima y mínima, no llegan a un grado. Si es de larga duración con una curva casi horizontal se denomina fiebre hética o séptica.

Fiebre Remitente: Caracterizada por oscilaciones diarias superiores a un grado, sin alcanzar en un momento la normal.

Fiebre Intermitente: Se encuentra apirexia entre los accesos febriles. La temperatura sube rápidamente después de un escalofrío y desciende también rápidamente a la normal o subnormal, acompañándose de abundante diaforesis.

Fiebre Recurrente: Caracterizada por alteraciones de períodos de fiebre continua en meseta, que duran dos, cinco o más días, seguidos de una fase de remisión apirética otros tantos o aún más días.

Fiebre Ondulante: Series de ondas febriles separadas por intervalos de apirexia o febrícula.

Fiebre Inversa: En este tipo de fiebre se obtienen cifras máximas durante la noche y la mañana.

Fiebre Héctica: Se observan oscilaciones diarias muy irregulares. Propia de tuberculosis avanzada y procesos sépticos.

Fiebre Psicógena: Definida como fiebre causada por problemas emocionales, hasta de 38 -- grados centígrados que puede persistir por meses o años; generalmente son mujeres, que no han perdido peso y tienen buen aspecto. Pero pueden presentar por causa de la fiebre, mialgias, cefalea, y malestar general. Lo que se resuelve con pequeñas dosis de barbitúricos u otros calmantes, o la interrupción de la causa del conflicto.

Hipertermia Bucal Esencial: Síndrome caracterizado por aumento de la temperatura oral que alcanza o supera la rectal. El trastorno afecta a mujeres jóvenes generalmente y carece de significado patológico. El problema se puede resolver midiendo la temperatura oral y rectal simultáneamente.

Fiebre Simulada: Se señala que hay cuatro datos que orientan al diagnóstico: 1. La curva térmica no sigue la variación diversa normal. 2. No hay taquicardia a pesar de agujas bruscas de hipertermia. 3. Hay una efervescencia rápida no acompañada de sudor y 4. Presencia de fiebre de 41.5 grados centígrados o mayor.

Como causa de este cuadro podemos enumerar:

1. Frotar el bulbo del termómetro entre los dedos o sobre la ropa,
2. Aproximándolo a una bombilla eléctrica,
3. Substituir el termómetro por otro previamente elevado, etc.

En los recién nacidos y lactantes se puede producir una forma de hipertermia cuando se le arroja en exceso para protegerles de las bajas temperaturas exteriores que, por otra parte, no son tan bajas en el ambiente que los rodea. La menor capacidad de perspiración de estos pacientes es un factor que favorece la presentación de este cuadro. Una causa menos frecuente es la de abrigo en épocas calurosas, especialmente cuando el niño está expuesto al sol. En general la temperatura corporal oscila entre los 41 y 44 grados centígrados. La piel parece

caliente y seca, y al principio el niño está en rojecido y apático. Para conseguir que recupere su temperatura normal basta sumergir al niño en agua templada.

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

Uno de los problemas más difíciles, más -- atrayentes y además causa de frustración es la fiebre prolongada de origen obscuro.

La mayor parte de los pacientes con Fiebre de Origen Desconocido, suelen sufrir trastornos comunes que se presentan en forma atípica, la temperatura elevada es la única indicación mayor de trastorno de la salud.

En estudios de Moya (5) y Peterdorf y Beeson (7), las causas más frecuentes de Fiebre de Origen Desconocido fueron las catalogadas -- como infecciosas; y dentro de éstas la más frecuente fue la tuberculosis en cualquiera de -- sus formas (pulmonar, miliar, peritoneal, etc), le siguen en frecuencia las neoplasias, enfermedades del tejido conectivo y causas diversas.

Para la determinación de este síndrome hay que cumplir ciertos criterios los cuales según Peterdorf y Beeson son:

- Fiebre de más de tres semanas de duración.
- Fiebre mayor de 38.5 grados centígrados controlada en varias ocasiones.
- Causa no establecida después de una semana de hospitalización.

Según Shean y Van Omnen:

- Temperatura arriba de 38 grados centígrados, más de tres semanas de duración en pacientes

en quienes la historia, el examen clínico, el recuento de sangre y los análisis de orina y rayos X de torax no permitan establecer el diagnóstico.

En realidad no existe una definición consistente para este cuadro y muchos médicos aplican el término a cualquier niño febril admitido en un hospital sin diagnóstico aparente.

Las causas principales de Fiebre de Origen Desconocido en niños son: (11) infecciosas, colágeno-vasculares y neoplasias. En los EE.UU.- las causas infecciosas que se han implicado son: salmonellosis, taluremia, tuberculosis, enfermedad por Rickettsias, brucelosis, sífilis, leptospirosis, fiebre por mordedura de rata, mononucleosis infecciosa, enfermedad por inclusión-citomegálica y hepatitis. Artritis juvenil y lupus eritematoso sistémico son la mayoría de enfermedades del colágeno asociadas con Fiebre de Origen Desconocido.

Algunas situaciones que se deben de tener en consideración son:

Si el paciente está recibiendo drogas, la posibilidad de fiebre medicamentosa debe tenerse en cuenta. La fiebre medicamentosa característicamente no está asociada con otros síntomas y la temperatura se mantiene elevada a un nivel relativamente constante. Al omitir la droga se observa resolución de la fiebre entre las próximas 72 horas. En algunos casos en que las drogas se excretan en un período prolongado de tiempo, como los yoduros, la fiebre puede per-

sistir hasta un mes después de que se ha omitido la droga.

Fiebre e infección no deben ser sinónimos en los niños; no se deben usar antibióticos como antipiréticos. A excepción del uso del tratamiento antituberculoso en niños críticamente enfermos en los que se sospeche tuberculosis disminuida. Pruebas empíricas con cualquier antibiótico puede ser dañina y obscurecer un cuadro de endocarditis bacteriana, meningitis u osteomielitis. La hospitalización se hace necesaria para estudios de laboratorio y rayos X lo cual se hace impráctico en pacientes ambulatorios.

Con lo que respecta a la historia, se debe investigar el contacto con animales pues se pueden contraer enfermedades como la leptospirosis por contacto con perror enfermos o tularemia -- por la ingestión de conejos o ardillas.

Una historia de "pica" debe ser buscada; la ingestión de basura puede sugerir muchas enfermedades, pero es de importante consideración la infección por toxocara, larva migrans o toxoplasmosis.

La visita a regiones distantes ha de ser investigada pues hay regiones donde hay enfermedades endémicas que en otros lugares están erradicadas o no existen.

Una historia de medicación debe ser estudiada rigurosamente, ésta debe incluir las preparaciones hechas en farmacias, incluyendo gotas pa-

ra los ojos (fiebre inducida por la atropina).

Con respecto al examen físico, observaciones específicas incluyen: El sudor el cual debe ser notado específicamente y la ausencia -- puede sugerir deshidratación por vómitos y diarrea, diabetes insípida o nefropatía. Fiebre sin sudor también puede sugerir displasia familiar del ectodermo o ingestión de atropina.

Fiebre de Origen Desconocido algunas veces es causada por disfunción hipotalámica. Una idea de este desorden es la falta de contracción pupilar causada por la ausencia del músculo constrictor del esfínter del ojo, este -- músculo es dividido del ectodermo y no del mesodermo y crece embriológicamente cuando la estructura hipotalámica se separa.

Dolor a la palpación sobre las sienas o -- dientes debe ser buscada y los senos deben ser transluminados.

La candidiasis oral puede dar una idea de -- varias disfunciones del sistema inmunológico.

Fiebre con ampollas se ha encontrado en pacientes con neumonía por estreptococo o infección por Rickettsias, raramente en presencia -- de Salmonella, o estafilococo. Escalofríos -- fuertes y repetidos más temperatura elevada -- son comunes en niños con septicemia. Hipere-- mia de la faringe con o sin exudado puede sugerir mononucleosis infecciosa, enfermedad por -- inclusión citomegálica, toxoplasmosis, salmone

losis, tularemia o leptospirosis. Los músculos y huesos deben ser palpados cuidadosamente, puntos hipersensibles sobre huesos pueden sugerir osteomielitis o invasión medular por enfermedad neoplásica. Dolor sobre el músculo trapecio -- puede ser un camino al absceso subdiafragmático. La hipersensibilidad generalizada muscular sugiere dermatomiositis, triquinosis, poliartritis o infección por arbovirus.

El examen rectal puede revelar adenopatía para-rectal o hipersensibilidad y sugerir un absceso pélvico profundo, adenitis iliaca u osteomielitis pélvica. Examen de guayaco en heces se debe efectuar, pues pérdida de sangre oculta puede sugerir colitis granulomatosa o ulcerativa, como causa de Fiebre de Origen Desconocido.

Los exámenes de laboratorio deben ser encaminados para un diagnóstico rápido. La tendencia general por ordenar un gran número de exámenes -- no es recomendable. La prontitud puede ser impetiva en un paciente críticamente enfermo. Pero si la enfermedad es más crónica la evaluación de los exámenes se puede hacer más despacio.

Los estudios más utilizados son:

El recuento de células sanguíneas, lo cual es de valor moderado en niños con Fiebre de Origen Desconocido; un recuento por debajo o igual a -- 5,000 células por mm^3 con neutrofilia es evidencia fuerte en contra de una infección Bacteriana con la excepción de fiebre tifoidea. Pacientes con más de 10,000 células por mm^3 a expensas de

polimorfonucleares tienen un 80% de posibilidades de tener una infección bacteriana severa.

Una V/S por arriba de 20 mm/h indica un proceso inflamatorio que puede ser crónico.

Cultivos de sangre deben obtenerse para aerobios y anaerobios.

El cultivo de orina debe ser obtenido rutinariamente. Estudios radiográficos del tracto urinario pueden estar indicados, así como del torax, senos paranasales, mastoides, series --gastro-intestinales si la historia y el examen físico así lo orientan.

El examen de la médula ósea puede revelar - leucemia, metastasis neoplásica, infección por mycobacterias, fungosis, histiositosis u otras enfermedades crónicas. Un aspirado de la médula ósea debe ser cultivado rutinariamente.

Los exámenes serológicos pueden permitir el diagnóstico de mononucleosis infecciosa, citomegalovirus, toxoplasmosis, salmonellosis, tularemia, brucelosis o leptospirosis.

Biopsia y laparotomía en niños, solo se -- utilizará si el examen físico y los resultados de laboratorio así lo sugieren.

El niño con Fiebre de Origen Desconocido tiene buen pronóstico, mejor que el reportado en - estudios de adultos lo cual sugiere un porcentaje del 25% al 45% de mortalidad (11). En mu-

chos casos el diagnóstico no puede ser establecido y la fiebre cede espontáneamente.

En algunos casos la fiebre puede persistir, - y la causa desconocerse, aún después de una evaluación y estudio completo.

TRABAJO DE CAMPO

Se revisó un total de 43 papeletas, las cuales contenían en el diagnóstico de ingreso o -- egreso el de Fiebre de Origen Desconocido; obteniéndose los siguientes resultados:

No. de casos: 43.

Sexo Femenino: 17 - 39%

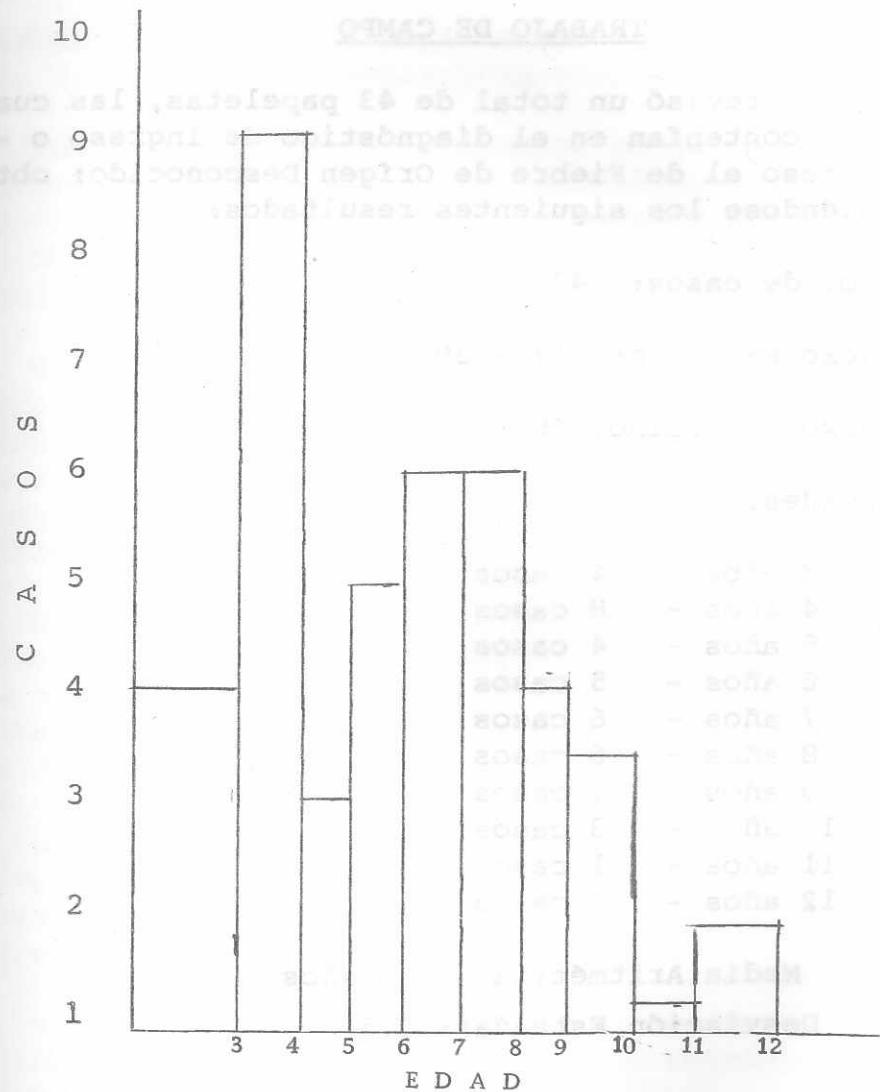
Sexo Masculino: 26 - 61%

Edades:

3 años -	4 casos
4 años -	8 casos
5 años -	4 casos
6 años -	5 casos
7 años -	6 casos
8 años -	6 casos
9 años -	4 casos
10 años -	3 casos
11 años -	1 caso
12 años -	2 casos

Media Aritmética: 6.6 años

Desviación Estandar: 2.5



Tipos de Fiebre:

1. Recurrente:	9 casos	21%
2. Intermitente:	11 casos	25%
3. Remitente:	6 casos	14%
4. Continua:	6 casos	14%
5. Héctica:	4 casos	9%
6. Sin Fiebre:	7 casos	16%
T o t a l:	43 casos	100%

Aquí encontramos que las curvas de fiebre - más frecuentemente encontradas fueron la recurrente e intermitente, curvas que se asocian a infecciones supurativas, neumonías y meningococ semias la primera; y en septicemias, sepsis urina rias, enfermedades por Rickettsias y paludismo la segunda (10).

También llama la atención el hecho de que en siete casos no se presentaron alteraciones en las curvas de temperatura.

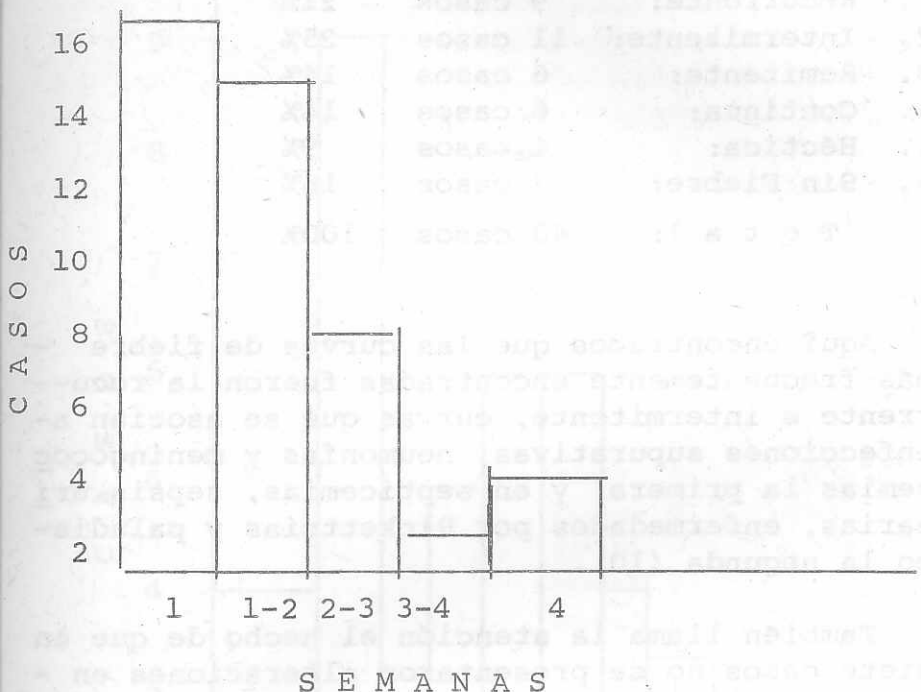
TIEMPO DE HOSPITALIZACION

Por semanas:

Menos de una semana:	16	37%
De 1 a 2 semanas :	15	35%
De 2 a 3 semanas :	8	18%
De 3 a 4 semanas :	1	2%
Más de 4 semanas :	3	7%

Con un mínimo de 2 días y un máximo de 170 - - días.

Media aritmética: 14.4 días.



Aquí se observa que un 37% de los pacientes - estuvieron hospitalizados menos de una semana, con lo que no se cumple uno de los criterios- establecidos que dice: causa no establecida - después de una semana de hospitalización.

Causas de Fiebre de Origen Desconocido encontradas:

Infecciosas :	28 casos	65%
Neoplasias :	0 casos	0%
F O D :	11 casos	26%
Otras :	4 casos	9%

Causas Infecciosas:

Fiebre Tifoidea:	10 casos
Paludismo :	9 casos
Neumonías :	3 casos
Inf. Urinaria :	3 casos
TB primaria :	1 caso
Tifus Ex. :	1 caso
Amigdalitis :	1 caso

Otras:

I R S :	3 casos
Fiebre medica mentosa :	1 caso

Además de las causas mencionadas hubieron - algunos casos que presentaron más de un diag- nóstico, como parasitismo intestinal, diferen- tes tipos de anemia y un caso de eosinofilia - de etiología no determinada; los cuales no se- tomaron en cuenta por no referirse como causa- de la fiebre.

Como en los trabajos anteriores la causa -- más frecuente fueron las enfermedades de tipo- infeccioso, sin embargo difieren en lo que res

pecta, dentro de éstas, a la más frecuente que es la Tuberculosis, encontrándose en este estudio no más que un caso. Asimismo no se encontró ningún caso de enfermedades neoplásicas ni colágeno vasculares.

χ^2 Como prueba de significancia de la hipótesis planteada:

Causas	: 1976	1980	
Infecciosas	: 11	28	39
Neoplasias	: 3	0	3
F O D	: 6	11	17
Otras	: 2	4	6
T o t a l	: 22	43	65

Datos
Observados

Causas	: 1976	1980	
Infecciosas	: 13.6	26.5	
Neoplasias	: 2.2	4.1	
F O D	: 4.2	8.2	
Otras	: 2.0	4.1	

Datos
Esperados

Grados de Libertad: (4-1) (2-1): 3 gl.

$\frac{(\text{Datos Observados} - \text{Datos Esperados})^2}{\text{Datos Esperados}}$: 3.36.

Datos Esperados

Conclusión: Utilizando la prueba de significancia del χ^2 con los datos obtenidos, estadísticamente no hay diferencia significativa; con lo que se rechaza la hipótesis.

Comparando los tres estudios:

Causas	: 1976	1977	1980	
Infecciones	: 11	19	28	58
Neoplasias	: 3	6	0	9
F O D	: 6	1	11	18
Otras	: 2	3	4	9
T o t a l	: 22	29	43	94

Datos
Observados

Causas	: 1976	1977	1980	
Infecciosas	: 13.6	17.8	26.5	-
Neoplasias	: 2.2	2.8	4.1	
F O D	: 4.2	5.6	8.2	
Otras	: 2.0	2.8	4.1	

Grados de Libertad: (4-1) (3-1) : 6 gl.

$\frac{(\text{Datos Observados} - \text{Datos Esperados})^2}{\text{Datos Esperados}}$: 14.19

Conclusión: Utilizando la prueba de significancia de χ^2 con una confiabilidad del 95% podemos decir que hay diferencia significativa, entre los grupos estudiados.

Esta diferencia está dada por la inclusión del trabajo de 1977, en el cual se estudiaron niños y adultos, y fue hecho en un hospital diferente al de los otros dos, en donde podrían haber criterios y medios de diagnósticos diferentes.

Claro que esta conclusión es discutible, y hasta que no se tengan más estudios sobre el tema no se podrá llegar a una conclusión final.

Exámenes de Laboratorio:

Hematología

Hg	V/S	G.B.	Fórmula
16.65	13	7250	Seg:66; lin32
12.2	113	27000	" 87; " 9
13.3	--	13200	" 62; " 34
12.7	--	4000	" 84; " 15
10.4	76	6659	" 28; " 53 eos: 18
13.1	41	9800	" 70; " 25
13	11	7450	" 57; " 35
9.85	80	9000	" 81; " 15 cayados 4
8.19	--	13600	" 64; " 34
12	--	5300	" 89; " 10
14	47	3150	" 72; " 21
13.4	--	5500	" 65; " 30
11	100	8100	" 54; " 38 cayados 4
12	8	10150	" 60; " 39
11.78	--	10000	" 75; " 24
10	50	3050	" 63; " 37
11	30	10400	" 70; " 30
12.5	70	10650	" 73; " 25
13	95	21500	" 73; " 20
7.6	40	6850	" 47; " 43
9.1	50	4600	" 37; " 58
10	--	7350	" 50; " 44 cayados 5
12.8	80	7500	" 73; " 24
10.7	99	2900	" 44; " 55
11.7	80	7700	" 68; " 32
8.87	113	5750	" 73; " 23
11.88	--	4700	" 63; " 32
11.2	16	7600	" 41; " 38 eos 15
9.1	10	14200	" 50; " 39 eos 8
11.8	20	5500	" 81; " 14
13.6	60	5650	" 92; " 8
8.6	42	12503	" 52; " 43 eos 4

Hematología (Continuación)

Hg	V/S	G. B.	Fórmula
11	8	6580	Seg:42; lin 62
9.1	42	5500	" 76; " 21
14.4	33	7196	" 14; " 85
13.5	--	6900	" 75; " 27
11.2	86	30000	" 92; " 7
11.6	--	5260	" 59; " 36
6.9	127	4000	" 33; " 67
11.88	--	4000	" 68; " 30
14.9	--	4800	" 68; " 27
7.8	40	10000	" 72; " 24
12	--	4500	" 72; " 25

De los 43 casos, a 30 se les efectuó dentro de ese examen hematológico, V/S, de los cuales 22, 73%, presentaron cifras arriba de lo normal (Ml: hasta 20 mm/Hg) (9).

Con lo que respecta al número total de leucocitos x mm³ se les efectuó recuento a los 43 casos, de los cuales 10, 23%, presentaron valores arriba de 10,000 x mm³ y 9, 20%, presentaron valores menores de 5,000 x mm³.

Se efectuaron un total de 29, 67%, pruebas de Widal (reacción de aglutinación por dilución), de las cuales 12, 41%, mostraron reacciones positivas. De estas 7, 24%, presentaron valores en el antígeno O ó H arriba de 1:160.

Valores de las Pruebas Positivas:

- 1. O: 1:40
H: 1:40
- 2. O: 1:640
H: 1: 80
- 3. O: 1:640
H: ---
- 4. O: 1:80
H: ---
- 5. O: 1:320
H: ---
- 6. O: 1:180
H: ---
- 7. O: 1:320
H: ---
- 8. O: 1:40
H: 1:20
- 9. O: 1:40
H: 1:640
- 10. O: 1:80
H: 1:640
- 11. O: 1:80
H: ----

- 12. O: 1.40
H: ---

Total: 29

Positivas: 12, 41%

Positivas con valores de dilución arriba de 1:160: 7, 246.

Negativas: 17, 59%.

Para los exámenes de Gota Gruesa se tomaron un total de 23 muestras, 53% del total de casos, de las cuales 9 resultaron positivas, 7 para plasmidium vivax y dos para falciparun.

La prueba de Mantoux, se le aplicó a 16 casos, 37% del total, presentándose positiva solamente en un caso.

Con lo que respecta a los estudios radiológicos del torax, se tomaron a un total de 20 casos, 46%, encontrándose datos patológicos en tres casos. Entre éstos el paciente con Mantoux positivo presentaba un cuadro radiológico normal.

Cultivos:

- 1. Hemocultivos: Total 32, 74%, de los cuales 18 fueron negativos y 4 positivos para Salmonella Typhi.
- 2. Mielocultivos: Total 14, 32%, de los cuales 11 fueron negativos, dos positivos para Salmonella Typhi y uno positivo para estafilococo aureus.

3. Coprocultivos: Total 17, 39%, de los cuales 13 fueron negativos, dos positivos para Salmonella Typhi y dos positivos para E. Coli enteropatógena del grupo A.
4. Urocultivos: Total 16, 37%, de los cuales 13 fueron negativos y tres positivos para más de 100,000 colonias de enterobacter.
5. Orocultivos: Total 6, 14%, los cuales todos fueron negativos.
6. Cultivo de Líquido Pleural: 1 caso en el cual se aisló pneumococo.

La reacción de Weil Felix le fue practicada a dos pacientes, siendo positiva en un caso.

En tres pacientes se efectuó biopsia de ganglio y en los tres casos el reporte fue presentado como normal.

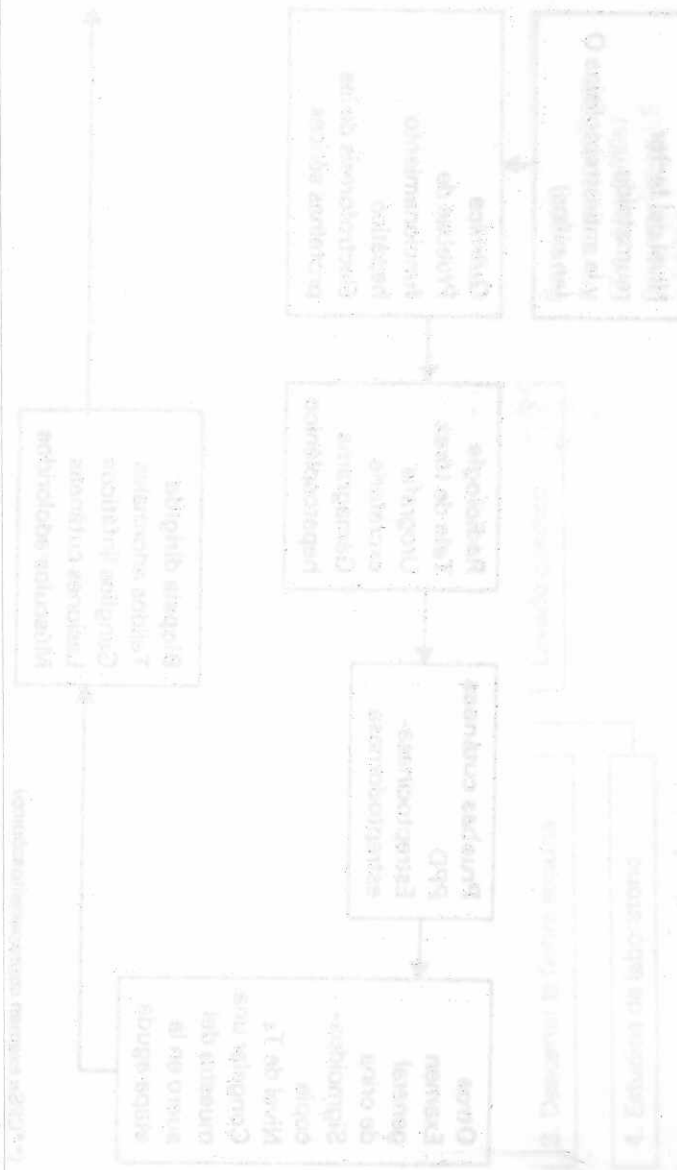
MOTIVOS DE CONSULTA

- 1 - Fiebre cuantificada por termómetro entre 38 y 39 grados de tres meses de evolución.
- 2 - Epistaxis, náusea y vómitos de tres días de evolución.
- 3 - Dolor abdominal de cuatro días de evolución.
- 4 - Vómitos de cinco días de evolución.
- 5 - Malestar general y dolor de cuerpo de seis días de evolución.

- 6 - Epistaxis de dos días de evolución
- 7 - Fiebre NCxT de ocho días de evolución
- 8 - Dolor de cabeza y fiebre NCxT de tres días de evolución.
- 9 - Dolor de cabeza, malestar general y fiebre NCxT de ocho días de evolución.
- 10 - Escalofríos y fiebre NCxT de tres días de evolución.
- 11 - Fiebre NCxT de ocho días de evolución
- 12 - Fiebre de 38.5 grados de cuatro días de evolución.
- 13 - Vómitos y fiebre NCxT de cinco meses de evolución.
- 14 - Fiebre NCxT de cinco días de evolución.
- 15 - Dolor de cuello y FNCxT de dos días de evolución.
- 16 - Fiebre NCxT de cuatro días de evolución.
- 17 - Fiebre NCxT de quince días de evolución.
- 18 - Fiebre NCxT y escalofríos de diez y ocho días de evolución.
- 19 - Tos y fiebre NCxT de ocho días de evolución
- 20 - Vómitos, dolor abdominal y fiebre NCxT de diez días de evolución.
- 21 - Fiebre de 40 grados C de cuatro días de evolución
- 22 - Fiebre y dolor abdominal de dos días de evolución
- 23 - Fiebre NCxT y dolor abdominal de quince días de evolución
- 24 - Dolor de cabeza y fiebre NCxT de cuarenta días de evolución.
- 25 - Catarro, fiebre NCxT y malestar general de diez días de evolución

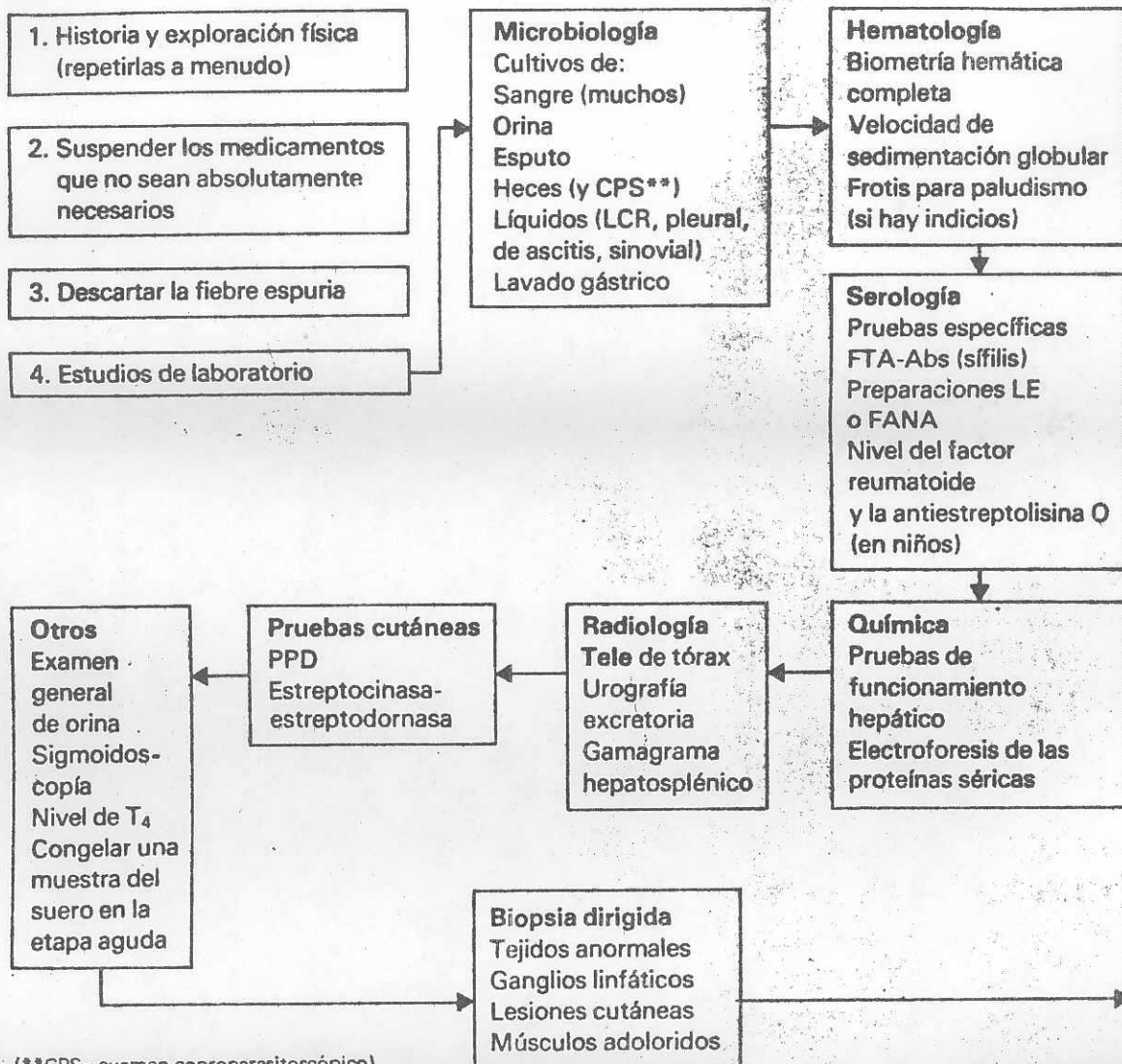
- 26 - Fiebre NCxT de ocho días de evolución
- 27 - Fiebre de 39 grados C de tres días de evolución
- 28 - Fiebre de 39 grados C de dos meses de evolución
- 29 - Fiebre NCxT de un mes de evolución
- 30 - Fiebre NCxT de 22 días de evolución
- 31 - Vómitos, anorexia, dolor de cabeza y fiebre NCxT de cuatro días de evolución.
- 32 - Fiebre NCxT de un mes de evolución
- 33 - Fiebre NCxT y distensión abdominal de 15-días de evolución
- 34 - Fiebre NCxT de nueve días de evolución
- 35 - Fiebre NCxT de cinco días de evolución
- 36 - Tos y fiebre NCxT de tres días de evolución
- 37 - Fiebre NCxT y escalofríos de tres días de evolución
- 38 - Fiebre NCxT y escalofríos de diez días de evolución
- 39 - Fiebre NCxT y vómitos de seis días de evolución
- 40 - Fiebre NCxT y dolor de cabeza de tres días de evolución
- 41 - Fiebre NCxT de ocho días de evolución
- 42 - Vómitos, diarrea, dolor de cabeza y fiebre NCxT de cinco días de evolución
- 43 - Fiebre NCxT de quince días de evolución.

Del total de casos únicamente cinco no referían fiebre como motivo de consulta, los demás lo referían como único o como síntoma acompañante, de variados períodos de evolución, que varían de unos pocos días a varias semanas. En la mayoría de los casos la fiebre no fue cuantificada por termómetro, habiendo cinco casos en los cuales se refirió la fiebre cuantificada.

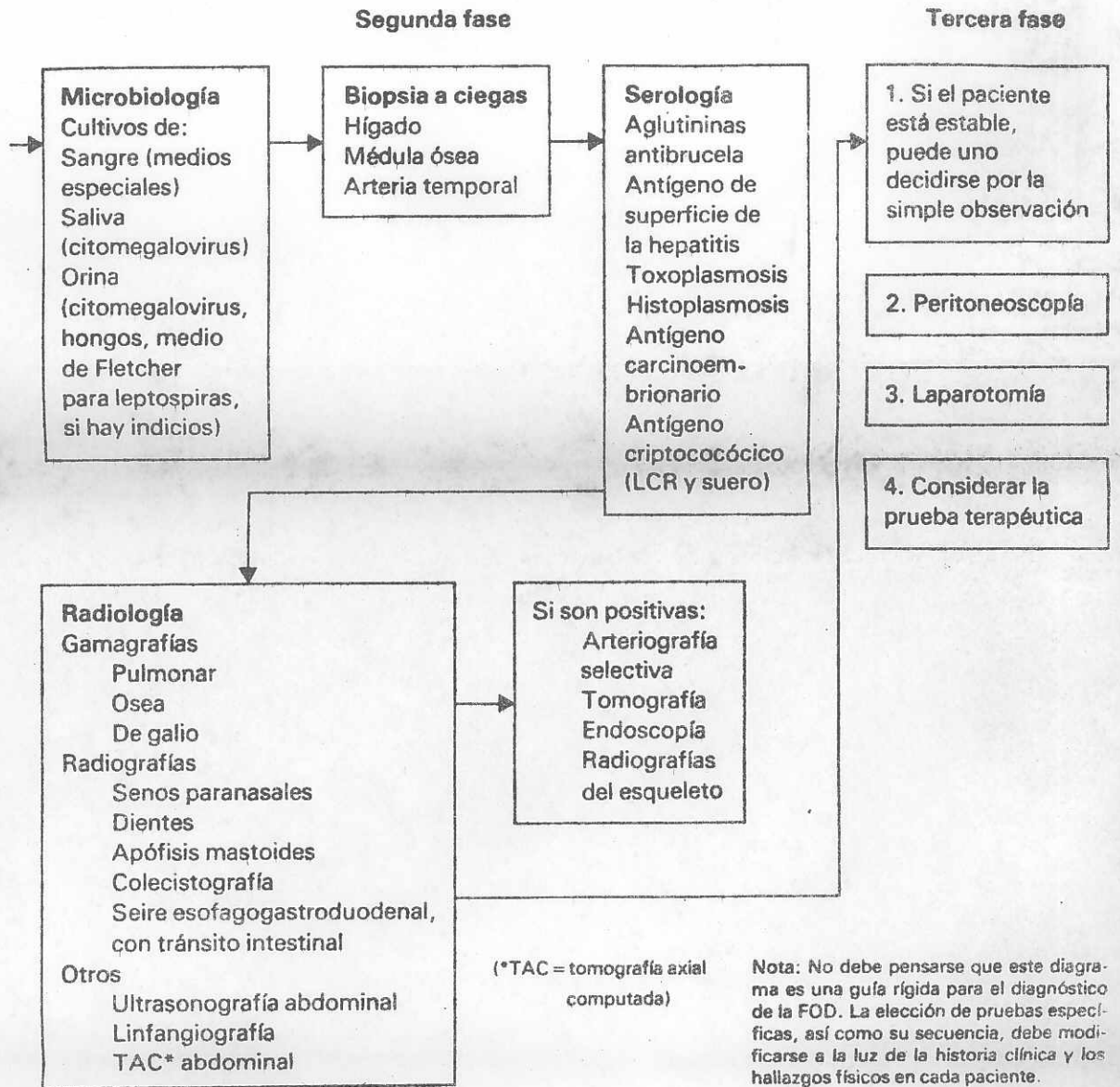


Estudio del paciente de FOD*

Primera fase



(**CPS=examen coproparasitológico)



CONCLUSIONES

- 1 - Como se indicó anteriormente por la prueba de significancia del X^2 se rechaza la hipótesis planteada, concluyendo que estadísticamente no hay diferencia significativa entre niños y adultos.
- 2 - Al incluir los tres estudios bajo el mismo tratamiento estadístico se concluyó que sí había diferencia significativa, lo que se atribuye a que el estudio de 1977 comprendió los dos tipos de pacientes y que fue realizado en un Hospital diferente. Claro que esto es bastante discutible por lo que se crea la necesidad de continuar este tipo de investigación para llegar a conclusiones definitivas.
- 3 - Dentro de las causas de origen infeccioso la tuberculosis solo se presentó en un caso, siendo las más frecuentes la fiebre tifoidea y el paludismo.
- 4 - Los métodos diagnósticos de laboratorio -- fueron adecuados, pues en la mayoría de -- los casos se efectuaron los estudios que mencionan Shean y Van-Ommen para el cumplimiento de los criterios diagnósticos.
- 5 - Las edades más afectadas fueron las comprendidas entre los 4 y los ocho años. -- Siendo el sexo masculino el más afectado.

- 6 - Con lo que respecta a los días de hospitalización un 37% estuvieron hospitalizados menos de una semana, con lo que no se cumple con el criterio de por lo menos una semana de hospitalización.
- 7 - Las curvas de fiebre encontradas con más frecuencia fueron de tipo recurrente, intermitente y remitente las cuales son más frecuentes en casos de procesos infecciosos.
- 8 - Siete casos, 17%, durante su estancia hospitalaria no mostraron alteración en su curva de temperatura, aunque tuvieron de diagnóstico F O D.
- 9 - 38 pacientes, 88%, referían fiebre, sola o asociada a otros síntomas en su motivo de consulta, la cual varío de tres días a cinco meses de evolución.

RECOMENDACIONES

- 1 - Cumplimiento de los criterios de FOD antes de catalogarla como tal.
- 2 - Mejoramiento en las técnicas y calidad de los exámenes de laboratorio para la mejor contribución en el examen del paciente.
- 3 - Seguimiento por consulta externa del paciente que egresa con Dx de Fiebre de Etiología Desconocida.
- 4 - La continuación en este tipo de investigación para la elaboración de conclusiones definitivas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Tesis de Graduación: Fiebre de Origen Desconocido. Estudio de 22 casos en el Hospital General San Juan de Dios. Gustavo Archila, 1976. USAC.
- 2 - Tesis de Graduación: Fiebre de Origen Indeterminado. Luis René Cruz Gordillo, 1977-USAC.
- 3 - Malovi-Weinstein. Hiperpirexia persistente de origen obscuro, algunos comentarios sobre etiología y diagnóstico. Clínicas Médicas de Norte América. Marzo 1970. pp 379-95.
- 4 - Actualidades Médicas. Vol. 1 No. 11, Dr. Alan Cross, Diagnóstico de la Fiebre prolongada. Editorial Médica S.A. pp 16-26.
- 5 - Moya, Ms, Fiebre de Origen Desconocido, Revista Clínica Española, Abril 1976. pp 119-30 141-2.
- Bennet - Petersdorf. Padecimientos Febriles prolongados. Medicina interna de Harrison, La Prensa Médica Mexicana, 4a. edición, 1973. pp 98-101.
- Petersdorf - Beeson. Fever of Unexplained Origin. Report on 100 cases, Medicine 40 pp 1-30. 1961.
- Prugh, Dane. Estudio Clínico de Lactantes

y Niños. Tratado de Pediatría, Nelson - Vaughan - Mc Kay. Salvat Editores. Sex ta edición 1971. pp 204 - 210.

9 - Suros, J. Semiología Médica y Técnica Ex ploratoria. Termonetría Clínica. Sal-- vat Editores. Sexta Edición. 1978, pp - 67 - 71.

10 - Guyton, Artur, Fisiología Médica. Edito rial Interamericana. Cuarta Edición - - 1978, pp. 878-891.

11 - Nelson, Textth Book, Fever of Unknow Ori- gen Cap. 10. 8a. edición 1979. pp 704- - 707.

Br. 
Jorge Fernando Umaña de León

E. Rostañeda.

Asesor.

Raul Castañeda.

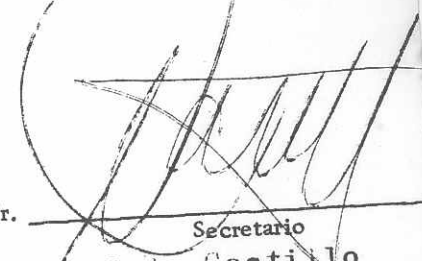


Director de Fase III

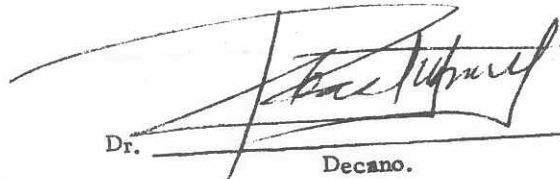
Héctor Alfredo Nuila

Dr. 
Revisor.

Roberto Orellana

Dr. 
Secretario

Raul A. Castillo

Dr. 

Decano.

Rolando Castillo Montalvo.