

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

CURSO DE ESPECIALIZACION

EN INFECTOLOGIA

HOSPITAL DE INFECTOLOGIA, CENTRO MEDICO " LA RAZA "

I. M. S. S.

"FIEBRE DE EVOLUCION PROLONGADA"

Estudio de 200 casos

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

"ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA"

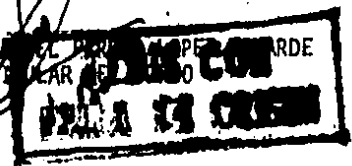
PRESENTA LA: DRA. GRACIELA MERCEDES VARGAS GARCIA,

MEXICO, D. F.

Vol. Bo.

1980

DR. MIGUEL





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION .

La fiebre es una manifestación de enfermedad, frecuente inespecífica, rara vez grave por si misma, secundaria a múltiples etiologías, muchas de ellas infecciosas en nuestro medio. El tiempo de evolución de la fiebre es corto en la mayoría de los casos, como corresponde a la evolución natural de muchos padecimientos infecciosos comunes, debido a estas características no se le da la importancia necesaria, además que se acompaña de otros signos y síntomas evidentes que pueden orientar el diagnóstico.

El problema surge cuando la fiebre persiste más de tres semanas y los signos y síntomas acompañantes son atípicos o inespecíficos, lo que resulta en cuadros clínicos raros de padecimientos no raros como lo demuestran nuestros resultados: Absceso hepático, Salmonelosis, Tifoidea y Tuberculosis son padecimientos frecuentes.

En el Hospital de Infectología del Instituto Mexicano del Seguro Social, este tipo de enfermos de fiebre prolongada sin diagnóstico, como era de esperar es relativamente frecuente; 13.3% de los enfermos que se hospitalizan.

O B J E T I V O S .

- 1.- El presente trabajo tiene el propósito de identificar los padecimientos más frecuentes en nuestro medio que se acompañan de fiebre de más de 3 semanas de evolución.
- 2.- Clasificar las etiologías de acuerdo a edad, sexo y tiempo de evolución, para encontrar guías estadísticas que nos orienten en la metodología de estudio de este tipo de problemas en nuestro medio.
- 3.- Especificar cuales fueron los estudios que más ayudaron a establecer etiología.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 1,500 expedientes del archivo clínico del Hospital de Infectología del Centro Médico La Raza, que comprendieron de los años de 1976 a 1979 que fueron tomados al azar y los criterios de elección para considerarlos como fiebre de evolución prolongada fueron los siguientes:

- a) Duración de la fiebre por más de 3 semanas continuas y con cifras superiores a 38°C.
- b) Que durante su evolución no se haya llegado a una conclusión diagnóstica a través de un estudio clínico completo y pruebas de laboratorio y gabinete de rutina.
- c) Cultivos negativos.

En los casos que reunieron los requisitos anteriores se tomaron los siguientes datos:

- a) Edad y Sexo.
- b) Tiempo total de evolución de la fiebre hasta su diagnóstico definitivo.
- c) Exámenes de laboratorio con que se llegaron al diagnóstico final.

R E S U L T A D O S

- 1) De 1,500 expedientes revisados; 200 correspondieron a fiebre de más de 3 semanas de evolución: 13.3%.
- 2) De éstos 200; fueron hombres 98 y mujeres 102. (Gráfica No. 1).
- 3) La edad varió de 3 meses a 81 años, la mayor frecuencia estuvo en el grupo de 41 a 60 años, 93 casos 46.5%. (Gráfica No. 2).
- 4) En el 80% se encontraron causas infecciosas 13% no infecciosa y 7% causa no determinada. (Gráfica 3).
- 5) De las causas infecciosas más frecuentes el absceso hepático - amibiano estuvo en primer lugar con 24 casos, seguido en orden progresivo de: Salmonelosis (23), Brucelosis, Infección Vías Urinarias (21) y Tuberculosis entre los primeros lugares (19). (Tabla 4).
- 6) De las causas no infecciosas 26 casos; las principales fueron: Neoplasias Linfohematógenas (el 60% de las causas neoplásicas), Seguidas por causas medicamentosas y colagenopatías. (Gráfica 5).
- 7) En 14 enfermos (7%) no se logró identificar causa alguna que explicara la fiebre.
- 8) Según el tiempo de evolución de fiebre, hasta su diagnóstico la mayoría de casos 139 (69.5%) tuvieron un mes; 32 casos (16%) 2 meses; 11 casos de 3 meses (5.5%), 6 de 4 meses, 5 de 5 meses, 4 de 6 meses y 1 caso de 1, 2 y 3 años respectivamente.
- 9) De 139 (69.5%) casos de 1 mes de evolución, 121 (87.0%) fueron

de causa infecciosa, 18 (13%) de causa no infecciosa.

De 32 casos (16%) de 2 meses de evolución 22 casos fueron infecciosos (68.7%) y 10 no infecciosos (32%).

De 11 (5.5%) casos de 3 meses de evolución, 5 fueron infecciosos 45% y 6 casos no infecciosos 55% (Gráfica 6).

10) Las causas infecciosas en los de 1 mes de evolución fueron:

Absceso hepático, Salmonelosis, Fiebre Tifoidea, Infecciones - Vías Urinarias y Tuberculosis.

11) En el 2o. mes de evolución de fiebre, las causas infecciosas fueron:

Absceso hepático, Brucelosis y Tuberculosis, Infección de Vías Urinarias, Salmonelosis.

12) En el 3er. mes de evolución fueron:

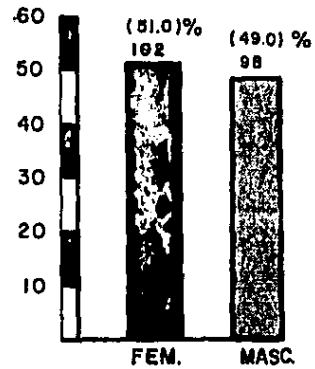
Tuberculosis, Infección de Vías Urinarias, Tifoidea y Absceso Glúteo. (Gráfica 7).

Los exámenes paraclínicos que ayudaron a orientar el diagnóstico etiológico fueron: Identificación del germen por cultivo 65 casos. Reacción de Widal-Hudlesson 31 casos. Gamagrafia 20 casos, Biopsias 19 casos, - Radiograffa 20 casos, Pueba terapéutica 6 casos, (cuatro Abscesos hepáticos y 1 Paludismo).

Laparotomía 1 caso (5 años de edad 4 semanas de evolución, Diagnóstico: Apendicitis modificada por antimicrobianos).

FIEBRE EN ESTUDIO (200) CASOS

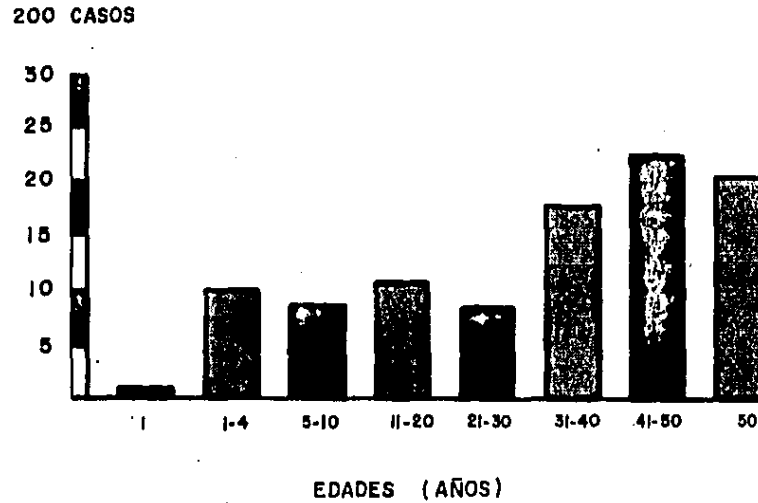
200 CASOS



■ FEM.. (102) 51.0 %
▨ MASC. (98) 49.0 %

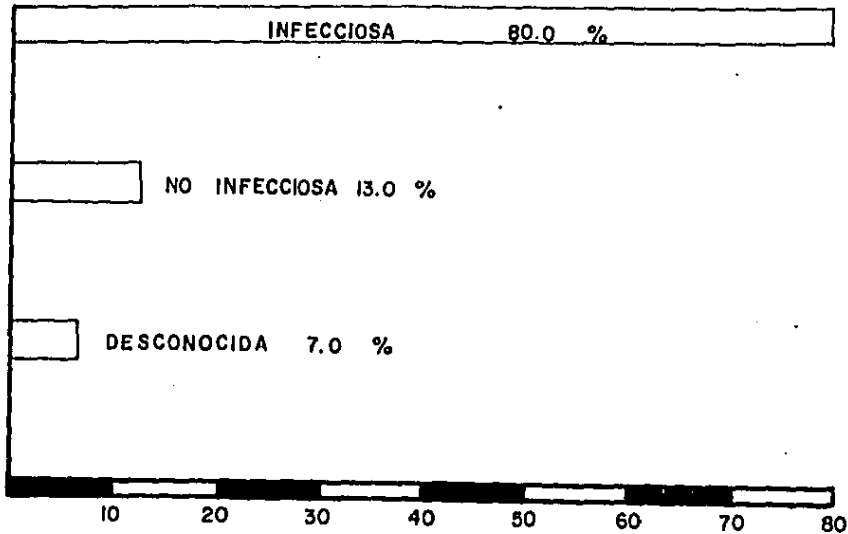
GRAFICA No. 1

FIEBRE EN ESTUDIO (200) CASOS
GRUPOS DE EDAD



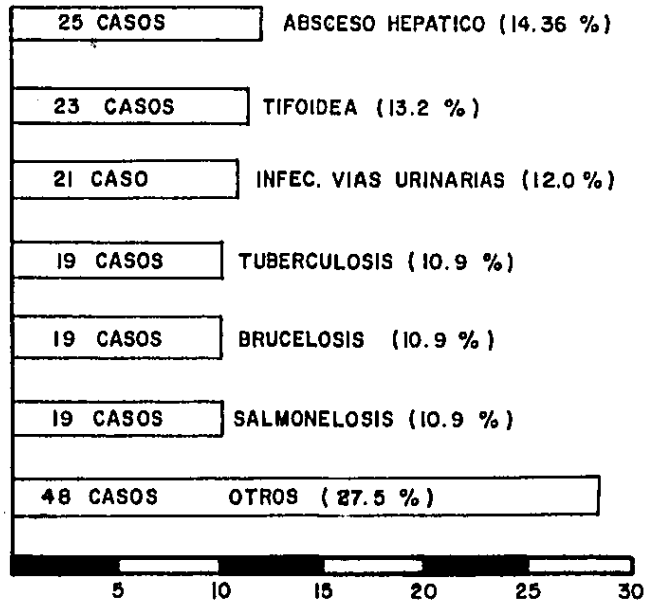
GRAFICA No. 2

ETIOLOGIA DE LA FIEBRE
(200 CASOS)



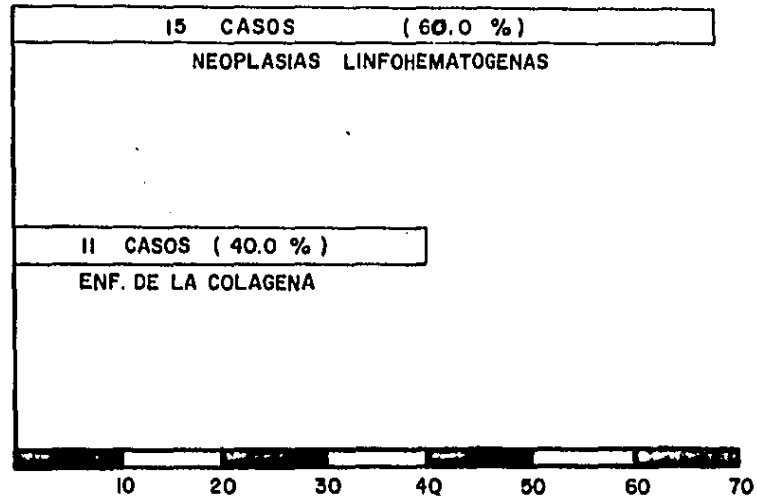
GRAFICA No. 3

INFECCIONES MAS FRECUENTES
(174 CASOS)



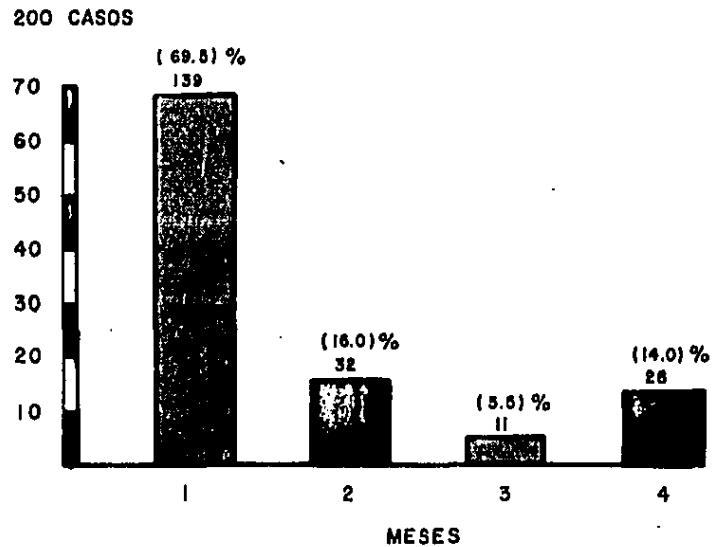
GRAFICA No. 4

CAUSAS NO INFECCIOSAS
(26 CASOS)



GRAFICA No. 5

FIEBRE DE EVOLUCION PROLONGADA
EVOLUCION DE LA FIEBRE HASTA SU DIAGNOSTICO



GRAFICA No. 6

G R A F I C A 7

FIEBRE DE EVOLUCION PROLONGADA

ETIOLOGIA INFECCIOSA MAS FRECUENTE DE LA FIEBRE SEGUN
SU EVOLUCION EN UN ESTUDIO DE 200 CASOS.

1er. MES	2o. MES	3er. MES
ABSCESO HEPATICO	ABSCESO HEPATICO	TUBERCULOSIS
SALMONELOSIS	BRUCELOSIS	INFECCION VIAS URINARIAS
FIEBRE TIFOIDEA	TUBERCULOSIS	TIFOIDEA
INFECCION VIAS URINARIAS	INFECCION VIAS URINARIAS	ABSCESO GLUTEO
TUBERCULOSIS	SALMONELOSIS	

G R A F I C A 8

FIEBRE DE EVOLUCION PROLONGADA

EXAMENES PARACLINICOS QUE AYUDARON AL DIAGNOSTICO

ESTUDIO DE 200 CASOS

CULTIVO	65 CASOS
REACCIONES FEBRILES	31 CASOS
RADIOGRAFIAS	20 CASOS
GAMMAGRAFIA	20 CASOS
BIOPSIA	20 CASOS
PRUEBA TERAPEUTICA	6 CASOS
LAPARATOMIA	1 CASO

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.

El problema de la Fiebre prolongada varía según la región geográfica, el país, el tipo de especialidad del Hospital, el sexo, la edad, etc. y los criterios que se adopten para definir el problema, en este trabajo nos guiamos por el tiempo de evolución de la fiebre (más de tres semanas) hasta el momento de establecer un diagnóstico comprobado y - consideramos como casos de fiebre de evolución prolongada y causa des conocida a aquellos que después de realizar los estudios clínicos y - paraclínicos, no se identificó causa alguna y desapareció la fiebre y mejoró el enfermo. (Está en proceso la investigación prospectiva de éstos casos).

Es probable que este problema de fiebres de difícil diagnóstico aumen te, debido a las modificaciones en la reactividad del huésped, impues tos por los cambios ecológicos así como por probables cambios en la - virulencia de los microorganismos y cambios en la epidemiología de las enfermedades infecciosas.

En nuestro Hospital de Especialidad Infectológica de adultos y niños, encontramos un 13% de enfermos con fiebre de más de tres semanas de eyo lución con dificultad diagnóstica.

El predominio de causas infecciosas es evidente y mayor que en otros Hospitales de México.

En 200 enfermos, encontramos el 80% de causas infecciosas. En la li-

teratura Mundial al respecto la frecuencia de causas infecciosas varía de 12% de un total de 60 casos, a un 62.5%.

El tipo de infección lógicamente es variable según las diferentes zonas geográficas, por ejemplo en Suecia se encuentra en primer lugar la Tuberculosis; en un Hospital de México, D.F., también es la Tuberculosis, seguida de Infección de Vías Urinarias; en nuestro Hospital encontramos en primer lugar el Absceso Hepático Amibiano, seguido de Fiebre Tifoidea, infección de Vías Urinarias y después Tuberculosis.

Este orden de frecuencia varió de acuerdo al tiempo de evolución de la fiebre, por ejemplo la tuberculosis que ocupó el 6o. lugar en las fiebres de un mes de evolución, pasó al primer lugar en las que tuvieron tres meses de evolución.

Los padecimientos Neoplásicos que fueron muy raros en nuestra casuística de fiebres de un mes, sobre todo los de estirpe linfohematógena.

Las neoplásias linfohematógenas fueron las causas NO infecciosas más frecuentes. Diagnosticadas en el 2o. y 3er. mes de evolución.

Respecto al tiempo de la fiebre también hubo variaciones importantes - que pueden ayudar en el diagnóstico por ejemplo: en el grupo de fiebre de un mes de evolución 87% fue etiología infecciosa; de dos meses de evolución las infecciones bajaron a 68.7% y aumentaron las causas no infecciosas y con tres meses de fiebre el 55% fueron causas no infecciosas.

Las variaciones según el sexo indican que el absceso hepático, predominó en hombres adultos. Las infecciones de Vías Urinarias en mujeres adultas.

Respecto a la edad; la Tifoidea es más frecuente en jóvenes, la meningitis tuberculosa en niños, las infecciones urinarias en mujeres entre 41 y 60 años.

La Brucelosis también persiste en nuestro medio como causa de fiebre prolongada 19 casos de predominio en hombres y en las edades de 26 a 40 años.

De los estudios paraclínicos que con más frecuencia ayudaron en el diagnóstico fueron los cultivos, en 65 enfermos el diagnóstico se pudo establecer por identificación del germen en cultivo de orina, sangre, médula ósea, líquido cefalorraquídeo, expectoraciones y secreciones de piel y tejidos blandos.

Sólo en 6 casos se utilizó prueba terapéutica específica como recurso diagnóstico y en un caso se llegó al diagnóstico por laparotomía.

En catorce enfermos no se identificó etiología de la fiebre, en 8 de ellos desapareció espontáneamente en término de un mes, en dos, en lapso de dos meses, y otros dos salieron del Hospital ignorándose -- evolución posterior.

La letalidad fue muy baja. Un sólo caso con diagnóstico de Linfoma -

histiocítico, esto obedece entre otras razones a que los enfermos de fiebre de causa no infecciosa como las neoplasias son enviados tan luego se diagnostican a la especialidad correspondiente.

C O N C L U S I O N E S

Concluimos que las causas de los síndromes febriles de evolución prolongada varía de acuerdo a la zona geográfica, al tipo de Hospital, a la edad, al sexo, y probablemente al tiempo en el cual se hace el estudio por lo tanto será necesario hacer periódicas investigaciones para estar actualizado en la epidemiología.

Las enfermedades predominantes en estos problemas resultan de frecuencia paralela a las habituales en determinadas zonas, en otras palabras lo más frecuente es encontrar manifestaciones raras y cuadros clínicos atípicos de Enfermedades comunes.

Este concepto es útil para guiar la investigación de cada caso por etapas, empezando por buscar las enfermedades habituales en determinada zona, en determinada edad, sexo, y en determinado tiempo de duración de la fiebre.

En nuestro medio nos resulta útil la investigación microbiológica de primera intención porque las Enfermedades infecciosas son muy frecuentes, en otros lugares informan de la utilidad de las Biopsias porque tienen más frecuencia de Neoplasias y otros problemas abordables por este medio de estudio.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Altemeier, M.D., Culbertson, M.D., Fullen, M.D., Shook, M.D.: Intra-abdominal Abscesses. Amer. J. Surgery. 125:70,1973.
- 2.- Appelbaum.: The Problem of Fever of Unknown Origin. Bull. N.Y. Acad. Med. 43:10,1967.
- 3.- Arriaga, Parra, Rull.: Fiebre en Estudio. Rev. Invest. Cln. 24:7,1972.
- 4.- Bookstein, M.D., Reuter, M.D., Martel, M.D.: Angiographic Evaluation of Pancreatic Carcinoma. Radiology. 93:757,1969.
- 5.- Calderón, Legorreta, Sztabinsky, Hernández, Wilkins, Gómez, Dávila,: Estudio Prospectivo de pacientes con Fiebre Prolongada. Bol. Med. Hosp. Inf. XXXII:6,1975.
- 6.- Campbell, M.D., Brantley, M.D., Harrold, M.D., Simson, M.D.: Amer. J. Med. 57:843,1974.
- 7.- Dunn, M.D., Lee, M.D., Voorhis, M.D.: Enigmatic Fever and Pelvis thrombophlebitis. New England. J. Med. 276:265,1967.
- 8.- Díez, Gómez, Chamorro, Ortiz.: Limitaciones de la Gamagrafía Pulmonar en el Diagnóstico de la Embolia Pulmonar. Rev. Cl. Esp. 133:405,1974.
- 9.- Fransen and Bottiger.: Fever of More than Two Weeks Duration. Ac. Med. Scandinavica. 179:147,1966.
- 10.- Fabricant, M.D., Chandor, M.D., Frijou, M.D.: Still-Disease in Adults. JAMA. 225:273,1973.
- 11.- Feldman, M.D.: Toxoplasmosis. New England. J. Med. 279:1370,1968.
- 12.- Fauchald, M.D., Rygvold, M.D. and Cystese, M.D.: Temporal Arteritis and Polymyalgia Rheumatica. Ann. Internal. Med. 77:845,1972.
- 13.- Geddes.: Unexplained Fever. British. Med. J. 4:397,1974.
- 14.- Israel, M.D. and Golstein, M.D.: Relation of Kveim-Antigen Reaction to Lymphadenopathy. New England. J. Med. 284:345,1971.

- 15.- Keller, M.D., Williams, M.D.: Laparotomy por Unexplained Fever. Arch. Surg. 90:494,1965.
- 16.- Jones, M.D., Polk, Jr. M.D., Fulton.: Pancreatic Abscess. Amer. J. Surgery. 129:44,1975.
- 17.- Lee.: Crohn's Disease Presenting As Pirexia of Unknown Origin. Lancet. 1206,Jun.,1961.
- 18.- Maizel, M.D., Ruffin, M.D. and Dobbins, III, M.D.: Whipple's Sisease: A Review of the Literature since 1950. Medicine. 49:175,1970.
- 19.- Mc Cullough, M.D., Tignor.: Xanthogranulomatous Pyelonephritis. Amer. J. Med. 52:395,1972.
- 20.- McClung, M.C.,: Prolonged Fever of Unknown Origin in Children. Amer. J. Dis. Child. 124:544,1972.
- 21.- Miller, M.D., Miller III, M.D.: Benign giant lymph node hyperplasia presenting as fever of unknown origin. J. Pediatrics. 87:237,1975.
- 22.- Petersdorf.: Fever of Unknown Origin. Ann. Int. Med. 70:864,1969,
- 23.- Putman, M.D., Hall.: Asymptomatic Regional Ileitis Manifest as Fever, Hepatic Dfsease, and Splenomegaly. Dis. Col. & Rect. 17:705,1974.
- 24.- Rubin, M.D., Swartz, M.D., Malt, M.D.: Hepatic Abscess; Changes in Clinical; Bacteriologic and Therapeutic Aspects. Amer, J. Med. 57:801,1974.
- 25.- Southern, Jr., M.D., Sanford, M.D.: Relapsing Fever, Medicine, 48:129,1969.
- 26.- Welkins, Calderón, Legorreta.: Fiebre de Origen Desconocido. Sem. Med. Mex.