

1122799



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E  
INVESTIGACION FACULTAD DE MEDICINA  
I.S.S.S.T.E.  
C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE**

20



**CONTINUAN SIENDO LOS PROCESOS INFECCIOSOS  
LAS CAUSAS PRINCIPALES DE FIEBRE DE  
ORIGEN OSCURO**

**TRABAJO DE INVESTIGACION  
REALIZADO POR EL :  
DR. SERGIO SAURI SUAREZ  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA  
ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA INTERNA**



MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

*Rafael Sánchez Cabrera*  
**DR. RAFAEL SANCHEZ CABRERA**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO**

*Jesus Rey Garcia Flores*  
**DR. JESUS REY GARCIA FLORES**  
**ASESOR DE TESIS**

*Jesus Rey Garcia Flores*  
**DR. JESUS REY GARCIA FLORES**  
**COORDINADOR DE ENSEÑANZA DE**  
**MEDICINA INTERNA**

*Laura Erazo Valle*  
**DRA. LAURA ERAZO VALLE**  
**JEFE DE INVESTIGACION**

*Eduardo Llamas Gutierrez*  
**DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERREZ**  
**COORDINADOR DE ENSEÑANZA E**  
**INVESTIGACION**



**JEFATURA**  
**DE ENSEÑANZA**

## **DEDICATORIA:**

**A** MI FAMILIA...

**A** MIS MAESTROS DR. MARIO  
HERNANDEZ YAÑEZ Y JESUS REY  
GARCIA E. POR SU ESPLENDIDA  
COOPERACION Y SUGERENCIAS  
CONSTRUCTIVAS Y POR QUE HAN  
CONTRIBUIDO ENTUSIASTAMENTE EN  
MI FORMACION PROFESIONAL.

## PROLOGO

**EN OCASIONES CUANDO LA FIEBRE NO  
SE AUTOLIMITA SE HA CONSIDERADO  
CLASICAMENTE EN UNO DE LOS MAS  
GRANDES RETOS DIAGNOSTICOS PARA EL  
CLINICO.EL MEDICO QUE SE ENCUENTRA  
ANTE UN CASO DE "F.O.O."  
SIEMPRE HA DE TENER ENCUESTA LA  
LLAMADA LEY DE SUTTON "IR HACIA  
DONDE ESTA EL DINERO "**

## INDICE

I	INTRODUCCION.....	1
II	ANTECEDENTES.....	6
III	JUSTIFICACION.....	9
IV	MATERIAL Y METODOS.....	12
V	RESULTADOS.....	15
VI	ANALISIS Y DISCUSION.....	19
VII	CONCLUSIONES.....	24
*	CUADROS Y FIGURAS.....	26
**	BIBLIOGRAFIA.....	41

## RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo transversal y observacional durante 18 meses; de Enero de 1993 a Junio de 1994. El objetivo fue comparar la casuística actual y continuar con la línea de investigación de la Clínica "Fiebre de origen oscuro " del Servicio de Medicina Interna del Centro Médico Nacional " 20 de Noviembre ".

Se incluyeron 18 pacientes en el estudio, los cuales se sujetaron a los criterios aceptados en literatura mundial y de nuestra clínica.

El 61.1 % correspondió al sexo femenino y 28 % al masculino; el promedio de edad fue de 46.1 años, el grupo etario más afectado fue el de 30 a 40 años. Los pacientes que tenían fiebre previo a su internamiento fueron en el 44.4% mayor de 3 semanas y menor de 1 mes y el 27.7 % fueron pacientes que tuvieron fiebre de 3 a 6 meses de duración. .

Se concluye que al comparar la literatura mundial, las entidades que se encontraron con mayor frecuencia fueron las infecciosas: Tuberculosis ( 3 pacientes), S.I.D.A. (2 pacientes) y abscesos hepáticos (2 pacientes de etiología amibiana y 1 bacteriana). Por otra parte, la mortalidad ocurrió en el 11.1 %.

## I. INTRODUCCIÓN

El calor es un producto secundario de todos los procesos metabólicos; en reposo, la actividad metabólica en el hígado y el corazón producen la mayor parte de calor del organismo, en tanto que la actividad metabólica en el músculo esquelético contribuye al gran aumento en la carga térmica que tiene lugar durante el ejercicio<sup>1</sup>.

El núcleo preóptico de la porción anterior del hipotálamo tiene la función de un centro de control térmico y mantiene la temperatura corporal en un valor fijo<sup>2</sup>. Las elevaciones en la temperatura corporal

central, esto es, la temperatura de la sangre que perfunde los órganos internos, provocan que el hipotálamo estimule al sistema nervioso autónomo y produzca vasodilatación cutánea y sudación, las cuales disipan el calor. Cuando la temperatura ambiental es muy baja, el hipotálamo aumenta la producción de calor estimulando la actividad muscular lo cual se manifiesta como escalofríos<sup>3</sup>.

La elevación anormal de la temperatura corporal o pirexia se presentan en una de dos formas: hipertermia o fiebre; en la primera fallan los mecanismos de control térmico de manera que la producción de calor sobrepasa su disipación. En cambio la fiebre eleva el punto termostático hipotálmico y se activan mecanismos de control intactos para elevar la temperatura hasta un nuevo punto termostático<sup>4</sup>.

---

*Causas de fiebre de origen oscuro*

El efecto termogénico parece estar mediado por los pirógenos endógenos (interleucina-1, caquectina e interferón alfa) mientras que en la defervescencia podrían participar varias hormonas antipiréticas, entre ellas la antidiurética, la alfa MSH y la ACTH <sup>5</sup>.

Ocasionalmente la fiebre es la única manifestación de enfermedad y cuando no se autolimita en corto tiempo, se constituye en un síndrome que tradicionalmente se ha considerado uno de los más grandes retos diagnósticos<sup>6</sup>.

Se distinguen distintos tipos de fiebre con arreglo al aspecto de la curva térmica reflejada en la gráfica:

---

*Causas de fiebre de origen oscuro*

- Fiebre continua, caracterizada por que las oscilaciones máxima y mínima, no llegan a 1 grado.
- Fiebre remitente en la cual la fiebre no alcanza en ningún momento la normal.
- Fiebre intermitente en la que se encuentra apirexia entre los accesos febriles; la temperatura sube bruscamente después de un escalofrío, y desciende también rápidamente a la normal o subnormal, acompañándose de abundante sudoración.
- Fiebre recurrente caracterizada por alternancia de periodos de fiebre continua en meseta, que

---

*Causas de fiebre de origen oscuro*

duran 2,5 ó más días seguidos de una fase de remisión apirética o aún más días<sup>7</sup>.

En 1961, Petersdorf y Beenson definieron un síndrome febril de origen desconocido (FUO ) como una temperatura mayor de 38.4 C, en diversas ocasiones durante un periodo mayor de 3 semanas que no se lograba determinar con una semana de estancia en el hospital<sup>8</sup>. Evidentemente, estos criterios son algo arbitrarios, pero han resultado útiles para convencer a la comunidad médica del problema y de los retos de los pacientes que sufren fiebre<sup>9</sup>.

## II ANTECEDENTES

Se han reportado en la literatura Universal diversas series en relación al problema de la fiebre, son tantas y diversas en las que se ha enfocado este problema que crean confusión. En nuestro país, el Dr. Arriaga en 1972 realiza un trabajo como " Fiebre en estudio revisión de 65 casos " <sup>10</sup>. El Dr. Lascurain en 1980 como " Fiebre de origen desconocido informe de 55 casos atendidos en el I.N.N " <sup>11</sup>.

En el Centro Médico " 20 de Noviembre " desde 1985 en el cual el Dr. Vázquez realiza un análisis retrospectivo de 148 casos como " Fiebre de diagnostico difícil" <sup>12</sup>. Más recientemente el Dr. Novelo en 1992, efectúa un trabajo retrospectivo de 7 años (

1985 a 1992 ) con el objetivo principal de dejar establecido un protocolo para llegar al diagnóstico de pacientes con fiebre en estudio, considerando que conociendo la prevalencia y la frecuencia de las enfermedades en nuestro medio se puede enfocar y dirigir desde el inicio, el abordaje de estudio de los pacientes; lo cual repercutiría en menor costo y días de estancia hospitalaria, y en la resolución pronta de sus problemas <sup>13</sup>.

En 1993, el Dr. Cevallos aplica este protocolo diagnóstico con el objetivo de sistematizar y organizar el estudio de un paciente con fiebre, disminuir el costo de la atención y de la hospitalización, del diagnóstico y la terapéutica para beneficiar el estado de la salud del paciente. Siendo las causas más frecuentes en nuestro hospital como han sido establecidos por los

---

*Causas de fiebre de origen oscuro*

Doctores Novelo y Cevallos los procesos infecciosos seguidos de los procesos neoplásicos e inmunológicos<sup>14</sup>.

---

*Causas de fiebre de origen oscuro*

### III. JUSTIFICACIÓN

En todos los estudios reportados, en los que cada uno aplica sus propios criterios la mayoría han sido realizados como estudios retrospectivos<sup>15</sup>. Desde que en 1961 en el que Petersdorf y Beenson definen en su artículo clásico<sup>16</sup>. Durac y Street proponen una nueva clasificación en 1991, y así diversos autores hacen modificaciones<sup>17</sup>. Aunque este síndrome ha sido muy estudiado o informado en la literatura, no en todos los casos se ha empleado el mismo criterio diagnóstico. Como en otras circunstancias de la Medicina, se ha hecho tan confuso el tema que ha impedido comparar experiencias y obtener conclusiones generales: nombres diferentes para referirse a una sola situación,

y diferentes situaciones que se han denominado con un solo nombre.

En el Centro Médico Nacional " 20 de Noviembre " consideramos como criterio diagnóstico " Pacientes que tengan temperatura oral o axilar mayor de 38 C., en más de una ocasión, de por lo menos dos semanas de duración, en casos en que la historia clínica, la citología hemática, el examen general de orina y las reacciones febriles así como las radiografías de tórax y abdomen no orienten su causa " <sup>18</sup>. Con estos criterios se excluyen los padecimientos agudos autolimitados, los pródromos de enfermedades infecciosas específicas que se harían aparentes en días subsecuentes, y los casos en los que las causas podrían haber sido descubiertas desde el estadio inicial, pero no lo fueron en virtud de una deficiente

---

*Causas de fiebre de origen oscuro*

recolección de datos clínicos o paraclínicos, o de la interpretación equivocada de los hallazgos<sup>19</sup>.

Se han realizado algunos estudios retrospectivos poco controlados, considerando interesante el realizar un estudio prospectivo observacional, con el objetivo principal de comparar cuales son las principales etiologías de "Fiebre de Origen Oscuro " en pacientes hospitalizados y así como informar la experiencia del Servicio de Medicina Interna.

## IV. MATERIAL Y MÉTODOS

Fueron evaluados 18 pacientes del Servicio de hospitalización de Medicina Interna del hospital " 20 de Noviembre " y debido a su remodelación; se incluyeron a pacientes del hospital Regional " 1 de Octubre " del Servicio de Medicina Interna.

La población estudiada fueron adultos ambos sexos hospitalizados cuya manifestación clínica preponderante fuera fiebre que tuvieran temperatura oral o axilar mayor de 38 C., en más de una ocasión, de por lo menos 2 semanas de duración y en casos en

que la historia clínica, la citología hemática y el examen general de orina, las reacciones febriles así como la radiografía de tórax y abdomen no orientaran su causa; aunque tuvieran alguna otra patología agregada que no explicara, la causa de la fiebre o hubieran recibido tratamiento con antibióticos en una o varias veces, previo a su hospitalización.

Los criterios de exclusión fueron:

- Que el paciente se encuentre en el periodo prodrómico de
- alguna enfermedad típica.
- Que tenga alguna otra patología, que explique la causa de
- la fiebre.
- Que se tratar de una enfermedad febril autolimitada de corta duración.

---

*Causas de fiebre de origen oscuro*

- Alta voluntaria.

Se llevó una cédula de recolección de datos, realizándose un estudio clínico dentro del periodo de 18 meses, iniciando se en Enero 1993 a Junio de 1994.

## V. RESULTADOS

Se incluyeron 18 pacientes en el estudio, correspondió 64% al sexo femenino (11 pacientes ) y 26 % al masculino ( 7 pacientes ). El promedio de edad es de 46.1 años con limites que van de 17 a 84 años. Los grupos etarios más afectados fueron el de 30 a 40 años, y el de 60 o más años, con un 44 % y 22 % respectivamente. **(fig. 1 y 2).**

La duración de la fiebre previamente a su internamiento fue: menor de 1 mes, 3 pacientes; 1 mes, 8 pacientes; 2 meses, 2 pacientes y de 3 a 6 meses 5 pacientes **(Fig. 3).**

El comportamiento clínico de la fiebre previo a su ingreso considerándose como continua ( 3 pacientes ), intermitente (13 pacientes ) y remitente ( 2 pacientes ), **(Fig. 4)**. Los antibióticos administrados previo a su ingreso fue, en un 61 % para la ampicilina, seguido de el trimetoprim/sulfametoxazol y el cloranfenicol, **(Fig. 5)**

Los principales signos y síntomas acompañantes fueron: pérdida de peso, mialgias, cefalalgia y vómito **(Cuadro 1)**. Los padecimientos infecciosos ocuparon el primer lugar con un total de 11 casos y en segundo lugar para los procesos neoplásicos e inmunológicos, **(Fig. 6)** . En el **Cuadro No. 2**, se muestran los diagnósticos definitivos, incluyéndose dos casos en los cuales, el reporte se hizo por estudio histopatológico.

---

*Causas de fiebre de origen oscuro*

El promedio de estancia intrahospitalaria fue, de 15.1 días con límites que van de 7 a 32 días (Fig. 7) .  
Haciendo mención que, en dos de los casos infecciosos, hubo la necesidad de reinternamiento por presentar nuevamente fiebre, posterior a su egreso. Los antibióticos empleados durante su hospitalización correspondieron hasta en un 58 % para el grupo de las cefalosporinas principalmente la ceftriaxona y en segundo lugar el grupo de los aminoglucósidos, resultando con menor frecuencia el imipenem y otros. (Fig. 8).

Los métodos auxiliares de diagnóstico aparte de el clínico fueron exámenes de laboratorio que incluyeron en la mayor parte de los casos ( BH, QS, cultivos y determinación de VIH ); el principal método de imagen fue el USG, seguido de la tomografía axial

computarizada; realizándose laparotomía exploradora en dos de los casos. **(Fig. 9)** . La enfermedad más frecuentemente asociada fue, la diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica. **(Fig. 10)**.

La mortalidad fue de 11.1 % ( 2 pacientes ), las causas se debieron: enfermedad vascular cerebral del tipo hemorrágico y neoplasia metastásica hepática con acidosis metabólica secundariamente. **(Fig. 11)**.

## VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En nuestro estudio observamos que los procesos infecciosos ocupan las principales causas de Fiebre de origen oscuro. Desde 1985 a 1992 en el estudio del Dr. Novelo, las causas infecciosas eran en primer lugar la salmonellosis, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y en tercer lugar las infecciones de vías urinarias. **(Cuadro 3).**

Desde que se estableció en el Servicio de Medicina Interna del hospital " 20 de Noviembre ", el estudio protocolizado del paciente con fiebre; como se ha

referido por el estudio del Dr. Cevallos, la tuberculosis y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En nuestro estudio estas entidades también se presentaron como principales causas. Debo hacer llamar la atención que la tuberculosis que nosotros consideramos, fue la pulmonar, si bien la muestra no fue, significativa, hay que considerar que existe una presentación atípica de la TB pulmonar, en el cual no existió cuadro clínico respiratorio ni radiológico asociado. También debo aclarar que el diagnóstico se documentó con baciloscopia (+), no obteniéndose la variedad del *Mycobacterium*, sin embargo el seguimiento con tratamiento antifímico presento respuesta favorable.

En comparación con algunos otros países denominados del primer mundo, donde los procesos

neoplásicos, se perfilan hacia los primeros lugares; evidentemente las características geográficas y socioeconómicas de nuestro país y en particular de cada paciente, influyen en esta casuística.

Cuando en la literatura universal se menciona a la tuberculosis, esta es extrapulmonar y en bajo porcentaje, muy semejante ocurre para la infección por VIH. En nuestro estudio el sexo que predominó fue el femenino, con una proporción de 1.6/1; la cuarta década de la vida fue más afectada coincidiendo con el estudio del Dr. Cevallos.

También se detectó que existen pocos criterios médicos en la Medicina Privada, en relación al abordaje del paciente con fiebre de origen oscuro, debido a que a pesar de no existir evidencia clínica de

infección e inclusive con algunos estudios como B.H, uroanálisis y reacciones febriles con resultados negativos, se administraban antibióticos como (ampicilina, trimetoprim/sulfametoxazol, gentamicina y cloranfenicol); en ocasiones de uno hasta tres antibióticos en el mismo paciente persistiendo con fiebre y dando tratamiento poco específico. También en el Servicio de Medicina Interna, ocurrió la sobreutilización de antibióticos a pesar de que existe un protocolo de estudio.

La asociación de diabetes mellitus no coincidió de forma importante para la presencia de tuberculosis pulmonar. Las causas de muerte, en uno de los casos se debió a la enfermedad que explicaba la causa de la fiebre (Carcinoma hepático moderadamente

diferenciado), y en otro de los casos a enfermedad agregada que no explicaba la causa de fiebre.

---

*Causas de fiebre de origen oscuro*

## VII. CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio la tuberculosis y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida se presentaron como principales causas de Fiebre de origen oscuro.
2. En relación a la metodología diagnóstica, el aspecto clínico es preponderante sobre los auxiliares de diagnóstico, los cuales se vieron influenciados por los recursos que cuenta cada hospital, para obtener un diagnóstico más oportunamente.
3. Es necesario continuar con la capacitación del personal médico, sobre los aspectos fisiopatológicos y la aplicación del protocolo, en pacientes con Fiebre de origen oscuro, a pesar de existir múltiples

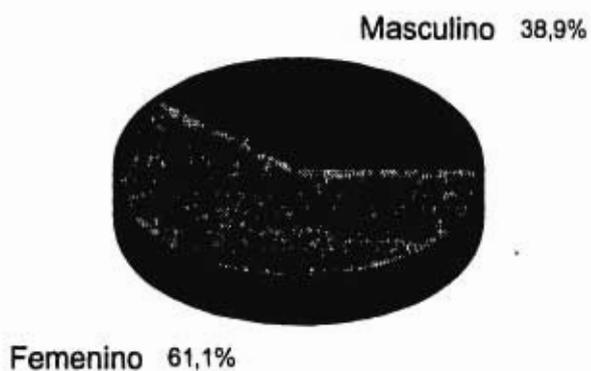
revisiones y continuar con esta línea de investigación, ya por tres años consecutivos, continua siendo un reto para el Médico Internista.

4. Es necesario continuar con estudios prospectivos del paciente con fiebre de origen oscuro, durante periodos mayores de tiempo, para que tengan validez y así sea posible comparar estadísticas y experiencias con otros hospitales.

# CUADROS Y FIGURAS

# FIEBRE DE ORIGEN OSCURO

## DISTRIBUCION POR SEXO



Pacientes estudiados: 18

Figura 1

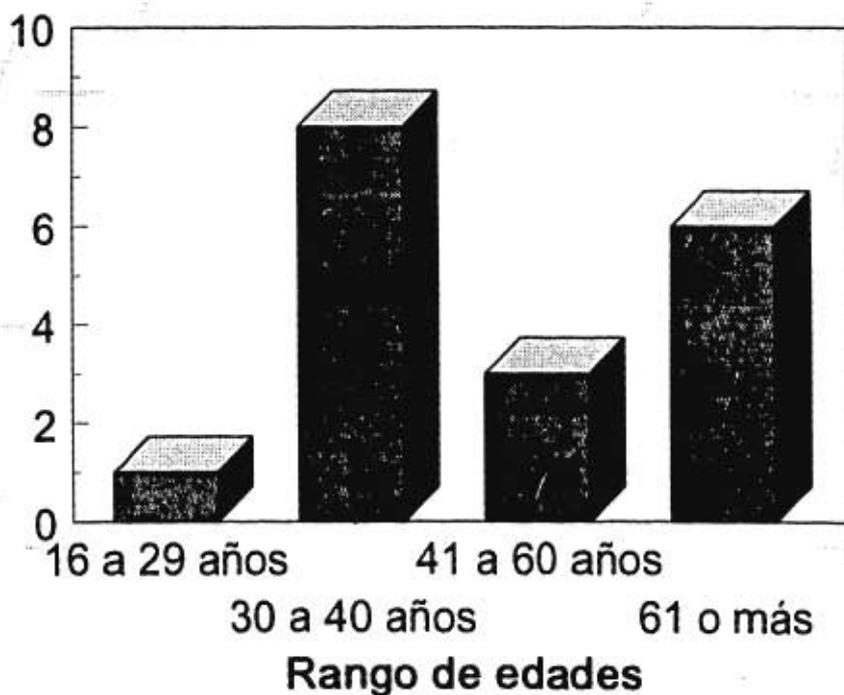
ISSSTE

Pág. 27

# FIEBRE DE ORIGEN OSCURO

## DISTRIBUCION POR EDADES

Figura 2



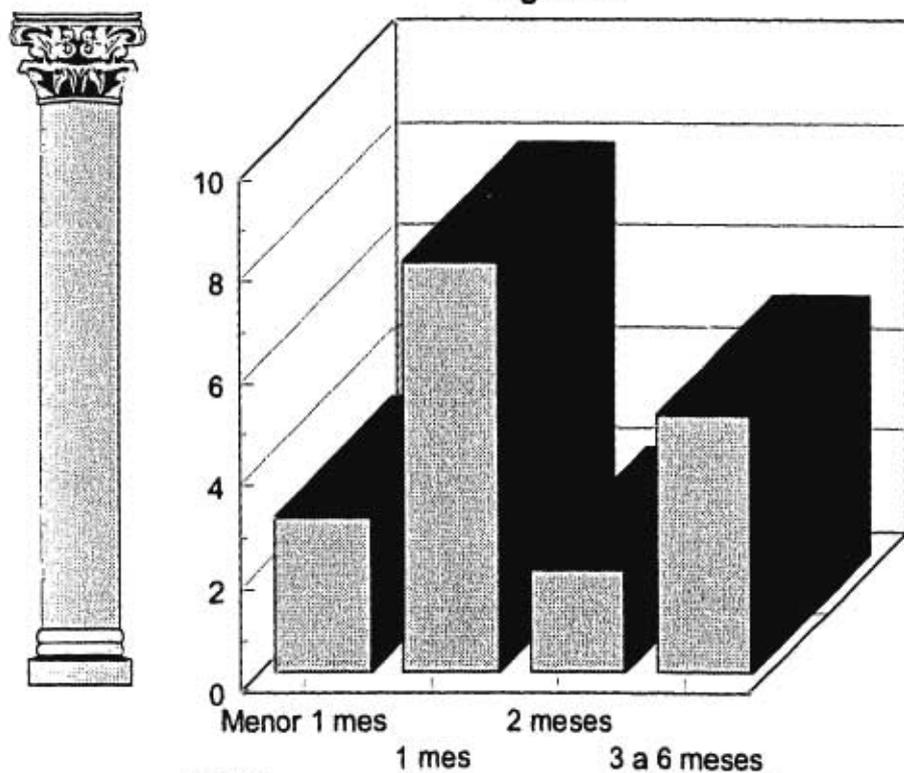
ISSSTE

Pág. 28

# FIEBRE DE ORIGEN OSCURO

Tiempo de la fiebre previo a su hospitalización

Figura 3

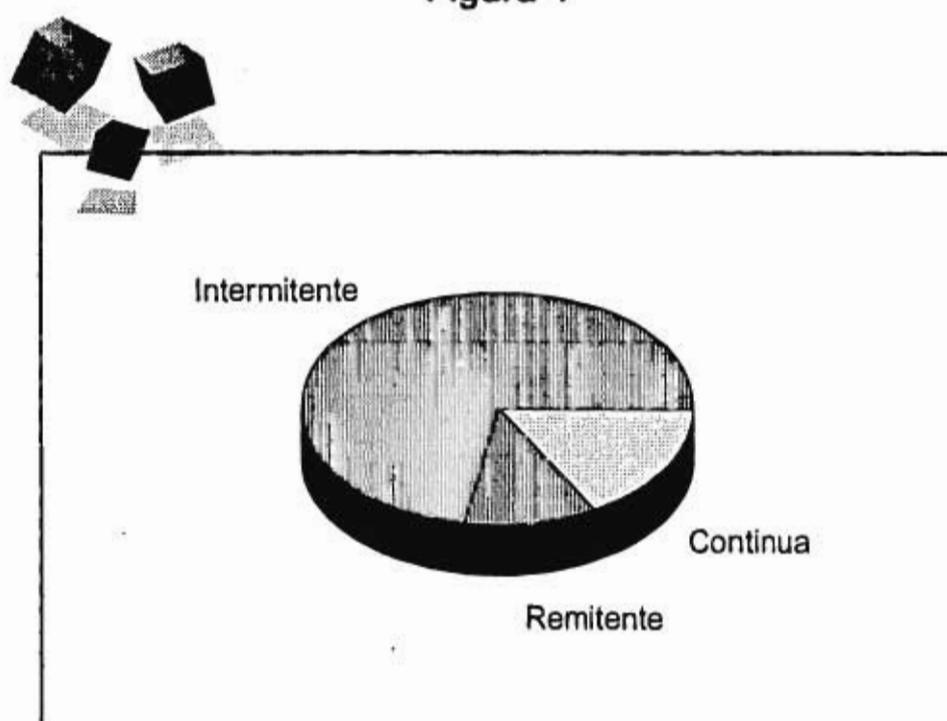


ISSSTE

Pág. 29

# FIEBRE DE ORIGEN OSCURO TIPO DE FIEBRE

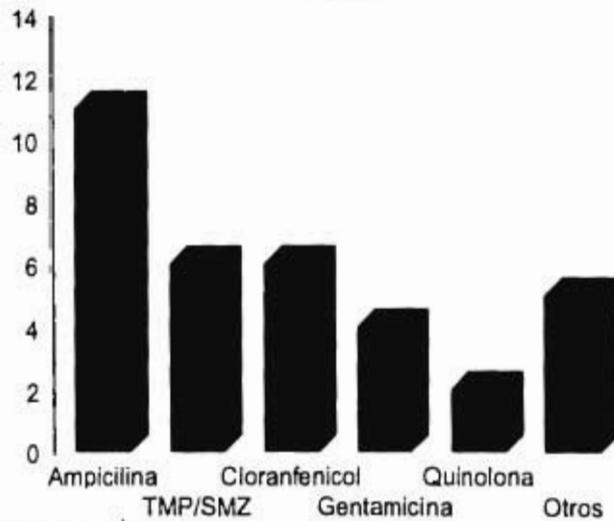
Figura 4



## **FIEBRE DE ORIGEN OSCURO ANTIBIOTICOS USADOS PREVIO A SU INTERNAMIENTO**



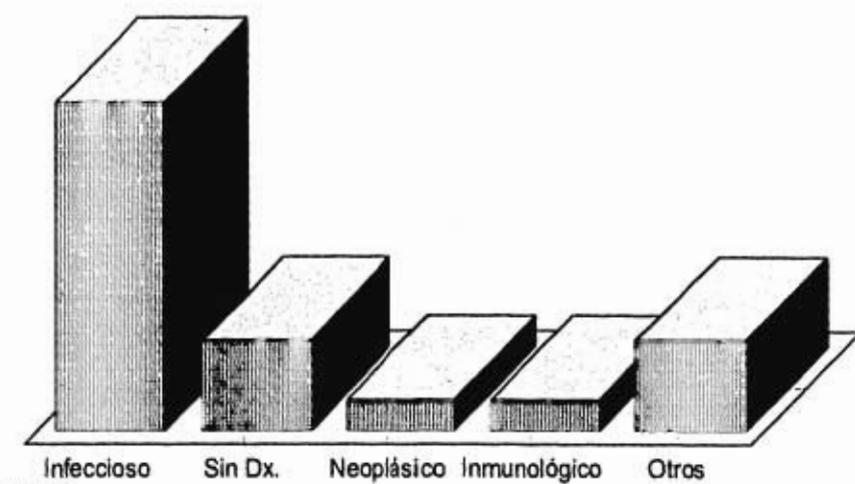
Figura 5



ISSSTE

# FIEBRE DE ORIGEN OSCURO ETIOLOGIA DE LA FIEBRE

Figura 6



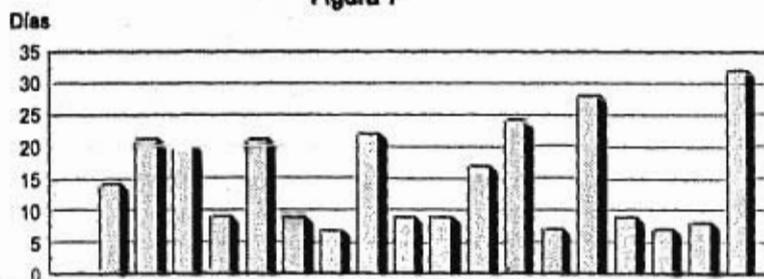
ISSSTE

Pág. 32



## FIEBRE DE ORIGEN OSCURO DIAS DE HOSPITALIZACION

Figura 7

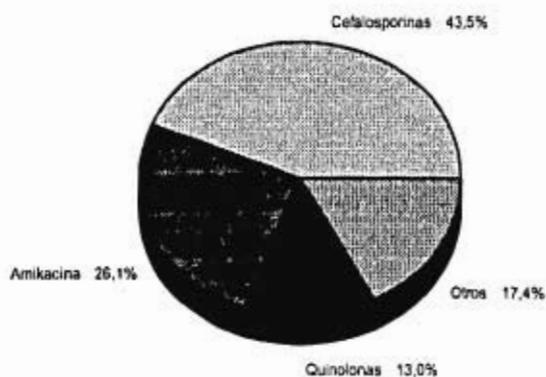


Pacientes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	□	14	21	20	9	21	9	7	22	9	9	17	24	7	28	9	7	8	32

ISSSTE

## FIEBRE DE ORIGEN OSCURO ANTIBIOTICOS USADOS DURANTE SU HOSPITALIZACION

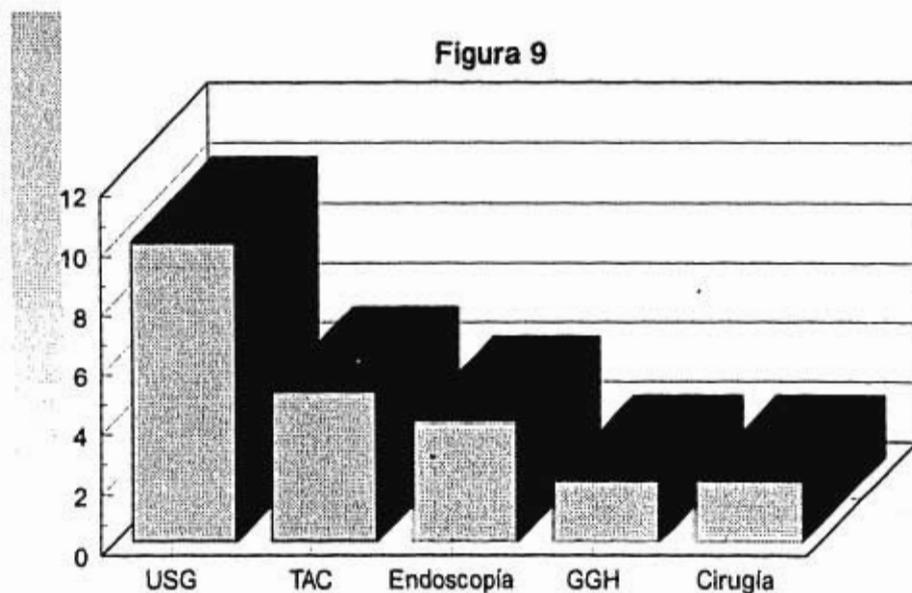
Figura 8



# FIEBRE DE ORIGEN OSCURO METODOS DE DIAGNOSTICO

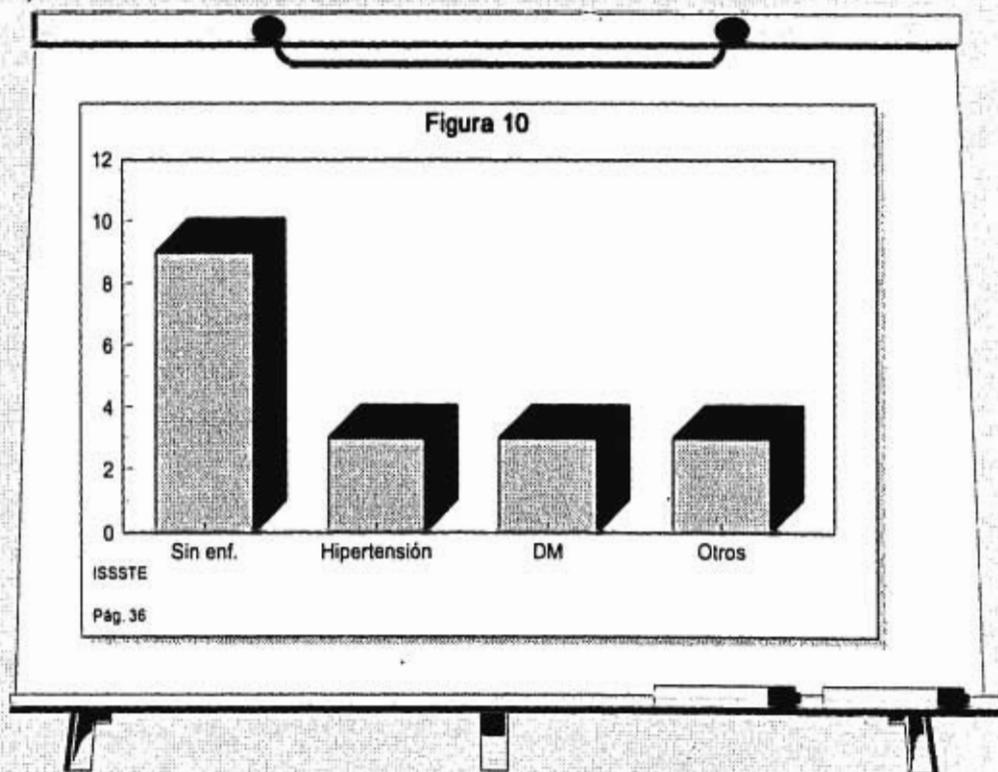


Figura 9



\* Laparotomía  
ISSSTE  
Pág. 35

# FIEBRE DE ORIGEN OSCURO ENFERMEDADES ASOCIADAS

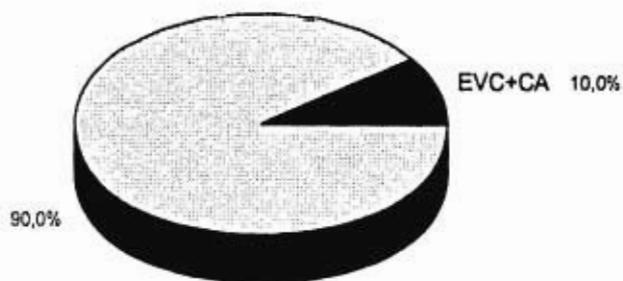


# FIEBRE DE ORIGEN OSCURO MORTALIDAD

---



Figura 11



**cuadro 1**  
**FIEBRE DE ORIGEN OSCURO**  
**DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS**

<b>1</b>	<b>Rinosinusitis Crónica</b>
<b>2</b>	<b>Rickettsiosis</b>
<b>3</b>	<b>Absceso hepático amibiano</b>
<b>4</b>	<b>SIDA + TB</b>
<b>5</b>	<b>Tuberculosis</b>
<b>6</b>	<b>TB + LES</b>
<b>7</b>	<b>Bacteriemia (K. Pneumoniae)</b>
<b>8</b>	<b>SIDA + Púrpura T.</b>
<b>9</b>	<b>Abscesos hepáticos M.</b>
<b>10</b>	<b>Bacteriemia (Clostridium SP)</b>
<b>11</b>	<b>Absceso hepático A.</b>
<b>12</b>	<b>Quiste renal</b>
<b>13</b>	<b>Enfermedad Granulomatosa Ines. *</b>
<b>14</b>	<b>CA Moderadamente Diferenciado*</b> <b>Neoplasia Metastásica Hepática</b>
<b>15</b>	<b>Hipertiroidismo</b>
<b>16</b>	<b>Sin Dx.</b>
<b>17</b>	<b>Sin Dx.</b>
<b>18</b>	<b>Sin Dx.</b>

**(\*) Reporte Histopatológico**

cuadro 2  
**FIEBRE DE ORIGEN OSCURO**  
**SIGNOS Y SINTOMAS**

<b>TIPO</b>	<b>NO. DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>HIPOREXIA</b>	<b>4</b>	<b>5.7 %</b>
<b>ESCALOFRIOS</b>	<b>4</b>	<b>5.7 %</b>
<b>CEFALALGIA</b>	<b>6</b>	<b>8.5 %</b>
<b>PERDIDA DE PESO</b>	<b>8</b>	<b>11.4 %</b>
<b>ARTRALGIAS</b>	<b>8</b>	<b>11.4 %</b>
<b>TOS</b>	<b>5</b>	<b>7.1 %</b>
<b>VOMITO</b>	<b>6</b>	<b>8.5 %</b>
<b>NAUSEAS</b>	<b>4</b>	<b>5.7 %</b>
<b>MIALGIAS</b>	<b>8</b>	<b>11.4 %</b>
<b>DIAFORESIS</b>	<b>5</b>	<b>7.1 %</b>
<b>ASTENIA</b>	<b>5</b>	<b>7.1 %</b>
<b>DOLOR ABDOMINAL</b>	<b>3</b>	<b>4.2 %</b>
<b>LABILIDAD EMOCIONAL</b>	<b>2</b>	<b>2.8 %</b>
<b>HEPATOMEGALIA</b>	<b>2</b>	<b>2.8 %</b>

**cuadro 3**

**ENFERMEDADES MAS FRECUENTES  
EN EL ESTUDIO DEL DR. NOVELO**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>NUMERO DE CASOS</b>
Salmonellosis	25
HIV +	21
Infección de Vias Urinarias	20
LES	13
Absceso hepático	10

**Novelo, 1985-1992. Hospital "20 de Noviembre"**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Swartz M.N. Simon H.B. *Patología de la Fiebre y Fiebre Prolongada de origen indeterminado*. Cientific American. Infectología I-III : 1 a 13.
2. Charles A. Dinarello & Sheldon M. Wolff. "Fever unknown". *British Journal of Medicine*, Vol. 298: 607 a 612.
3. Ver: Swartz M.N. Simon H.B. *Op. Cit.* y Charles A. Dinarello & Sheldon M. Wolff *Op. Cit.*
4. Swartz M.N. Simon H.B. *Idem*.
5. Charles A. Dinarello & Sheldon M. Wolff *Op. Cit.* & Veale WL, Keasting NW, Cooper KE. *Arginine-vasopressin and endogenous antypyresis: evidence and significance*. Fed. proc 1981: 2750-2753.
6. Lifshitz, A. . *Criterios para establecer el diagnóstico de fiebre de origen oscuro*. Rev. Med. IMSS, México, 1982. Vol. 29: 341-348.
7. Surós-Batló J., Surós-Batló A. *Semiología médica y técnica exploratoria*. /a. De., Salvat México, 1987; 90.

- 
- <sup>8</sup>. Petersdorf R. , Beenson P. *Fever of unexplained origin; report 100 casos*. *Medicine*. 1961; 40 : 1-30.
- <sup>9</sup>. Kauffman C.A., Jones. *Diagnosing fever of unknown origin in older patients*. *Geriatrics*. February 1984. Vol. 39, No. 2 46-52.
- <sup>10</sup>. Arriaga L. Para A, Rull J. "Fiebre en estudio, revisión de 65 casos". *Revista de Investigación Clínica*. 1972, No. 24. 7-33.
- <sup>11</sup>. Lascurain M. Pérez J. "Fiebre de origen desconocido, informe de 55 casos atendidos en I.N.N. de 1971 a 1977. *Revista de Investigación Clínica*, México 1980. No. 32. 243-254.
- <sup>12</sup> Vázquez F. *Fiebre de diagnóstico difícil. Análisis de 148 casos*. Tesis, Hospital Regional "20 de Noviembre" ISSSTE, 1985.
- <sup>13</sup>. Novelo Loria F. *Propuesta para fiebre de estudio*. Tesis, Hospital Regional "20 de Noviembre" ISSSTE, 1992.
- <sup>14</sup> Cevallos Espinar, S. *Fiebre de origen a determinar*. Tesis, Hospital Regional "20 de Noviembre" ISSSTE, 1993.
- <sup>15</sup>. Novelo Loria F. *Op. Cit* Arriaga L. Para A, Rull J.K *Op. cit.*, Petersdorf R. , Beenson P. *Op. Cit.*, Vázquez F. *Op. cit.*, Novelo Loria F. *Op. cit* Lascurain M, Pérez J. *Op. cit.* Vázquez F. *Op. cit.* Petersdorf R. F.U.O. Deller JJ. Rusell PR. *Analysis of fever of unknown origin in American Soldiers in Vietnam*. *Ann Int Med*. 1987; 66:1. Gleckman R., Crowley M. Esposito A. *Fever of unknown origin: a vie from the community hospital*. *Am. J. Medici*. 1977. 274:21. Jacoby GA, Swartz MN. *Fever of unknown origin*. *N. Engl. J. Med*. 1973. 289:1407.
- <sup>16</sup>. Petersdorf R. , Beenson P. *Op. Cit.*,

---

<sup>17</sup>. Durac DT, Street AC. *Fever of unknown origin-reexamined and redefined, in curren clinical topics in inf. diases*. JS Remington MN Swarts (eds.). Cambridge 1991.

<sup>18</sup>. Sheon R.P., Van Ommen R.A. *Fever of obscure origin*. Am. J. Med. 1963, No. 34. 486-499.

<sup>19</sup>. Lifshitz, A. MatusVM, Flores A. *Laparatomía protocolizada en el diagnóstico de las causas de fiebre de origen oscuro*. Prensa Médica Mexicana, 1978, Ene- Feb. 11-15.