



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**ENFOQUE DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE FERNIL CON ÉNFASIS EN LA
FIEBRE DE ORIGEN OSCURO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

PRESENTA:

VÁZQUEZ MARTÍNEZ, FLORENCIO

ASESOR: LIFSHITZ GUINZBERG, ALBERTO

Ciudad Universitaria, México, D. F.

1977



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 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.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD DEL TÍTULO DE GRADUADO EN MEDICINA

PIENSA DE ORIGEN CRACERO

Tesis para obtener el título de
especialista en Medicina Interna
presentada por el señor médico

Florencio Vázquez Martínez.

Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios Superiores

Centro Médico Nacional, 1

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES

enero de 1977

M. Agraderi ientz al

Dr. Alberto M. Hitz Gwiorberg

Dr. J. J. J. J. J.

Dr. Luis P. Curventon

Dr. Héctor Aguirre Gas

Personal Médico del Servicio de Medicina Interna

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN

Importancia de la flecha como manifestación de enfermedad
Clasificación de flechas

II. IMPORTANCIA DE LA FLECHA COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD

Entología de la enfermedad manifestada en flechas

Entología de la enfermedad febril y en flechas

Entología de la enfermedad en flechas

Entología de la enfermedad

Flechas

Conceptos de flecha de enfermedad

El flecha

La flecha

La flecha de enfermedad de enfermedad

Entología de flecha

El flecha

La flecha

Las flechas de enfermedad

Entología de flecha

III. CARACTERÍSTICAS DE ALGUNAS ENFERMEDADES DE FLECHA DE ENFERMEDAD

El flecha de enfermedad

IV. CARACTERÍSTICAS

V. CARACTERÍSTICAS

INTRODUCCIÓN

La fiebre, por ser reconocida como enfermedad hasta la segunda mitad del siglo XIX, se consideró desde entonces uno de sus indicadores más frecuentes y sencillos, ya que el termómetro fue el primer instrumento de precisión usado en medicina; la observación de la temperatura es de gran valor para el médico ya que puede utilizarse para valorar el curso y duración de la enfermedad, en ocasiones su gravedad; y a veces para encontrar su etiología. Se ha considerado que la fiebre tiene alguna utilidad terapéutica en casos de muerenfilia, soneocidias y bruceosis crónica (1,2), hasta recordar la piritoterapia como tratamiento de la sífilis previo a los antibióticos (3); en algunos animales de experimentación se ha demostrado que la sobrevivencia a algunas enfermedades infecciosas es mayor cuando existe fiebre que cuando no la hay (4). Sin embargo, hasta la actualidad no se sabe con certeza su papel en la enfermedad. En ocasiones los pacientes debilitados son incapaces de presentar fiebre como manifestación de enfermedad, lo que se ha considerado tradicionalmente como de mal pronóstico (5). Los principales efectos perjudiciales de la fiebre, dependen de la aceleración de los procesos metabólicos, que originan afectación de las condiciones generales del paciente e incomodidades.

La fiebre es producida por mecanismos iniciados a partir de la elevación del punto fijo de la temperatura en las células termorreguladoras de la porción rostral del hipotálamo, en respuesta a la aparición en la sangre de "pirógenos". Estos se consideran endógenos cuando son liberados por leucocitos granulocitos y monocitos, o por histiocitos y células de Kupffer, después de ser estimulados por agentes tales como bacterias, virus, complejos inmunológicos, endotoxinas y algunos metabolitos esteroideos. También pueden liberarlos algunos tipos de células tumorales (2). Se han llamado "pirógenos exógenos" a las sustancias que administradas por vía intravenosa producen fiebre, pues actúan como activadores sobre otras células para la liberación de pirógenos endógenos.

Se considera que existe fiebre, cuando la temperatura oral es mayor de 37.5 grados centígrados en más de una ocasión, cuando esta elevación depende de enfermedad y se acompaña de signos y síntomas característicos. Aunque hipertermia e hiperpirexia se usan como sinónimos, ambos términos sólo indican que la temperatura corporal está elevada, independientemente de los síntomas acompañantes; algunos autores utilizan el término hiperpirexia cuando quieren señalar que la temperatura es de 40.5 grados centígrados o mayor (5).

CAUSAS DE FIEBRE

Después de que se identificó que la fiebre no es en sí misma una enfermedad, pasó a considerarse como síntoma de infección, por lo que basados en la observación del tipo de curva térmica, algunos clínicos lograban diferenciar detalladamente un padecimiento infeccioso de otro. En la actualidad se reconoce a la fiebre como acompañante de una gran variedad de alteraciones patológicas que pueden presentarse en una gran parte de padecimientos (1,2,5,6,7,8) (Cuadro I).

ENFOQUE DIAGNOSTICO DEL PACIENTE FIEBRIL

Semiología de la curva térmica y su utilidad. - Por su objetividad y la facilidad con que se obtiene, la observación de la curva térmica, siendo un hecho cotidiano en la atención y cuidado del enfermo, puede proporcionar información muy útil; basados en que la fiebre es manifestación de gran número de padecimientos y que su comportamiento en uno u otro puede ser completamente igual o bien estar modificada por el uso de antimicrobianos, anti-térmicos, corticosteroides y otras clases de medicamentos que pueden modificar la curva térmica, ésta puede llegar a tener un valor muy limitado en cuanto al diagnóstico; sin embargo, aún se identifican algunos tipos de curvas, que pueden orientar hacia el tipo de patología causante de la fiebre.

CUADRO I

CAUSAS DE FIEBRE

INFECCIONES

1.-Infecciones

Bacterianas

Virales

Micóticas: *paludismo*

Amibiasis invasora

Parasitosis: *granulomatosis larvaria*

triquinosis

2.-Traumatismos

2.-Neoplasias

Tumores sólidos

Paraneoplasias

4.-Perforia hepática intermitente aguda

5.-Mieloma

6.-Gastralgia

NECROSIS O IMPACTO

Biocardia

Riño

Neoplasias

Cerebro

Hígado

Traumatismos

Pulmón

Cirrosis

Neurólisis

COMPLICACIONES INMUNOLÓGICAS

Enfermedades del tejido conjuntivo

Hipersensibilidad a medicamentos

Enfermedades alérgicas

Transfusión de sangre incompatible

METABOLITOS CON FIEBRE

Etioleología

Esteroides

Algunos ácidos biliares

ACUMULACIÓN DE LOS PRODUCTOS METABÓLICOS

Taquicardia parasitaria

Tirotoxicosis

CELULAS INFLAMATORIAS

Alimentación inadecuada

Enfermedad de Hodgkin

CAMARAS 2

CAUSAS DE FENOMENOS

ACTIVACION POR LAICA Y FOSTO DE LA INHIBICION DE LA TERMOREGULACION

Tirotoxicosis

Feocromocitoma

ALTERACIONES EN LA FUNCION DE LA TIROIDES Y TERMOREGULACION

Disfuncion tiroidea (hipertiroidismo, hipotiroidismo, cretinismo)

Salmo de color

Hipertension maligna (hipertension arterial)

REABSORCION DE PRODUCTOS NITROGENADOS

Hemorragia de tubo digestivo

Hemorragia subaracnoidea

Hematomas

Hemiparálisis

Hematuria

INDICACIONES DE LA TIROIDES CON ALTERACIONES DE LA GLANDULA PARATIROIDEA

Compendios

Almidones

CONCLUSIONES

Se conoce como fiebre periódica a la intermitente aquella en la que la temperatura desciende a cifras normales, por lo menos una vez al día, pero vuelve a elevarse todos los días; este tipo de curva es común a algunas enfermedades infecciosas y tiene poco valor diagnóstico. Fiebre remitente se llama cuando la temperatura tiene variaciones muy notables de un día a otro, pero la temperatura mínima no regresa a lo normal, como puede observarse en algunos casos de brucelosis y salmonelosis. Se conoce como fiebre recurrente cuando alteran períodos de uno o varios días de fiebre con otros de uno o mas días con temperatura normal, como en la enfermedad de Hodgkin, el paludismo, el tifo, la infección por *Spirillum minus* y la brucelosis. La fiebre óptica e hética, es la fiebre intermitente con grandes oscilaciones diarias, acompañado generalmente de anorexia y disferesis muy intensos, que se observa en padecimientos en los que hay acúmulos de pus; la fiebre doble cotidiana es en la que hay dos elevaciones y dos descensos bruscos de la temperatura en 24 horas, como puede llegar a observarse en la endocarditis gonocócica, la tuberculosis miliar, la pielonefritis, la colangitis ascendente, la trombofilia, el kala-azar. La fiebre continua o sostenida por cuando menos 24 horas puede observarse en la fiebre tifoidea, la neumonía y las infecciones virales o por rickettsias.

Semiología del síndrome febril y su etiología.

Normalmente la temperatura corporal se mantiene dentro de límites muy estrechos por un mecanismo muy fino de producción y pérdida de calor controlado por el sistema nervioso autónomo (6). En relación con la temperatura ambiente, la actividad física y el estado de nutrición. Como respuesta a la aparición en la circulación sanguínea de pirógenos, el centro termorregulador desencadena mecanismos para elevar la temperatura, tales como vasoconstricción cutánea, que se traduce clínicamente por piel fría y piloerección; lo cual es detectado como frío por los receptores de temperatura de la superficie de la piel, y esto hace aparecer como respuesta escalofrío que es consecuencia de actividad muscular aumentada y que origina mialgias y artralgias. La vasoconstricción cutánea, al impedir la pérdida de calor, y el escalofrío, al aumentar su producción, originan elevación de la temperatura corporal a cifras mayores que las normales, lo que causa hipertermia con taquicardia, delirio, inquietud motora e insomnio; nuevamente es identificado este cambio en el centro termorregulador, por lo que se inician mecanismos para perder calor, es decir, vasodilatación cutánea, que es causa de la rubicundez, diaforesis y jadeo, que a su vez ocasionan deshidratación, sed, constipación intestinal y la orina hipercrómica. Debido al ritmo biológico cotidiano de la temperatura -

corporal, que es menor por la mañana y mayor por la tarde, aún en el sujeto normal, la fiebre tiende a ser de predominio vespertino. A consecuencia de la aceleración de los procesos metabólicos por el aumento de la temperatura, hay astenia, anorexia y disminución de peso corporal, ya que por cada grado centígrado de aumento de la temperatura corporal hay un aumento de alrededor de 12% de la actividad metabólica; así mismo una disminución de 10% en la capacidad de pérdida de calor produce una hipotermia de 41 grados centígrados en unas cuantas horas (2). La fiebre también es causante de la activación del virus del herpes y la aparición de lesiones labiales; en ocasiones la fiebre es causa de proteinuria y favorece la aparición de convulsiones en personas predispuestas, especialmente en niños. Todas estas manifestaciones acompañan en grado mayor o menor a la hipotermia, por lo que constituye todo ésto un síndrome, el síndrome febril (Cuadro II). El análisis sistemático de ésto impide atribuir algunas de sus manifestaciones a otra causa, por lo que es obligado una adecuada interpretación y jerarquización de cada uno de sus síntomas.

Examen complementario. La etapa.- Cuando después del análisis del síndrome febril y de las manifestaciones de enfermedad que lo acompañan, lo que constituye obviamente una historia clínica completa, no hay pistas que sugieran u orienten hacia un diagnóstico, debe echarse mano de estudios con

C U A N D O . . .

COMPONENTES DEL SÍNDROME FANZEL

Hipertansión	Taquicardia
Calosfrios	Inquietud motora
Nisalgias	Taquípnea
Astrealgias	Insomnio
Astenia	Ruboración
Distorsión	Cefalea
Deshidratación	Delirio
Mareos	Anorexia
Polidipsia	Pérdida de peso
Constipación	Convulsiones
Orina hipercrónica	Marcos alérgicos
Aneur transición	Proteinuria

plementarios de laboratorio y de gabinete, los que en la mayoría de los casos llevarán a orientación definitiva del diagnóstico. Los siguientes se han escogido por su gran utilidad, fácil acceso y sencilla elaboración: hematría hemática, examen general de orina, reacciones febriles, telerradio - grafía de tórax y radiografías simples de abdomen. En la gran mayoría de los casos simplemente con estos estudios, surgen posibilidades orientadoras para encaminar la investigación hasta comprobar el diagnóstico. En los casos en los que con una interpretación adecuada de estos auxilios, los resultados son normales o inespecíficos, y después de una cuidadosa elaboración de la historia clínica y cuidadosa interpretación del síndrome febril sin otros síntomas o signos acompañantes u orientadores y continúa con fiebre por cuando menos diez semanas se considera fiebre de origen oscuro, es decir cuando el síndrome febril es la única manifestación de enfermedad. (1,2,10,11,12,- 13,14,15,16). Se ha tomado el lapso de dos semanas porque es el tiempo suficiente para que aparezcan otras manifestaciones de enfermedad o desaparezca si es un padecimiento autolimitado. Tomando en cuenta que la mayoría de estos casos son formas de comportamiento raro de padecimientos comunes, más que padecimientos raros, muchos de ellos susceptibles de curación o de prolongación de la sobrevivencia, y esto depende de la oportunidad con que se

haga el diagnóstico, ~~cuando consideramos que hay urgencia para el~~ laboratorio. En la rapidez con que se llegue a un diagnóstico influye tanto la calidad del clínico como la del hospital.

Tercera etapa.— Cuando en la etapa de los primeros exámenes complementarios no es posible orientarse hacia un diagnóstico, se prosigue el estudio con otra serie de exámenes paraclinicos, que hemos considerado como segunda etapa: 1- repetir hemimetría hemática, examen general de orina y radiografías de tórax y abdomen. 2- cultivos seriados de sangre, orina, heces, exudado faríngeo, cervicovaginal. 3- hemileucopías seriadas en esputo, heces y orina. 4- determinación de proteínas séricas por electroforesis e inmunodifusión. 5- examen de sangre en gota gruesa. 6- pruebas de funcionamiento hepático. 7- Urografía excretora, serie esofagogastrorrododenal y tránsito intestinal. 8- celiografía hepatoesplénica. En casos particulares se recurre además a otros estudios, por ejemplo en mujeres jóvenes búsqueda de células LE, determinación de anticuerpos por inmunofluorescencia, factor reumatoide, proteína C reactiva; si se trata de un medio endocrónico otro prueba de Bord-Bunnell; si se trata de un individuo de edad avanzada Papanicolaou en orina y expectoración, determinación de hemoglobina fetal (25), otros estudios radiográficos como colon por enema de bario, etc. Si al concluir esta etapa no se ha obtenido

Al concluir éste etapa probablemente ya se ha diagnosticado el padecimiento o se han encontrado pistas a seguir.

Ilustración con ejemplos:

Caso 1.- Hombre de 57 años de edad, casado, que había padecido salmonelosis, hemorragia y esbionia a los 16, 24 y 48 años respectivamente y le apareció urticaria con la ingestión de salicilatos. Ingresó al hospital por padecer fiebre de 30 días de evolución, continua, hasta de 40 grados centígrados, de predominio vespertino, con calosfrío y diuresis, astenia, adinamia, anorexia, pérdida de 3 kg de peso e irritabilidad. A la exploración se le encontró con angiotonia en el fondo de ojo e hipertemia de la faringe y unos ganglios de 0.5 cm de diámetro mayor, indoloros y desplazables, en la cadena jugular derecha. De los exámenes complementarios I, se encontró como anormal aumento de la velocidad de sedimentación globular a 21 mm, huellas de albuminuria y discreta hiperglucemia de 115 mg/100 ml (normal de 60 a - 100 mg/100ml) 5 hemocultivos seriados, la búsqueda de bacilos acido-alcohol resistentes y los exámenes complementarios II fueron normales. Antes de iniciar otro tipo de investigaciones, se realizó una nueva telerradiografía de tórax que mostró una imagen de infiltración reticulonodular de pequeños nodulos ápico-basal bilateral. Cedió la sintomatología con tratamiento antituberculoso.

Caso 2.- Espluyente femenino de 16 años de edad, soltera, que había recibido entre otras inmunizaciones antitifoídica recientemente, padecía disfonía y otalgia bilateral periódicamente. Ingresó al hospital con historia de fiebre de 10 días de evolución intermitente, de predominio vespertino, hasta de 40- grados centígrados, acompañada de cefalea frontal, astenia, anorexia y pérdida de 3 kg de peso. Tomaba medicamentos antitérmicos durante el día y había recibido 2 gr diarios de ampicilina durante 3 días, además de ácido nalidixico. A la exploración se encontró una paciente delgada, pálida, con temperatura de 39 grados centígrados y pulso de 104/min; tenía una costra hemática en el conducto auditivo externo izquierdo y las amígdalas hipertrofiadas. Tenía dolor a la palpación en ambos flancos del abdomen. De los exámenes complementarios se encontraron anormales el aumento de la velocidad de sedimentación globular de 36 mm y granulocitosis tóxica de los leucocitos, las pruebas de Paul-Bunnell y el urecútitivo fueron negativos, un hemocultivo desarrolló Salmonella typhi. Curó con tratamiento antimicrobiano.

III etapa.- Cuando después de utilizar los procedimientos antes mencionados, no es posible resolver el problema del enfermo, se recurre a utilizar otro tipo de estudios que hemos situado en la tercera etapa puesto que son útiles para diagnosticar padecimientos menos comunes u originar molestias e incomodidades mayores al enfermo, son mas elaborados y mas caros; estos estu

dios son tales como radiografías de tránsito intestinal, tomografías, colecis-

tografía, linfografía, linfogamagrafía, biopsias de piel, esfínter, hígado -

(17), de regiones complementares, peritoneoscopia, pruebas de inamidad col- -

lar e inacididad de pruebas que se utilizarán individualizando el caso.

Caso 1.- Ama de casa de 50 años de edad, con ascendientes europeos, el padre falleció por carcinoma metastásico a hígado y la madre y abuela por carcinoma de sitio no identificado. Le habían drenado un absceso perianal 4 veces an- - tes de ingresar al hospital. Ingresó por padecer desde hacía 3 meses, fiebre hasta de 39 grados centígrados, vespertina, pérdida de 13 kg de peso desde - hacía 6 meses, y deterioro del estado general. A la exploración se encontró con febrícula, con presión arterial de 140-100 mmHg, discreta hepatomegalia - con el hígado de características normales; se encontró ecasia hipocrómica - con hemoglobina de 9 gr/100 ml, con 9 155 leucocitos y 74% de segmentados; - la velocidad de sedimentación globular fué de 19 mm en una hora; el resto de los exámenes complementarios I fueron negativos, y en los complementarios II se encontraron manifestaciones de inflamación crónica inespecífica de los ri- - ñones y cistitis en la urografía excretora; la vesícula biliar se encontró ex- cluida en la colecistografía oral, en el colon con enema baritado se encon- traron divertículos y espasticidad generalizada; el gammagrama hepático demost- ró un gran defecto de captación del material radiactivo en el lóbulo dere-

cho del hígado, el cual mediante la coluidio-pantoténica con teflo tónico se demostró como vascularizado; las pruebas de funcionamiento hepático demostraron una retención de bromocriptina de 22% y elevación de la fosfatasa alcalina a 174 Ua. En la laparotomía exploradora se encontró un adenocarcinoma renal derecho.

Caso 2.- Médico de 52 años de edad, su madre era Alcohólica, tuvo amibiasis invasora del hígado, hepatitis viral y chancro genital antes de los 20 años de edad; se había con hipertensión arterial sistémica desde hacía 8 años, cursaba con insuficiencia coronaria; había recibido transfusión sanguínea 3 meses antes de su ingreso. Acudió al hospital por fiebre de 39 grados centígrados, recurrente, con períodos de 8 a 14 días de duración y de 0 a 10 días de descenso, de predominio vespertino, con calofríos y con diaforesis nocturna; había perdido 13 kg de peso, tenía disfemia, poliquiuria y en ocasiones evacuaciones con reos. Había recibido antimicrobianos, antiamibianos y antiférnicos. A la exploración se encontró con febrícula, con presión arterial de 130-170 mmHg, con hiperemia faríngea, se palaba un ganglio de 0.5-1 cm de diámetro mayor en la región supraclavicular derecha y en la axilar izquierda y mas pequeños en las regiones inguinales. Los exámenes complementarios I demostraron anemia normocrómica con hemoglobina de 11.5 g/100 ml, aceleración de la velocidad de sedimentación globular a 25 mm en una hora; la

radiografía de tórax demostró la zona calcificada y el ventrículo izquierdo de agrandado, la curva de tolerancia oral a la glucosa fué de tipo diabético; una de las radiaciones subeliales, el paratífico "A" fué de 1:320, el ginecohepático demostró una disminución difusa de la captación del material radiactivo. En la biopsia de ganglio supraclavicular se encontró invasión por enfermedad de Hodgkin tipo voluntariedad mixta.

Cuando después de utilizar adecuadamente todos estos recursos, y de volver a recoger la historia clínica del enfermo no es posible orientarse hacia un diagnóstico se recurre como última posibilidad a la laparotomía exploradora. Su uso, riesgos y utilidad terapéutica y en el pronóstico se han comentado bastante en la literatura en idioma inglés (1,10,12,13,14,15,16,20, 21); la laparotomía debe ser previamente meditada y escrupulosamente planeada, en decidir efectuar, además de lo propuesto por Barr, Jørgensen y Wallenstern en 1972 (12), esplenectomía rutinaria, independientemente de la impresión macroscópica que ofrezca el bazo, pues es un asiento frecuente de infecciones crónicas y de neoplasias de tipo linfoproliferativo y cuya resección se incluye en el tratamiento de los estadios iniciales de algunos padecimientos de este tipo (22,23,24); además se tomarán biopsias de riñón, de músculo, de todas las cadenas ganglionares, se aplicarán grapas me-

táticas en regiones sospechosas o confirmadas de neoplasia linfoproliferativa; cultivos de exudados libres, de biliar, contenido duodenal, ilcon, vejiga, sangre portal, ganglios; biopsia frotis y cultivos de salpiax bilaberal (18).

Caso 1.- Masculino de 50 años de edad, que tuvo paludismo a los 10 años, con recidivas periódicas, tenía antecedentes de colitis espástica desde la pubertad. Ingresó al hospital con historia de fiebre de 4 meses de evolución, hasta de 40 grados centígrados, de presentación setutina y vespertina, calosfría, estenia, anorexia y pérdida no cuantificada de peso; odinofagia, alite discreta y tos con escasa expectoración mucopurulenta. A la exploración física estaba pálido, tenía unos pequeños ganglios en las regiones cervical y axilar, hipoventilación en ambas bases de tórax y escasos estertores bronquiales, discreta stenosis ungueal y lesiones parecidas a hemorragias en astilla en algunos lechos ungueales; de los exámenes complementarios I, se encontró reticulosis de 4%, 1.4% y 4 % respectivamente, y aumento de la velocidad de sedimenta-ción globular; la radiografía de tórax mostró a la arteria opaca y descontrolada, y bronquitis crónica, las heptoglobinas séricas fueron de 300-300 mg, la hemoglobina libre en plasma fué de 2 mg, la bilirrubina directa llegó en una oportunidad a ser de 2.6 mg y la indirecta de 1.2 mg; el resto de los exámenes complementarios II y III fueron negativos. Mediante la laparotomía explora-

rie individual del cirujano, que a veces, sin embargo, en algunos protocolos

especifico como el que se ha mencionado. (Cuadro III)

CUADRO III

CUADRO III. RESULTADOS DE LOS EXÁMENES DE FILTROS DE CRISTAL OBTENIDOS
HISTORIA CLÍNICA. CENTRO MÉDICO NACIONAL 1971-75

Número de casos		37
Hombres	Mujeres	40
14	22	16-51
promedio		24.2

Diagnóstico	Número de casos
enfermedades infecciosas	20
enfermedades del tejido conjuntivo	6
enfermedades neoplásicas	4
enfermedades inflamatorias	1
Total	37

En los pacientes en quienes el diagnóstico se hizo mediante hemocultivo, fué éste positivo hasta el 39 o 66 efectuados, cuando ya se había llegado a etapas más avanzadas del estudio. El paciente del caso 6 (tabla II), llegó a la laparotomía exploradora, en la cual se se encontraron datos importantes, pero en el curso de la misma se tomó bilis para cultivo en medio de Ruiz-Castellón, donde se cultivó *S. Typhi*; el caso 7 es parecido, después de ver excluida la vesícula biliar en una colangiografía, se pasó a laparotomía exploradora y coledostomía y en la bilis se encontró salmonella. El paciente del caso 11 (tabla II), respondió favorablemente a la prueba terapéutica, después de un estudio de médula ósea que reveló tuberculosis; es parecido al caso del paciente con paludismo postmalaria (tabla II) y de la paciente con lupus eritematoso sistémico del caso 4 (Tabla III). Otros pacientes, desarrollaron otras manifestaciones del padecimiento causante de la fiebre, que orientaron hacia el estudio diagnóstico, en el curso de su atención, cuando ya se había efectuado los exámenes complementarios. En 6 casos el estudio del paciente llegó a la laparotomía exploradora; fué de utilidad diagnóstica en 6 casos; en el caso 4 (tabla II), el paciente falleció en el postoperatorio inmediato de laparotomía exploradora donde se encontraron lesiones granulomatosas que se confirmaron en el estudio necróptico, en pulmón, corazón, hígado, bazo y peritoneo, donde se identificaron

1970-1971

1	1	1	1970	1970	1970	1970
2	2	2	1971	1971	1971	1971
3	3	3	1972	1972	1972	1972
4	4	4	1973	1973	1973	1973
5	5	5	1974	1974	1974	1974
6	6	6	1975	1975	1975	1975
7	7	7	1976	1976	1976	1976
8	8	8	1977	1977	1977	1977
9	9	9	1978	1978	1978	1978
10	10	10	1979	1979	1979	1979
11	11	11	1980	1980	1980	1980
12	12	12	1981	1981	1981	1981
13	13	13	1982	1982	1982	1982
14	14	14	1983	1983	1983	1983
15	15	15	1984	1984	1984	1984
16	16	16	1985	1985	1985	1985
17	17	17	1986	1986	1986	1986
18	18	18	1987	1987	1987	1987
19	19	19	1988	1988	1988	1988
20	20	20	1989	1989	1989	1989
21	21	21	1990	1990	1990	1990
22	22	22	1991	1991	1991	1991
23	23	23	1992	1992	1992	1992
24	24	24	1993	1993	1993	1993
25	25	25	1994	1994	1994	1994
26	26	26	1995	1995	1995	1995
27	27	27	1996	1996	1996	1996
28	28	28	1997	1997	1997	1997
29	29	29	1998	1998	1998	1998
30	30	30	1999	1999	1999	1999
31	31	31	2000	2000	2000	2000
32	32	32	2001	2001	2001	2001
33	33	33	2002	2002	2002	2002
34	34	34	2003	2003	2003	2003
35	35	35	2004	2004	2004	2004
36	36	36	2005	2005	2005	2005
37	37	37	2006	2006	2006	2006
38	38	38	2007	2007	2007	2007
39	39	39	2008	2008	2008	2008
40	40	40	2009	2009	2009	2009
41	41	41	2010	2010	2010	2010
42	42	42	2011	2011	2011	2011
43	43	43	2012	2012	2012	2012
44	44	44	2013	2013	2013	2013
45	45	45	2014	2014	2014	2014
46	46	46	2015	2015	2015	2015
47	47	47	2016	2016	2016	2016
48	48	48	2017	2017	2017	2017
49	49	49	2018	2018	2018	2018
50	50	50	2019	2019	2019	2019
51	51	51	2020	2020	2020	2020
52	52	52	2021	2021	2021	2021
53	53	53	2022	2022	2022	2022
54	54	54	2023	2023	2023	2023
55	55	55	2024	2024	2024	2024
56	56	56	2025	2025	2025	2025
57	57	57	2026	2026	2026	2026
58	58	58	2027	2027	2027	2027
59	59	59	2028	2028	2028	2028
60	60	60	2029	2029	2029	2029
61	61	61	2030	2030	2030	2030
62	62	62	2031	2031	2031	2031
63	63	63	2032	2032	2032	2032
64	64	64	2033	2033	2033	2033
65	65	65	2034	2034	2034	2034
66	66	66	2035	2035	2035	2035
67	67	67	2036	2036	2036	2036
68	68	68	2037	2037	2037	2037
69	69	69	2038	2038	2038	2038
70	70	70	2039	2039	2039	2039
71	71	71	2040	2040	2040	2040
72	72	72	2041	2041	2041	2041
73	73	73	2042	2042	2042	2042
74	74	74	2043	2043	2043	2043
75	75	75	2044	2044	2044	2044
76	76	76	2045	2045	2045	2045
77	77	77	2046	2046	2046	2046
78	78	78	2047	2047	2047	2047
79	79	79	2048	2048	2048	2048
80	80	80	2049	2049	2049	2049
81	81	81	2050	2050	2050	2050
82	82	82	2051	2051	2051	2051
83	83	83	2052	2052	2052	2052
84	84	84	2053	2053	2053	2053
85	85	85	2054	2054	2054	2054
86	86	86	2055	2055	2055	2055
87	87	87	2056	2056	2056	2056
88	88	88	2057	2057	2057	2057
89	89	89	2058	2058	2058	2058
90	90	90	2059	2059	2059	2059
91	91	91	2060	2060	2060	2060
92	92	92	2061	2061	2061	2061
93	93	93	2062	2062	2062	2062
94	94	94	2063	2063	2063	2063
95	95	95	2064	2064	2064	2064
96	96	96	2065	2065	2065	2065
97	97	97	2066	2066	2066	2066
98	98	98	2067	2067	2067	2067
99	99	99	2068	2068	2068	2068
100	100	100	2069	2069	2069	2069

hechos epidemiológicos recientes; en el caso 4 (Tabla IV) en el que se practicó complementación de acuerdo al protocolo planteado (12) no encontramos el en forma de manifestaciones histopatológicas del endotelio; el caso 3 (Tabla V), el procedimiento quirúrgico no usó de utilidad, posiblemente, porque en el momento que se presentó, la hepatitis esplénica se planteaba en formas diferentes a la actual; la paciente abandonó la consulta lo que impidió replicar su estudio. En los casos 1 y 2 (Tabla V), en quienes no se llegó al diagnóstico, no llegaron a la laparotomía exploradora, el primero porque su estado general era muy bueno mientras llegó a la etapa de estudios complementarios III, y posteriormente abandonó la consulta; y el segundo por que abandonó la consulta.

Como en las series informadas en la literatura de los últimos años, y en la serie mexicana publicada hace 4 años, predominan las infecciones entre los casos más frecuentes (Tabla VI), y entre ellas en primer lugar la tuberculosis; en nuestra serie y en otra serie mexicana casi con la misma frecuencia se encuentra la calicripirosis, lo cual es traducción de la situación epidemiológica de nuestra región, de una enfermedad que como la primera puede aparecer de muy diversas maneras. Las otras infecciones se presentan con una frecuencia y regularidad encontrada en otras series. A diferencia de otros informes, el segundo grupo en frecuencia lo forman las enfermedades

inmunológicas y en su lugar muy inferior al de las infecciones, siguiendo a las muy de cerca se presentaron las neoplasias.

CONCLUSIONES.

El síndrome febril es una manifestación muy común de enfermedad, cuya semiología y la de los síntomas acompañantes es muy útil para el médico en función del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. Los exámenes para clínicos apoyan una impresión diagnóstica u orientan hacia otros rumbos en el estudio del paciente con fiebre y deben practicarse sistemáticamente y por etapas, de acuerdo a la epidemiología del centro donde se trabaja, la edad, sexo y lugar de procedencia del enfermo. Cuando el paciente tiene fiebre de origen oscuro, de la oportunidad con que se haga el diagnóstico depende en parte el pronóstico del paciente. Si los métodos habituales de laboratorio y gabinete no son eficaces, debe planearse conscientemente la laparotomía exploradora, la cual incluirá en todos los casos esplenectomía, y toma de muestras por biopsia y para cultivos. Las causas que originan fiebre de origen oscuro son formas raras de presentación de enfermedades comunes, y con frecuencia curables, otras pueden controlarse o cuando menos puede prolongarse la duración y calidad de sobrevivencia del enfermo. En nuestra serie de casos revisados, las infecciones mas frecuentes fueron las sistémicas.

y de ellas la tuberculosis, como sucede en otras series publicadas; muy de cerca le siguieron la paludismo, particularidad epidemiológica de nuestro medio. En contraposición con lo referido a este respecto lo siguieron en frecuencia las enfermedades del tejido conjuntivo y después las neoplasias; las enfermedades raras fueron solamente un caso de enfermedad de Crohn, uno de linfadenopatía linfoblástica y uno de reticulosis nodular histiocítica. Es probable que la menor frecuencia de neoplasias, se deba al avance sobre el conocimiento de sus primarias y sutiles manifestaciones y de las cada vez mejores y mas eficaces técnicas de diagnóstico.

17.-Farrar J.E., Wood L.A., Nichols D.R. JAMA 199:126, 1969

18.-Baker H.B., Tumbly P.A., Shelley W.S. Hopkins Med J 175:158, 1967

19.-Shoshen M.P. Surg Gyn Obstet 137:201, 1971

20.-Henson L.W. Surg J 70:1207, 1971

21.-Ferguson H.B., Allen L., Spies H.L. Arch Int Med 131:156, 1973

22.-Lowenkamp B., Remy H., Galt J., Corbett A.A.
Ann Int Med 77:55, 1970

23.-Wright L.R., Trudgian H.W., Wilson T.F. Surg General Obstet
95:1, 1970

24.-Givner E., Latta L., Gumbel M., Aguirre G.H., Corvino G.L.P.
Surg Med 13:102, 1975