



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

11209

18

2ej

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

LAPAROTOMIA DIAGNOSTICA ENFIEBRE
DE ORIGEN OSCURO. EXPERIENCIA DE
6 AÑOS EN CMNS. XXI

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE:

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

DR. MARTIN EDUARDO CASAUS AVILA.



IMSS

MEXICO.D.F.

FALLA DE ORIGEN
1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

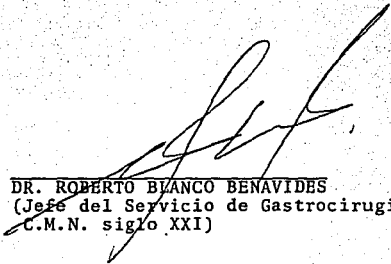
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

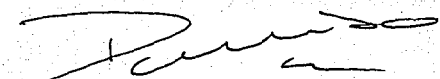
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

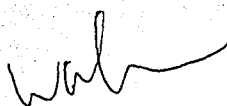
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



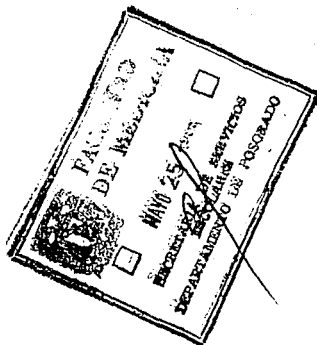
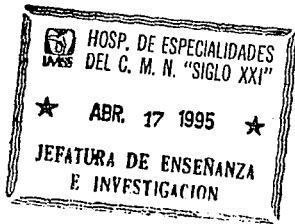
DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
(Jefe del Servicio de Gastrocirugia del
C.M.N. siglo XXI)



DR. FELIPE ROBLEDO OGAZON
(Médico adscrito al serv. de gastro-
cirugia de C.M.N. siglo XXI)



DR. NIELS WACHER RODARTE
(Jefe de Enseñanza de C.M.N.
siglo XXI)



DEDICATORIA:

A mis Padres y Hermanos, quien sin su apoyo no hubiera concluido esta etapa de mi vida.

A mis maestros del C.M.N. siglo XXI ya que sin su ayuda y paciencia no tendríamos una educación quirúrgica adecuada.

A mi esposa, quien con su paciencia, apoyo y ternura logró infundir en mi actitud como persona.

TABLA DE CONTENIDO

HIPOTESIS	1
OBJETIVOS	2
INTRODUCCION	3
ANTECEDENTES	5
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	11
DISCUSION	15
CONCLUSIONES	17
APENDICE	20
BIBLIOGRAFIA	24

HIPOTESIS

A PESAR DE TODOS LOS AVANCES CIENTIFICOS, LA LAPAROTOMIA EXPLORADORA, CONTINUA SIENDO DE UTILIDAD DIAGNOSTICA EN UN ALTO PORCENTAJE EN LA FIEBRE DE ORIGEN A DETERMINAR.

OBJETIVOS

DETERMINAR LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA LAPAROTOMIA DIAGNOSTICA EN LA FIEBRE DE ORIGEN A DETERMINAR.

DETERMINAR CUALES Y EN QUE CASOS DEBE UTILIZARSE LA LAPAROTOMIA DIAGNOSTICA.

CUAL ES LA VERACIDAD DE LA LAPAROTOMIA DIAGNOSTICA EN FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO.

DETERMINAR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEL PROCESO.

VERIFICAR LA SEGURIDAD DEL PROCESO.

INTRODUCCION.

La elevación de la temperatura corporal es una manifestación común de las enfermedades y es un síntoma al cual cualquier Médico se enfrenta cotidianamente.

En la historia de la Medicina, la fiebre ha sido registrada como signo de alarma y a menudo se le consideró como la causa directa de la enfermedad o muerte de los pacientes. El estudio de la fiebre ha ocupado numerosas investigaciones, desde el antiguo Egipto alrededor de 2650 años a de C., se hace referencia al aumento de temperatura asociada a la inflamación. Hipócrates fue el primero en llamar la atención sobre la importancia de la fiebre en el diagnóstico de un padecimiento; en el año 195 de nuestra era Chang Ching Keng escribió una monografía sobre la fiebre en donde recomendaba su tratamiento mediante baños con agua fría. Durante la edad Media la fiebre era considerada como parte de la observación clínica; en 1592 Galileo construyó el primer Termómetro, aunque sin aplicación clínica; en el Siglo XVII Sanatorio de la Universidad de Padúa, inventó por primera vez la medición clínica de la temperatura corporal y diseño varios instrumentos pero ninguno tuvo utilidad clínica; en 1665 Christian Huygens propuso la escala decimal en donde el cero estaba determinado por el punto de congelación del agua y el 100 por el punto de ebullición; en 1717 Fahrenheit inventó el termómetro de mercurio; Hermann Boerhrave de Holanda,

Van Sweten y Van Haen de Austria, utilizaron por primera vez la termometría en la práctica clínica a principios del siglo XVIII; De Haen además realizó un amplio estudio y señaló la relación entre la temperatura y pulso; Andreas Celsius de Suecia introdujo en 1742 la escala centigrada en la clínica; Karl A. Wunderlich, a principios del siglo XIX demostró que la fiebre es un síntoma y no una enfermedad; en 1852 Traube elaboró y dió a conocer la primera curva febril en la Literatura Médica, a partir de entonces se introdujo en la práctica la toma de la temperatura regularmente en todo el mundo.- Tomas Clifford Allbott en 1870 diseñó el termómetro que se utiliza actualmente. (2,10,15,16,20)

ANTECEDENTES

La fiebre de origen desconocido, también llamada fiebre de origen oscuro, síndrome febril prolongado, fiebre de larga evolución, fiebre de origen inexplicable fiebre de origen indeterminada, etc. Tiene antecedentes de inicio de -- 1930 cuando Alt y Baker realizaron un estudio de 101 pacientes, posteriormente se hicieron estudios hasta llegar a 1961, cuando se realiza estudio de laparotomía protocolizada llamada "Clasico" sin embargo ya en 1959 Geraci fué el primero en reportar un análisis específico del rol de la laparotomía diagnóstica en la Fiebre de origen oscuro. Se han realizado un sin número de revisiones y estudios sobre esta enfermedad y se ha visto lo difícil de la fiebre en la que no se ha podido llegar a un Diagnóstico. (3,4,5)

Para realizar, sin embargo, un estudio completo se utiliza el método clásico de Petersdorf y Beeson en el cual mencionan, fiebre continua de 38.5 grados (101 grados F) por más de tres semanas en la que no se ha llegado a un diagnóstico después de una semana de estudios en el Hospital, se han intentado hacer variantes en las cuales mencionan disminuir la temperatura y hacer modificaciones de 37.5 a 38.3, 38.4, y por último 38.5. (1,6,7,8)

Se ha demostrado que una temperatura de 37.5 ó más en más de una ocasión corroborada por un médico, de por lo

menos dos semanas de duración, con todos los estudios realizados, así como historia clínica completa es válido para entrar en Fiebre de origen desconocido. (2,11,14,16)

Se han identificado un sin número de causas de la fiebre sin embargo en este estudio los vamos a resumir en 5 que abarcan a la mayoría de los padecimientos diagnosticados en Fiebre de origen desconocido, que son:

Infecciones, Neoplasias, Autoinmunes, Misceláneas y por último sin Diagnóstico. 17,18,19,21.

El estudio de los pacientes de origen desconocido, frecuentemente es laborioso y de alto costo, por la hospitalización de duración prolongada y en las que se practican numerosos exámenes de laboratorio, radiografías, gamagrámas, biopsias y aún laparotomía, para lograr un diagnóstico; la investigación de la fiebre de origen desconocido no tiene un solo camino y esto dependerá del buen juicio del clínico para elaborar las pruebas de laboratorio específicos. 25,27,29,30

El primer paso a seguir a su ingreso es una historia clínica completa con una exploración física adecuada, junto con pruebas de laboratorio de investigación Rx de torax y abdomen, deben descartarse todas las enfermedades con los antecedentes para no llegar a un falso diagnóstico. 25,34,35

El segundo paso sería realizar estudios en base a cultivos y algunos más invasivos, como cultivo de Médula --

SEGD, TAC o USG. Estos sino se llegó a un dx de certeza en la primera etapa.

Por último si no se ha llegado a un diagnóstico preciso con los anteriores exámenes de laboratorio y se han llevado a cabo todo lo anterior, se propone al paciente a la realización de Biopsia y por último a la realización de laparotomía exploradora, la primera debe realizarse en la piel y ganglios periféricos aumentados se puede realizar por vía percutánea a riñón o hígado, los cuales han mostrado utilidad. 38 40 41

Se puede recurrir a Laparotomía exploradora, en la cual se realiza una incisión media con toma de biopsias de músculo, de la pared, con tomas de biopsias a todos los niveles y cultivos, en primera instancia al inicio se realiza irrigación con solución salina en la cavidad, tomando posteriormente cultivos en la cavidad sin toma de biopsias todavía, se toma cultivo de Vejiga, vesícula aspirado duodenal, con medios de Anaerobios, Hongos BAAR, Bacterias; posteriormente se toman Bipsias a Hígado primero; ganglios significativos; se realiza maniobra de catell si es necesario para toma de ganglios para aorticos, toma de músculo psoas y recto; Biopsias de Cresta iliaca y en ocasiones esplenectomía si a juicio del Cirujano muestra datos de Enfermedad; así mismo se envían transoperatorios para realizar transoperatorios y tener diagnóstico antes del término de la Cirugía y no esperar los definitivos. Se cierra y se esperan resultados. 14,15,16,18 57

Si durante la cirugía se encuentran datos que nos expliquen alguna enfermedad en ese momento se termina la Fiebre de origen desconocido y se hace el DX, así mismo con el reporte del Transoperatorio en ese momento se termina la FO - desconocida. 43,44,45,46,47

Los siguientes son los esquemas de estudio de llegar a la laparotomía exploradora.

ETAPA CLINICA Y LABORATORIO I:

HISTORIA CLINICA, COMPLETA.

BH COMPLETA

FROTIS DE SANGRE PERIFERICA

QUIMICA SANGUINEA

PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO

GOTA GRUESA

EGO

REACCIONES FEBRILES

PPD/COCCIDIODIODINA

GOTA AZUL (INMUNOHEMAGLUTINACION

CULTIVOS (SANGRE, ORINA HECES Y FARINGE)

RX DE TORAX Y ABDOMEN

BUSQUEDA DE INCLUSIONES VIRALES POR CITOLOGIA.

ETAPA II:

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO

CULTIVO DE MEDULA OSEA.

ANTICUERPOS ANTIVIRALES.

BAAR (A TODOS LOS NIVELES POSIBLES)

ANTICUERPOS PARA LEPTOSPIRAS Y TRIQUINA.

CAMPO OSCURO EN ORINA Y SUERO.

SEROAMEBA

ANTIESTREPTOLISINAS
PROTEINA CREATIVA
FACTOR REUMATOIDE
CELULAS LE
ANTICUERPOS ANTINUCLEARES
SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL
RX SENOS PARANASALES, CRANEO, HUESOS LARGOS.
GAMAGRAFIA HEPATICA
ULTRASONIDO
TOMOGRAFIA
ELECTROMIOGRAFIA
ELECTROCARDIOGRAMA
ELECTRO ENCEFALOGRAMA

ETAPA III

BIPOSIAS.

EXPLORACION QUIRURGICAS.

Este es el esquema propuesto a nivel general, la inclinación del mismo será de acuerdo al juicio del Médico tratante, en cuanto a las posibilidades del hospital, sin embargo cabe mencionar que antes de llegar a la etapa III debe agotarse al máximo los exámenes de laboratorio mencionados en las dos primeras etapas; así como de gabinete, y biopsias aún no tan invasivo.

En caso de agotarse debe realizarse la laparotomía contando con un transoperatorio de preferencia, si no lo hay lo más completa posible.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se llevó a cabo en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el Hospital de Especialidades en los Servicios de Gastrocirugía y Medicina Interna.

Se revisaron expedientes de pacientes que habían sido hospitalizados de Marzo de 1988 a Noviembre de 1994; fueron 74 pacientes de inicio sin embargo solamente 58 cumplieron con los criterios de inclusión.

Los 16 pacientes que se dieron de alta fue porque no llenaron los requisitos; no terminaron las etapas de estudio o estuvo equivocado el diagnóstico.

Los criterios para ingresar al estudio fueron simples:

Fiebre Continua o intermitente de 38.5 grados de tres semanas de evolución con una semana de hospitalización. Una vez ya hospitalizados los pacientes, se realizó el estudio de acuerdo a las Etapas I, II, III. (1,2,10,14,16,17,18)

También se tomó en cuenta el grado de temperatura con el cual se estableció el Diagnóstico y se ingreso al paciente. 39,47,50.

Por último se determinó cuantos pacientes de los 58 se les realizó laparotomía Diagnóstica como última opción; cual fue el resultado y la utilidad de la misma. Así como la morbilidad y mortalidad del procedimiento. 11,25,27,31,36.

RESULTADOS

De los 58 pacientes en total que conforma el estudio, 27 eran mujeres y 32 hombres con límites de edad de 64 años la mayor y 19 la menor con una edad promedio de 35.5 años. La duración de la fiebre fluctuó de 17 días a 615 días con promedio de 26.6 días. La fiebre reportada fue de 38.5 la menor y de 41 la mayor con promedio de 38.5 grados.

Se estableció un DX definitivo en un 86%, de los pacientes que equivale a 50 pacientes que se dividieron en los siguientes padecimientos:

Infecciones	28 pacientes	(48%)
Neoplasias	13 pacientes	(22%)
Autoinmunes	6 pacientes	(10%)
Miscelaneas	3 pacientes	(5%)
sin diagnostico	8 pacientes	(14%)

En forma individual el padecimiento que con mayor frecuencia se presentó fue el de tuberculosis en un 12%, seguido de linfoma no Hodgkin en un 10% de todas las causas de fiebre de origen a determinar.

De los pacientes a los cuales no se llegó a un diagnóstico que fueron 8, en 6 de ellos la fiebre remitido en forma espontánea con el tiempo, a 4 de ellos se les aplicó tratamiento antifímico profiláctico y dos más de ellos la fiebre remitió en forma espontánea.

Los otros dos pacientes tenían aparentemente todo para la realización de la laparotomía diagnóstica sin embargo ambos la rechazaron dándose de alta posteriormente sin realizar seguimiento de los dos.

De los pacientes en cuanto a etapas de estudio, encontramos que 17 se quedaron en la etapa de estudio I, (29%), -- doce en la etapa II (21%) y por último 29 en la etapa III (29%) -- lo cual nos habla que se puede llegar a un Diagnóstico en 50% de las veces antes de llegar a la etapa III.

Ya en la etapa III, 13 pacientes se les realizó biopsia hepática; renal o de piel, siendo el orden el siguiente:

ETAPA III TOTAL

Biopsia Hepática	6	(20%)	(10%)
Biopsia Renal	4	(13%)	(7%)
Biopsia de Piel	3	(10%)	(5%)

De los pacientes a los cuales se les realizó Biopsia -- que es un 43%, (antes de llegar a la laparotomía exploradora) -- solamente un paciente presentó una complicación; presentó sangrado posterior a la punción percutánea, la cual requirió de -- laparotomía explotadora, sin embargo no se realizó el protocolo por ser Cirugía de Urgencia, no se pudieron tomar muestras, se hizo el DX al final de Hepatitis.

De los pacientes restantes que fueron 16 se sometieron a laparotomía exploradora con los procedimientos ya mencionados,

(27% de todos los casos), en la misma se hizo el diagnóstico en 87.5% de los casos, que fueron 15 pacientes y en solamente dos pacientes no se llegó al diagnóstico, (12%) los cuales fueron dados de alta con tratamiento antifímico, posteriormente sin fiebre.

A todos los pacientes que ingresaron a laparotomía se realizó transoperatorio con diagnóstico de enfermedad oncológica probable linfoma a 7 (con predominancia de linfoma no Hodgkin, nueve pacientes más con DX de enfermedad granulomatosa, de los pacientes anteriores solamente 5 resultaron tener tuberculosis, dos se quedaron sin DX definitivo ; uno con dx de absceso apendicular y el otro con leishmaniasis.

Los diagnósticos fueron los siguientes:

Enfermedades Neoplásicas	7 (43.5%)
Linfoma No Hodgkin	4 (25%)
Enfermedad de Hodgkin	3 (18.75%)
Enfermedades Infecciosas	7 (43.5%)
TB Intestinal o ganglionar	5 (31.25%)
Absceso apendicular	1 (6.25%)
Leishmaniasis	1 (6.25%)
Sin DX.	2 (12.5%)

En cuanto a la morbilidad y mortalidad hubo 4 pacientes que ingresaron por complicaciones (25%), de los cuales 3 sobrevivieron (18.75%), las complicaciones fueron; Neumonía un caso, en dos casos los pacientes ingresaron a la UCI por desnutrición, el caso de Neumonía era paciente con DX de absceso apendicular,

en los otros dos casos los pacientes presentaron TB intestinal.

El paciente que falleció, entró a Quirófano en malas condiciones por su padecimiento de fondo, se realizó esplenectomía y terminó con diagnóstico de linfoma no Hodgkin, falleciendo 15 días después por Coagulación intravascular diseminada. en la UCI.

Los pacientes que se quedaron sin diagnóstico, se les dio de alta, posteriormente durante su seguimiento no presentaron fiebre; sin embargo se les había dado tratamiento antifímico.

A 5 pacientes de los que se les realizó laparotomía -- diagnóstica se les realizó esplenectomía (31%), los cuales se obtuvo el DX de linfoma no Hodgkin en 3 (18.75%) y en dos enfermedades de Hidgking (12.5%).

La fiebre de origen a determinar constituye una entidad que tiene que enfocarse en términos relativos: por un lado, la forma en que se expresa la enfermedad, pero por otros la calidad y la profundidad del estudio diagnóstico que se realice: esta última característica es la que convierte en reto para el clínico. 25,31,43.

La tentación de abordar el estudio secuencial del paciente con fiebre mediante algoritmo rígido tiene que ceder ante la realización de las sutilezas de la clínica de todos los días. Puesto que el análisis de casos de Fiebre de origen a determinar tiene que ser mediante estudios retrospectivos en los que se suele partir del caso resuelto diagnósticamente: no es raro identificar elementos semiológicos que, en su momento, podrían haber orientado mejor el abordaje diagnóstico. En otras palabras, un cierto número de casos de fiebre de origen a determinar, lo son por haber pasado pro alto algún indicio sutil, que solo adquiere valor en el análisis retrospectivo. Este es otro de los elementos que conforman el adjetivo. Este es otro de los elementos que conforman el adjetivo "relativo" para afirmar la existencia de fiebre de origen a determinar. 29,34,37.

Tradicionalmente se ha dicho que, más que originada por enfermedades raras, la Fiebre de origen a determinar es una manifestación rara de enfermedades comunes. 2,17,20.

En base a la comparación de estudios se puede ver que la proporción de enfermedades infecciosas y enfermedades neopla

plasticas tiende a invertirse en los últimos años. 6,13,16,17,18.

CONCLUSIONES

En base a los estudios realizados anteriormente en este hospital encontramos que de no hay alteración en cuanto a sexo, en cuanto a edad continua siendo más frecuente en la tercera y cuarta década, el tiempo de hospitalización fue el adecuado, para realizar todas las pruebas de laboratorio así mismo para completar estudios y si hacemos comparaciones en cuanto al tiempo de fiebre se realizó el DX antes de dos meses cuando se realizó y en cuanto a los pacientes que no se logró hacer el DX aun agotando todos los medios posibles podemos concluir que al final se logró remitir en forma espontánea.

En cuanto al DX definitivo realizado fue de 86%, el cual es alto y mejora en cuanto pasa el tiempo debido a los recursos con los cuales contamos actualmente, los pacientes en los que no se logró el diagnóstico al final se les dió tratamiento antifímico y mejorarn, y hasta dos años después de ser vistos ya no se les demostró fiebre y se dieron de alta.

Es importante mencionar a los pacientes a los cuales se les llevó a cab todas las etapas de estudio, solamente en uno cabe mencionar se le realizó cultivo de líquido cefalorraquídeo, en los 57 restantes no se realizó, así mismo no otro estudio que no se realizó fue el de Electroencefalograma y electromiografía, en cuanto al resto todos se llevaron a cabo. De la etapa III cabe mencionar que los trece pacientes a los cuales se les realizó biopsia ya sea renal o hepática se hizo diagnóstico, y

no se tuvo que realizar laparotomía exploradora.

De los diagnósticos más importantes continúan siendo en primer lugar los infecciosos posteriormente los neoplásicos, - esto no varía en cuanto algunos estudios realizados anteriormente. Y es de importancia mencionar que tuvo el mismo número de pacientes de infecciones y de linfomas durante la laparotomía diagnóstica; y que el número de diagnóstico realizado por la laparotomía exploradora aumento a 87%.

En cuanto a los pacientes que presentaron complicaciones uno presenta neumonía mujer de 41 años obesa, la cual no presentó más complicaciones; los otros dos pacientes que estuvieron en la UCI por presentar múltiples adherencias durante su cirugía y desnutrición los pacientes terminaron con DX de TB peritoneal, el diagnóstico se hizo durante el transoperatorio.

Podemos concluir que la laparotomía continua siendo un método efectivo para la resolución de la fiebre de origen a determinar ya que en la mayoría de los casos nos da el diagnóstico cuando se agotó al máximo los recursos no invasivos, cabe mencionar que va en aumento las enfermedades onco hemáticas y las infecciosas en descenso, así mismo el uso de la laparotomía exploradora ha disminuido en los últimos años como uso diagnóstico; ya que se hace el diagnóstico en 86% de las ocasiones y solamente se requiere la laparotomía en 14% y de ese 14% se hace el diagnóstico en un 87%, lo cual nos habla de un incremento diagnóstico importante.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 19 -

Se debe realizar la laparotomía en caso de que todo halla fallado o halla sid negativo o normal, con la seguridad de un alto índice de efectividad, baja mortalidad y morbilidad.

A P E N D I C E

LISTA DE PACIENTES CON FIEBRE DE ORIGEN A DETERMINAR

1.-	M	22	Linfoma no Hodgkin
2.- Laparotomia	M	35	Enfermedad de Hodgkin
3.- Laparotomia	F	41	Linfoma no Hodgkin
4.- Laparotomia	M	37	Linfoma no Hodgkin
5.-	F	36	Linfoma no Hodgkin
6.-	M	29	Histiocitocis Maligna
7.-	M	52	Enfermedad de Hodgkin
8.- Laparotomia	M	58	Enfermedad de Hodgkin
9.- Laparotomia	M	27	TB Intestinal
10.-	F	52	Tuberculosis Pulmonar
11.-	F	28	Tuberculosis Ganglionar
12.-	F	23	Toxoplasmosis
13.- Laparotomia	M	27	Lishmaniasis
14.-	M	25	Leptospirosis
15.-	M	41	Fasciolosis
16.-	F	41	Lepra lepromatosa
17.-	M	27	Fiebre Tifoidea
18.-	F	38	HIV
19.-	F	29	Lupus Eritematoso Sistemico
20.-	F	47	Poliarteritis Nodosa
21.-	M	59	Colecistitis
22.- Laparotomia	F	41	Absceso Apendicular Cronico
23.-	M	47	Hepatitis
24.- Laparotomia	F	28	TB Intestinal
25.-	F	32	Sx Hipereosinofilico

26.-	M	19	Esferocitosis
27.-	Laparotomía F	64	F O D
28.-	Laparotomía M	24	F O D
29.-	M	43	F O D
30.-	M	49	F O D
31.-	F	56	Eritema Nodoso
32.-	F	31	Lupus Eirtemasoso Sistémico
33.-	F	19	Hepatitis
34.-	F	34	Colecistitis
35.-	F	38	HIV
36.-	Laparotomía F	28	TB Peritoneal.
37.-	Laparotomía F	17	TB Intestinal.
38.-	F	63	Eritema Nodoso
39.-	M	30	Mononucleosis Infecciosa
49.-	M	40	Infección Vías Aereas Superiores
41.-	M	39	FOD (Remitido)
42.-	M	39	FOD (Remitido)
43.-	M	49	SX FEBRIL EN ESTUDIO.
44.-	F	36	Infección de Vías Urinarias.
45.-	F	35	Arancoidocele, Hiperpro- lactinemia.
46.-	M	33	Neuroinfección
47.-	M	47	CA Pulmonar
48.-	Laparotomía M	48	Enfermedad de Hodking
49.-	F	28	Eritema Nodoso
50.-	M	25	TB Ganglionar

51.-	F	48	SX Febril en Estudio
52.-	Laparotomia M	20	Linfoma no Hodgkin
53.-	M	43	Glomerulonefritis
54.-	M	22	Coriorretinitis por CMV
55.-	M	39	Hepatitis
56.-	M	39	Fiebre Facticida.
57.-	F	34	Fiebre Facticia.
57.-	M	19	Sinusitits.
58.-	M	22	Linfoma No Hodgkin.

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

- 1.-Petersdorf RG,Beeson: Fever of Unexplained:Report of 100 cases.Medicine 1961
- 2.-Lifshitz A :Criterios para establecer Diagnostico en fiebre de origen obscuro.Rev. Med. INNS 1982;20 : 341-343
- 3.-Sheon RP, Van Cmaen RA: Fever of obscure origin.Am J Med 1963;34;486.
- 4.-Moran S, Garcaño M, Halabe J, Lifshitz A.: Mas alba de la fiebre de origen obscuro.Un estudio de casos atendidos a tercer Nivel.Gac Med.Mex 92;128:387
- 5.-Simon HB : Hypertermia. N J Eng. Med. 1993;329:483-487
- 6.-Lifshitz A : Nuevas ideas sobre la Fiebre.Gac Med. Mex 1988;124;419-434
- 7.-Bernheim H.A, Block LH Atkins E. : Fever,Pathogenesis,Patophysiology and purpose.An n Intern Med 1979;91:261-70
- 8.-Dinarello ChA, Canon JG : New Concepts on the Pathogenesis of E Fever.Rev. Infect Dis 1988: 10: 168.
- 9.-Snider D E, Roper WL : The New Tuberculosis.N. Engl J Med: 1992;326:703-5
- 10.-Kazanjian PH : Fever of Unknown origin : Review of 86 patient treated in community hospitals.Clin Infect Dis 1992;15;968-73
- 11.-Kassan A, Farid Z. : Fever of undetermined origin in Cairo.N. Engl Med 1974;290:807.
- 12.-Gleckman R,Crowley M, Esposito. A. Fever of unknow origin:a view from the community hospital Am J Med Sci 1977 274;21-5
- 13.-Knockaert DC Vanneste L J : Fever of unknown origin in the 1980's.Arch Intern Med 1992;152 :52 -55
- 14.-Arriaga L, Parra A, Bull A.:Fiebre en Estudio.Revision de 65casos.Rev. Inv. Clin 1972;24-7.
- 15.-Esposito AL,Gleckman RA : Fever of unknow origin in the elderly.J Am Ger Soc 1978;26:498.
- 16.-Lascuain RE,Perez-Padilla JE: Fiebre de Origen desconocido.Informe de 55 casos atendidos : INNSZ de 1971 a 1977.Rev. Inv Clin 1980;32:243-54.
- 17.-Larson EB,Featherstone HJ: Fever of undetermined origin :diagnosis and Follow up of 105 cases.Medicine 1982;61:269.
- 18.-Lifshitz A. :Fiebre de Origen Oscuro en el Adulto.Atencion Medica 1983,Jul
- 19.-Barbado FJ VazquezJJ :Pyrexia of unknown origin: Changing spectrum of diseases in Two consecutive series.Postgrad Med J 1992;68884-7

- 20.- Gamboa MJ, Valencia MP, Ferial: Fiebre de origen oscuro. Presentacion de 180 casos Pediatricos. Gac. Med Mex. 1992;128:379-86.
- 21.- Nolan SM Fitzgerald FT : Fever of Unknown Origin. Postgrad Med 1987;81:190-205
- 22.- Vokery DM: Fever of unknown origin. An algorithmic approach. JAMA 1977;238:21
- 23.- Lifshitz A. : Estudio secuencial de 1 paciente febril. Prensa Med. Mex. 1978; 63:76.
- 24.- Bruch JL Weinstein L. Fiebre de origen desconocido. Clin Med North Am. 1988 5:1327-41.
- 25.- Lifshitz A, Makhus VM Flores : Laparotomia Protocolizada en el paciente con DX de fiebre de origen oscuro. Prensa Medica Mex 1978;63:11.
- 26.- Benito Ruiz J, Carbonell Tatay P; Beneficio de las leucemias en el tratamiento de las leucemias cronicas, Rev. Cl. Esp. 1990, Feb 186(3) 108-11
- 27.- Weintrub P : Your Diagnosis, please. Fever of unknown origin in a Five year old boy. Pediatric Infec Dis J Na. Jan. 1991 (10) (1) 80-1.
- 28.- Sackier JM; Berci G : Elective diagnostic Laparoscopy. Am J. of Surg. 1991 161 (3) 326-31-.
- 29.- Paez-Rodriguez; Utilidad del Estudio histologico y microbiologico de la biopsia hepatica en el Diagnostico de la Fiebre de origen desconocido. Rev Gastr Mex 1990;55;(1) 6.
- 30.- Mc Connell EA. : Determining the Cause of postoperative Fever; Nursing 1990 20 (8) 82-3.
- 31.- Takeshi Takahashi: Diagnostic Laparotomy in Fever of Unknown origin; 1991 vol. 43 (1) 25-30
- 32.- Daniel C. Knockaer; Fever of Unknown origin in Elderly Patients; 1993; 41; 1187
- 33.- Singhi: Fever Without focus; Indian Pediatric 1992; 29(4) 529-32
- 33.- Gartner JG; Fever of unknown origin; Adv Pediatr of Infec Dis 1992 7; 1-24
- 34.- Sotelo Cruz M.; Hepatoesplenomegalia de origen desconocido; estudio de 63 casos; Gac Med Mex Jul Agos 1991 :127(4) 321-6.
- 35.- Baraff LJ. Fever Without source; management of Children 3 to 36 months to age 1192; 11 (2) 1605.
- 36.- Daniel C Knockart; Fever of Unknown Origin in the 1980's; Arch Intern Med; 1992 152(1). 51-55
- 37.- Steele RW; Jones SM; Lowe BA; Usefulness of scanning procedures for diagnosis -

- of Fever of unknown origin in Children; *J. Pediatrics* Oct. 91;119 (4)526-30
39. Nabile MJ; Acute Fevers of unknown origin. A plea for restraint; *Arch Intern Med* 22;1993;153; (22)2525-6
40. Knockaert DG; Vanneste LJ; Fever of unknown origin in elderly patients; *J Am Geriatr. Soc* 1993;41 (11) 1187-92
41. Williams RM; Marshall; Case of The Month; Computed tomography in the diagnosis of nycturia of unknown origin; *Br. J. Radiol.*; 1993 66(789)847-92.
42. Hotiz T; Mosley RH; Liver biopsy in fever of unknown origin; *J Clin Gastro.* 1993;17; (1)29-32.
43. Knockaert DG; Recurrent or episodic fever of unknown; Review of 45 cases - and survey of the literature; *Medicine*; 1993;72(3)184-96.
44. Giraldo MP; Ojeda I; Fiebre de origen desconocido como manifestacion clinica de mieloma multiple. 1992 37 (5) 415-6 SANGRE.
45. Bakerud JR; Laerum R; Fever in general practice; *Fam. Prac*; 1992;9(3)263-9
46. Ponce De Leon; Rosales S; Molina Gamboa; The Changing spectrum of fever of unknown origin in Mexico. *Clin Infect Dis.* 1994 19(2)353.
47. Vilades C; Ferrer R; Hepatitis Granulomatosa y Fiebre de Origen desconocido; *Am Med Inter* 1994 11(15)334-7
48. Molina - Gamboa; El espectro cambiante de la Fiebre de origen occultotendencias y comparacion con series previas del Instituto Nacional de la Nutricion Salvador Zubiran; *Rev. Clin. Invest.*; 1994;46(3) 177-85.
49. Martin K.; Davies E G; Fever of unknown origin in Childhood; difficulties in Diagnosis; *Ann Rheum Dis*; 1994;53(7)429-33
50. Jones CA; Bakke pakk; and Fever; *Pediatric Infect Dis J.* 1994;13(6)549-53.
51. Chanda G ; Casak S.; Children with Fever of unknown origin in Argentina; *ana M* as de 113 casos; *Pediatr Infect Dis*: 1994;13(4)260; 3
52. Mikuni Y; Okada J; Current Fever of unknown origin 1982-1992 (See coment) *In term ed* 1994(33)(2);65-66.
53. Lambertioci JR.; Fiebre de origen indeterminada: preceitos, vistas clinicas e exames complementares; *Rev. Soc Bras. Med Trop.*; 1994;27 (1) 31-7.
54. Practice guidelines for management on infant and Children with fever withou *P. diatrics*; 1994;93(2)347-351.
55. Kohli V; Singh; Value of Serum C reactive protein concentrations in febrile Children without apparent focus. *Ann trop. Paediatr*; 1993;13(4)373-8.
56. Princess Alexandra Hospital; The Febrile patient; *Aust Fam Physician*; 1993;22 (10)1753-5.
57. Oemus F; Henzel D. Unexplained fever and Chronic fatigue: abnormal cicadian temperature pattern; *Eur J Med*; 1992; 1(1)30-6
58. Rothman DB; Schwartz; Diagnostic laparotomy for fever or abdominal pain of unknown origin. *Am. J Surgery*; 1977;133 ;273-5.