

T.C.
C.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO"
(Estudio de 22 casos en el Departamento de Medicina Interna
del Hospital General "San Juan de Dios")

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos

Por

GUSTAVO ADOLFO ARCHILA MELENDEZ

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1976.

PLAN DE TESIS

" FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO "

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. CONSIDERACIONES GENERALES
 1. Fiebre
 2. Tipos de Fiebre
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO
 1. Criterios
 2. Enfermedades que se incluyen en diagnóstico diferencial
 3. Métodos de Diagnóstico
- VI. ESTUDIO DE CAMPO
 1. Revisión de expedientes clínicos en el Hospital General San Juan de D
 2. Resultados
 3. Discusión
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. RECOMENDACIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Uno de los problemas más difíciles en medicina y causa frecuente de frustración, es la FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO.

En la era pre-antibiótica, infecciones crónicas como Tuberculosis, Sífilis, Brucelosis, Fiebre Tifoidea y Fiebre Reumática, fueron las responsables de la mayoría de los casos de Fiebre de Origen Desconocido. Sin embargo en la era antibiótica, neoplasias, enfermedades colágeno-vasculares y varias condiciones inflamatorias, han pasado a ser causas frecuentes de esta entidad, pero las infecciones ocupan aún un lugar prevalente.

Esta corta serie sólo trata de ofrecer un mejor conocimiento de estos casos, con el fin de fomentar su seguimiento lógico y lograr así una terapéutica adecuada, tratando de evitar el uso indiscriminado de antibióticos, antipiréticos y tratamientos de prueba que únicamente obscurecen el problema y ponen en peligro la vida del paciente.

O B J E T I V O S

Revisar las causas más comunes de Fiebre de Origen Desconocido en el Departamento de Medicina del Hospital San Juan de Dios.

Elaborar un esquema diagnóstico.

Revisión de la literatura, comparándola con nuestros hallazgos.

CONSIDERACIONES GENERALES

FIEBRE:

Es una compleja reacción del organismo, caracterizada por una elevación de la temperatura corporal; motivada por causas múltiples como lo son sustancias --provenientes de lesión tisular que afecten directamente los centros termorregulados situados en el hipotálamo, que pueden agruparse como sigue:

1. Todas las enfermedades infecciosas en general, causadas ya sea por bacterias, virus o rickettsias y parásitos más complejos.
2. La mayor parte de neplasias, principalmente de hígado, riñón y linfomas.
3. Trastornos hemolíticos agudos y leucemias.
4. Accidentes tromboembólicos de cualquier magnitud, tal como infarto del corazón, pulmón y cerebro.
5. Traumatismo mecánicos como los producidos por aplastamiento, con frecuencia producen fiebre por uno o dos días y no es raro la infección.
6. Colágenopatías, fiebre por fármacos y la enfermedad del suero.
7. Trastornos metabólicos, tales como gota porfiria y crisis tiroidea.
8. Fiebre Infecciosa: La más frecuente reacción febril. En toda curva se distingue período de ascenso, de estado o acme, y descenso. Puede decirse --que, cualquier elevación de la temperatura corporal (con sus excepciones) ,

es sugestiva de enfermedad y que ésta puede ser debida en la mayoría de los caos muy posiblemente a lesión tisular y que se le responsabiliza de la formación de pirogenos endógenos que van a alterar en forma directa o indirecta los mecanismo termoreguladores del hipotálamo.

B. TIPOS DE FIEBRE:

1. Hética: Es aquella fiebre continúa, en la cual las oscilaciones diarias máxima y mínima, no llegan a un grado y es de larga duración.
2. Remitente: Aquella en que las oscilaciones diarias son superiores a 1°C , sin llegar a lo normal.
3. Intermittente: Cuando hay apirexia entre los accesos febriles, la temperatura sube bruscamente después de un escalofrío y desciende rápidamente a lo normal, acompañada de gran sudoración.
4. Recurrente: Caracterizada por períodos de fiebre continúa en mesetas, que duran varios días. Ejemplo: La fiebre de Murshinson-Pel Ebsstein.
5. Endromedario, Jorobas de camello o silla de montar: Se encuentra en la poliomiелitis anterior aguda. Esta fiebre en forma invertida se observa leptospirosis.
6. Hipertemia Habitual: Es frecuente en mujeres, sin causa infecciosa. Algunas veces debida a etiocolanolona, esta causa es discutible.
7. Hipertemia Fisiológica: Encontrada en ejercicios violentos y durante una comida copiosa.
8. Hipertemia Psicógena: Son alzas febriles encontradas en relación a traumas psíquicos.
9. Hipertemia Neurógena: Encontrada en las lesiones del centro termoregulador hipotalámico o en sus vías, ya sea por procesos inflamatorios o degenerativos (Encefalitis, Esclerosis Múltiple, Parálisis General, o Epilepsia), o a consecuencia de traumatis-

mos o accidentes cerebro-vasculares agudos (13).

10. **Hipertemia Alérgica:** En la que puede haber participación cutánea (urticaria, púrpura); articular o incluso renal (Albuminaria, Nefritis Aguda); pueden producirla medicamentos.
11. **Hipertemia por Substancias Químicas:** Dinitrofenol, Nitrocresol, adreno--cromo, L. S. D., Tiroxina, Progesterona, Zinc, Anestésicos, etc.
12. **Fiebre Periódica:** Llamada enfermedad periódica (8); descrita en sujetos jóvenes judíos, sefarditas o del Mediterráneo, con carácter familiar, caracterizada por poliartritis, peritonitis benigna (poliserositis), de pocas horas de duración a varios días, que reaparece a los 7, 14, 21 días, ES DECIR, cualquier múltiplo de 7, puede haber muerte por colapso, nefrosis o amiloidosis. La fiebre palúdica, también es considerada: periódica.
13. **Golpe de Carol:** Es la elevación térmica que se acompaña de falta de sudoración por fracaso de los mecanismos termorreguladores a causa de altas y prolongadas temperaturas ambientales, responsable de Coma, a veces mortal.

MATERIAL Y METODOS

Para el presente estudio fueron tomados los expedientes clínicos de pacientes con Fiebre de Origen Desconocido, obtenidos del Departamento de Medicina Interna y del archivo del Hospital General San Juan de Dios que reúnen los criterios establecidos para esta Entidad.

Se hizo un estudio retrospectivo en algunos de los casos y otros fueron seguidos personalmente durante su estancia hospitalaria.

Se presentan los resultados obtenidos, haciendo un análisis de los mismos, seguido de una breve discusión, haciendo énfasis en el manejo de los casos, su seguimiento y evolución. Finalmente se elaboran conclusiones y recomendaciones.

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

CRITERIOS:

1. Enfermedad febril de más de tres semanas de duración.
2. Con fiebre de 38.3°C ., o más, en varias ocasiones; y
3. Diagnóstico no establecido después de una semana de estudios hospitalario.

El diagnóstico de Fiebre de Origen Desconocido permanece como un reto al conocimiento y habilidad clínica del médico. Es un síndrome relativamente frecuente y la mayoría de veces sus causas son formas atípicas de enfermedades comunes (1, 3, 8).

Resulta difícil comparar los estudios hechos sobre el tema en el mundo, pues son influenciados por variaciones patológicas, geográficas, económicas y sociales.

El siguiente cuadro (ver tabla 1) se presenta un resumen de varios reportes enfatizando la evolución de los criterios hasta su estandarización en 1961 por Petersdorf y Beeson (1), quienes instituyeron los siguientes criterios: "enfermedad febril de más de tres semanas de duración, con fiebre de 38.3°C ., o más en varias ocasiones y con diagnóstico no establecido -

después de una semana de estudio hospitalario". De esta forma se eliminan casos de fiebre provocada por enfermedades de curso limitado, por ejemplo lo virales; también excluye hipertemia habitual y las enfermedades cuyo diagnóstico es obvio. Se excluyen también las fiebres post-operatorias. Algunos casos se encuentran asociados a enfermedades comunes, tales como infecciones del tracto urinario o tromboflebitis, que al resolverse los pacientes continúan con fiebre.

(Ver Tabla No. 1)

Alt, Barker	1913-1930	10	6	3	3	1	78	101	Fiebre 99° F., sin edad después de estudio completo con hospitalización.
Kintner, Rountree	1919-1930	2	.....	...	1	...	97	100	Fiebre 100,5° F. excluidos pacientes con escalofríos.
Hammon, Wainwright	en 1936	38	...	5	10	1	36	90	Sin edad. Agrupados en base a fiebre alta o baja.
Keefer	1930-1939	43	8	9	10	10	...	80	Excluidos los casos diagnosticados al estudio inicial
Wolf, Jacobos	1940-1944	2	...	1	...	1	32	36	Fiebre 99° F. edad 13 a. duración 10 d. después de estudio hospitalario
Oppel, Berntsen, Reid	1951-1952	62	2	...	1	23	22	110	No conocidos
	1953-1955	39	2	6	3	22+	41	113	Edad 14 a. Fiebre 95,5° F sin estudio
Bottiger	1940-1949	16	4	2	9	4	123	158	Duración 10d. y mayor de 10 días
Geraci, et. al.	en 1959	15	1	10	11	5	28	70	Incluye pacientes sujetos únicamente a laparotomía
Petersdorf, Beeson	1952-1957	36	15	9	11	22	7	100	Fiebre 101° F. Duración 3 sem. después de 1 sem estudio.
TOTAL	.....	263	38	45	59	89	464	958	.....

* Incluye fiebre Reumática
+ " Neoplasmas adicionales

Tomada de Sheon R. Van Ommen
Am. J. Med. Apr. 1963 Pp. 487

ENTIDADES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LOS PACIENTES CON "FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO" POR EJEMPLO VIRALES.

"LOS TRES GRANDES GRUPOS"

I INFECCIONES

- A. Granulomatosas:
 1. Tuberculosis (en todas sus formas)
 2. Brucelosis
 3. Hongos
 4. Lepra
 5. Tularemia

- B. Cardiovasculares:
 1. Endocarditis infecciosa
 2. Pileflebitis supurativa
 3. Arteritis crónica
 4. Infarto

- C. Pulmonares
 1. Abscesos pulmonares
 2. Empiema
 3. Bronqueasias
 4. Embolias e infartos

- D. Abdominales:
 1. Abscesos subfrénicos
 2. Colangitis
 3. Abscesos perinefríticos
 4. Carunco renal
 5. Pielonefritis
 6. Abscesos ~~plutococcosis~~ ~~abdominales~~
 7. Abscesos prostáticos y Prostatitis.

- E. Del Sistema Nervioso Central
 1. Absceso cerebral
 2. Absceso Epidural
 3. Meningitis

- F. Otras infecciones:
 1. Tifoidea
 2. Paratifoidea
 3. Malaria
 4. Kala-Azar
 5. Toxoplasmosis

6. Virus y Rickettsias:
- a. Mononucleosis infecciosa
 - b. Hepatitis viral
 - c. Fiebre Q
 - d. Psitacosis

7. Por Espiroquetas
- a. Sífilis
 - b. Leptospirosis
 - c. Fiebre Recurrente

II NEOPLASIAS:

1. Renales
2. Tracto gastrointestinal, cuando da metástasis a órganos sólidos
3. Páncreas
4. Hepatocarcinoma: Primario o Metastásico
5. Colangiocarcinoma
6. Mixoma Auricular
7. Carcinomatosis
8. Leucemias
9. Desórdenes hemolíticos
10. Linfomas y Enfermedad de Hodgkin

1. Fiebre Reumática
2. Artritis Reumatoidea
3. Lupus Eritematoso Sistémico
4. Periarteritis nodosa
5. Polimiositis
6. Arteritis de Cúculas Gigantes
7. Arteritis Temporal

III COLAGENO VASCULARES:

1. Fiebre Reumática
2. Artritis Reumatoidea
3. Lupus Eritematoso Sistémico
4. Periarteritis nodosa
5. Polimiositis
6. Arteritis de Cúculas Gigantes
7. Arteritis Temporal

IV. AGENTES TOXICOS Y ALERGENICOS

1. Penicilinas
 2. Sulfonamidas
 3. Yodados
- A. Drogas alérgicas
- B. Proteínas extrañas:
1. Suero de caballo
- C. Productos de Destrucción celular
1. Sangre acumulada
 2. Gangrena

V. MISCELANEAS:

1. Enfermedades granulomatosas de etiología desconocida:
 - a. Hepatitis granulomatosa
 - b. Sarcoidosis
 - c. Granulomatosis diseminada idiopática.
2. Enfermedad de Crohn (Ileítis o Enterocolitis regional)
3. Colitis Ulcerosa
4. Cirrosis hepática con necrosis celular activa
5. Enfermedad de Whipple
6. Tiroiditis subaguda
7. Mielofibrosis
8. Metabólica:
 - a. Porfiria
 - b. Gota
9. Fiebre medicamentosa
10. Fiebre Periódica
11. Fiebre Ficticia
- 12 Fiebre Familiar del Mediterraneo

VI. SIN CAUSA DEMOSTRABLE.

Métodos de Diagnóstico:

La Fiebre de origen Desconocido es un síndrome que abarca un campo muy variado y extenso de la Medicina, por lo tanto mucho interés se ha puesto en los procedimientos que ayuden a aclarar el diagnóstico. El paciente generalmente se hospitalizará para estudio y observación. Debe evaluarse diariamente con especial atención a su fiebre y nuevos hallazgos, tales como: Adenopatías, soplo cardíaco o masas abdominales. La temperatura debe ser medida por lo menos cuatro veces al día o cada cuatro horas día y noche. Si hay sospecha de fiebre ficticia, ésta se controlará por vía rectal y oral, con estricta vigilancia. Además se omitirá toda medicación, particularmente antipiréticos, dejándose medios físicos si es necesario, para bienestar del paciente.

Una historia clínica completa es de valor inapreciable para orientar el diagnóstico, la que debe siempre completarse con factores epidemiológicos, por ejemplo: Si proviene de una zona endémica; factores ocupacionales, por ejemplo: Que trabaje en un rastro, nos obliga a pensar en brucelosis y traumas o cirugía anterior, principalmente si fue abdominal, encaminaremos nuestro esfuerzo a buscar un absceso subfrénico.

El examen físico completo debe hacerse al ingreso y diariamente ya que pueden pasar desapercibidas las causas que motivan la Fiebre de Origen Desconocido.

Debido a la gran cantidad de procedimientos de diagnóstico con que se cuenta en la actualidad, es necesario hacer un resumen de ellos, sin ignorar que en él se encuentran procedimientos que no se realizan en nuestro Hospital y que muchas veces es imposible realizarlos en otros Centros; también se incluyen procedimientos que no se trabajan en Guatemala, tales como el Centellograma General con Galio 67 (5, 19, 20) que es útil en el diagnóstico de masas ocultas (neoplasias o infecciosas), y que en conjunto con otros procedimientos, tales como : Laparoscopías, Broncoscopías, arteriografía, - biopsias, etc. , han disminuido la ayuda de diagnóstico de la Laparotomía - exploradora de un 65% a aproximadamente 43% (9).

En Guatemala, La Laparotomía es de gran ayuda diagnóstica. A continuación se presenta el resumen de los procedimientos de diagnóstico que deben incluirse en el estudio de la Fiebre de Origen Desconocido:

A. Exámen de Ingreso:
(Laboratorio)

1. Hemoglobina
2. Recuento de glóbulos blancos y fórmula
3. Eritrosedimentación
4. Orina completa
5. No menos de seis hemocultivos
6. VDRL
7. Tuberculina
8. Rayos X de Torax

B. Exámenes Especiales

1. Pruebas hepáticas

- a. Transaminasas
- b. Fosfatasa Alcalina
- c. Tiempo de Protrombina
- d. Bilirrubinas
- e. Proteínas y Relación A/G
- f. Bromosulfonaleína

2. Frotis de:

- a. Gram
- b. Ziehl Nielsen
- c. Periférico
- d. Gota Gruesa

3. Lavado gástrico para

- a. Babilio de Koch
- b. Papanicolau

4. Cultivos para Aerobios y Anaerobios:

- a. Hemocultivo
- b. Mielocultivo
- c. Coprocultivo
- d. Urocultivo
- e. Orocultivo
- f. Cutáneos
- g. Punciones

5. Inmunológicos

- a. Factor Reumatoideo
- b. Proteína C. Reactiva
- c. Células LE
- d. Anticuerpos antinucleares
- e. Electroforesis de Proteínas
- f. Inmunoelectroforesis de Proteínas
- g. Contraimmunoelectroforesis
- h. Complemento
- i. Inmunofluorecencia
- j. Antiestreptolisinas

6. Serológicas:

- a. Huddleson
- b. Weil Felix
- c. Histoplasmina
- d. FTA-ABS

7. Rayos X.

- a. Craneo
- b. Pielograma
- c. Colecistograma
- d. Colangiograma
- e. Serie Gastroduodenal
- f. Enema de Bario
- g. Serie Cardíaca
- h. Venocavografía
- i. Arteriografía
- j. Linfangiografía

- a. Pulmonar
- b. Gástrica
- 8. Endoscopías
 - c. Recto-sigmoides
 - d. Uretral
 - e. Abdominal
- a. Hepático
- 9. Centellograma
 - b. Pulmonar
 - c. Corporal Total con Galio 67
- a. Hepática
- 10. Biopsias:
 - b. Pleural
 - c. Ganglio
 - d. Médula osea
 - e. Pulmonar
 - f. De Colon
 - g. Peritoneal
- a. Torácicas
- 11. Punciones:
 - b. Abdominales
 - c. Pericardio
 - d. Articular
 - e. Lumbar
- 12. Laparatomía Exploradora.

TRABAJO DE CAMPO

RESULTADOS:

Fueron analizados 22 casos de Fiebre de Origen Desconocido; comprendidos entre las edades de 17 a 64 años, encontrando que la edad promedio es de 34 años.

En lo referente al sexo no se encontró predominio franco, hallándose 12 pacientes del sexo femenino.

Las causas más frecuentemente encontradas fueron infecciones, neoplasias, colágeno vasculares, misceláneas y diagnóstico no conocido (ver cuadro No. 1).

Las enfermedades de origen infeccioso fueron encontradas como la causa más frecuente que produce Fiebre de origen obscuro; ocupando un total de 11 casos de los cuales 6 correspondían a Tuberculosis en cualquiera de sus formas, las otras causas de este origen fueron: Miositis Tropical, absceso Retroauricular, absceso sub-hepático, Fiebre Tifoidea, y Candidiasis diseminada.

Las neoplasias totalizaron 3 casos cuyos resultados encontrados fueron: Carcinoma de vías biliares con metástasis generalizadas, Metástasis de adenocarcinoma pleomórfico probablemente de páncreas o vesícula y carcinoma de células escamosas.

En el grupo de las enfermedades colágenovasculares se encontró un caso de Fiebre Reumática.

Así mismo se encontró un caso de cirrosis de Laënc que se encuentra situado entre las causas misceláneas.

6 de nuestros pacientes tuvieron un diagnóstico no conocido.

De las enfermedades asociadas que con más frecuencia fueron encontradas pueden enumerarse la desnutrición crónica del adulto, anemia en cualquiera de sus formas, y parasitismo intestinal; otras causas como gastroenterocolitis, asma bronquial también se encontraron. (Cuadro No. 3).

De los estudios de laboratorio que merecen mencionarse y que fueron practicados en todos los casos encontramos que la Hemoglobina estaba disminuida en mayor o menor grado en 2/3 de los pacientes; el recuento de glóbulos --

CUADRO No. 1

DIAGNOSTICOS FINALES

DIAGNOSTICOS	No.	
I. INFECCIONES:		
A. Tuberculosis:		
1. Peritoneal	2	
2. Pulmonar	1	
3. Ganglionar	1	
4. Generalizada	1	
5. Pericarditis	1	6
B. Miositis tropical	1	
C. Absceso retroauricular	1	
D. Absceso Subhepático	1	
E. Fiebre Tifoidea	1	
F. Candidiasis diseminada.	1	5
II. NEOPLASIAS:		
1. Carcinoma vías con metastasis a distancia.	1	
2. Carcinoma de células escamosas.	1	
3. Metástasis de Adenocarcinoma Pleomórfico de Páncreas o vesícula.	1	3
III. ENFERMEDADES COLAGENO VASCULARES:		
1. Fiebre Reumática	1	1
VI. CAUSAS MISCELANEAS:		
Cirrosis de Laenec	1	1
V. DIAGNOSTICO NO CONOCIDO.	6	6
TOTAL		22

blancos se encontró en valores de 4,500 a 15,400 x mm³, valores que no son significativamente altos; en la fórmula leucocitaria se encontró predominio de neutrofilia, algunos casos de eosinofilia y 2 casos con cayados aumentados; la eritrosedimentación se encontró normal en dos casos, en el resto de pacientes estuvo de moderada a severamente elevada con la aclaración de que no se hizo corrección, por la anemia. Se encontró un paciente con células L. E. positivas. (Cuadro No. 2)

Los exámenes especializados de gabinete se encuentran resumizados en el Cuadro No. 4, con la aclaración de que los resultados expresados como -- anormales ó sugestivos no en todos ayudaron al diagnóstico de Fiebre de origen desconocido sino que a otras en enfermedades asociadas. Es notorio el hecho que los Rx de tórax y las biopsias hepáticas son los procedimientos más frecuentemente encontrados y de donde se deduce su alta colaboración en el diagnóstico de la fiebre de origen obscuro. Se resalta la importancia de la laparotomía ya que fue practicada en tres ocasiones y en las tres situaciones fue clave en el diagnóstico. La centellografía hepática fue sugestiva en las 4 veces en que fue realizada.

DISCUSION:

Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que al igual que en otros países: EE. UU., España, y Mexico, las enfermedades infecciosas son la causa más frecuente de Fiebre de origen desconocido y cuyos métodos de diagnóstico nos logran aclarar la etiología en muchos casos, no así en otros que ya sea porque no se realicen aún (cultivo para virus), o se realicen en poco mal (cultivo para anaerobios). La biopsia (Cuadro No. 4) fue el procedimiento de mayor efectividad en nuestro trabajo, ocupando un total de 8 casos; máxime si tomamos en cuenta a 7 casos en que el diagnóstico fue no conocido. Vale la pena mencionar que dos de nuestras biopsias fueron efectuadas por medio de laparotomía exploradora, por lo que queremos resaltar el gran valor de este procedimiento.

Es permitido decir que en nuestro trabajo fueron incluidos dos pacientes como pertenecedores a Fiebre de Origen Oscuro y en los que notamos un manejo no adecuado ya que una paciente con Lupus Eritematoso Sistémico, se le diagnosticó posteriormente un absceso retroauricular. Y a un paciente con -- desnutrición, anemia y pelagra se le diagnosticó dos semanas después una --

Caso	Edad	Sexo	SINTOMAS Y SIGNOS:	Procedimientos Diagnós- ticos.	Diagnóstico:	Enfermedades Asociadas:
1	39	F	Adenopatía, derrame pleural, ascitis	Biopsia del Peritoneo*	Tuberculosis Peritoneal	DCA, Anemia, Gingivitis
2	23	F	Esplenomegalia leve	Biopsia pleural	Tuberculosis Pulmonar	Asma Bronquial, GECA
3	23	F	Caquexia, adenopatía generalizada	Biopsia ganglio	Tuberculosis ganglionar	DCA, GECA, Anemia, Parásitos
4	24	M	Hepatomegalia, signo tablero ajedres	Biopsia del Peritoneo *	Tuberculosis Peritoneal	DCA, Anemia, Hepatit, Colesta
5	18	M	Ictericia, Ascitis, Derrame Pleural, Hepato esplenomegalia	Biopsia Hepatica y pleural	Tuberculosis Miliar	DCA, Anemia, Multiparasitosis
6	45	F	Insuficiencia cardíaca congestiva	Pericardiocentésis	Pericarditis tuberculosa	DCA, parásitos, ICC derecho
7	30	M	Síntomas generales	Hemocultivo	Fiebre Tifoidea	Asma bronquial
8	44	M	Síntomas generales	Punción en muslo	Miositis tropical	DCA, Anemia, Pelagra, H. Alcoh
9	60	F	Hepatomegalia, masa móvil hipoc, derecho	Extracción del Absceso *	Absceso Sub-hepático	
10	17	F	Adenopatía, algunos drenando mat. purul.	Cultivo de Secreción	Absceso retroauricular	DCA, Anemia, Lupus E. Sist
11	25	M	Generales	Hemocultivo	Candidiásis diseminada	DCA, Anemia, ascaridiasis
12	42	F	Pérdida de peso, Hepatomegalia	Biopsia Hepática	Carcinoma Vías bilia-- res Metástasis General	GECA, apendicectomía
13	43	M	Rinocleisis c fetides, fistula naso-oral	Improbados	Carcinoma de células es camosas.	Multiparasitosis
14	64	F	Ictericia, distensión abdominal	Biopsia Hepática	Adenocarcinoma Pleomor- fico Metastásico (páncrea- as o vesícula)	.....
15	35	F	Soplo sistólico	Hemocultivo	Fiebre reumática	DCA, Anemia, Parasit, ICC total
16	47	M	Hepatomegalia	Biopsia hepática	Cirrosis de Laenec	Hepatitis en 2 ocasiones
17	60	F	.....	Improbados	Diagnóstico desconocido	Tb pulmonar en la infancia
18	17	M	Tos	Improbados	Diagnóstico desconocido	.....
19	26	F	Adenopatía	Improbados	Diagnóstico desconocido	Fiebre Tifoidea, Inf. Urinaria
20	42	M	.....	Improbados	Diagnóstico desconocido	Apendicectomía
21	17	M	Tos, Broncoespasmo	Improbados	Diagnóstico desconocido	Asma Bronquial
22	22	F	Adenopatía cervical	Improbados	Diagnóstico desconocido	GECA, Tricocefalosis

* = Laparotomía.

miositis tropical al recibir el informe de la punsi3n muscular.

De nuestros casos m1s interesantes es una paciente con insuficiencia cardiaca congestiva resistente al tratamiento y en quien se sospech3 una Pericarditis Tuberculosa que fue confirmada en la segunda difi-cultosa pericardio--sentesis.

Una manifestaci3n at3pica de la enfermedad fue presentada por un paciente de 25 a1os --- quien ingres3 con Fiebre de origen Oscuro y en --- quien sus Rx de torax demostraron un infiltrado intersticial de grano medio que indujo a efectuar una biopsia pulmonar que fue sugestiva para histoplasmosis; sin embargo en la posteridad el hemocultivo report3 Candida albicans, diagn3sica ndose por lo tanto Candiiasis diseminada.

Hay otro caso con diagn3stico final por laparotom3a exploradora en una paciente de 60 a1os de edad en quien dado su estado cl3nico (p3rdida de peso, deterioro general, hepatomegalia, masa m3vil en hipocondrio derecho, asi como un centellograma hep1tico anormal que indicaba proceso substituffivo en hipocondrio derecho, se le diagn3stico carcinoma, posteriormente se le practic3 laparotomia en que se encontr3 un absceso subhep1tico. El hecho de pensar muy r1pidamente neoplasias en pacientes de edad avanzada y estado general deteriorado, etc., hace que este procedimiento se retrase y con ello el descubrimiento muchas veces de procesos f1cilmente tratables.

Quiero hacer menci3n que del total de nuestros pacientes a pesar de haber agotado todos nuestros medios diagn3sticos, en 6 de ellos nunca se --- lleg3 a establecer dicho diagn3stico; sin embargo la fiebre remiti3 en estos --- pacientes espont1neamente sugiriendome la p3sibilidad de que la fiebre de --- estos pacientes fuera causada por virus y otras causas, cuyo diagn3stico no podemos establecer por la calidad de nuestros laboratorios.

En resumen puede decirse que:

El diagn3stico de la Fiebre de Origen Desconocido puede llegar-se a identificar su causa si se siguen paso a paso los elementos de ayuda que tenemos los cuales se encuentran cimentados en una buena historia y examen f3sico cuidadoso y constante, respaldados por antecedentes de todo tipo; --- usar juiciosamente los laboratorios al alcance, guiando y encaminando nuestro esfuerzo hacia donde apunte el problema y utilizar los medios de diagn3stico pertinentes a cada entidad sospechada.

CUADRO NO. 3

RESULTADOS DE LABORATORIO EFECTUADOS AL INGRESO Y QUE POR SU RELEVANCIA SON RESUMIDOS EN ESTE CUADRO.

CASO	Hb	Recuento Blancos	Fórmula	V. S.
1	11.2	4500	Normal	100
2	6.3	12750	S. 83%	133
3	12.9	15908	Eos 7%	40
4	10.0	14150	S. 77, Cay 7%	120
5	12.5	12850	S. 78%	90
6	10.0	7350	S. 78%	30
7	12.0	15250	Normal	103
8	8.9	6800	Normal	35
9	12.5	13600	S. 71% Eos 13%	108
10	10.0	5250	Normal	103
11	14.	5500	S. 72%	16
12	10.7	11200	Normal	100
13	11.5	13800	S. 75%	90
14	13.0	13600	S. 71 Eos 13%	108
15	9.7	6658	S. 85%	126
16	13.4	6350	Normal	39
17	14	11550	S. 80 Cay 6%	67
18	14	4500	Normal	50
19	4.1	5000	Eos 8%	115
20	12	7350	S. 78%	30
21	16	13500	S. 71%	13
22	14	12500	Normal	57

CUADRO No. 4.
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES.

NOMBRE:	NUMERO:	POSITIVO O ANORMAL SUGESTIVO
1. Rayos X		
a. Tórax	20	6
b. Pielograma	5	3
c. SGD o intestinal	3	1
d. Colecistograma	1	1
e. Colangiograma	1	1
f. Enema de Bario	1	1
g. Serie Cardíaca	1	1
h. Senos maxilares	1	1
2. Biopsias:		
a. Hepática	12	10
b. Pleural	3	3
c. Ganglios	2	1
d. Osea	1	0
e. Pulmonar	1	1
f. Ulcera de colon	1	0
g. Tabique nasal	1	1
h. Peritoneal	2	2
3. Papanicolao:	6	0
4. Toracentesis	7	0
5. Paracentesis	5	0
6. Pericardiosentesis	1	1
7. Centellografía (Hepática)	4	4
8. Laparotomía exploradora	3	3

CONCLUSIONES

1. Fiebre de origen Desconocido es un síndrome relativamente frecuente en Guatemala, que ha sido introducido recientemente, ya que no aparece dicho diagnóstico antes de 1971.
2. Tuberculosis es la causa más frecuente de Fiebre de Origen Desconocido en nuestro medio.
3. Existe gran cantidad de métodos clínicos, exámenes complementarios y métodos sofisticados que ayudan a establecer el diagnóstico de Fiebre de Origen Desconocido.

RECOMENDACIONES

1. Fomentar el estudio de Fiebre de Origen DESCONOCIDO para mejorar en la atención de nuestros pacientes afectados por este síndrome.
2. Incrementar procedimientos de diagnóstico, por ejemplo el examen con Galio 67 que se constituye como el centellograma corporal; para evitar algunos procedimientos más traumatizantes.
3. Motivar a las autoridades de salud pública para incrementar a los abastecimientos a Hospitales generales del equipo necesario para descubrir pronto a la Fiebre de Origen Desconocido para dar tratamiento etiológico.

BIBLIOGRAFIA

1. Petersdorf RG, Beeson PB: Fever of unexplained origin : report on 100 cases. *Medicine* 40: 1-30, 1961.
2. Jacoby GA, Swartz, MN: Fever of Undetermined Origin: *New England J. Of Medicine*. Dec 27 1973. Pp1407-10.
3. Molavi A, Weinstein L: Hiperpirexia persistente de origen obscuro algunos comentarios sobre etiología y diagnóstico: *Clinicas Médicas de Norteamérica*. Marzo 1970. Pp379-95.
4. Deal William: Fever of Unknown Origin: Analysis of 34 patients *Postgraduate Medicine*. Nov. 1971 Pp182-8
5. Howard P JR, et al: Diagnostic Evaluation of Patients with Fever of Unknown Origin. *Southern Medical Journal* 69,7. 933-4 Jul 76.
6. Cryer PE, Kissane J: Clinicopathologic conference: Fever, Obtundation and Acute Renal Failure. *The American Journal Of Medicine*. 69, 553-62. October 1975.
7. Sparagana M, et al Fever and abdominal Mass *Post GRADUATE Medicine*. 59,5.275-8 May 1976.
8. Reimann H, McCloskey R: Periodic Fever: Diagnostic and Therapeutic problems . *JAMA* 228, 13. 1662-4. June 1974.
9. Sheon R, Van Ommen R: Fever of Obscure Origin: Diagnosis and Treatment Based on a Series of Sixty Cases. *American Journal of Medicine*: 34, 486-99. April 1963.
10. Serafin Francisco, et al: Síndrome febril de etiología por determinar. *Bol. Med. Hosp. Infant. México*. XXXIII: 1. Ene-Feb, 1976. Pp79-89
11. Moya MS, et al: Fiebre de origen desconocido: Revisión de la literatura. *Revista Clínica Española*: 141:2. 103-10. 30 Abril 76.
12. Moya MS, et al: Fiebre de origen desconocido: Análisis de 58 casos. *Revista Clínica Española*: 141:2. 119-30. 30-abril 1976.

- 19
12. Altemeier WA et al: Intra-abdominal Abscesses. The American Journal Of Surgery: 125. 70-9. January 1973.
 13. Barrett O'Neill JR : Monocytosis in Malignant Disease. Annals of internal Medicine 73: 991-992, 1970.
 14. Heineman Herbert: The Clinical Syndrome of Malaria in the United States. Arch. Intern Med. Vol 129. 607-15. April 1972.
 15. Lerner PI, Winstein L: Infective endocarditis in the antibiotic era. N. England J Med. 274: 199-206, 259-266, 323-331, 388-393. 1966.
 16. Harrison et al: Principios de medicina Interna. La Prensa Mexicana. cuarta Edición 1973. Pp. 92 -104.
 17. Surós J Semiología médica y técnica exploradora Editorial salvat. España. Quinta Edición. Pp. 73 - 78 y 103.
 18. Guyton Arthur: Tratado de Fisiología Médica Edit. Interamericana. Tercera Edición. 1969. Pp.946-57.
 19. Littenberg RL et al: Gallium 67 for localization of septic lesions. Ann Inter Med 79: 403-406, 1973.
 20. Harvey WC, Podol. ff DA, Kopp DT: Gallium 67 in 68 consecutive infection searches. J Nucl . Med. 16: 2-4, 1975.
 21. Harrison T, etal Principios de Medicina Interna Edit. La Prensa Médica Mexicana 1973. Pp92-103.

BR, GUSTAVO ADOLFO ARCHILA MELENDEZ

DR, JOSE LUIS BRAN CABRERA
Asesor.

DR, ROBERTO KESTLER
Revisor.

DR, JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III.

DR, MARIANO GUERRERO ROJAS
Secretario General

DR, CARLOS ARMANDO SOTO G.
Decano.

Vo. Bo.