

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**FIEBRE DE ORIGEN INDETERMINADO
(F.O.I.)**

LUIS RENE CRUZ GORDILLO

Guatemala, Septiembre de 1977.

PLAN DE TESIS:

INTRODUCCION

MATERIAL Y METODO

CONSIDERACIONES GENERALES

- interpretaciones
- Discusión

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

INTRODUCCION

El síndrome conocido como fiebre de origen indeterminado (F.O.I.) ha recibido atención en la literatura médica.

Pocos síntomas son tan alarmantes y causa de inquietud tanto para el paciente, familiares y el médico, como lo es la fiebre prolongada, particularmente cuando esta se presenta en ausencia de otras manifestaciones que ayudan a incriminar una etiología específica. En esta situación es frecuente que ante tal incertidumbre, el médico aplique medidas terapéuticas sin tener un diagnóstico definitivo. Esta actitud usualmente inadecuada puede dar por resultado tratamientos incompletos, sub-óptimos y que a la larga contribuyen a enmascarar y hacer más difícil el enfoque y diagnóstico del proceso.

Obviamente en este síndrome no se incluyen procesos infecciosos fulminantes o de rápida evolución, tales como meningitis, shock séptico, etc., en los cuales se utilizan enfoque terapéuticos basados a veces en información parcial e incompleta, pero que demanda acción inmediata y sujeta a confirmación posterior.

Cuando un paciente se presenta con F.O.I. en general significa que es una enfermedad común con presentación atípica, que es una enfermedad poco común sin manifestaciones obvias o es una enfermedad que requiere acuciosidad clínica y exámenes muy especiales, en todo caso es un síndrome que desafía al médico y requiere un enfoque particular.

El problema de fiebre de origen indeterminado en nuestro medio cobra un mayor interés debido a que varias enfermedades infecciosas continúan teniendo una gran prevalencia. Sin embargo, a la fecha no hay información local con respecto a la incidencia de los distintos procesos que puedan causar fiebre, presentándose como un síndrome particular conocido como F.O.I.

Es bien conocido que no solo las enfermedades infecciosas producen fiebre, hecho que se manifiesta en varios estudios (5, 3).

En series publicadas (1,3,5,10,11) la definición de F.O.I. ha variado, lo que hace difícil la comparación entre unas y otras. Petersdorf y Beeson (5) usaron el criterio de temperatura arriba de 38°C observada en varias ocasiones en el transcurso de 3 semanas o más y que permanecieron sin diagnóstico después de una semana de hospitalización. Shen y Ray O. Van Ommen (18) y Molavi y Weinstein (4) utilizaron el criterio de fiebre arriba de 37.5°C que persistía por 3 semanas y en quienes la historia, examen físico, hematología, examen de orina y rayos X de Torax no indicaban el diagnóstico.

Para clasificar a nuestro caso se consideró como fiebre de origen indeterminado cuando: LA TEMPERATURA ERA DE 38°C O MAS CON DURACION DE TRES SEMANAS O MAS, DENTRO O FUERA DE UN HOSPITAL, CON NEGATIVIDAD EN SU ESTUDIO PRELIMINAR, AL EXAMEN FISICO, DE LABORATORIO Y RADIOGRAFIA DE TORAX.

MATERIAL Y METODO:

Se realizó un estudio sobre FIEBRE DE ORIGEN INDETERMINADO, con forma retrospectiva, de los casos evaluados por la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, de los años de 1973 a febrero de 1977, se incluyen algunos evaluados en lo privado. Se revisó los aspectos clínicos, de laboratorio y anatomopatológicos, haciéndose luego una correlación.

De 51 casos clasificados inicialmente como F.O.I. solo se incluyen 29 casos que cumplieron con el criterio de esta tesis.

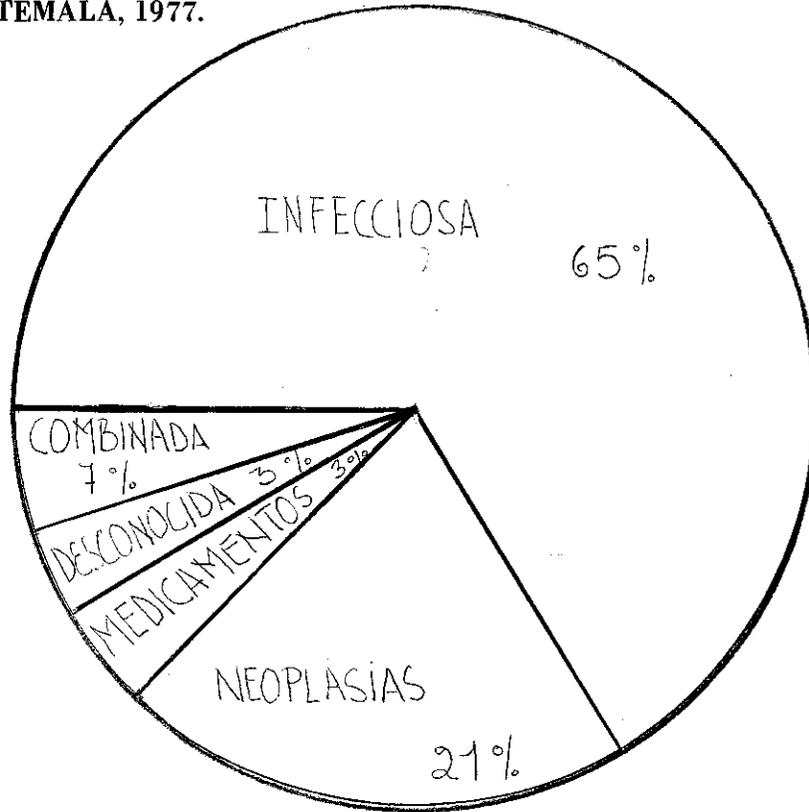
CONSIDERACIONES GENERALES:**INTERPRETACION:****CLASIFICACION DE ACUERDO A SU ETIOLOGIA:****CAUSAS:**

| | | | |
|---------------|------------------|----------------------|------------|
| Infecciosa | 19 casos (65o/o) | sexo femenino | 7 (37o/o) |
| | | sexo masculino | 12 (63o/o) |
| Neoplásicas | 6 casos (21o/o) | ambos sexos el 50o/o | |
| Medicamentosa | 1 caso (3o/o) | | |
| Combinadas | 2 casos (7o/o) | | |
| Desconocida* | 1 caso (3o/o) | | |

(Ver esquema número 1).

(*) causa desconocida: los casos que al terminar este estudio no había determinado la etiología y la fiebre eventualmente había cedido.

CAUSAS DE FIEBRE DE ORIGEN INDETERMINADO EN GUATEMALA, 1977.



ESQUEMA NUMERO 1

DATOS GENERALES:

Sexo:

leve predominio del sexo masculino, sin relación con la incidencia de F.O.I. (10,11).

Sexo femenino, 11 casos (38o/o)

Sexo masculino, 18 casos (62o/o)

(ver esquema número 2)

Edad:

la edad osciló entre los 6 meses y 80 años. El mayor porcentaje de incidencia correspondió a la quinta y sexta década (21o/o). (ver esquema número 3).

Oficio:

la relación ocupacional fue muy variada y en nuestro estudio no predispone a F.O.I.

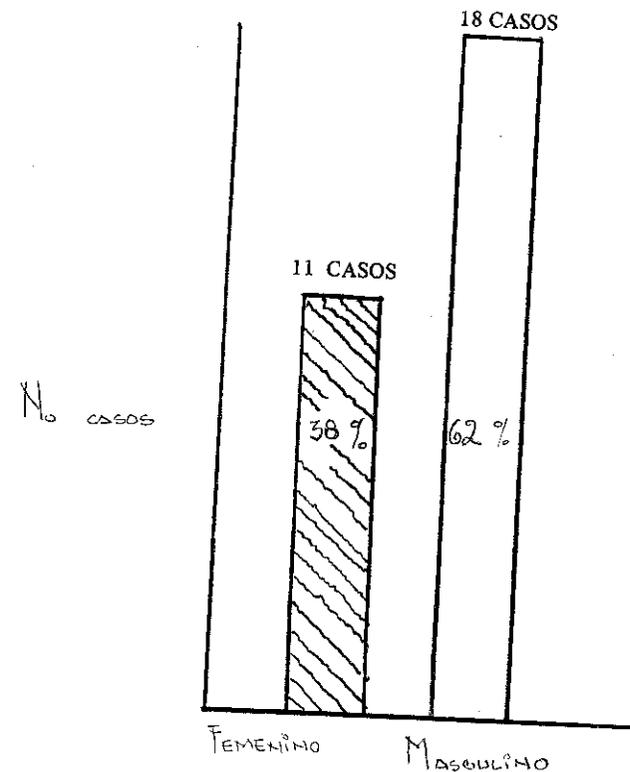


Tabla de SEXO
(esquema número 2)

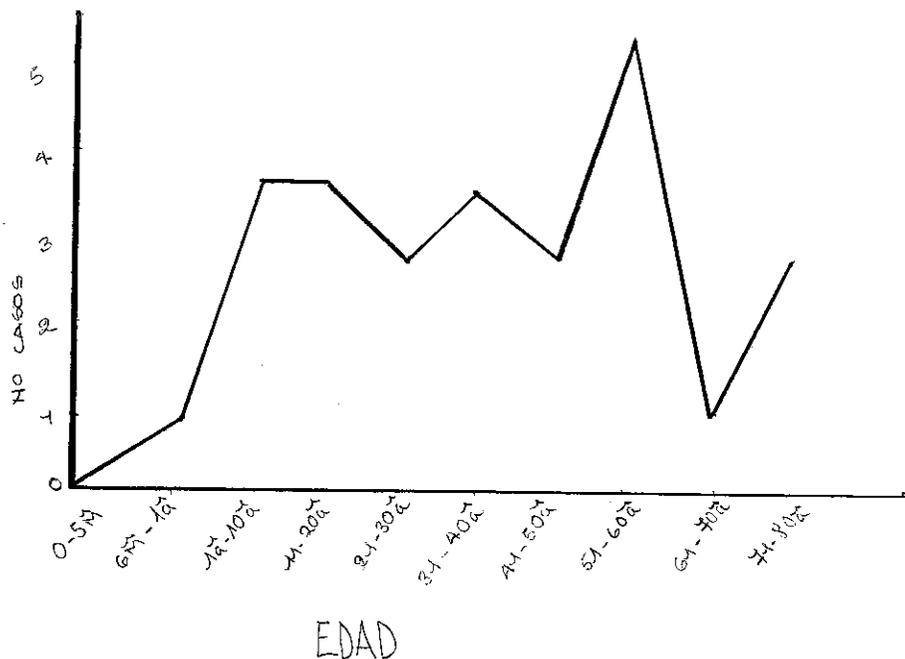


Tabla según EDADES
(esquema número 3)

CUADRO CLINICO:

SINTOMATOLOGIA:

La fiebre fue encontrada como única queja en un 45o/o de los casos, otro 45o/o tuvo fiebre acompañada con otra sintomatología, y un 10o/o consultó por dolor abdominal presentando su problema febril después.

SINTOMAS REFERIDOS EN LA HISTORIA EN 29 PACIENTES CON F.O.I.

(Cuadro I).

| SINTOMAS | ETIOLOGIAS | | | | | total |
|-------------------------|------------|---|---|---|---|-------|
| | I | N | M | C | D | |
| fiebre sola | 10 | 1 | | 1 | 1 | 13 |
| fiebre, vómitos | 2 | | | | | 2 |
| fiebre, coluria | 1 | | | | | 1 |
| fiebre, artralgias | 1 | | | | | 1 |
| fiebre, dolor abdominal | 2 | 1 | | | | 3 |
| fiebre, cefalea | 1 | | | | | 1 |
| fiebre, baja de peso | | 2 | | | | 2 |
| fiebre, anorexia | | 1 | | | | 1 |
| fiebre, erupción | | | 1 | | | 1 |
| fiebre, escalofrío | 1 | | | | | 1 |
| dolor abdominal | 1 | 1 | 1 | | | 3 |
| | | | | | | 29 |

etiología: I: infecciosa N: neoplásica M: medicamentosa
C: combinada D: desconocida

SIGNOS:

Por definición fiebre fue encontrada en todos los casos (100o/o), siguiendo la hepatomegalia en 9 casos (31o/o), dividiéndose según su etiología de infecciosa con 6 casos y neoplasias 3 casos, sigue la adenopatía que en su mayoría fue cervical en 7 casos (24o/o).

Se encontró fiebre sin otro signo asociado en 4 casos (14o/o).

SIGNOS ENCONTRADOS AL EXAMEN FISICO EN 29 PACIENTES CON F.O.I.

(cuadro número II).

| SIGNOS | ETIOLOGIA | | | | | Total |
|---------------------------|-----------|---|---|---|---|-------|
| | I | N | C | M | D | |
| hepatomegalia | 6 | 3 | | | | 9 |
| hepatoesplenomegalia | 2 | | | | | 2 |
| adenopatía | 4 | 2 | | | | 6 |
| estertores pulmonares | 2 | | | | | 2 |
| soplo cardíaco | 1 | | | | | 1 |
| dolor en hipocondrio der. | | | 1 | | | 1 |
| erupción cutánea | | | | 1 | | 1 |
| Dhe* | | | 1 | | | 1 |
| solo fiebre | 3 | 1 | | | | 4 |

(*) Dhe: desequilibrio-hidro-electrolítico.

LABORATORIO:

El parámetro que actuó como indicador de enfermedad fue la velocidad de sedimentación de una hora, que se encontró elevada en todos los casos que se realizó, 22 de 29 casos, a pesar de no ser un método específico de diagnóstico si posee valor como indicador de enfermedad oculta.

Las pruebas de funcionamiento hepático fueron de utilidad e indicaron siempre participación del hígado (9 anormales de 18), tanto de problemas infecciosos como de Tumores.

Pruebas serológicas como el Widal en especial tiende a ser descartada por ser inespecífica. Dio títulos altos en Fiebre Tifoidea pero también lo dio en otras enfermedades.

Los hemocultivos efectuados total de 35 siendo solo positivos 6, 5 para Salmonella Typhosa y 1 para Streptococo Viridans. De 17 gotas gruesas solo una fue positiva para Plasmodium Vivax.

(continúa interpretación)

LABORATORIO:

| DIAGNOSTICO | Leu 5 a 9 mil | Vs | Tr | | H | | M + | W | P.B. | S.a. | G.g. |
|--------------------|------------------|---------|-----|----|---|---|--------|---|------|------|-----------|
| | | | Nl- | an | + | - | | | | | |
| F.T. Colang | normal | elevado | x | | 2 | 1 | - | | | | |
| F.T. embarazo | bajo | elevado | x | 1 | 1 | 1 | - | | | - | |
| F. T. perf. inst. | normal | elevado | x | | 1 | 1 | - | | | | |
| Tb. miliar | normal | elevado | | | | | - | | | | |
| F.T. | normal | | | | 1 | 1 | + | | | | |
| F. Paratifoidea | bajo | elevado | x | 1 | 2 | 1 | - | - | | | |
| Abceso Hepático | elevado | elevado | x | | 1 | | - | | | + | Neg(3) |
| F.T. | normal | elevado | | | 2 | 1 | | | | | |
| Tb. pulmonar | elevado | elevado | x | | | | | | | | |
| Mono. Inf. y Palu. | normal | elevado | x | | 3 | | - | + | | | 1(+) 3(-) |
| Endocarditis Bact. | elevado | elevado | | | 1 | 3 | - | - | | | Neg.(1) |
| Tb. miliar | normal | | x | | | | | | | | |
| F.T. | normal | elevado | x | | 1 | 1 | + | - | | | |
| F.T. | normal | elevado | x | | 1 | 1 | neg | + | | | |
| Histoplasmosis | normal | elevado | x | | 2 | | | - | | - | |
| Neumo. A. Primaria | normal | elevado | x | | 1 | | + | | | | Neg.(2) |
| Toxoplasmosis | | | | | | | | | | | Neg.(2) |
| Tumor Malig. Hep. | elevado | elevado | x | | 1 | | - | | | | |
| Enf. Hodgkin | elevado | elevado | x | | 2 | | - | | | | |

(continúa interpretación)

LABORATORIO

| DIAGNOSTICO | Leu 5 a 9 mil | Vs | Tr | | H | | M + | W | P.B. | S.a. | G.g. |
|---------------------|------------------|---------|----|----|---|---|--------|---|------|------|---------|
| | | | Nl | an | + | - | | | | | |
| Ca. pancreas | elevado | elevado | | x | | | | | | | |
| Ca. Vesícula Biliar | normal | elevado | x | | 1 | | | + | | | |
| Linf. Histiocítico | normal | elevado | x | | | 3 | | | | | |
| Ca. Prepilórico | elevado | elevado | x | | | | | | | | |
| Embolia Pulmonar | elevado | elevado | | | 1 | | | - | | | |
| Dhe. diabetes M. | | | | | | | | | | | |
| F.O.I. | normal | elevado | | | | | | - | | | |
| Medicamento | elevado | | | x | 3 | | | | | | Neg.(3) |
| Fiebre Tifoidea | normal | | x | | 1 | | | + | | | |

- Leu: Leucocitos, normal entre 5 a 9 mil.
- Vs: Velocidad de sedimentación en una hora.
- Tr: Transaminasas, N.: normal an: anormal.
- H: Hemocultivos. + número positivo. - número negativo
- M: mielocultivos
- W: Widal
- P.B.: Prueba de Paul Bounel
- S.a.: Prueba serológica, Serameba
- G.g: Gota gruesa.

RELACION DIAGNOSTICA ENTRE EL ESQUEMA FEBRIL, DISOSIACION DEL PULSO Y TEMPERATURA:

El tipo de fiebre o esquema febril, en estos pacientes se observó en variedad, no encontrándose correlación entre los esquemas clásicamente descritos y la forma de presentarse en nuestros pacientes con F.O.I.

Un hallazgo de importancia fue la disociación pulso y temperatura (p/t), encontrándose la disociación en la mayoría de los casos de fiebre tifoidea (9 de 10 casos); siendo poco frecuente la disociación en las otras entidades (2 de 21 casos).

Concepto de tipo de fiebre utilizado en este estudio (16):

fiebre hectica: fiebre continua, oscilaciones menores de un grado centígrado.

fiebre remitente: fiebre continua, oscilaciones mayores de un grado centígrado.

fiebre intermitente: cuando hay un período de apirexia entre cada ascenso.

fiebre recurrente: fiebre en forma de mesetas durante varios días. (eje: Pel-Ebstein).

RELACION DIAGNOSTICA, entre ESQUEMA FEBRIL y DISOSIACION PULSO Y TEMPERATURA (p/t):

| DIAGNOSTICO DEFINITIVO | TIPO de FIEBRE | DISOSIACION p/t |
|--|----------------|-----------------|
| Fiebre tifoidea, colangitis | hectica | si |
| Fiebre tifoidea, con perforación inst. | hectica | si |
| TB. miliar | intermitente | no |
| Fiebre tifoidea | remitente | si |
| Fiebre tifoidea y embarazo | remitente | si |
| Fiebre tifoidea | hectica | si |
| Fiebre paratifoidea | remitente | si |
| Abceso hepático amibiano | remitente | no |
| Fiebre tifoidea | remitente | si |
| TB pulmonar | intermitente | no |
| Fiebre tifoidea | intermitente | no |
| Paludismo, Mononucleosis infecciosa | intermitente | si |
| Endocarditis bacteriana Sub-aguda | remitente | no |
| TB. miliar | intermitente | no |
| Fiebre tifoidea | hectica | si |
| Fiebre tifoidea | hectica | si |
| Histoplasmosis | intermitente | no |
| Toxoplasmosis | remitente | si |
| Neumonía Atípica primaria | remitente | no |
| Hepatoma | intermitente | no |
| Enfermedad de Hodgkin | recurrente | si |
| Cáncer del páncreas | intermitente | no |
| Cáncer de vesícula biliar | recurrente | no |
| Linfoma Histiocítica | recurrente | no |
| Adenocarcinoma del Antro Pílorico | recurrente | no |
| DHE y diabetes insípida | intermitente | no sabe |
| Embolia pulmonar | intermitente | no |
| Fiebre de origen desconocida | intermitente | no |
| Fiebre medicamentosa | recurrente | no |

INCIDENCIA DE LAPARATOMIA:

Porcentajes de incidencia de 29 casos con F.O.I.

| Número de pacientes | o/o en quienes se procedió este diagnóstico |
|---------------------|---|
| 5 casos | 17 o/o |

Los criterios seguidos son: —a— algo que sugiriera patología intra-abdominal (pruebas hepáticas alteradas, masas intra-abdominal etc.) —b— evidencia continua de enfermedad y deterioro de la condición del paciente.

Comparación del valor de Laparatomía en otros autores:

| Autor | Número de pacientes | de Laparatomía |
|------------------|---------------------|----------------|
| Baker et al | 28 | 57 o/o |
| Sheon, Van Ommen | 30 | 27 o/o |

Los criterios de Baker et al: —descubrimiento por historia, examen físico, test de laboratorio, Rayos X, que indicaran la posible presencia de patología abdominal.

Criterios de Sheon, Van Ommen: —ascitis, síntomas abdominales, enfermedad prolongada.

Otros criterios:

Howard, Harirdin: —masas abdominales, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, persistencia de síntomas abdominales, Rayos X anormales del tracto Genitourinario o Gastrointestinal.

Keller, Williams: fiebre por más de 2 meses, hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, masas abdominales, elevación de los valores normales de fosfatasa alcalina, Rayos X anormales del tracto Genitourinario o Gastrointestinal. (24).

RELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO INICIAL Y FINAL:

En el 82.7o/o (24 casos) no se encontró relación entre el diagnóstico inicial y final.

En general estos pacientes padecieron de enfermedades comunes con manifestaciones atípicas, enfermedades no comunes sin presentaciones obvias o de enfermedades que requieren acuosidad clínica y exámenes muy especiales.

| DIAGNOSTICO INICIAL | DIAGNOSTICO FINAL |
|---|--------------------------------|
| Enterocolitis aguda | hepatoma |
| Fiebre de origen indeterminado | Fiebre de origen obscuro |
| Colangitis | Fiebre tifoidea |
| Hepatitis toxica | F. tifoidea, perforación inst. |
| Arteritis difusa | T.B. miliar |
| Tb. peritoneales, Hepatoma, Ca. Pancreas | Carcinoma Pancreático |
| Colecistitis crónica | Ca. vesícula biliar, F.T. |
| Fiebre de origen indeterminado | Fiebre tifoidea |
| Neoplasia intradbdominal | Linfoma histiocitico |
| TB. miliar, F. tifoidea, Absceso Cerebral | F. Paratifoidea tipo B |
| Paludismo, hepatitis infecciosa | Enf. Hodgkin |
| Colecistitis crónica, absceso hepático | Absceso hepático amibiano |
| Paludismo | AdenoCa. del Píloro |
| Salmonelosis | Fiebre tifoidea |
| Colecistitis Crónica | Embolia pulmonar |
| Neumonía lóbulo medio | Tb. pulmonar |
| Absceso amibiano | Fiebre tifoidea |
| Fiebre tifoidea | Paludismo y Mononucleois inf. |
| Cáncer gástrico | TB. miliar |
| Mononucleosis | Fiebre tifoidea |
| Paludismo | Fiebre tifoidea |
| Fiebre tifoidea | Histoplasmosis |
| Bronconeumonía | Neumonía atípica primaria |
| Neumonía basal | Fiebre medicamentosa |
| Infección intrauterina | Toxoplasmosis |
| Fiebre de origen indeterminado | DHE, diabetes insipida |
| Fiebre tifoidea | Endocarditis bacteriana |

PERIODO DE ESTANCIA HOSPITALARIA:

El promedio de estancia hospitalaria fue de 31 días en el 72o/o de los casos. Dos pacientes nunca fueron hospitalizados haciéndose su diagnóstico en la clínica, que corresponde un 7o/o, el resto de pacientes no se pudo determinar su período de estancia por falta de fecha de egreso.

El período mayor de estancia hospitalaria de los pacientes con este dato corresponde al caso con diagnóstico de Histoplasmosis, que fue de 155 días.

De acuerdo al grupo de causas etiológicas, el promedio de días de estancia hospitalaria es:

| GRUPOS DE CAUSAS ETIOLOGICAS: | DIAS DE ESTANCIA: |
|-------------------------------|-------------------|
| Miscelaneas o combinadas | 80 días |
| Infeciosas | 31 |
| Medicamentosa | 31 |
| Neoplasicas | 28 |
| Desconocido | 12 |

DISCUSION FINAL:

La fiebre como manifestación sintomática de patología, es un hallazgo bastante frecuente dentro de la práctica médica, y que adecuado a un complejo sintomático específico permite hacer diagnóstico etiológico y resolución del problema. Sin embargo en ocasiones la fiebre se acompaña de manifestaciones atípicas que pueden desorientar al clínico, perpetuan la afección y terminan comunmente sometiendo al paciente a una serie de estudios para establecer la etiología.

Fiebre como problema diagnóstico viene a constituirse en estas circunstancias en un reto al clínico quien deberá contar con un esquema mental ordenado que encause el diagnóstico de estos

pacientes, en una forma escalonada de lo simple a lo complejo con especial enfoque a los sistemas que señalan los exámenes preliminares, para esclarecer la etiología.

La revisión de la literatura nos pone en antecedentes de la inexistencia de esquemas especiales de estudio en los problemas de fiebre de origen interminado (8,12,10,11). El concepto de F.O.I. ha sido revisado y modificado en múltiples ocasiones (5), y aun a la fecha no existe acuerdo respecto a las bases que lo determinan. Nosotros creemos que los existentes no pueden encajar dentro de nuestro medio; por lo que consideramos necesario formar criterios que nos permitieran plantear nuestro propio concepto de F.O.I. que es el que a lo largo de nuestro estudio sostenemos.

De acuerdo a este criterio revisamos a continuación 29 casos que cumplen con los postulados del mismo. Posiblemente muchos otros casos pudieron haber sido incluidos, pero luego de una revisión cuidadosa de los mismos, necesitaron ser excluidos por no ajustarse a lo preceptuado.

De los 29 casos estudiados, pertenecieron al sexo masculino 18 casos y los restantes 11 casos al sexo femenino, lo cual carece de significado clínico.

La edad promedio afectada adquiere caracteres de importancia cuando la comparamos con otras series (10,11). El grupo que estuvo más afectado fue el comprendido entre la quinta y sexta; sin embargo la fluctuación fue entre los 6 meses y los 80 años, evidenciando que el problema de F.O.I. puede aparecer como tal a cualquier edad.

El factor ocupacional y procedencia del paciente son parametros que deben poseer importancia dentro de la evaluación inicial.

La valoración inicial deberá ser en extremo cuidadosa una adecuada historia clínica y un minucioso examen físico son armas de mayor valor. La continua reevaluación física podrá

contribuir al diagnóstico y permitirá recurrir a los exámenes de laboratorio en forma ordenada y juiciosa.

La fiebre constituyó la forma de presentarse de nuestros pacientes, 13 casos (45o/o) presentaron esta como su única queja; otra sintomatología asociada, de la índole de artralgiás, vómitos, coluria, cefalea, baja de peso, etc., fue presentada en 13 casos (45o/o) mientras que los restantes 3 casos (10o/o) se presentaron con dolor abdominal como motivo de consulta, desarrollando en su evolución posterior fiebre.

Los hallazgos clínicos reportaron, además de la fiebre que estuvo presente en todos los casos, hepatomegalia y adenopatía como los signos de mayor importancia, identificándose cuatro casos en los cuales el detallado examen clínico no reveló más que fiebre. Los reportes de otras series aparecen coincidentes con el de la nuestra, (10,11).

Los pocos hallazgos clínicos encontrados en estos pacientes hacen de ellos cuadros atípicos que dificultan su identificación adecuada (5,8). Posiblemente los pocos datos encontrados de la historia y examen inicial lo constituyan el factor responsable de que tan solo en 5 casos el diagnóstico inicial correspondiera al diagnóstico final de los 29 casos.

La fiebre como el parámetro más relevante de nuestro estudio gozó de características peculiares. En muy pocos casos cursó en forma que podría ser catalogada de clásica, tal como la fue en un caso de Enfermedad de Hodgkin.

La disociación pulso temperatura, que tiende a no valorarse en la actualidad, se revalidó en nuestros pacientes afectados por Fiebre Tifoidea quienes presentaron dicha disociación en 9 de los 10 casos, mientras quienes tan solo presentaron esta disociación en los casos restantes fueron el caso de Histoplasmosis y de Enf. Hodgkin, 2 de los 21 restantes.

La valoración de nuestros pacientes através del laboratorio se constituyó en una parte valiosa y decisiva para el

diagnóstico final. Posiblemente el parámetro que actuó como indicador de enfermedad fue la velocidad de sedimentación que se encontró elevada en todos los casos que se realizó 22 de 29 casos, a pesar de no ser un método específico de diagnóstico si posee valor como indicador de enfermedad oculta (13). Los conteos leucocitario no constituyen necesariamente ayuda diagnóstica en los procesos infecciosos (posiblemente debido al número de casos de tuberculosis y de Fiebre Tifoidea en nuestra serie, condiciones que no producen usualmente leucocitosis.

Las pruebas de funcionamiento hepático fueron de utilidad e indicaron siempre participación de dicho órgano, tanto de problemas infecciosos como Tumores.

Las pruebas serológicas de valor en el diagnóstico de enfermedades infecciosas fueron, Paul Bounel que hizo diagnóstico en un caso (1 positiva de 6); reacción de latex para amiba que confirmó un caso de Abceso Hepático Amibiano (1 positiva de 6); la reacción de Widal que por su inespecificidad tiende a ser descartada, dió titulaciones altas en 3 casos de Fiebre tifoidea, pero también hizo lo mismo en un caso de Neumonía Atípica Primaria. Otras pruebas serológicas fueron de utilidad en un paciente que presentó títulos de anticuerpos contra toxoplasma en sangre y el LCR, y otro presentó prueba positiva para Histoplasma Capsulatum.

Hemocultivos jugaron valor para establecer etiología de las enfermedades, de 35 efectuados 6 fueron positivos; haciendo diagnóstico de 5 casos de Fiebre Tifoidea y uno de Endocarditis Bacteriana Sub-Aguda (hemocultivo positivo para estreptococo viridans).

Mielocultivos confirmaron fiebre Tifoidea en los 8 casos restantes.

De 17 gotas gruesas efectuadas solamente una confirmó la presencia de Plasmodium, que en nuestra serie hizo diagnóstico de paludismo que al mismo tiempo se diagnosticó Mononucleosis Infecciosa, siendo esta coincidencia de entidades la causa de difícil diagnóstico.

Las biopsias efectuadas en un ganglio cervical que unido al lavado gástrico positivo para bacilo BK, establecido el diagnóstico de Tuberculosis; otra biopsia ganglionar y de hígado confirmaron diagnóstico de Enfermedad de Hodgkin. Debemos anotar que este recurso deberá ser utilizado lo más rápido posible como es reportado por otras series (5,8).

El recurso final al haber agotado toda una serie de pruebas lo constituyó la Laparatomía exploradora siempre que hubieran hallazgos abdominales (procesos intra-abdominales sugestivos, pruebas hepáticas anormales y otras -8,13). Fue efectuada en un total de 6 casos permitiendo hacer diagnóstico de neoplasia (cáncer del Hígado, cáncer de Vesícula, cáncer del Antro-pilórico, cáncer de Páncreas, Linfoma Histiocítico y Tuberculosis).

Ningún paciente con fiebre de origen indeterminado puede estar sujeto a una "rutina", acumulando pruebas de laboratorio, Rayos X y biopsias, cada uno deberá ser evaluado individualmente. La búsqueda ha de ser vigorosa y deberá hacerse de todo en busca del diagnóstico; el tratamiento terapéutico deberá ser propuesto hasta la comprobación diagnóstica.

Usualmente los pacientes que se presentaron con F.O.I. no están en peligro inminente por lo que el tratamiento no debe justificarse únicamente por la presencia de fiebre, en nuestros casos, se comprobó que la impresión clínica inicial fue errónea en el 82.70/o, habiéndose procedido en alguno de ellos (8 casos) a instituir tratamiento (como antibióticos, ampicilinas, cloranfenicol, penicilinas) el cual fue infructuoso y solo contribuyó al retraso en el diagnóstico, aumentando las molestias del paciente y su estancia hospitalaria. Es importante aceptar que los antimicrobianos no son antipiréticos y que la indicación para el uso de ellos debe ser precisa.

No existe una fórmula para el estudio de los pacientes con el síndrome de F.O.I. que supere al interrogatorio y exploración clínica. La fiebre debe ser tomada como una respuesta normal del organismo de defensa y que no necesita de urgencia ser controlada.

Un punto importante es que en algunas ocasiones en los pacientes no es posible determinar su causa de fiebre; en algunos la fiebre podrá desaparecer espontáneamente después de semanas o meses sin descubrir su causa etiológica.

El pronóstico de los pacientes con F.O.I. depende de la enfermedad que padecen, del pronto diagnóstico y la institución de la apropiada terapéutica.

CONCLUSIONES:

La Fiebre de origen indeterminado tiene mayor porcentaje en las enfermedades infecciosas (tuberculosis, fiebre tifoidea) y enfermedades neoplásicas (especialmente tumores intra-abdominales); similar a otros reportes.

Los datos generales, historia no son diagnóstico en este síndrome de F.O.I.

El detallado estudio de laboratorio es necesario, y distingue fiebres ficticias de las no ficticias; además de clasificar en grupo etiológico las enfermedades.

La velocidad de eritrosedimentación, es un indicador de enfermedad oculta.

El esquema de fiebre es de poca ayuda, pero debe ser siempre evaluada.

Los esquemas terapéuticos nos están indicados sin un diagnóstico definitivo.

La fiebre no constituye una urgencia médica que amerite ser tratada de cualquier forma (especialmente cuando se use antibióticos).

La biopsia está indicada en cualquier órgano en que se sospeche patología; y no deberá dejarse como último recurso.

La laparatomía exploradora está indicada en pacientes con patología intra-abdominal.

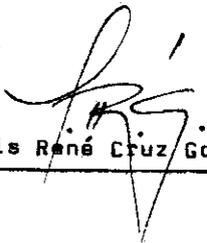
El pronóstico de estos pacientes depende de la enfermedad que padecen.

REFERENCIAS:

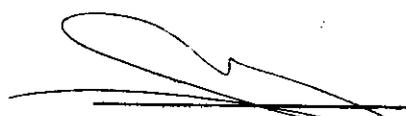
1. Hobart, A. Reimann. Periodic Fever. JAMA, June 24, 1974. Vol. 228, No.13:1662-1664.
2. Henry W. Murray. Urinary Temperature. Medical Intelligence, Jann. 1977. Vol. 296. No.1:23-24.
3. Willian B. Deal. Fever of Unknown Origin. Postgraduate Medicine. Nov. 1971. Pag.182-188.
4. Abdolghader Molavi. Persistent Perplexing Pyrexia: Some Comments on Etiology And Diagnosis. Medical Clinics of North America. Vol.54, No.2, March, 1970: 379-394.
5. Petersdorf RG. Beeson PB: Fever of unexplained origin: Report on 100 cases. Medice 40:1-30, 1961.
6. Archila Gustavo. Fiebre de Origen Desconocido. Estudio de 22 casos. Tesis de Graduación. 1976.
7. Paxton Howard. Diagnostic Evaluation of Patients with Fever of Unknown Origin. Current concepts in diagnosis. Souther medical Journal. July 196. Vol. 69, N.7:933-934.
8. John J. Deller. An Analysis of Fevers of Uunknown Origin in American Soldiers in Vietnam. Annals of Internal Medicine. Vol.66, No.6, June 1967: 1129-1142.
9. Fever of Unknown Origin. Annals of Internal Medicine. Vol. 70, No.4, April 1969: 864-866.
10. M.S. Moya. Fiebre de origen desconocido, Analisis de 58 casos. Revista Clinica Española. Tomo 141. Núm.2. 1976.
11. M.S. Moya. Fiebre de Origen desconocido. Revisión de la literatura. Revista Clínica Española. Tomo 141. Núm.2. 1976.

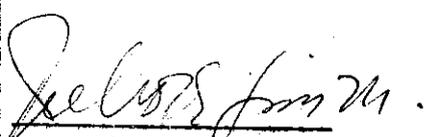
12. Robert P. Sheon. Fever of Obscure Origin. American Journal of Medicine. Vol.34, April, 1963: 486-499.
13. Andre D. Lascari. Velocidad de sedimentación de los eritrocitos. Clinicas pediátricas.
14. Ernesto Calderón. Estudio prospectivo de pacientes con fiebre prolongada. Bol. Med. Hosp. Infantil, Vol.12, No.6. Nov.-Dic. 1975.
15. Francisco Serafin. Síndrome Febril de etiología por determinar. Bol. Med. Hosp. Infant. Vol.13- No.1. E-Feb. 1976.
16. Surós J. Semiología médica y técnica exploradora. Quinta edición, Pp.73-78 y 103.
17. Jacoby G.A. Fever of undetermined origin. New. Engl. J. Med., 289, 1407, 1973.
18. Robert P. Sheón and Ray A. Van O. Fever of Obscure Origin. "Diagnosis and treatment based on series of city cases". 1963.
19. Harrison et. al.: Principios de Medicina Interna. La prensa Mexicana, cuarta edición 1973.
20. Keller Willians: Laparatomy for unexplained fever. Arch Surg. 1965. Vol.90: 494-498.
21. Serafin Francisco. Síndrome febril de etiología por determinar. Bol. Med. Hospital Infantil. México. Vol.35: Ene. Feb. 1976; 79-89.
22. Reiman H. McCloskey: Periodic Fever: Diagnostic and Therapeutic problems. JAMA 228, 13. June 1974. 1662-4.

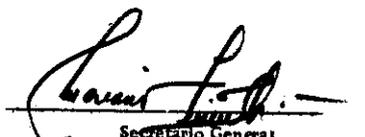
23. Gleckman Richard. Fever of Unk nown. The value of abdominal exploration. Vol.62. July 1977. Postgraduate Med.
24. Abraham, Abraham S. Fever: genuine or factitious? Vol.62. July 1977. Postgraduate Med.


BR. Luis René Cruz Gordillo


Dr. ^{Asesor} Jacobo Sabbaj


Revisor.
Dr. Jacobo Sabbaj


Director de Fase III.
Dr. Julio De Leon


Secretario General
Dr. Mariano Guerrero

Vo. Bo.


Decano
Dr. Carlos A. Soto