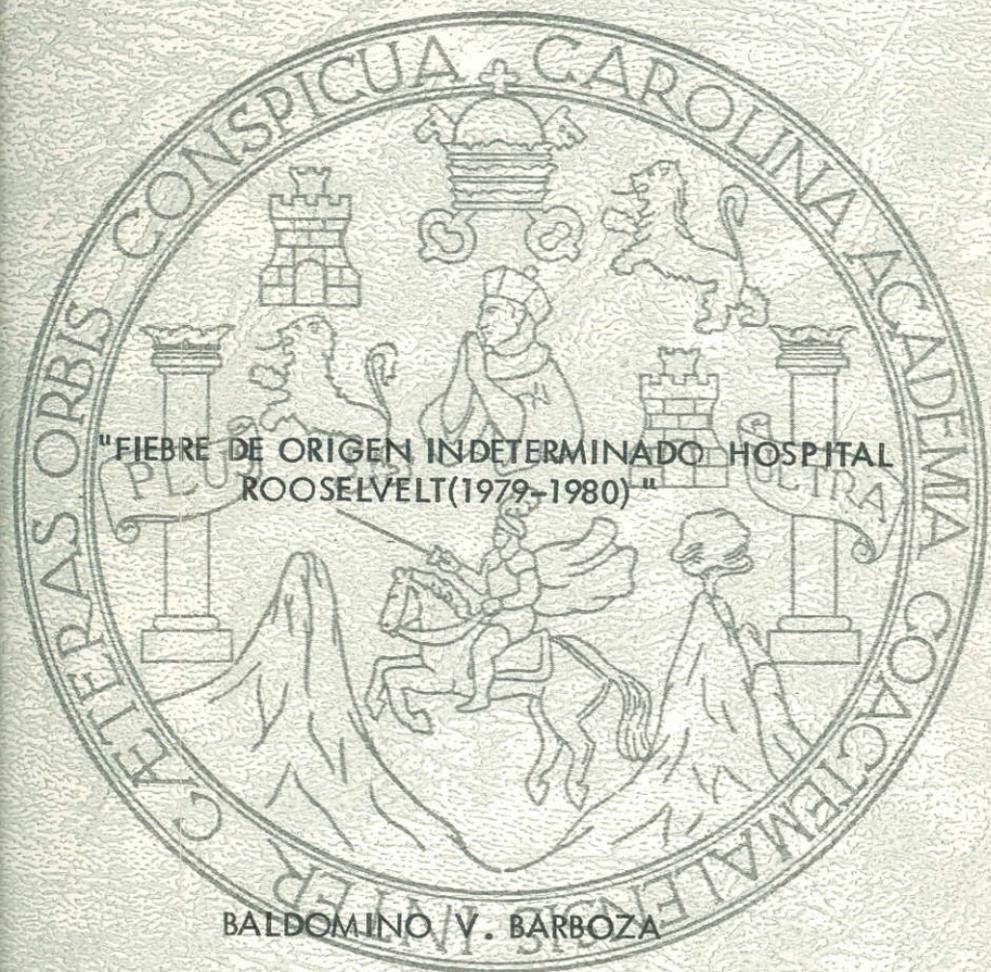


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Guatemala, Mayo de 1981.

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

OBJETIVOS

ANTECEDENTES

JUSTIFICACIONES

HIPOTESIS

MATERIAL Y METODOS

ANALISIS DE RESULTADOS

DISCUSION DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Fiebre es un término general aplicado a una compleja reacción del organismo caracterizado por la elevación de la temperatura corporal y motivada por causas múltiples, la mayoría infecciosas. Al ascenso térmico acompañan síntomas y signos diversos como respuesta de los diferentes aparatos y sistemas del cuerpo. Teniendo en mente la idea de que fiebre es un término general debemos de pensar que para facilitar el diagnóstico, la fiebre se clasifica en diferentes maneras como por ejemplo: Infecciosas, alérgicas, fiebre de origen indeterminado, etc.

En este trabajo pretendo revisar y analizar solamente los casos de fiebre de origen indeterminado ingresados y tratados en los servicios de Medicina del Hospital Roosevelt en 1979 y 1980, pues la revisión de todos los tipos de fiebre y sus causalidades escapan a los límites del mismo.

Fiebre de origen indeterminado es un síndrome no bien estudiado en Guatemala y reviste importancia por los muchos problemas de tipo diagnóstico que representa para el médico general. En algunos pacientes la fiebre es el signo o síntoma dominante en su enfermedad y cuando su causa escapa a la detección, se define como fiebre de origen desconocido. Es apropiado usar este término únicamente en pacientes que tienen elevaciones en temperatura mayor de 38.3 C por un tiempo prolongado (por lo menos 2 a 3 semanas) y en quienes el diagnóstico no puede hacerse durante por lo menos una semana de estudios intensivos. (8)

Estos criterios rígidos eliminan de esta categoría diagnóstica a los pacientes con infecciones virales o bacterianas comunes, aquellos en quienes el diagnóstico es obvio y aquellos en quienes la fiebre debe a ocurrencias secuenciales de enfermedades etiologicamente relacionadas.

Cuando un paciente se presenta con fiebre de etiología indeterminada 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 destreza clínica y exámenes muy especiales, en todo caso es un síndrome que desafía al médico y requiere un enfoque particular.

Generalmente cuando un paciente consulta al hospital por fiebre de varios días de evolución, el médico tratante, de acuerdo con la historia clínica y exámen físico y encontrándose ante una fiebre del cual desconoce la causa, ingresa al paciente con la impresión clínica de fiebre de etiología a determinar, lo que quiere decir que ya en un servicio al paciente se le practican diferentes exámenes de laboratorio para determinar la causa de su fiebre. El paciente permanece en el hospital durante varios días hasta que se completan sus estudios encontrándose por lo regular que en nuestro medio la fiebre es por paludismo o fiebre tifoidea lo más frecuente.

Poco síntomas son tan alarmantes para el paciente, familiares y médico, como lo es la fiebre prolongada, particularmente cuando ésta 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 (antipiréticos y antibióticos) sin tener un diagnóstico definitivo. Esta actitud usualmente inadecuada puede dar por resultado tratamientos incompletos, subóptimos y que a la larga contribuyen a enmarcarar y hacer más difícil el enfoque y diagnóstico del proceso.

Siendo la fiebre motivo de consulta bastante frecuente en nuestro medio, pues me he dado cuenta a través de mi practi-

ca hospitalaria decidí hacer este trabajo para poner al alcance del estudiante de Medicina la información acerca del manejo del paciente con fiebre de origen indeterminado.

OBJETIVOS

- 1.- Establecer el criterio de fiebre de Origen Indeterminado.
- 2.- Confirmar la diferencia entre los dos tipos de fiebre en enfermedades comunes en Guatemala (paludismo, fiebre tifoidea).
- 3.- Utilizar e interpretar los diferentes exámenes de laboratorio que coadyuvan a establecer el diagnóstico de fiebre de origen indeterminado en nuestro medio.
- 4.- Conocer como se diagnostica y trata una fiebre de etiología indeterminada en nuestro medio.

ANTECEDENTES

Es importante saber las generalidades sobre fiebre para entender mejor el síndrome de fiebre de etiología indeterminada, incluyendo: Clasificación, las diferentes causas de fiebre y la patogénesis. En este trabajo no se entrará en detalles sobre estos aspectos de la fiebre ya que el lector puede consultar cualquier libro de microbiología, patología, y medicina interna. Este trabajo unicamente tratará sobre fiebre de origen indeterminado.

Diversos trabajos se han presentado en relación a fiebre de Origen Indeterminado. En series publicadas Petersdorf y Beeson en 100 casos de fiebre de Origen desconocido usaron el criterio de temperatura arriba de 38°C observada en varias ocasiones en el transcurso de tres semanas y que permanecieron sin diagnóstico después de 15 días de hospitalización. Refieren que la mayoría de pacientes con fiebre de origen desconocido no presentan enfermedades raras si no manifestaciones poco corrientes de enfermedades comunes. En más de 33% de los pacientes de este grupo el estudio cuidadoso descubrió que la fiebre era producida por infección y casi 66% de los enfermos se restablecieron o mejoraron por el tratamiento específico (14).

R.P. Sheon y R. A. Van Ommen (Fever of Obscure Origin, Diagnosis and Treatment based on a series of sixty cases) extienden el criterio de Petersdorf y sus resultados estan entre los mismos límites. (17)

En Guatemala en 1976, el Dr. Gustavo Adolfo Archila -- Melendez escribió su tesis sobre fiebre de Origen Indeterminado. El estudio 22 casos de pacientes del Hospital General "San Juan de Dios". Para diagnosticar fiebre de origen indeterminado uso los siguientes criterios a) enfermedad febril de más de 3 semanas

de evolución b) fiebre de 38°C ó más c) diagnóstico no establecido después de una semana de estudios hospitalarios. -

En este estudio se encontro que la tuberculosis es la causa más frecuente de fiebre de origen desconocida (27%). Recomendando fomentar los estudios de fiebre de origen desconocido motivando a las autoridades de Salud Publica para abastecer a los hospital es con equipos de laboratorio para descubrir pronto la causa de fiebre y dar tratamiento específico (1).

En 1977 el Dr. Luis René Cruz Gordillo publico su tesis de grado "Fiebre de Origen Indeterminado. Este estudio se llevo a cabo en el Hospital Roosevelt. De los 51 casos clasificados inicialmente solo 29 cumplieron con el criterio de esta tesis: La temperatura era de 38°C o más con duración de tres semanas dentro o fuera de un hospital con negatividad en su estudio preliminar al exámen físico, de laboratorio y Rayos X. Los resultados obtenidos fueron 65% por infección, 21% por neoplasias con predominio del sexo masculino. 45% de los pacientes habían consultado solo por fiebre, otro 45% por fiebre y otra sintomatología y 10% por dolor abdominal. El Dr. Cruz Gordillo recomienda hacer una adecuada historia clínica y un minucioso exámen físico y recurrir a los exámenes de laboratorio en forma ordenada y juiciosa. Refiere que ningún paciente con fiebre de etiología indeterminada puede estar sujeto a una "rutina" sino que cada paciente debe ser evaluado individualmente. Concluye que la fiebre de origen indeterminada tiene mayor % en enfermedades infecciosas (Paludismo, Fiebre Tifoidea) y neoplasias (4).

JUSTIFICACIONES

Este trabajo unido a futuras investigaciones pretende proporcionar un conocimiento, verdadero sobre la situación difícil de fiebre de etiología indeterminada, ya que muchas veces el médico tratante ingresa a un paciente al hospital con esta impresión clínica sin saber que criterios realmente debe tomar porque los desconoce.

En nuestro medio la fiebre sigue siendo uno de los motivos de consulta más frecuente siendo en la mayoría de los casos paludismo o fiebre tifoidea (4), en mi opinión creo que el médico general debe de tener conocimientos clínicos bien establecidos de estas dos enfermedades para dar tratamiento al paciente y no catalogarlo como un caso de fiebre de origen desconocido. No teniendo bien establecido los criterios de diagnóstico de fiebre de origen desconocido conllevan a cometer errores de diagnóstico, gastos innecesarios en material de laboratorio y hospitalización.

Creo conveniente mencionar que este trabajo puede servir como estímulo al médico para no recetar antibióticos indiscriminadamente lo cual representa un aumento a la resistencia a los antibióticos y gastos innecesarios al paciente.

HIPOTESIS

En el 25% de los casos ingresados al hospital con diagnóstico de fiebre de origen indeterminado no se confirma el diagnóstico.

MATERIAL Y METODOS

Se utilizaron las historias clínicas de los pacientes ingresados al hospital por fiebre de origen indeterminado durante el período Febrero 1979 a Diciembre de 1980, investigando los siguientes datos:

- 1.- Edad y sexo de los pacientes.
- 2.- Criterios clínicos (signos y síntomas) presentados por los pacientes.
- 3.- Exámenes de laboratorios usados para hacer el diagnóstico.
- 4.- Tratamiento.

Los datos de cada paciente se anotó en una ficha especial preparada para esta investigación.

Se consulto el Index Médico, revistas médicas recientes así como tesis de grado y textos de medicina.

Esta investigación comenzo en Febrero 1979 y término en Diciembre 1980. Para el diagnóstico de Fiebre de Origen Indeterminado se establecieron los siguientes criterios: a) fiebre de 38.3°C b) 2 a 3 semanas de evolución c) diagnóstico

no establecido después de una semana de estudios hospitalarios.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Clasificación de acuerdo a su etiología

Las infecciones fueron las causas más frecuentes de fiebre de origen indeterminado (46%); también las neoplasias son causa de fiebre de origen indeterminado (20%); en algunos pacientes no se establece la causa de la fiebre (34%).

(Ver cuadro No. 1)

DATOS GENERALES:

Sexo:

Hubo leve predominio del sexo masculino, sin relación con la incidencia de fiebre de origen indeterminado

Sexo masculino 8 casos (54%)

Sexo femenino 7 casos (46%)

(Ver cuadro No. 2)

Edad:

La edad osciló entre los 13 y 56 años. El mayor porcentaje de incidencia correspondió al grupo etáreo de 16 a 30 años (46%)

(Ver cuadro No. 2 y 3)

CUADRO CLINICO

Síntomas:

La fiebre fue encontrado como única queja en 7% de los casos; otro 86% tuvo fiebre y otra sintomatología y 7% consulto por dolor dorsolumbar.

(Ver cuadro No. 4)

Signos:

Fiebre fue encontrado en todos los casos (100%) ictericia se observo en 2 casos (14%); adenopatía cervical se encontró en 1 caso (7%); en 6 casos (40%) se observo disociación pulso temperatura.

(Ver cuadro Nos. 4 y 5)

LABORATORIOS:

Se efectuaron exámenes de rutina al ingreso y exámenes especiales ya estando hospitalizados los pacientes.

El recuento y fórmula leucocitaria fueron de utilidad para establecer infección y también se tomo en cuenta la velocidad de sedimentación.

Las pruebas hepáticas fueron de utilidad, indicando la participación del hígado.

La prueba de Widal tiende a ser desvirtuado por ser inespecifica aunque dió títulos altos en 2 casos de fiebre tifoidea.

Se efectuaron 20 hemocultivos siendo 3 positivos para *S. typhi* y uno para *Klebsiella Pneumonia*.

De 8 gotas gruesas efectuadas, 2 fueron positivos para plasmodium.

Se reporto una baciloscopia positivo para BK.

Se infomo un frote periférico positivo para células leucemicas.

(Ver cuadro No. 6).

Días de Hospitalización:

Todos los pacientes estuvieron hospitalizados por lo menos 2 semanas o más, lo cual fue suficiente tiempo para estudiar a cada uno. Durante este tiempo se hicieron los exámenes y se obtuvieron los resultados.

(Ver cuadro No. 7)

Tratamiento:

Los datos de laboratorio dieron diagnóstico definitivo en 10 de los casos estudiados, 8 de los cuales se les dió tratamiento específico con el antibiótico o medicamento apropiado. En 5 de los casos se dió tratamiento con antibióticos (cloranfenicol Ampicilina y Trimetoprim-sulfa) sin tener diagnóstico. 2 de los pacientes en quienes se diagnóstico Cáncer fallecieron.

(Ver cuadro No. 7)

CUADRO No. 1

Clasificación de acuerdo a etiología, porcentaje y sexo "Fiebre de Origen Indeterminado", Hospital Roosevelt Revisión de 15 casos, 1979-1980.

Causas	No. de Casos	Porcentaje	Masculino	Femenino	Porcentaje
Infecciosa	7	46%	3		43%
Neoplasias	3	20%		4	57%
Desconocida	5	34%	3		100%
				3	40%
					60%

CUADRO No. 2

Casos de pacientes por sexo y edad, "Fiebre de Origen Indeterminado, Hospital Roosevelt 1979-1980.

Caso/Pacientes	Sexo	Edad
1	M	19
2	M	19
3	F	20
4	F	13
5	F	36
6	F	56
7	F	24
8	F	16
9	M	17
10	M	14
11	F	37
12	M	37
13	M	17
14	M	37
15	M	26

CUADRO No. 3

Distribución etárea según sexo de pacientes estudiados "Fiebre de Origen Indeterminado", Hospital Roosevelt 1979-1980.

Intervalo años	Mas	Fem	Total
0 - 15	1	1	2
16 - 30	4	4	8
31 - 45	2	2	4
46 - 60	1	-	1
TOTAL	8	7	16

CUADRO No. 4

Signos y síntomas presentados por pacientes, "Fiebre de Origen Indeterminado, Hospital Roosevelt, Revisión de 15 casos, 1979-1980.

Signos/síntomas	No. de ptes que presento:
Cefalea	3
Escalofrío	2
Artralgia	2
Tos	1
Dolor Abdominal	3
Diarrea	5
Vómitos	3
Ictericia	2
Nauseas	4
Taquicardia	13
Disociación pulso/	
Temperatura	6
Dolor Dorsolumbar	1
Adenopatía	1
Soplo Cardíaco	1
Estertores Pulmonares	1
Fiebre	15

CUADRO No. 5

Signos Vitales de pacientes estudiados (ambos sexos) "Fiebre de Origen Indeterminado," Hospital Roosevelt, Revisión de 15 casos, 1979-1980.

Caso/pte	Sexo	Pulso Radial	Frecuencia Cardíaca	Tem o oral C
1	M	75	120	40
2	M	82	82	38.3
3	F	98	116	38.3
4	F	100	120	38.7
5	F	88	112	38.5
6	F	104	104	28.7
7	F	100	100	39
8	F	92	92	38.3
9	M	100	120	39
10	M	104	104	38.7
11	F	98	116	38.6
12	M	116	116	38.5
13	M	120	120	38.8
14	M	136	136	39.7
15	M	104	104	38.6

Resultados de Laboratorio de casos estudiados "Fiebre de Origen Indeterminado", Hospital Roosevelt, Revisión de 15 casos, 1979-1980.

Diagnóstico	Rec.	Hem	Miel	Trans NI - AnI	BBSS NI AnI	GG	Wi	Fp	ZN	V.S.
1.- Fiebre tifoidea	5100	+	+	-	-	-	+	-	-	Elevado
2.- Paludismo - Recidivante	6000	-	-	-	-	+	-	-	-	Elevado
3.- Tuberculosis	4150	-	-	-	-	-	-	-	+	Elevado
4.- Fiebre Tifoidea	1900	+	+	-	-	-	+	-	-	Elevado
5.- F O I	5500	-	-	-	-	-	-	-	-	Elevado
6.- Paludismo	6000	-	-	-	-	+	-	-	-	Elevado
7.- F O I	3050	-	-	-	-	-	-	-	-	Elevado
8.- Fiebre tifoidea Perforada	6000	+	-	-	-	-	-	-	-	Elevado
9.- F O I	5725	-	-	-	-	-	-	-	-	Elevado
10.- Leucemia	4560	-	-	-	-	-	-	+	-	Elevado
11.- OsteoSarcoma	6000	-	-	-	-	-	-	-	-	Elevado
12.- F O I	5000	-	-	-	-	-	-	-	-	Elevado
13.- Cáncer de Pancreas	5800	-	-	+	+	-	-	-	-	Elevado
14.- Neumonía a Klebsiella	6200	+	-	-	-	-	-	-	-	Elevado
15.- F O I	4800	-	-	-	-	-	-	-	-	Elevado

-18-

Rec. - Leucóцитos
- Negativo

Hem - Hemocultivo

Miel - Mielocultivo

Trans. - Transaminasas
+ - Positivo

NI - Normal

AnI - Anormal

BBSS - Bilirubinas

GG - Gota gruesa

Wi - Widal

Fp - Frote periférico

ZN - Zeil Neelsen

VS - Velocidad de sedimentación

Relación entre diagnóstico inicial y final, días de hospitalización y tratamiento "Fiebre de Origen Indeterminado", Hospital Roosevelt, Revisión de 15 casos, 1979-1980.

Caso/Pte	Diagnóstico Inicial	Días Hospitalizado	Diagnóstico Final	Tratamiento
1.-	Fiebre Tifoidea	22	Fiebre Tifoidea	Cloranfenicol
2.-	Paludismo Recidivante	17	Paludismo	Cloroquina - Primaquina
3.-	F O I	21	TB Pulmonar	INH-Strep.
4.-	F O I	17	Fiebre Tifoidea	Cloranfenicol
5.-	F O I	26	F O I	SMT
6.-	F O I	14	Paludismo	Cloroquina - Primaquina
7.-	F O I	32	F O I	Penicilina
8.-	Fiebre tifoidea	30	Fiebre tifoidea Perfor	Cloranfenicol
9.-	F O I	22	F O I	Ampicilina
10.-	F O I	27	Leucemia	Esteroides
11.-	Prob. Dorso-Lumbar	45	Osteosarcoma	Falleció
12.-	Infec. Urin. Crónica	13	F O I	Ampicilina
13.-	F O I	16	Cáncer del Páncreas	Falleció
14.-	Tb. Pulmonar	19	Neumonía a Klebsiella	Gentamicina Clindamicina
15.-	Endocarditis Bacteriana	32	F O I	Penicilina

-19-

F O I - Fiebre de Origen Indeterminado

INH - Isoniacida

SMT - Sulfametoxazole-Trimetoprim

DISCUSION DE RESULTADOS

La fiebre como manifestación de enfermedad es un hallazgo clínico muy frecuente que junto con otros signos y síntomas permite establecer el diagnóstico de enfermedades específicas. Pero en otras ocasiones se puede acompañar de manifestaciones atípicas los que desorientan al médico, prolongan la enfermedad del paciente quien al final tiene que ser sometido a estudios intensivos para establecer la causa de la enfermedad.

Así se constituye en un problema diagnóstico lo cual hace que el médico tenga que estudiar el caso ordenadamente de lo simple a lo complejo para poder establecer el diagnóstico.

El concepto de fiebre de origen desconocido ha sido revisado en varias ocasiones. (8) Al inicio de este trabajo se estableció los criterios usados en este estudio.

De acuerdo a este criterio se estudiaron 15 casos, excluyendo los otros 45 casos que inicialmente se habían incluidos a lo largo de este estudio.

De los 15 casos estudiados, 7 fueron del sexo femenino y 8 del sexo masculino, lo cual carece de significado clínico.

El grupo más afectado fue el de la segunda y tercera décadas; las edades flucturaron entre 13 y 56 años lo que demuestra que este síndrome puede atacar a cualquier edad.

La evaluación inicial de pacientes con fiebre de origen indeterminado debe de incluir una buena historia clínica y un cauteloso examen físico. El paciente debe ser reevaluado constantemente lo cual orientará al uso ordenado de los exámenes

de laboratorio.

La fiebre se presentó en los 15 casos estudiados (100%) ya sea al inicio o durante el transcurso de la enfermedad. Un paciente (7%) consultó únicamente por fiebre; un paciente (7%) consultó por dolor dorsolumbar; 13 pacientes (86%) consultó por fiebre y otra sintomatología (cefalea, náuseas, vómitos, escalofríos, dolor abdominal etc.) Los hallazgos encontrados en estos pacientes (ictericia, taquicardia, disociación pulso temperatura, adenopatía además de la fiebre hacen el diagnóstico diferencial difícil. En un paciente quien consultó por dolor dorsolumbar con dificultad a la marcha quien posteriormente presentó fiebre, fue difícil establecer el diagnóstico por los pocos hallazgos clínicos y datos de historia. En este paciente ulteriormente se diagnosticó osteosarcoma por medio de biopsia de hueso.

La disociación pulso temperatura que en la actualidad tiende a ser hallazgos clínicos no válido, se presentó en todos los pacientes en quienes se confirmó fiebre tifoidea.

Los exámenes de laboratorio constituyeron un factor importante para establecer el diagnóstico final. La velocidad de sedimentación se encontró elevada en todos los casos, siendo un indicador de enfermedad oculta. (3) El recuento de glóbulos blancos se encontró bajo (1200-6000 glóbulos blancos por mm^3 en pacientes con fiebre tifoidea.

Las pruebas hepáticas (transaminasas, bilirubinas, fosfatasa alcalina) y pancreáticas amilasa, lipasa se efectuaron en un paciente encontrándose elevadas por lo cual se tomaron como significativos. En este paciente posteriormente en la paratomía exploradora se comprobó cáncer de la cabeza del

pancreas.

La reacción de Widal por su inespecificidad tiende a ser descartada, dio titulaciones altas en 2 casos de fiebre tifoidea.

Se efectuaron 20 hemocultivos de los cuales 3 fueron positivos para *Salmonella Typhi* y uno para *Klebsiella Pneumoniae*. A cada paciente se le efectuó por lo menos un hemocultivo y a un paciente a quien se le sospechó Endocarditis Bacteriana post cateterismo se le efectuaron 5 exámenes seriados todos estériles. En este paciente nunca se aisló ningún germen y la fiebre cedió espontáneamente.

En 2 pacientes se confirmó Fiebre Tifoidea por medio del mielocultivo. Se ha señalado que este examen es más específico que el hemo y coprocultivo para aislar *S. Typhi*. En nuestro estudio tuvo 25% de positividad.

De 8 gotas gruesas efectuadas 2 fueron positivas para *Plasmodium*. A un paciente se le efectuó 2 gotas gruesas en el hospital Roosevelt reportados negativos y debido a que persistía con fiebre se le efectuaron 2 gotas gruesas en el SNEM reportados positivos. Esto demuestra que la gota gruesa es efectiva siempre y cuando sea examinado por técnico competente.

En un paciente se confirmó Tuberculosis por medio de baciloscopia de esputo con tinción de Zeil Neelsen.

La biopsia de hueso efectuado a paciente quien consultó por dolor dorsolumbar quien posteriormente presentó fiebre confirmó osteosarcoma. Esta biopsia fue efectuada un mes después de haber ingresado el paciente. Este recurso deberá ser usado tempranamente como se reporta en otros estudios (14).

El frote de sangre periférica sirvió para diagnosticar Leucemia en un paciente. Este exámen de laboratorio es fácil de hacer, económico, y efectivo siempre y cuando es examinado por persona competente.

La laparatomía exploradora es el recurso final para investigar fiebre de origen indeterminado siempre que se encuentren hallazgos abdominales (pruebas hepáticas alteradas, masas, evidencia de rayos X, etc.). Se efectuaron 2 laparatomías exploradoras haciendo diagnóstico de fiebre tifoidea perforada y cáncer del páncreas.

Los pacientes estuvieron hospitalizados el tiempo suficiente para hacerles los estudios de laboratorio (de 2 a 3 semanas de acuerdo al criterio de este trabajo).

Se estableció el diagnóstico en 10 de los pacientes estudiados, en 8 de los cuales se dió tratamiento específico (antibiótico según sensibilidad) y esteroide en un caso. A 3 pacientes se les dió tratamiento con cloranfenicol al establecer que padecían de fiebre tifoidea; en 2 casos de paludismo confirmados se dió tratamiento con antipalúdicos. Se dió tratamiento con antituberculostáticos a un paciente. 2 de los pacientes en quienes se diagnosticó neoplasia se deterioraron muy rápido y fallecieron. En 5 casos no se confirmó el diagnóstico y se les dió tratamiento con antibióticos. (Ver cuadro No. 7)

Creemos que es muy importante establecer el diagnóstico para así poder dar tratamiento específico y evitar el uso indiscriminado de antibióticos. Esto como sabemos aumenta la resistencia a los antibióticos y representa un gasto innecesario al paciente.

Todo paciente con fiebre de origen indeterminado debe de ser estudiado individualmente. Es importante una buena historia clínica y un cuidadoso exámen físico. El paciente debe ser evaluado constantemente y los exámenes de laboratorio deben efectuarse en una manera ordenada. Se debe establecer el diagnóstico definitivo antes de iniciar tratamiento terapéutico (5).

En los pacientes estudiados en esta serie como se comprueba en el cuadro No. 6 la impresión clínica de ingreso comparada con el diagnóstico final tuvo 60% de error.

En este estudio en 5 casos no se determinó la etiología de la fiebre. En algunos casos la fiebre puede desaparecer espontáneamente después de semanas o meses sin descubrir la etiología (8).

El pronóstico de los pacientes con fiebre de origen indeterminado depende de la destreza del médico tratante para llegar a establecer el pronto diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento adecuado. También es importante que el paciente acuda tempranamente al hospital.

Comparando este estudio con estudios hechos anteriormente (1, 4, 14, 18) vemos que la mayoría de pacientes que ingresan por fiebre de origen indeterminado realmente no caben dentro de este diagnóstico. Las infecciones y las neoplasias siguen siendo las causas más frecuentes de fiebre de origen indeterminado. En otros casos no se logra establecer la causa de fiebre. En este estudio no se comprobó la causa de fiebre en el 33% de los casos.

CONCLUSIONES

- 1.- Las enfermedades infecciosas (fiebre tifoidea, paludismo, tuberculosis y las neoplasias siguen siendo las causas principales de fiebre de origen indeterminado.
- 2.- Los exámenes de laboratorio son importantes para establecer el diagnóstico de fiebre de origen indeterminado usados en forma ordenada y juiciosa.
- 3.- En el 33% de los casos no se comprobó la causa de la fiebre con lo cual se confirma nuestra hipótesis.
- 4.- Es importante hacer una buena historia clínica y un cuidadoso examen físico a todos paciente con fiebre de origen indeterminado.
- 5.- Es importante estudiar a cada paciente con fiebre de origen indeterminado en forma individual y constantemente.
- 6.- La fiebre no es una urgencia médica por lo cual no debe ser tratada empíricamente, especialmente en lo que se refiere a antibióticos.
- 7.- El pronóstico del paciente con fiebre de origen indeterminado depende del pronto diagnóstico de la enfermedad que padece.

RECOMENDACIONES

El problema de fiebre de origen indeterminado en Guatemala cobra un mayor interés debido a que varias enfermedades infecciosas continúan teniendo una gran prevalencia. Sin embargo a la fecha hay muy poca información sobre de este síndrome por lo cual creo útil hacer la siguiente recomendación:

- 1.- Sabiendo que la fiebre no constituye una urgencia médica, el médico tratante debe de agotar de todos sus conocimientos y materiales a su alcance para llegar a un diagnóstico definitivo para así no dar tratamiento empírico.
- 2.- Fomentar estudios de fiebre de origen indeterminado y que este síndrome es relativamente frecuente en Guatemala.
- 3.- Que el médico le da mucha importancia al historia clínica y el examen físico en pacientes con fiebre de origen indeterminada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Archila Melendez, Gustavo, "Fiebre de Origen Desconocido" Tesis de Graduación, Fac. de Ciencias Médicas, USAC, Nov. 1976.
- 2.- Blakiston's Illustrated Medical Dictionary, 2nd edition, McGraw Hill Book Co. Inc. New York, USA 1960.
- 3.- Calderon, Ernesto, "Estudio prospectivo de pacientes con fiebre prolongada", Bol. Med. Hosp. Inf. de México, Vol. 12 Nov. 1975.
- 4.- Cruz Gordillo, Luis "Fiebre de Origen Indeterminado", Tesis de Graduación, Fac. de CC.MM., USAC, Sept. 1977.
- 5.- Deal, William, "Fever of Undetermined Origin" Analysis of 34 patients, postgraduate medicine, Nov. 1971.
- 6.- Deller, John, An análisis of fevers of Undetermined Origin in American soldiers in Vietnam, Annals of Internal Med. Vol 66 No. 6 June, 1967.
- 7.- Gleckman, Richard, Fever of Unknown Origin - The Value of Abdominal Exploration, Postgraduate Medicine, Vol 62, July 1977.
- 8.- Harrison, "Principles of Internal Medicine", 9th ed. - McGraw Hill Book Co. Inc. New York, 1980.

- 9.- Howard, P Jr. et al, "Diagnostic evaluation of patients with Fever of Undetermined Origin", Southern Medical Journal, July 1976.
- 10.- Jacoby, G A, Swartz, MN, "Fever of Undetermined Origin", New England Journal of Medicine, December 27, 1973.
- 11.- Jawetz, Ernest, "Review of Medical Microbiology", 12th ed., Lange Medical Publications, Calif. USA 1976.
- 12.- Keller, William, "Laparotomy for unexplained fevers", Archives of Surgery Vol 90, 1965 pp. 494-498.
- 13.- Molavi, A, Weinstein, L: Persistent hyperpirexia of obscure Origin - some commentaries on etiology and diagnosis, Medical Clinics of North America, March 1970.
- 14.- Petersdorf, R.G. and Beeson, P.B. "Fever of Unexplained Origin:" Report on 100 cases, Medicine 40: 1, 1961.
- 15.- Robbins, Stanley, "Pathologic Basis of Disease", 1st ed. - W.B. Saunders Co., Phil, USA, 1974.
- 16.- Serafin, Francisco, Síndrome Febril de etiología por determinar. Bol Med. Hosp. Infantil, México, Vol 35: Ene Febr 1976 pp 79-89.
- 17.- Sheon, Robert P and R. A. Van Omen: Fever of Obscure Origin: Diagnosis and treatment based on a series of sixty cases, amer. Journal of Med. 34: 486, 1963.

18.- Sheon, Robert, Fever of Obscure Origin: Amer, Journal of Med. Vol. 34 April 1963.

19.- Suroz, J. "Semiología Médica y Técnica Exploratoria". 6a. Ed. Salvat Editores, S.A. Barcelona, España 1978.

Br. BW Barboza
BALDOMINO BARBOZA

Leon Avila
Leon Avila

Dr. Marco Vinicio Donis
Marco Vinicio Donis

heim
heim

Dr. Raúl Castillo Rodas
Secretario
Raúl Castillo Rodas

Dr. Rolando Castillo Montalvo
Decano.
Rolando Castillo Montalvo