

Estudio Epidemiológico y Clínico Fiebre Tifoidea

M. Nisman S. *

G. Miranda G. **

MATERIAL EMPLEADO

El propósito de este estudio es el ratificar viejos conceptos clínicos y con un enfoque epidemiológico propio, obtener conclusiones de nuestro problema y de su dificultad en el diagnóstico. La tifoidea aunque es una enfermedad frecuente en nuestro medio, es a veces olvidada, sobre todo ahora que se va creando un pragmático reflejo mental de que fiebre es sinónimo de antibióticos de amplio espectro, sin un estudio clínico adecuado y menos aún laboratorio. El material empleado son los enfermos atendidos con el diagnóstico de fiebre tifoidea en el Hospital Central del Seguro Social de 1952 a 1964, advirtiendo que es un Hospital General, no especializado en enfermedades infecto-contagiosas. Efectuaremos un estudio epidemiológico de 195 casos que ingresaron en el lapso de 12 años y el clínico de 30, atendidos en los últimos 3 años y que tenían un estudio completo.

EPIDEMIOLOGIA.

1. PROCEDENCIA:

De la Provincia de San José son 159 casos y de ellos la mayoría del área metropolitana.

En el mapa podemos observar focos intensos en el Sur alrededor de los Ríos María Aguilar, Oloro y Tiribí. En el Norte, Guadalupe y el Barrio México adyacentes al Río Torres. Es evidente que las aguas contaminadas de estos ríos siguen siendo el foco infeccioso para áreas de mayor concentración de población, dado el crecimiento de la Capital.

2. INCIDENCIA:

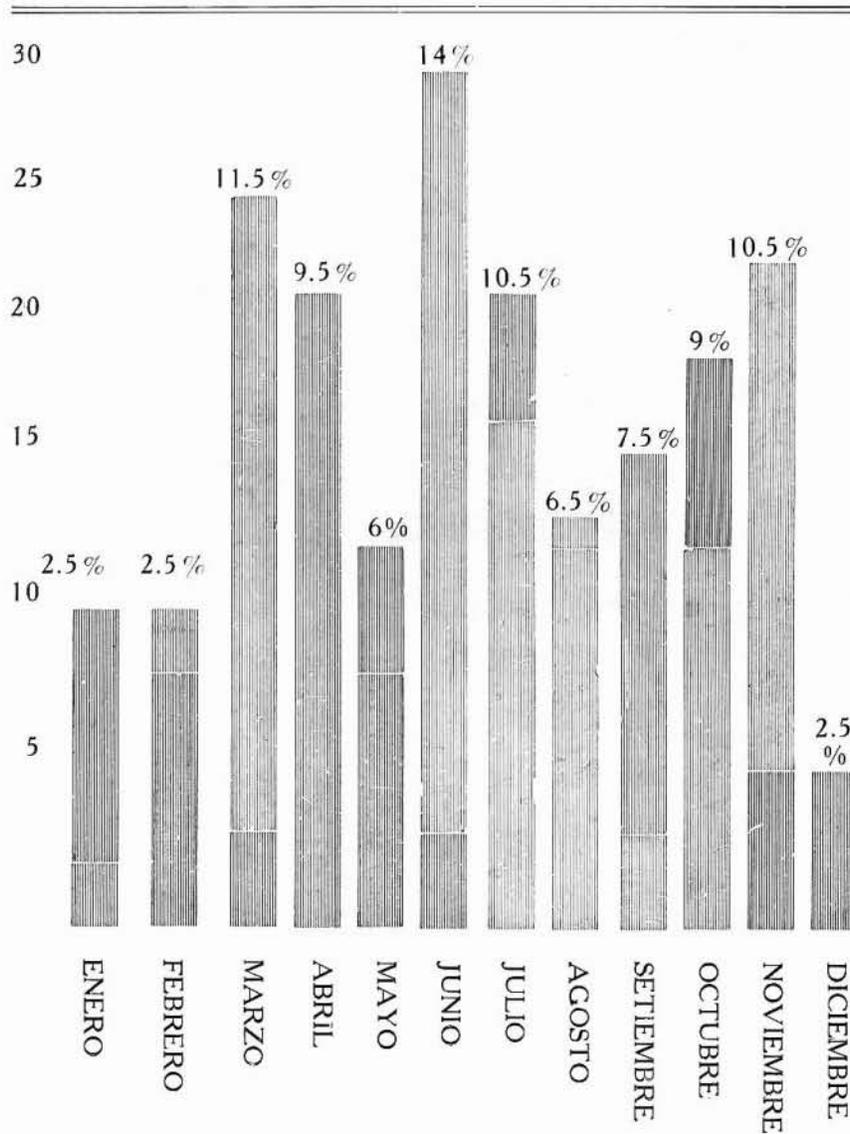
La enfermedad se presentó todo el año, pero con picos marcados de aumento en los meses de marzo y junio y menos en noviembre. El aumento de moscas en los meses de verano y el arrastre de sedimentos orgánicos depositados por la estación lluviosa, pueden ser las explicaciones de lo observado. (Cuadro II).

* Sección de Medicina, Hospital Central de la Caja Costarricense del Seguro Social.

CUADRO I. B.
PROCEDENCIA

SAN JOSE :	Centro		32.5%
	Desamparados		13.5%
	Guadalupe		9%
	Alajuelita		4%
	Paso Ancho		3.5%
	Coronado		3%
	San Sebastián		3%
	Escazú		2.5%
	Santa Ana		2.5%
	Tibás		2%
	San Pedro		1.5%
	Pavas		1.5%
	Dos Ríos		1.5%
	Curridabat		0.5%
HEREDIA :			
	Santo Domingo		3.5%
	Centro		1.5%
	Santa Bárbara		0.5%
	San Antonio de Belén		0.5%
CARTAGO :			
	Centro		3.5%
	Turrialba		2.5%
	Florencia		1%
OTROS :			
	Grecia		0.5%
	Siquirres		0.5%

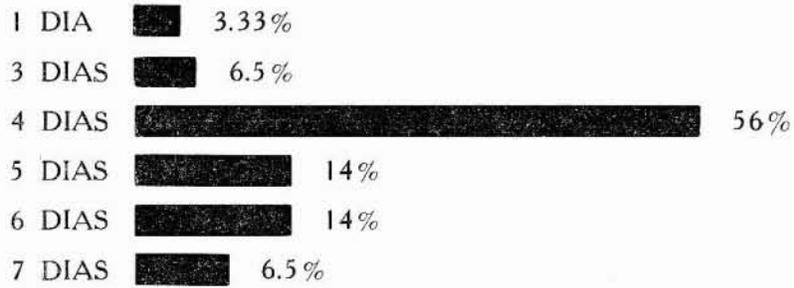
CUADRO II
DISTRIBUCION POR MESES



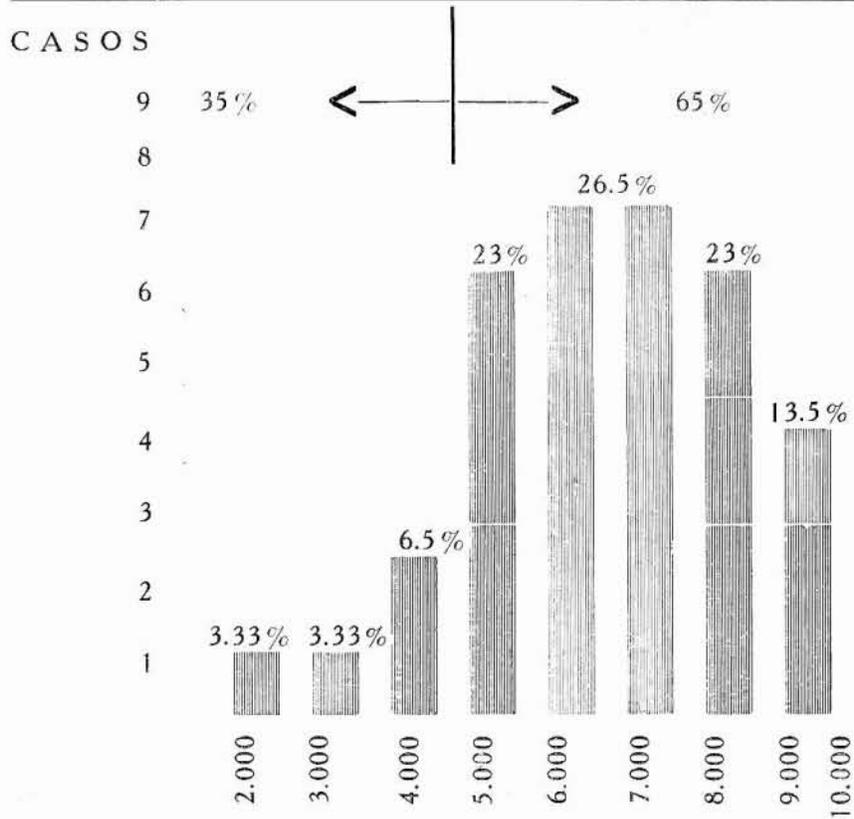
CUADRO CLINICO

Los síntomas con que se presentaron no son categóricos de ninguna enfermedad. Son inespecíficos en su desarrollo como en cualquier cuadro infeccioso. Sin embargo, en el decurso de los días, se hacen prominentes la fiebre y la cefalea. (Cuadro III). En la exploración, el bazo palpable se presentó en el 63% de los casos, siempre de aumento mínimo o discreto, de muy difícil palpación en muchos casos,

CUADRO V
EVOLUCION DE LA FIEBRE
CON EL TRATAMIENTO



CUADRO VI
FORMULA BLANCA EN LA
PRIMERA DETERMINACION



PRUEBAS DE LABORATORIO.

a) LA FORMULA BLANCA INICIAL fue poco característica y no de acuerdo con lo que dicen los libros de texto, que se caracteriza por leucopenia con eosinopenia y desviación a izquierda; pero de acuerdo con los últimos trabajos publicados (9), que encontraron valores mayores a 6.000 en el 78% de los casos. (Cuadro VI). El 35% de las primeras determinaciones dio valores menores de 6.000 y el 13%, menores a 5.000. La mayoría, 65%, tenían valores normales, o mayores a ellos. Sólo en 18 casos habían bandas (60%) en valores de 2 a 20%; en 8 casos (27%), había eosinófilos de 1 a 10, generalmente relacionado a parasitosis múltiple; se vio también la aparición de eosinófilos en una segunda determinación en 10 casos más.

b) REACCIONES SEROLOGICAS:

El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la aparición de reacciones febriles positivas, tomando como positivo Antígeno O 1:160 o más, fue lo más variable, como podemos ver en el Cuadro VII. En muchos casos nunca fueron positivos en valores aceptables (antígeno O 1/160) cuando ya el cuadro clínico había mejorado con el tratamiento y no ascendieron en controles posteriores (algunos de ellos con hemocultivo positivo). En otros, inicialmente los valores fueron elevadísimos (el flagelar I en 2500 y el somático I en 320), ya a los pocos días de iniciado el cuadro clínico sugestivo, para descender con el tratamiento y en otros casos al contrario, elevarse. Se observó que en algunas ocasiones los hemocultivos fueron positivos mucho antes que las reacciones febriles. En 16 casos, el antígeno flagelar fue elevado al inicio y en otros 16, el somático. Los valores fueron siempre bajos en cuadros floridos y en un caso de tifoidea adquirido en Valparaíso de Chile, los valores fueron elevadísimos (H=1/640 y O=1/1280). En el resto, sólo 4 casos llegaron en toda su evolución a 640 el somático y en 8 a 320 (38%); con el flagelar: 4 llegaron a 1/2560, 3 a 640 y 4 a 320 (34%). Debemos hacer la observación que en nuestro Hospital se emplean antígenos preparados en el exterior, lo que demuestra la necesidad de disponer de antígenos de cepas nacionales como otros autores los han usado (5), que lógicamente tienen mayor especificidad. En conclusión, sólo en el 72% de los casos, en alguna etapa de su evolución, las reacciones antigénicas tuvieron valores aceptables para el diagnóstico de enfermedad, ya que hay grupos de antígenos de salmonelas y reacciones cruzadas con especies del mismo grupo y con otros microorganismos. Dos casos típicos de la dificultad en hacer el diagnóstico por la Serología, fueron:

1. Niña de 14 años con cuadro febril y esplenomegalia, cuyo hemocultivo fue positivo el día 9 del cuadro febril, mientras las reacciones febriles fueron positivas (O= 1/160) a los 15 días.
 2. El padre de un niño que estuvo internado 2 meses antes por tifoidea (diagnóstico por hemocultivo) vino 15 días después de iniciar sus molestias con cefaleas y fiebre.
-

Las reacciones febriles fueron positivas 10 días después, mientras la fiebre cayó a las 24 horas de iniciar el tratamiento.

HEMOCULTIVO:

Efectuado en 15 casos, fue positivo en 5 casos y negativo en 10.

ORINA:

En 29 casos se presentó albuminuria, sin otras alteraciones en el examen urinario de rutina.

RESUMEN Y CONCLUSIONES:

- a. La tifoidea continúa siendo una enfermedad de relativa frecuencia en nuestro medio.
 - b. Es indispensable practicar a todo cuadro febril, muy especialmente a aquellos que ingresan a una institución hospitalaria, un estudio completo clínico y de laboratorio antes de iniciar un tratamiento al azar, si se desea establecer un diagnóstico preciso.
 - c. Los Ríos María Aguilar, Ocloro y Torres que atraviesan la Ciudad, siguen siendo los focos infecciosos.
 - d. La enfermedad es más frecuente a fines del verano y al comienzo de la estación lluviosa.
 - e. La fiebre y la cefalea son los síntomas prominentes. El signo más constante fue la esplenomegalia mínima o discreta.
 - f. Entre 30 casos demostrados hubo tres perforaciones, con dos muertes, ambos intervenidos quirúrgicamente.
 - g. Un tercio de los hemocultivos practicados fue positivo.
 - h. Las llamadas aglutinaciones febriles son el procedimiento de mayor veracidad para el diagnóstico de la enfermedad. Mayor positividad se encontró después de la segunda semana, aunque en algunos casos fueron positivas precozmente.
 - i. Se insiste en la necesidad de disponer de antígenos preparados con cepas nacionales, en vista de las bajas titulaciones obtenidas.
-

BIBLIOGRAFIA NACIONAL.

- 1.—BRENES Ibarra, A.
Complicaciones y Mortalidad en un grupo de 253 casos de Fiebre Tifoidea.
Revista Médica de Costa Rica. 222:204, 1952.
- 2.—BRENES Ibarra, A.
Hemograma, hemocultivo y reacción de aglutinación de Widal, en 253 casos de Fiebre Tifoidea.
Revista Médica de Costa Rica 235: 61, 1953.
- 3.—BRENES Ibarra, A.
Tuberculosis como factor responsable de reacciones positivas de Widal y W. Félix.
Revista Médica de C. R. 239: 61, 1954.
- 4.—HIDALGO, O.
Fiebre Tifoidea Atípica.
Revista Médica de C. R.: 252, 65, 1955.
- 5.—HIDALGO, O.
Un caso de Fiebre Tifoidea Atípico.
Revista Médica de C. R. 530: 18, 1963.
- 6.—KAPLAN, M. y Berenheim, R.
Estudio de 50 casos de Fiebre Tifoidea.
La Semaine des Hospitiaux. 48: 2035, 1961.
- 7.—MIRANDA, G.; Romero, A.
Curva febril en Fiebre Tifoidea. Actas Moreno Cañas, 1950.
- 8.—ROMERO, A; Echandi, A.; Badilla, H.
Estudio serológico en pacientes con fiebre tifoidea. Influencia de la antibioticoterapia en la respuesta inmunológica y vacunación coadyuvante.
Biología Tropical. 10: 29, 1962.
- 9.—SALUBRIDAD refuta el origen hídrico del brote de Tifoidea en Aranjuez.
Revista Médica de C. R. 2: 57, 1933.