

Un caso de fiebre tifoidea atípica ***Dr. Oscar Hidalgo Murillo****Sumario:**

- a) Identificación.
- b) Antecedentes Heredo-Familiares.
- c) Antecedentes personales.
- e) Enfermedad actual.
- f) Aparatos.
- g) Terapéutica empleada.
- h) Exploración física.
- i) Laboratorio y Gabinete.
- j) Evolución.
- k) Temperatura.
- l) Terapéutica.
- m) Diagnóstico.
- n) Conclusiones.

Identificación:

Z. C. S. 23 años.
Nació en S. Isidro de Coronado, Casada.
Reside en Cinco Esquinas, Tibás. Oficios domésticos.
Ingresó el 23 de abril, 52. Medicina de Mujeres, Sala Josefa de Peralta. Hospital S. J. de Dios.

Antecedentes heredo-familiares:

Padre vive, es sano, tiene 50 años.
Madre vive, es sana, tiene 48 años.
Tiene cinco hermanos sanos.

Antecedentes personales:

Descalza hasta los 15 años de edad.
Referencias higiénico-dietéticas aceptables.
Padece sarampión y tosferina.
Nunca ha vivido en zona palúdica.

(*) Trabajo presentado en la Reunión N° XVIII celebrada por el Centro de Estudios Médicos "Ricardo Moreno C.", el viernes 21 de noviembre de 1952.

Tiene una hija de 6 meses, sana; no ha abortado.
Tabaquismo discreto desde hace 3 años.
Apedicectomizada hace dos años.
No se ha vacunado contra fiebre tifoidea.
Alérgica a pescado y aspirina (?).

Enfermedad actual

Hace cinco días, sin causa aparente, notó que orinaba rojizo, pero sin acusar dolor ni ninguna otra manifestación urinaria, síntoma que persiste hasta el momento actual.

Al día siguiente apareció fiebre bruscamente, y desde entonces se ha mantenido entre 39 y 40 grados C. Llama la atención que el interrogatorio acucioso no logra obtener datos positivos referentes a su padecimiento.

Aparatos

Cardio-vascular, nervioso, respiratorio y digestivo, negativos.

Genital: leucorrea, amenorrea de dos meses, que no coexiste con otros síntomas de gestación.

Terapéutica empleada

Se han puesto varias inyecciones de Coaguleno y de Vitamina K.

Exploración física

Día de ingreso.—Se trata de una mujer joven, de constitución normolínea, con buena complexión, adaptada al medio, con pulso con frecuencia de 120 por minuto y de caracteres normales. Temperatura de 40 grados C. T. A. de 115 Mx y 85 Mn.

Las mucosas conjuntival, nasal y buco-faríngea están secas; las piezas dentarias no presentan datos patológicos; el cuello es negativo a las maniobras exploratorias.

Area precordial y campos pulmonares sin datos anormales, auscultación de ruidos cardíacos y respiratorio normal.

En el abdomen se aprecia cicatriz quirúrgica no reciente, en la fosa iliaca derecha; áreas hepática y esplénica normales, palpación indolora, percusión normal.

Tacto vaginal: genitales externos normales, fondos de saco indoloros, retroversión uterina grado III; hay flujo blanco abundante.

Exámenes de Orina

24 de abril

Albúmina mucha.
 Leucocitos pocos.
 Eritrocitos pocos.
 Células Epiteliales .. muchas.

16 de mayo

Albúmina poca.
 Leucocitos pocos.
 Eritrocitos pocos.
 Células Epiteliales .. pocas.

24 de mayo

Albúmina trazas.
 Leucocitos pocos.
 Eritrocitos pocos.
 Células Epiteliales .. pocas.

26 de mayo

Albúmina trazas.
 Leucocitos pocos.
 Eritrocitos no hay.
 Células Epiteliales .. pocas.

Hemogramas

25 de abril

Hemoglobina ... 12 g.
 Eritrocitos 3.590.000.
 Leucocitos 4.800.
 Segmentados ... 52.
 En banda 23.

5 de mayo

Leucocitos 7.000.
 Segmentados ... 54.
 En banda 0.

7 de mayo.

Leucocitos 4.080.
 Segmentados ... 59.
 En banda 6.

24 de mayo.

Hemoglobina ... 8.5 g.
 Eritrocitos 2.820.000.
 Leucocitos 6.840.
 Segmentados ... 54.
 En banda 0.

V. D. R. L y Kahn:

Negativas.

Investigación de
 Bacilo de Koch
 en Orina.
 Negativa.

Examen
 Coprológico.
 Ascaris Lumbricoides.

Reacción de
 Aglutinación
 (Widal)

30 de abril

Antígeno O positiva 1/640.
 Antígeno H negativa.

3 de mayo.

Antígeno O positiva 1/640.
 Antígeno H positiva 1/320.

9 de mayo.

Antígeno O positiva 1/1280
 Antígeno H positiva 1/1280

15 de mayo.

Antígeno O positiva 1/640.
 Antígeno H positiva 1/1280

Urocultivo

14 de mayo

Negativo por salmonella.

Radiografías

25 de abril

Radiografía de Pulmones:
Acentuación del arco pulmonar,
campos pulmonares despejados.

25 de abril

Pielograma: Eliminación renal
izquierda defectuosa, con cálices
y pelvis a rebordes difusos y mal
limitados. Necesario hacer exa-
men de orines separados.

8 de mayo.

Radiografía Simple de Abdo-
men y Pielograma: Pequeño de-
fecto de repleción en el tercio
medio ureteral derecho, dando
el aspecto de un pequeño cálcu-
lo transparente.

**Estudio Urológico
Completo por
Especialista**

26 de mayo.

Por cistoscopia la vejiga es nor-
mal, con ambos orificios uretera-
les normales. Se cateterizan am-

bos uréteres sin dificultad. Riño-
nes normales. La uretra está in-
flamada. El cálculo ureteral de-
recho que se sospecha debe con-
trolarse periódicamente (cada
cuatro meses). Actualmente no
está dando retención renal, y de-
be tratarse con un método con-
servador.

Diagnóstico: Ureteritis crónica,
sospecha de cálculo ureteral de-
recho, no opaco a rayos equis.
No hay evidencia de tuberculo-
sis urinaria ni de neoplasia. Se
sugiere estudio ginecológico.

Tacto Vaginal

27 mayo.

Vulva normal, cuello blando di-
rigido hacia arriba, útero blando
en retroversión III grado, fon-
dos de saco no dolorosos, leu-
correa.

Impresión: embarazo de dos me-
ses (?).

Sugerencia: Calli Mainini (no
se hizo)

Evolución

Aparte del descenso en las condiciones generales de la pa-
ciente, palidez, astenia y adinamia, se halló como dato importante
y único, esplenomegalia moderada en el segundo septenario.

Terapéutica

Penicilina, dihidroestreptomina, cloromicetina, vitamina C,
vitamina K, suero salino normal, suero glucosado normal.

Diagnóstico

Fiebre tifoidea atípica.

Conclusión

Evidentemente que el presente caso es insólito al catalogarse como de fiebre tifoidea, ya que si bien se cita en la literatura la acción del bacilo de Eberth en el riñón, no se describe en lo que hemos podido revisar, ningún caso rico en detalles clínicos ni de laboratorio. Encontramos referencias de que las nefritis son muy raras; cuando existen tienen carácter hemorrágico, pueden hacerse crónicas y producen elevada mortalidad. Nuestro caso en verdad que no se encuadra a este respecto, ya que dista mucho de poderse considerar como nefritis clínicamente.

Cecil y Costero mencionan la entidad como rara, pero sin descripción clínica ni patológica.

El cuadro renal parece ser el que inició la enfermedad, condición que si considera Cecil denominándola nefrotifus, pero si llegamos a considerar la hematuria en este caso, no se debe olvidar que si se ha descrito la fiebre tifoidea hemorrágica grave por esta circunstancia, consistiendo en epistaxis, gingivorragia, hematemesis, proctorragia, hematuria y metrorragias.

La obra clásica de Enríquez, enumera como alteraciones renales en la fiebre tifoidea, pionefrosis, abscesos y a veces infarto, pero nuestro ejemplo no parece tener posibilidades de compararse a estas entidades. Y como complicación, cita la nefritis hemorrágica o nefrotifus, de la que existe como única descripción, la muy discreta de Gubler y Robin: diarrea no abundante, gran abatimiento, adinamia, palidez térrea, epistaxis abundantes, muy alta temperatura, gravedad considerable.

Resumiendo: Creemos de importancia esta observación: que se trata sin duda de fiebre tifoidea, de cuadro clínico atípico. Por tener como síntoma inicial hematuria, por tener en este caso estudio completo de clínica y laboratorio, pareciéndonos se: el primero que así estudiado se presenta como trabajo especial.
