

SÍNDROME FEBRIL DE LARGA DURACIÓN: APORTACIÓN DE CASUÍSTICA PERSONAL

J. Rodríguez Castro*, A. Martín Farfán**

*Med. Adj. Servicio de Medicina Intensiva. Unidad de Urgencia. **Med. Adj. Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

Hemos analizado 305 historias de enfermos con síndrome febril de larga duración. Se seleccionaron dos grupos, uno cuyo diagnóstico se obtuvo antes del 7.º día con 181 pacientes, y otro de 124 pacientes con criterios de Fiebre de origen desconocido (FOD). El Síndrome Febril Prolongado (SFP) incluyó 77 mujeres y 104 hombres, con una edad media de 40,15. Los diagnósticos fueron: 119 infecciones, 7 neoplasias, 8 colagenosis y 47 misceláneas. Al diagnóstico se llegó en 47,06 días ($p > 0,05$). La FOD incluyó 60 mujeres y 64 hombres, con una edad media de 45,70. Los diagnósticos fueron: 45 infecciones, 26 neoplasias, 17 colagenosis y 36 misceláneas. El tiempo medio transcurrido hasta el diagnóstico fue de 86,27 días ($p < 0,001$). El estudio comparado del SFP y FOD mostró diferencias muy significativas ($p < 0,0001$) entre los distintos grupos. Los niveles de rentabilidad de los complementarios utilizados fue patente en los estudios radiológicos, anatomopatológicos y endoscópicos. No existieron diferencias significativas entre nuestros resultados y lo recogido en la literatura mundial ($p > 0,05$).

Introducción

Constituye un cuadro clínico frecuente y generador de dilatadas estancias hospitalarias, así como un reto diagnóstico, tanto para el médico de urgencias como para el internista. Aparece bajo dos formas: como síndrome febril prolongado (SFP)^{4, 20}, consistente en cuadro febril superior a 38 grados de más de 21 días de evolución, sin signos ni síntomas orientadores, al que

se llega a diagnosticar en menos de 7 días de estancia hospitalaria; o como Fiebre de Origen Desconocido (FOD) con los criterios descritos en 1960 por Petersdorf y Beeson¹⁶.

Ambos síndromes con expresión común a multitud de enfermedades, cuyo diagnóstico etiológico es complejo y variable según la zona de la que proceda el enfermo^{9, 15}, la edad, e incluso el nivel científico-técnico del hospital en que se encuentra ingresado el paciente.

En algunos casos la fiebre puede autolimitarse sin llegar a un diagnóstico definitivo, formas éstas que conllevan un mejor pronóstico^{4, 8}; en otras ocasiones se trata de diagnósticos etiológicos que se sospechan, a veces incluso precozmente, pero que manifestaciones atípicas o el desconocimiento de alteraciones clínicas o analíticas sutiles o la discordancia clínica/complementarios hacen que se retrase el diagnóstico⁸.

El índice general de mortalidad de los síndromes febriles de larga duración oscila entre el 20-30 % en adultos, siendo sensiblemente más baja en pediatría^{3, 12, 16, 19}. De los casos sometidos a necropsia, hasta un 80 % de las causas son potencialmente curables, como tuberculosis con radiología negativa, tuberculosis críptica¹⁸, endocarditis infecciosa y sepsis¹³, leucosis, leishmaniosis, etc. La insuficiente valoración de un resultado positivo, la omisión de una prueba complementaria claramente indicada y una historia clínica poco precisa, suelen ser los factores que con mayor frecuencia se aprecian entre los sujetos que se necropsian sin diagnóstico previo⁸.

Por este motivo nos proponemos una doble tarea, por una parte analizar los grupos etiológicos diagnósticos del citado síndrome en nuestro medio, evaluando su mortalidad y morbilidad, así como la rentabilidad de los complementarios diagnósticos utilizados; y por otra parte comparar nuestra casuística con los da-

Correspondencia: Dr. Juan Rodríguez Castro
C/ Magistrado Salvador Barberán n.º 18, bloque IV, 3.º D
29010 Málaga

tos aportados en la literatura científica médica mundial, desde la primera descripción publicada por Alt en 1930².

Material y métodos

Se han revisado retrospectivamente 305 historias clínicas de enfermos ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga (Prof. Dr. Juárez Fernández) entre enero de 1980 y diciembre de 1991, que reunían los criterios de: «pa-

cientes ingresados de más de 8 años de edad, con cuadro febril mayor a 38.°C y duración superior a 21 días, que presentaban anamnesis y exploración normal o anodina, y a los que se les había practicado determinación de analítica y radiología elemental sin llegarse a un diagnóstico». De las historias seleccionadas, 168 correspondían a hombres y 137 a mujeres, cuya distribución por edades se observa en la Tabla I.

Se efectuó una recogida de información que incluía, además de los datos de filiación, la duración del proceso, los complementarios previos al ingreso, esquema del ritmo febril, antecedentes patológicos, días a los que se llegó el diagnóstico, y método empleado, así como el diagnóstico obtenido.

Según los días a los que se llegó el diagnóstico se seleccionaron las historias en dos grupos: uno de ellos con 181 pacientes (104 hombres y 77 mujeres) que fueron diagnosticados o se autolimitaron en menos de 7 días de estancia hospitalaria, y otro grupo de 124 pacientes que cumplían los criterios de FOD de Petersdorf y Beeson¹⁶. Todos los cuadros etiológicos se agruparon en cuatro grandes grupos sindrómicos: 1. Infeccioso. 2. Neoplasias. 3. Colagenosis y 4. Miscelánea, este cuarto grupo, amplio y heterogéneo, abarca no sólo a los procesos febriles que se autolimitan, sino a los procesos sindrómicos que quedan sin diagnóstico, así como otras etiologías de difícil clasificación.

A fin de facilitar la recogida de complementarios, se establecieron los siguientes encuadramientos temáticos: *Hematimetría*: recuento de hematies, hemoglobina, hematocrito, leucocitos y fórmula, hierro, capacidad de fijación de hierro, haptoglobina, plaquetas, protrombina, PDF, reticulocitos, TPTA, Volumen corpuscular medio, Hemoglobina corpuscular media y VSH; *Bioquímica elemental*: glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, cloro, fósforo y calcio; *Protocolos Bioquímicos*: bajo esta denominación hemos recogido varias de-

TABLA I. Síndrome febril de larga duración. Distribución por edades y sexo

Edad/sexo	Fiebre prolongada		F.O.D.	
	♂	♀	♂	♀
<10	1	1	2	3
11-20	17	11	6	4
21-30	17	15	8	9
31-40	24	17	7	8
41-50	14	12	11	11
51-60	14	7	11	11
61-70	12	8	6	6
71-80	3	6	8	8
>81	2	—	—	—
TOTAL	104	77	64	60

8

TABLA II. Diagnósticos de la Fiebre Prolongada

INFECCIOSO:	119	(65,7 %)	Hepatoma	1	(14,3 %)
Fiebre de Malta	49	(41,2 %)	G. monoclonal	1	(14,3 %)
Neumonías	13	(10,9 %)	COLAGENOSIS:	8	(4,4 %)
Infección Urinaria	11	(9,2 %)	Arteritis temporal	2	(25 %)
Fiebre Tifoidea	9	(7,6 %)	Fiebre Reumática	2	(25 %)
Tuberculosis:	8	(6,7 %)	L.E.D.	2	(25 %)
extrapulmonar	2		Artritis Reumatoide	1	(12,5 %)
pulmonar	6		Vasculitis	1	(12,5 %)
Abscesos	6	(5 %)	MISCELANEA:	47	(26 %)
Colangitis	5	(4,2 %)	Eritema nudoso	9	(19,15 %)
Sepsis	3	(2,5 %)	Coxitis	1	(2,1 %)
Borreliosis	2	(1,7 %)	Dermatitis actínica	1	(2,1 %)
Inf. Bronquiectasias	2	(1,7 %)	Enter. inf. crónica	1	(2,1 %)
Hidatidosis	2	(1,7 %)	Fiebre facticia	1	(2,1 %)
Fiebre paratífica	2	(1,7 %)	Fiebre por fármacos	1	(2,1 %)
Enterocolitis	1	(0,8 %)	Hep. crónica agresiva	1	(2,1 %)
Fiebre Botonosa	1	(0,8 %)	Hepatopatía reacti.	1	(2,1 %)
Inf. Resp. Aguda	1	(0,8 %)	Reac. peritoneal	1	(2,1 %)
Meningitis	1	(0,8 %)	Uveitis	1	(2,1 %)
Mordeduras animal	1	(0,8 %)	Autolimitada	27	(57,45 %)
Sinusitis	1	(0,8 %)	No Diagnosticada	2	(4,26 %)
Hepatitis vírica	1	(0,8 %)			
NEOPLASIAS:	7	(3,9 %)			
Ca. Pulmón	5	(71,4 %)			

TABLA III. Complementarios empleados en el Síndrome Febril de Larga Duración

Complemen.	Fiebre prolongada		F.O.D.	
	Normal	Patolog.	Normal	Patolog.
Hematimetría	69,06 %	30,94 %	59,50 %	40,50 %
Bioquímica	92,31 %	7,69 %	91,72 %	8,28 %
Protocolos BQ	83,19 %	16,81 %	80,05 %	19,95 %
Orina	81,02 %	18,98 %	82,97 %	17,03 %
Radiologías	64,82 %	35,18 %	61,68 %	38,32 %
Microbiología	77,06 %	22,94 %	79,53 %	20,47 %
Serología	72,03 %	27,97 %	92,01 %	7,99 %
Inmunología	74,74 %	20,26 %	76,24 %	23,76 %
Endoscopias	25,49 %	74,51 %	17,91 %	82,09 %
Otros compl.	45,83 %	54,17 %	36,36 %	63,64 %

X²: 1.846,3
p<0,00001

X²: 2.532,09
p<0,00001

terminaciones estandarizadas por nuestro laboratorio, como *protocolos reumáticos* con streptozyme, ASLO, PCR, Látex, Waaler-Rose, *protocolos inmunológicos* con IgG, IgA, IgM, C₃, C₄, C₁, Aldolasa, Anticuerpos nucleares; *perfil hepático* con AST, ALT, Fosfatasa Alcalina, γGT, Bilirrubina, Antígeno Australia, Proteínas totales y proteinograma, BSP y CEA.

Para el análisis estadístico se han empleado los porcentuales, media, varianza, desviación standard y X² de forma general, procesándose en los Servicios Centrales de Informática de la Universidad de Málaga, en un ordenador intel 386-33 MHz, en su paquete estadístico Statgraphics 5.0.

Resultados

Grupo I: Síndrome Febril Prolongado (SFP)

Se incluyen en este grupo 77 mujeres y 104 hombres con una media de edad de 40,15 años, y una distribución recogida en la Tabla I.

Los diagnósticos a los que se llegaron fueron: 119 in-

TABLA IV. Diagnósticos de la Fiebre de Origen Desconocido

INFECCIOSO:	45	(36 %)	Mieloproliferativo	1	(3,8 %)
Endocarditis	8	(17,8 %)	Osteoma	1	(3,8 %)
Tuberculosis	8	(17,8 %)	Ca. Páncreas	1	(3,8 %)
extrapulmonar	4		Ca. Próstata	1	(3,8 %)
pulmonar	4		Ca. Recto	1	(3,8 %)
Abscesos	5	(11,1 %)	Ca. Retroperitoneo	1	(3,8 %)
Fiebre de Malta	4	(8,9 %)	Sind. Paraneoplásico	1	(3,8 %)
Hidatidosis	3	(6,7 %)			
Ascariasis pulmonar	2	(4,4 %)	COLAGENOSIS:	17	(14 %)
Borreliosis	2	(4,4 %)	L.E.D.	5	(29,4 %)
Fibroempiema	2	(4,4 %)	Arteritis temporal	4	(23,5 %)
Pericarditis	2	(4,4 %)	Esclerodermia	2	(11,8 %)
Aspergilosis	1	(2,2 %)	P.A.N.	2	(11,8 %)
Colpovaginitis	1	(2,2 %)			
Fiebre tifoidea	1	(2,2 %)	Artritis Reumatoide	1	(5,9 %)
Flebitis	1	(2,2 %)	Fiebre Reumática	1	(5,9 %)
Infección urinaria	1	(2,2 %)	Vasculitis	1	(5,9 %)
Lepra	1	(2,2 %)	Paniculitis nodular	1	(5,9 %)
Meningitis	1	(2,2 %)			
Neumonía	1	(2,2 %)	MISCELANEA:	36	(29 %)
Sífilis	1	(2,2 %)	Hepatit. crónica agr.	3	(8,3 %)
			Enterop. infl. crón.	2	(5,6 %)
NEOPLASIAS:	26	(21 %)	Fiebre facticia	2	(5,6 %)
Ca. Pulmón	7	(26,9 %)	Sind. de Sweet	2	(5,6 %)
Hepatoma	2	(7,7 %)	Sind. de Beçhet	1	(2,8 %)
Leucemia	2	(7,7 %)	Eritema exud. mult.	1	(2,8 %)
Linfomas	2	(7,7 %)	Eritema nudoso	1	(2,8 %)
Ca. Piel	2	(7,7 %)	Sind. de Reiter	1	(2,8 %)
Ca. Colon	1	(3,8 %)	Tiroiditis	1	(2,8 %)
Gammap. monoclo.	1	(3,8 %)	Autolimitada	6	(16,7 %)
Hemangiopericitoma	1	(3,8 %)	No Diagnosticada	16	(44,4 %)
Ca. Linfáticos	1	(3,8 %)			

fecciones, 7 neoplasias, 8 colagenosis y 47 misceláneas, de las que 26 se autolimitaron (Tabla II). Los complementarios que influyeron en el diagnóstico y fueron decisivos a la hora de confirmar la etiología se resumen en la Tabla III. Las interconsultas con otros servicios hospitalarios fueron 16, de las que 2 no aportaron dato alguno, mientras que en 14 de ellas se obtuvo orientación diagnóstica. Al diagnóstico se llegó en una media de 47,06 días desde el inicio del síndrome febril, con variaciones según los distintos grupos sindrómicos (44,82 para las infecciones, 46 para las neoplasias, 46,14 en las colagenosis y 55,45 para las misceláneas, con diferencias no significativas entre ellos, $p > 0,05$). La velocidad de sedimentación presenta una media para la totalidad de grupo de 52,98 mmHg, con variaciones de 51,94 para las infecciones, 68,4 en las neoplasias, 87,14 para las colagenosis y 42,27 en el grupo de misceláneas (diferencias poco significativas, $p = 0,005$).

De los 181 enfermos afectos de síndrome febril prolongado, 69 (38,12 %) presentaban una enfermedad concomitante con el proceso febril sin estar directa-

mente relacionada con la causa diagnóstica principal (diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, etc...). Como consecuencia de este síndrome fallecieron 2 pacientes (1,1 %), cuyos diagnósticos eran de diseminación hidatídica peritoneal y peritonitis, respectivamente.

Grupo II: Fiebre de origen desconocido (FOD)

Con criterios de FOD se analizaron 124 historias clínicas, de las que 60 correspondían a mujeres y 64 eran hombres. La edad media fue de 45,70 años, y una distribución que recoge la Tabla I. Los diagnósticos obtenidos (Tabla IV) se agruparon en 45 infecciones, 26 neoplasias, 17 colagenosis y 36 misceláneas, de entre ellas 6 se autolimitaron y en 16 casos no se llegó a ningún diagnóstico. Los complementarios utilizados y su rendimiento quedan reflejados en la Tabla III. El tiempo medio transcurrido entre el comienzo del síndrome febril y el diagnóstico etiológico fue de 86,27 días, con variaciones muy significativas entre los distintos grupos sindrómicos (85,1 para las infecciones, 78,27 para las neoplasias, 108,23 en las colagenosis y

TABLA V. Revisión bibliográfica de la Fiebre de Origen Desconocido

Autor	Año	Casos	% Infecc.	% Neop.	% Colag.	% Miscel.	% No Diag.
Alt	1930	101	9,9	5,94	5,94	0,99	77,23
Wolf	1947	36	5,56	2,78	—	2,78	88,89
Oppel	1954	110	56,4	0,9	1,8	20,9	20
Petersdorff	1961	100	36	19	13	25	7
Sheon	1963	60	21,6	16,6	13,3	10	38,3
Buy	1972	400	49,2	28,5	8,2	5	9
Soto	1972	100	51	7	11	15	26
Gilsanz	1973	29	48	38	7	7	—
Rault	1973	240	36,2	17,9	14,1	25,4	6,2
Moya	1976	58	41,3	18,9	8,6	17,2	13,7
Aduan	1978	347	8	11	15	37	29
Fonollosa	1980	171	43,8	13,4	13,4	11,7	17,5
Gilsanz	1980	106	48	26	13	8	5
Barbado	1981	100	32	14	13	18	23
Coca	1981	59	50,8	23,7	8,5	8,4	8,4
Delbono	1982	60	50	15	10	5	10
Larson	1982	105	30,5	31,4	8,6	17,1	12,4
Maradona	1982	64	64	11	4,6	11	9,4
Petersdorff	1982	105	30	31	9	18	12
Sanz	1983	96	59	10,5	8,3	6,2	14,5
Weiner	1984	371	34	23	14	13	11
Gatell	1985	—	40	15	15	20	15
Nosotros	1992	124	36	21	14	11	18
TOTAL		2.942	38,3	17,5	9,3	13,6	21,3

79,70 en el grupo de misceláneas; $p < 0,001$). La media de la velocidad de sedimentación para la FOD fue de 60,48 mmHg, con diferencias no significativas entre los distintos grupos (68,24 para infecciones, 72,27 para neoplasias, 49,15 colagenosis, mientras que el grupo de miscelánea tuvo 47,80).

En 6 pacientes la evolución fue fatal (4,89 % de mortalidad), de los que 2 fueron coagulaciones intravasculares diseminadas, 1 hepatitis crónica agresiva, 1 metástasis tumoral generalizada, 1 tuberculosis generalizada y 1 tromboembolia pulmonar.

Discusión

En el presente trabajo se estudia el Síndrome Febril de larga duración, que resulta ser un problema complejo, donde por un lado tenemos aquellos procesos febriles que han sido mal enfocados ambulatoriamente y que una sistemática correcta posterior, o unos medios diagnósticos sencillos, pero no a disposición del Médico de Atención Primaria, hacen que el diagnóstico se establezca precozmente, en el 84 % de los casos. No obstante, en el 16 % restante el proceso morboso se autolimitó o no se halló etiqueta diagnóstica.

Con respecto a la edad y sexo de las 305 historias con síndrome febril de larga duración, al ser comparadas con 4.784 historias clínicas de pacientes ingresados por síndrome febril, no presentó diferencias significativas, lo que permite afirmar que no existe preferencia alguna por ningún grupo de edad y/o sexo. La mayor frecuencia, de forma significativa, que se observa en los pacientes de 20 a 40 años en el SFP, creemos se debe con mucho a una mayor prevalencia de la mellitococia en relación a un entorno laboral.

El estudio comparado del SFP y FOD refleja diferencias muy significativas, con una $p < 0,0001$ (X^2 : 39,764, GDL: 3), donde destacan acúmulos importantes del grupo de misceláneas en el SFP, así como de los grupos de neoplasias y colagenosis para las FOD, en detrimento importante respecto a las etiologías infecciosas. El hallazgo de una neumonía en el grupo de FOD necesita una explicación por su rareza, y se debe a un paciente inmunodeprimido (carcinoma prostático) que presentó imagen radiológica y datos bacteriológicos a los 9 días de su ingreso. El retraso de los diagnósticos de Lúes y Lepra se debieron fundamentalmente a la poca colaboración de los pacientes a la hora de la primera anamnesis.

Los niveles de rentabilidad de los complementarios utilizados se hace patente en los estudios radiológicos, anatomopatológicos y sobre todo en las endoscopias, con porcentuales de hasta un 82 % de positivos para

las FOD, frente a los análisis de rentabilidad publicados para los síndromes febriles agudos o de duración intermedia, donde los sistemáticos de orina y los estudios inmunológicos-serológicos alcanzan porcentuales de hasta un 75 %¹⁷. El análisis estadístico de los complementarios empleados nos mostró una $p < 0,00001$, totalmente de acuerdo con lo publicado en la literatura^{6, 7, 11}.

Desde la primera descripción de Alt en 1930² de etiologías de FOD, hasta nuestra serie, se han producido cambios sustanciales (Tabla V), así en la primera década en la que se estudia el síndrome predominaban las etiologías infecciosas y los procesos no diagnosticados, llegando a encontrarnos series en las que este último grupo representan del 40-97 %^{2, 14, 19}; entre los años 1970-1980, con la irrupción de técnicas sofisticadas para el diagnóstico radiológico y serológico, estos cuadros sufren cambios bruscos, que incluso variarían según los países, y así podemos observar como las neoplasias y colagenosis aumentan en las estadísticas anglosajonas^{1, 10}, y a medida que los países ascienden de nivel sanitario-asistencial las infecciones disminuyen de frecuencia.

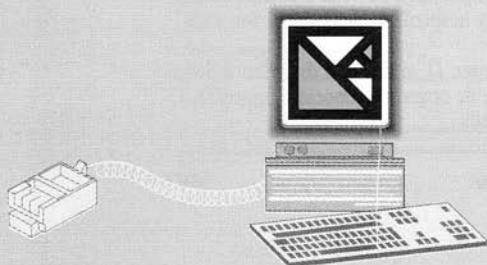
Bibliografía

1. Aduan RP, Fauci AS, Dale OC y Wolff SM. Prolonged fever of unknown origin: a prospective study of 347 patients. *Clin. Res.* 1978; 26: 558 A.
2. Alt HL y Barker MH. Fever of unknown origin. *Jama* 1930; 94 (19): 1457-1461.
3. Barbado FJ, Peña JM, Ferrer J, et al. La mortalidad en la fiebre de origen desconocido. *Med. Clin. (Barcel.)* 1982; 79 (7): 318-321.
4. Barbado FJ, Vazquez JJ, Gil A. et al. Fiebre idiopática autolimitada. Estudio de 20 casos. *Med. Clin. (Barcel.)* 1981; 76 (1): 14-17.
5. Barbado FJ, Vazquez JJ y Ortiz J. Criterios de fiebre de origen desconocido. *Med. Clin. (Barcel.)* 1980; 75 (3): 132-135.
6. Fores D, Lopez JL, Niubo P y Verdiell J. Tomografía axial computadorizada (TAC) como método diagnóstico en F.U.O. XIV Congreso Nacional de la S.E.M.I., Palma de Mallorca 1980.
7. Gaspar G, Barbado J, Redondo C, Vazquez JJ, Peña JM y Segura JM. Valor diagnóstico de la ultrasonografía abdominal en la fiebre de origen desconocido. *Med. Clin. (Barcel.)* 1981; 77 (4): 153-157.
8. Gatell Artigas JM. Manejo del paciente con un síndrome febril. Fiebres prolongadas y de origen desconocido. En: Ribas-Mundo, Conducta diagnóstica y terapéutica en medicina interna; Ed. Sandoz, S.A.E., Barcelona, 1985, 125-138.
9. Gilsanz V y Rebollar JL. Fiebre prolongada de diagnóstico difícil. Monografía Sandoz, S.A.E.; Madrid, Nebreda Hnos. 1973.
10. Gleckman R, Crowley M y Esposito A. Fever of unknown origin: A view from the community hospital. *Amer. J. Med. Sci.* 1977; 274 (1): 21-25.
11. Lopez M, Barbado FJ, Vazquez JJ. et al. Valor diagnóstico de la biopsia hepática en la fiebre de origen desconocido. *Gastroent. y Hepatol.* 1983; 6 (8): 405-408.

12. Moya MS, Barbadillo R, Mosquera JM y González ML. Fiebre de origen desconocido: Análisis de 58 casos. Rev. Clin. Esp. 1976; 141 (2): 119-130.
13. Niubo R, Verdiell J, Arcusa R, Fores D y Fdez. Nogues F. Mortalidad de los pacientes con F.U.O. XIV Congreso Nacional de la S.E.M.I., Palma de Mallorca 1980.
14. Ortiz O, Moreno L y Gandía F. Fiebre de origen desconocido (F.U.O.). An. R. Acad. Med. Cir. (Valladolid) 1978; 16: 311-318.
15. Petersdorf RG y Larson E. F.U.O. revisited. Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc. 1982; 94:44-54.
16. Petersdorf RG y Beeson PB. Fever of unexplained origin: Report on 100 cases. Medicine 1961; 40 (1): 1-30.
17. Rodríguez Castro J. El Síndrome febril en un estudio retrospectivo de 8.403 historias clínicas. Tesis de Licenciatura, Universidad de Málaga, 1986.
18. Segarra M, Pujol J y Casademont J. Fiebre de origen desconocido. Jano 1984; 639: 51-58.
19. Sheon RP y Van Ommen RA. Fever of obscure origin. Diagnosis and treatment based on a series of sixty cases. Am. J. Med. 1963; 34: 486-499.
20. Trujillo R, Ruiberriz de Torres y Garrachón. Síndrome febril de curso prolongado. (A propósito de 98 obseraciones). 2.ª Reunión Científica de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna, Benalmádena, Málaga. 1984.

 ¿LE GUSTARIA TENER...

...ACCESO A LO PUBLICADO EN LA ULTIMA SEMANA EN LA
BIBLIOGRAFIA MEDICA INTERNACIONAL?



CONECTESE A



MEDITEX

CENTRO DE INFORMACION MEDICA POR VIDEOTEX