

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América.

# ANALISIS DE 326 CASOS DE ABDOMEN AGUDO

(EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL.)

## TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA, POR

**JOSE ROBERTO CRUZ AGUILAR**

Ex-interno de los siguientes servicios del Hospital General: Servicio Traumatología de Hombres, 4º Servicio de Medicina de Hombres, 1er. Servicio de Maternidad, 4º Servicio de Cirugía de Mujeres, Asistente de Residente por oposición del Servicio de Emergencia. Ex-practicante del Servicio de Ginecología de la Consulta Externa del Hospital General.

en el Acto de su Investidura de

**MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, Octubre de 1953.

## INTRODUCCION

En este trabajo hago la revisión de TRESCIENTOS VEINTI-  
CINCO casos de ABDOMEN AGUDO NO TRAUMATICO: los casos  
de causa traumática no han sido tomados en cuenta debido a que en el  
Hospital General únicamente son atendidos en pequeño número; la ma-  
yor parte de estos pacientes son atendidos por el Instituto Guatemalteco  
de Seguridad Social, por lo que su estudio nos daría gran error res-  
pecto a su frecuencia. Por el contrario el Abdómen Agudo no trau-  
mático es atendido en su mayor parte en el Hospital General.

Los datos aquí expuestos constan en las observaciones que re-  
sultaron por lo que nos es factible sacar frecuencia y porcentajes de ellos  
con bastante exactitud.

He omitido presentar datos respecto a Evolución y Complica-  
ciones, pues las observaciones que tienen estas anotaciones no son com-  
pletas, por lo que sería inexacto sacar datos estadísticos de ellos. Sin  
embargo, haré algunos comentarios sobre lo que hemos podido observar  
en Emergencia, con respecto a cada uno de los grupos de afecciones en  
que se divide este trabajo.

Después de revisar detenidamente las observaciones, que son la  
base de este trabajo, me pareció que era conveniente agrupar los casos  
de la siguiente forma:

- 1o.—Apendicitis;
- 2o.—Oclusiones Intestinales;
- 3o.—Ginecológicas Agudas;
- 4o.—Colecistitis Agudas;
- 5o.—Perforaciones de Viscera Hueca;

60.—Otras causas.

(Este último grupo se refiere a siete casos que no corresponden a la denominación de los grupos anteriores.)

De cada uno de estos grupos expongo por medio de cuadros estadísticos los siguientes datos: Sexo, Diagnóstico post-operatorio, anatomo-patológico, Tratamiento quirúrgico, Anestesia y por último Resultado.

Los diagnósticos son todos con base Anatomo-patológica o post-operatoria, por lo que se pueden aceptar como bastante exactos.

Las intervenciones quirúrgicas que anoté en los cuadros se refirieron únicamente a la operación destinada a tratar la emergencia que motivó la intervención, sin mencionar operaciones secundarias en el mismo tiempo quirúrgico.

Al referirme al resultado obtenido con el tratamiento quirúrgico lo hago en dos grupos: CURADO o FALLECIDO. Al decir curado, indico que el paciente salió bien de su emergencia, sin tomar en cuenta complicaciones ulteriores; y, fallecidos, los que han muerto durante su estancia en el Hospital.

Inicialmente presento un cuadro estadístico global de los 32 casos de Abdómen Agudo, en que se puede apreciar la frecuencia de las diferentes afecciones mencionadas; sexo y resultado de los mismos.

CUADRO ESTADÍSTICO DE 326 CASOS DE ABDOMEN AGUDO

	SEXO						RESULTADOS					
	Suma	%	Hombres	%	Mujeres	%	Suma	%	Curados	%	Fallecidos	%
SUMAS . . .	326	100 %	127	38.96	199	61.04	326	100 %	317	97.24	9	2.76
Apendicitis . . .	194	59.50	87	26.68	107	32.82	194	59.50	192	58.90	2	0.60
Oclusiones												
intestinales . .	63	19.32	29	8.90	34	10.42	63	19.32	58	17.79	5	1.53
Ginecológicas												
agudas . . . .	33	10.14	—	—	33	10.14	33	10.14	33	10.14	—	—
Colecistitis aguda	22	6.74	4	1.23	18	5.51	22	6.74	21	6.42	1	0.32
Perforación												
viscera hueca .	7	2.15	5	1.53	2	0.62	7	2.15	6	1.84	1	0.31
Otras causas . .	7	2.15	2	0.62	5	1.53	7	2.15	7	2.15	—	—

NOTA: Estos porcentajes están calculados sobre la totalidad de los casos, es decir, 326.

## APENDICITIS

La Apendicitis representa el mayor número de casos de Abdomen Agudo. De las 326 observaciones: 194 fueron Apendicitis, o sea el 59.50%.

Se presentó más en mujeres que en hombres.

En el cuadro referente a esta afección he incluido la Apendicitis crónica recurrente, debido a que en muchos casos es difícil conocer clínicamente el grado de agudez de la Apendicitis.

**SINTOMAS:** Los síntomas por las observaciones revisadas y lo que hemos podido observar en el Servicio de Emergencia, son los clásicos de los libros, pero hemos aprendido a ser muy cautelosos con esta afección, pues en muchos casos los síntomas y signos no son el reflejo del estado patológico del Apéndice. Así hemos visto pacientes con signos de Apendicitis muy dudosos y el recuento globular nos ha inducido a la intervención quirúrgica, encontrando un apéndice gangrenado y en otras ocasiones perforado. Por el contrario, cuadros apendiculares agudos muy típicos con un Apéndice moderadamente congestionado.

En el diagnóstico no hemos encontrado mayores dificultades, pues cuando el caso es dudoso es siempre observado estrechamente y discutido entre el Médico Residente y los internos, y cuando el caso amerita, el paciente es explorado quirúrgicamente.

En mi tiempo de estancia en la Emergencia no han habido consecuencias fatales por error diagnóstico de Apendicitis Aguda, debido a que como dije anteriormente, el paciente se observa cuidadosamente.

Es de interés mencionar los dos casos siguientes, como errores posibles de ser evitados:

PRIMERO: Paciente de 28 años, masculino, que manifiesta doce horas antes principió con fuerte dolor abdominal, tipo intermitente, sin localización precisa, vómitos abundantes muy repetidos; siendo la causa al haber comido una carne cuyo estado era dudoso. El paciente no había defecado desde que principió con el dolor.

Al examen físico: se encontró un abdomen blando poco doloroso a la palpación, sin localización especial, el paciente fué observado, se trató por vía parenteral y se le administraron antiespasmódicos. En las diez horas el enfermo había mejorado, los vómitos desaparecieron y el dolor se hizo tolerable: no habían signos de abdomen agudo, el recuento leucocitario de 23,000 por lo que se le diagnosticó Gastritis aguda.

Doce horas más tarde, el paciente regresa, presentando un cuadro peritoneal agudo típico. Al intervenir se encuentra un Apéndice inflamado con peritonitis generalizada, sin tendencia a la localización. El enfermo sale bien de su emergencia, presentó como complicación un absceso pelviano.

SEGUNDO: Otro caso que vale la pena mencionar como error diagnóstico es el siguiente: Paciente de 20 años de edad, masculino; principió dos días antes con dolor epigástrico, con náuseas y vómitos, posteriormente se trasladó después a la fosa ilíaca derecha, donde lo tenía en el momento de ingreso.

Al examen físico: Dolor a la palpación, más localizado en la fosa ilíaca derecha y contractura abdominal marcada y generalizada; recuento leucocitario de 20,000. Se hace el diagnóstico de Apendicitis perforada. Al intervenir nos encontramos con una perforación en la porción terminal del íleon, con las características de Tífoidea. La reacción de Vidal salió francamente positiva, por lo que se hizo confirmación de la historia. Reinterrogando al enfermo no se encontró nada que hiciera sospechar la Fiebre Tifoidea. El diagnóstico confirmado por los exámenes complementarios fué Fiebre Tifoidea completa.

*Tratamientos en la Apendicitis:* En la casi totalidad de los casos se hizo apendicectomía; sólo en los casos de absceso apendicular, se hizo drenaje del absceso; en algunos casos dudosos para mayor seguridad, se hizo drenaje.

*Anestesia;* La más frecuentemente usada fué la «Anestesia raquídea» y en muy pocos casos ha sido necesario complementarla con «Eter» o «Pentotal». La anestesia general con «Eter» se usó cuando los pacientes eran niños.

*Resultados;* Los resultados post-operatorios podemos decir que han sido buenos, a los pacientes se les da de alta al séptimo día, con tiempo medio de hospitalización.

Como complicaciones de importancia, puedo mencionar dos casos, uno de Absceso sub-frénico y otro de Absceso pelviano.

La frecuencia con que se presentó la apendicitis según la edad basándonos en la clasificación internacional, es la siguiente:

Menos de 1 año .....	0
de 1 año a 4 años .....	0
de 5 años a 14 años .....	35
de 15 años a 24 años .....	110
de 25 años a 44 años .....	41
de 45 años a 64 años .....	7
de 65 años a 74 años .....	0
de 75 años en adelante .....	1

194

A continuación presento un Cuadro Estadístico que muestra datos concretos sobre esta afección.

#### CUADRO ESTADISTICO SOBRE 194 CASOS DE APENDICITIS

	Total de Casos	%
Hombres .....	87	44.85
Mujeres .....	107	55.15
	194	100 %

Diagnóstico:

Apandicitis aguda no perforada .....	123	63.40
Apandicitis aguda perforada .....	25	12.89
Absceso apendicular .....	8	4.12
Apandicitis crónica recurrente .....	37	19.07
Apandicitis fibrosa .....	1	0.52
	<hr/>	<hr/>
	194	100 %

Tratamiento:

Apandicectomías .....	179	92.27
Drenaje absceso apendicular .....	7	3.61
Apandicectomía y drenaje .....	6	3.09
Apandicectomía Extirp. Divertículo Meckel	1	0.52
Tratamiento de Ochsner .....	1	0.51
	<hr/>	<hr/>
	194	100 %

Anestesia:

Química .....	171	88.14
Química .....	13	6.70
Química complementada con Pentotal .....	6	3.09
Química complementada con Eter .....	4	2.07
	<hr/>	<hr/>
	194	100 %

Estado:

Curados .....	192	98.97
Fallecidos .....	2	1.13
	<hr/>	<hr/>
	194	100 %

## OCCLUSION INTESITAL

La Oclusión intestinal es la segunda en frecuencia entre las afecciones analizadas en este trabajo.

De los 326 casos, 63 fueron Oclusiones Intestinales, o sea 19.32%. Es al mismo tiempo la de mayor mortalidad, pues de los 63 casos, hubo 5 defunciones.

Como se puede ver en el grupo adjunto, las causas más frecuentes fueron: Estrangulación Intestinal por hernia crural e inguinal. Es de interés hacer notar que le sigue en frecuencia la Oclusión Intestinal por bridas post-operatorias.

A este respecto, debo hacer el siguiente comentario: En algunas estadísticas de centros médicos importantes, la Oclusión Intestinal es debida, en su mayor parte, a hernia y en otros centros, es más frecuente la Oclusión por bridas.

Puedo deducir, que de los 63 casos que presento, la Oclusión por bridas, da un porcentaje relativamente bajo, tal vez debido a un factor racial.

La Oclusión Intestinal, se presentó más en mujeres que en hombres.

**DIAGNOSTICO:** Podemos decir que en esta afección, excepto en el caso de las hernias estranguladas, es donde mayores dificultades encuentra el Cirujano del Servicio de Emergencia, pues en ocasiones, es muy difícil decidir cuál es el momento oportuno para la intervención quirúrgica. Entre los casos que presento está el de una señora de 60 años que ingresó con un cuadro oclusivo, pero por dudas diagnósticas se intervino tardíamente, encontrándose estrangulación del intestino por una hernia obturatriz. La paciente falleció en el post-operatorio, debido a que su estado general era muy precario a pesar que se le hizo el tratamiento adecuado.

Por el contrario, un paciente de 28 años, que también ingresó con un cuadro oclusivo al intervenirlo no se encontró causa mecánica concluyéndose que se trataba de un Ileo-Paralítico cuya causa no se comprobó.

Para hacer ver lo importante que es investigar los anillos herniarios en todo cuadro oclusivo, cito el siguiente caso:

Una paciente de 60 años de edad, que fué examinada por varios médicos residentes de guardia, en el Servicio de Emergencia, se encontró la causa de su cuadro oclusivo, hasta que uno de los médicos de guardia encontró pequeña tumefacción en una de las asas cecales, comprobóse en la intervención una hernia crural con estrangulación del intestino. La enferma ignoraba padecer de hernia.

**Tratamiento:** Con respecto a los tratamientos quirúrgicos no hay mayores comentarios que hacer, sólo quiero hacer notar: que los médicos de Emergencia evitan hasta donde es posible las resecciones intestinales sin lamentarse por esta conducta; de los 63 casos intervenidos, a 14 se les hizo resección intestinal.

**Anestesia:** La más comúnmente usada en Emergencia en estos casos es la anestesia Raquídea, aunque la anestesia general por Éter se ha utilizado mucho en esta afección.

**Resultados:** Como hago constar anteriormente, la Oclusión Intestinal es la causa de mayor mortalidad en las observaciones revisadas. La frecuencia con que se presentó la Oclusión según la edad, es la siguiente:

Menos de 1 año .....	5
de 1 año a 4 años .....	0
de 5 años a 14 años .....	2
de 15 años a 24 años .....	12
de 25 años a 44 años .....	16
de 45 años a 64 años .....	23
de 65 años a 75 años .....	4
de 75 años en adelante .....	1

63

Continuación un cuadro estadístico sobre algunos datos de la Oclusión Intestinal.

CUADRO ESTADISTICO SOBRE 63 CASOS DE OCLUSION INTESTINAL.

	Total de Casos	%
.....	29	46.03
.....	34	53.97
	63	100 %

*Diagnóstico:*

Estrangulación visceral por hernia crural .....	19	30
Estrangulación por hernia inguinal .....	15	23
Estrangulación por hernia umbilical .....	2	3
Estrangulación por hernia epigástrica .....	1	1
Estrangulación por hernia diafragmática traumática .....	1	1
Estrangulación por hernia obturatriz .....	1	1
Oclusión intestinal por bridas de causa indeterminada .....	2	3
Oclusión intestinal por bridas post- operatorias .....	8	12
Invaginación intestinal .....	4	6
Vólvulos .....	5	7
Estenosis del intestino delgado por proceso inflamatorio de causa indeterminada .....	1	1
Estenosis congénita del intestino delgado .....	1	1
Ileo paralítico .....	1	1
Torsión del epiplón .....	1	1
Ileítis terminal .....	1	1
	63	100

*Tratamiento:*

<i>Hernias con estrangulación:</i>		
Cura operatoria de la hernia .....	30	47
Cura operatoria de la hernia con resección intestinal .....	4	6
Cura operatoria de la hernia con resección parcial del epiplón .....	5	7
<i>Oclusión Intestinal por bridas:</i>		
Liberación de adherencias .....	5	7
Liberación de adherencias y resección intestinal .....	3	4
Liberación de adherencias e ileotomía .....	1	1
Liberación de adherencias y exteriorización del intestino .....	1	1

*Invaginación Intestinal:*

Reducción por maniobras manuales .....	3	4.76
Reducción y resección intestinal .....	1	1.59

*Estenosis del Intestino Delgado:*

Resección intestinal .....	2	3.17
----------------------------	---	------

*Vólvulos:*

Reducción por maniobras manuales .....	2	3.17
Reducción y resección intestinal .....	3	4.76

*Ileo Paralítico:*

Cecostomía .....	1	1.59
------------------	---	------

*Ileítis Terminal:*

Resección intestinal .....	1	1.59
----------------------------	---	------

*Torsión del Epiplón:*

Resección del Epiplón torsionado .....	1	1.59
--	---	------

---

	63	100 %
--	----	-------

---

*Anestias:*

Raquídea .....	33	52.38
Eter .....	21	33.33
Raquídea complementada con Eter .....	5	7.94
Raquídea complementada con Pentotal .....	4	6.35

---

	63	100 %
--	----	-------

---

*Resultados:*

Curados .....	58	92.06
Fallecidos .....	5	7.94

---

	63	100 %
--	----	-------

---

## AFECCIONES GINECOLOGICAS AGUDAS

Las causas ginecológicas ocupan el tercer lugar en los casos presentados, de los 326, 33 fueron de esta causa, o sea el 10.14%.

La causa más frecuente de afección Ginecológica Aguda fué el Embarazo tubárico, de los cuales casi la totalidad se encontraron rotos en el momento de la intervención.

*Diagnóstico:* Puedo decir que se tropieza con pocas dificultades en el diagnóstico de estas afecciones, pues siendo el Embarazo ectópico el más frecuente, la historia que da esta afección, unida a los síntomas y signos, dan la clave para una intervención quirúrgica inmediata.

Con respecto a los quistes del ovario, con pedículo retorcido, que son los que siguen en frecuencia, puedo decir que por lo menos se había pensado en esta posibilidad pre-operatoriamente en las observaciones que revisé.

*Tratamientos:* Con respecto al tratamiento no hay nada en especial que comentar, pues siempre se ha tenido in mente pinzar la trompa como primer tiempo de la operación.

*Resultados:* Como dije anteriormente el Embarazo ectópico fué la causa más frecuente de Abdomen Agudo de origen Ginecológico y a pesar de que es una causa en la cual las pacientes presentan un cuadro de shock inmediato, la mortalidad fué cero en los casos que aquí presento.

De los 33 casos de Afección Ginecológica Aguda, 23 casos estaban comprendidos entre los 25 y 44 años y 10 casos entre los 15 y 24 años.

Seguidamente presento un cuadro Estadístico con datos al respecto

## CUADRO ESTADISTICO SOBRE 33 CASOS DE AFECCIONES GINECOLOGICAS AGUDAS

<i>Diagnóstico:</i>	Total de Casos	%
Embarazo Tubárico no roto .....	4	12.12
Embarazo Tubárico roto .....	20	60.61
Quiste retorcido del Ovario .....	6	18.18
Hematosalpinx .....	1	3.03
Hidrosalpinx .....	1	3.03
Quiste Luteínico Hemorrágico .....	1	3.03
	<hr/>	<hr/>
	33	100.00
	<hr/>	<hr/>
<i>Tratamiento:</i>		
Salpingectomía unilateral .....	10	30.30
Salpingectomía bilateral .....	8	24.24
Salpingooforectomía unilateral .....	5	15.15
Salpingooforectomía bilateral .....	1	3.03
Ooforectomía unilateral, Salpingectomía bilateral .....	1	3.03
Ooforectomía unilateral .....	2	6.06
Panhisterectomía y Salpingooforectomía bilateral .....	2	6.06
Salpingectomía unilateral y ligadura de trompa .....	3	9.09
Salpingectomía unilateral y Salpingostomía del lado opuesto .....	1	3.04
	<hr/>	<hr/>
	33	100.00
	<hr/>	<hr/>
<i>Anestesia:</i>		
Raquídea .....	21	63.63
Eter .....	12	36.37
	<hr/>	<hr/>
	33	100.00
	<hr/>	<hr/>
<i>Resultado:</i>		
Curados .....	33	100.00
	<hr/>	<hr/>

## COLECISTITIS AGUDA

La Colecistitis Aguda, ocupa el cuarto lugar en frecuencia. De los 326 casos de Abdomen Agudo, 22 correspondieron a esta afección. (6.74%).

Como era de esperar el número de mujeres fué muy superior al de los hombres, pues de los 22 casos 18 fueron mujeres y 4 hombres; lo que indica que el sexo femenino ocupa el 81.82% de los casos revisados.

*Sintomatología:* Hemos podido observar que estos pacientes ingresan presentando un dolor continuo persistente en la región del hipocóndrio derecho; los antiespasmódicos no alivian en lo absoluto el dolor. Otra característica sintomatológica que hemos apreciado es que en casi la totalidad de los casos se palpa la vesícula de tamaño variable.

*Tratamiento:* En la mayoría de las observaciones que revisé, se hizo colecistectomía. Se efectuó la colecistostomía solamente en una ocasión.

*Anestesia:* En la totalidad de los casos se usó anestesia general por Éter.

*Resultados:* Hemos visto como es lógico, que mientras más pronto se intervengan estos pacientes, más fácil es la colecistectomía y el post-operatorio muy satisfactorio, aún mejor que el post-operatorio de una colecistitis crónica.

En un caso que ví, en el cual tenía historia de más o menos 5 días; al intervenirlo fué imposible practicar colecistectomía, pues las paredes de la vesícula estaban en grado muy avanzado de necrosis. En otro caso, la vesícula se perforó como a las 48 horas de ingreso de la paciente, dando como resultado un absceso peritoneal.

De los veintidós casos uno falleció, lo que nos da un 4.45% de mortalidad.

La frecuencia de la Colecistitis Aguda, según la edad fué la siguiente:

Menos de 1 año .....	0
de 1 año a 4 años .....	0
de 5 años a 14 años .....	0
de 15 años a 24 años .....	1
de 25 años a 44 años .....	12
de 45 años a 64 años .....	9
de 65 años a 74 años .....	0
de 75 años en adelante .....	0
	22

A continuación, un cuadro estadístico con algunos de los datos de esta afección.

CUADRO ESTADISTICO DE 22 CASOS DE COLECISTITIS AGUDA

	Total de Casos	%
Hombres .....	4	18.18
Mujeres .....	18	81.82
	22	100 %
<i>Diagnóstico:</i>		
Colecistitis aguda no supurada .....	11	50.00
Colecistitis aguda gangrenosa .....	7	31.82
Perforación de la vesícula .....	4	18.18
	22	100 %
<i>Tratamiento:</i>		
Colecistectomía .....	12	54.55
Colecistectomía y coledocostomía .....	9	40.91
Colecistostomía .....	1	4.54
	22	100 %
	22	100 %

**Resultado:**

Curados .....	21	95.55
Fallecidos .....	1	4.45
	<hr/>	<hr/>
	22	100 %

### PERFORACION DE VISCERA HUECA

Este grupo está representado únicamente por siete casos, es decir equivalente al 2.15 % de los 326 casos de Abdomen Agudo de este trabajo.

De estos siete casos, como puede apreciarse en el cuadro adjunto, 3 fueron perforaciones de Úlcera Péptica, 3 Perforación tífica del Íleon y 1 por Trombosis Mesentérica.

**Sintomatología:** No puedo hacer comentario respecto a la sintomatología de este grupo, pues por lo que ví en las observaciones, los cuadros fueron bastante típicos, excepto el caso que mencioné al hablar de la Apendicitis.

**Tratamiento:** En cinco casos se limitó a cerrar la perforación y en dos hubo necesidad de reseca intestinal.

**Anestesia:** En todos los casos se dió anestesia general con Eté, excepto en uno, el cual el diagnóstico pre-operatorio, fué de Apendicitis Aguda Perforada.

**Resultado:** De los siete casos, uno falleció. Paciente con perforación tífica del Íleon, lo que nos da el 14.28% de mortalidad en perforación de Viscera Hueca.

La frecuencia de edades fué la siguiente:

Menos de 1 año .....	0
de 1 año a 4 años .....	0
de 5 años a 14 años .....	0
de 15 años a 24 años .....	2
de 25 años a 44 años .....	2
de 45 años a 64 años .....	2
de 65 años a 74 años .....	1
de 75 años en adelante .....	0

7

A continuación un cuadro estadístico donde están comprendidos los concretos de esta afección.

### CUADRO ESTADISTICO SOBRE 7 CASOS DE PERFORACION DE VISCERA HUECA

	Total de Casos	%
Hombres .....	5	71.43
Mujeres .....	2	28.57
	<hr/>	<hr/>
	7	100 %

**Diagnóstico:**

Úlcera Péptica perforada .....	3	42.86
Perforación tífica del íleon .....	3	42.86
Perforación del íleon por infarto mesentérico .....	1	14.28
	<hr/>	<hr/>
	7	100 %

**Tratamiento:**

Cierre de perforación .....	5	71.43
Resección intestinal .....	2	28.57
	<hr/>	<hr/>
	7	100 %

**Anestesia:**

Eter .....	6	85.72
Cloruro de Éter .....	1	14.28
	<hr/>	<hr/>
	7	100 %

**Resultado:**

Curados .....	6	85.72
Fallecidos .....	1	14.28
	<hr/>	<hr/>
	7	100 %

## OTRAS CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO

Como mencioné en un principio, bajo esta denominación he incluido 7 casos que no correspondían a los otros grupos.

Por lo que pude ver se trataba de colecciones purulentas localizadas. En unas su Etiología fué clara y en otros casos se encontró colección purulenta y se drenó, habiendo curado el paciente sin establecerse etiología del proceso. Todos los casos salieron bien de su emergencia.

Por ser heterogéneas las afecciones que aquí menciono, no tenía por objeto el presentar frecuencia de edad.

En el siguiente cuadro se pueden ver los diagnósticos post-operatorios y otros datos.

### CUADRO ESTADISTICO SOBRE OTRAS CAUSAS DE ABDOMEN AGUDO

	Total de Casos	%
<i>Sexo:</i>		
Hombres .....	2	28.57
Mujeres .....	5	71.43
	<hr/> 7	<hr/> 100 %
<i>Diagnóstico:</i>		
Absceso retroperitoneal de causa indeterminada .....	1	14.29
Absceso del Epiplón de causa indeterminada .....	1	14.29
Absceso Sub-frénico post-apendicectomía .....	1	14.29
Pelviperitonitis de origen Ginecológico .....	1	14.28
Ileitis terminal .....	1	14.29
Linfadenitis mesentérica .....	1	14.28
T. B. C. peritoneal y genital .....	1	14.28
	<hr/> 7	<hr/> 100 %

### Tratamiento:

Drenaje de absceso .....	4	57.14
Apendicectomía .....	1	14.29
Biopsia .....	1	14.29
Extirpación epiplón inflamado .....	1	14.28
	<hr/> 7	<hr/> 100 %

### Anestesia:

Eter .....	4	57.14
Raquídea .....	3	42.86
	<hr/> 7	<hr/> 100 %

### Resultado:

Curados .....	7	100 %
---------------	---	-------

## RECOMENDACIONES

Debemos proponernos en lo sucesivo que, a todo enfermo que sea atendido por nosotros, se le haga una observación completa y se registre todo el curso de su enfermedad, para que, cada una de estas observaciones sea en el futuro una experiencia más que el interesado aprovechará para hacer estudios que beneficien nuestra medicina.

Hacer estudios en particular de cada afección, para así poderlas conocer ampliamente y analizarlas en todos sus aspectos posibles.

Hacer estudios comparativos entre los que vemos en nuestros hospitales y lo que sucede en otros países, y

implantar los sistemas de clasificación y unificación de nomenclatura implantados en el Hospital General de Guatemala para hacer posible el efectuar comparaciones con el trabajo de otros servicios, todo hasta la fecha por desconocimiento.

## CONCLUSIONES

1o.—La Apendicitis fué la afección más frecuente, siguiéndole en su orden, la Oclusión Intestinal, Afecciones Ginecológicas Agudas, Colecistitis Agudas, Perforaciones de Viscera Hueca y por último otras causas.

2o.—Exceptuando la Perforación por Viscera Hueca, en todas las afecciones predominó el sexo femenino.

3o.—Como consecuencia de ser la Apendicitis la afección más frecuente, la Apendicectomía fué la operación que más se practicó.

4o.—La Anestesia que más se usó para las intervenciones quirúrgicas fué la Raquídea.

5o.—De los 326 casos tratados, 9 pacientes fallecieron, lo que da un 2.76% de mortalidad.

ROBERTO CRUZ AGUILAR

Vo. Bo.:  
Dr. ROBERTO ARROYAVE.

Imprimase,  
Dr. CARLOS MAURICIO GUZMAN,  
Decano.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—Archivo del Servicio de Emergencia del Hospital General.
- 2.—Departamento de Estadística del Hospital General.
- 3.—John Homans, M. D., *Patología Quirúrgica*.
- 4.—Julius L. Spivack, M. D., *Cirugía de Urgencia*.
- 5.—Bayley, *Cirugía de Urgencia*.
- 6.—Christopher, *Patología Quirúrgica*.