

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REVISION DE 524 AUTOPSIAS CLINICAS EN EL
HOSPITAL GENERAL

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad de
Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos
de Guatemala

por

MARIO ENRIQUE MENESES ESCOBAR

en el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1963



PLAN DE TESIS

INTRODUCCION HISTORICA

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS Y DISCUSION

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

INTRODUCCION HISTORICA

Sería largo enumerar en el presente trabajo todos los aspectos históricos de la Patología desde sus albores y en los diferentes países del mundo, ya que el objeto de éste, es el de divulgar el desenvolvimiento de la Patología en el país, a través de sus iniciadores con trabajos histológicos y la importancia de la práctica de autopsias clínicas.

En Guatemala, el primero que propuso la práctica de autopsias clínicas en el año de 1905 fué el Dr. Federico Lenhoff Wyld, quien realizó estudios en la Escuela Alemana de Virchow. El Dr. Lenhoff Wyld siendo médico jefe del 2º. Servicio de Medicina del Hospital General, - escribió en la Revista de "La Juventud Médica" (Noviembre-Diciembre 1905) un comentario bajo el nombre de "UNA REFORMA URGENTE", en el cual "analizó brillantemente la necesidad de las autopsias clínicas y se refirió a los problemas que presentan los parientes para evitar su práctica. Sin estas autopsias añade, permanece incompleta la carrera del estudiante, y nada como ellas para ejercitar el ojo médico". "En la sala de autopsia es donde se aprende a "ver".

"Es menester dictar una ley que establezca la autopsia obligatoria, es decir según la cual se deba hacer la autopsia a toda persona que muera en un servicio del Hospital General" (1).

"Ojalá que estas palabras lleguen a la Dirección del Hospital para que contribuya a llevar a cabo esta

reforma más, entre las muchas que a su actividad y energía debe ya el Hospital General, y que dejaría marcado con letras de oro su nombre en la Historia de la Medicina de Guatemala".

Merece citarse por haber sido el verdadero iniciador de los estudios histológicos en el medio guatemalteco al gran maestro de maestros Dr. Lizardo Estrada González, quien en las cátedras que impartió en la Facultad de Ciencias Médicas, especialmente en la de Histología, realizó trabajos prácticos y estimuló a los alumnos en nuevos métodos de investigación.

El Dr. Estrada González fué además el primero que organizó el Laboratorio Bacteriológico en Guatemala, después de haber hecho estudios bajo la dirección del eminente sabio Borrel, en el Instituto Pasteur de París.

Alumno sobresaliente de la cátedra del Dr. Estrada González fué el Dr. Carlos Estevez.

La patología o Anatomía Patológica no existió en el curriculum de estudios durante los primeros cuatro lustros del presente siglo, habiendo figurado más tarde en el último año de la carrera, siendo servida en forma teórica por el Dr. Miguel F. Molina.

En 1924 se hizo la reforma del plan de estudios en la Facultad de Ciencias Médicas y sobre todo en lo correspondiente a la cátedra de Anatomía Patológica, colocándola en ese entonces en el tercer año de la carrera, siendo el Dr. Estevez el primer profesor titular.

No fué sino hasta el año de 1927, en que se inauguró por primera vez la cátedra mencionada en la debida forma, realizándose numerosas prácticas de histopatolo-

gía y exámenes teórico-prácticos, pero con la falta absoluta de la Anatomía Patológica macroscópica y autopsias clínicas. La cátedra se sirvió en esa forma por varios años. Sustituyó al Dr. Carlos Estevez el Dr. Rafael Morales, quien continuó enseñando únicamente histopatología.

En el año de 1936, cuando se celebró en Guatemala el 4º. Congreso Médico Centro Americano, el patólogo alemán, Dr. Werner Rotter del Hospital General "San Juan de Dios" de San José de Costa Rica, demostró la importancia de las autopsias clínicas y de la Anatomía Patológica en la formación del médico.

Fué este patólogo quien invitó al Dr. Carlos Martínez Durán a visitar Costa Rica para mostrarle como se hacía la enseñanza de la Patología en dicho hospital. El Dr. Rotter dió las recomendaciones necesarias al Dr. Martínez Durán para que pudiera trabajar en el Instituto de Patología de la Universidad de Berlín.

El Dr. Carlos Martínez Durán fué el primer médico guatemalteco que hizo estudios de Patología en el extranjero.

A su regreso cambió totalmente la enseñanza de la Patología, uniendo el curso de Patología General al de Anatomía Patológica, e inició la práctica de autopsias clínicas para la docencia de los alumnos del curso contando con la colaboración del primer prosector Dr. Alfredo Gil Gálvez. Esto fué en el año de 1939.

La Patología era un curso donde se enseñaba de todo, ya que de acuerdo a su programa variado comprendía: Semiología, Propedéutica, elementos de Terapéutica y muy poco de la Patología General en sí, motivo por el

cual era siempre cambiada en el curriculum de estudios, colocándola al principio, en medio o al final de la carrera, todo ésto como prueba de la desorientación de su programa.

Siendo Decano de la Facultad de Ciencias Médicas el Dr. Lizardo Estrada González convocó a una sesión de la Junta Directiva y del profesorado, para discutir la orientación del curso.

El Dr. Ezequiel Sosa, después de oír todas las discusiones que se suscitaron y siendo en ese entonces profesor de Patología General, le cedió al Dr. Martínez Durán en forma generosa su cátedra, dada la nueva orientación que traía de Alemania para la enseñanza y triunfara así la renovación. Por lo tanto, a partir de 1939 se enseñó el curso como: Patología General y Anatomía Patológica macroscópica con autopsias clínicas, Histopatología y enseñanza teórico-práctica; manteniéndose desde esa fecha dentro de la misma orientación, con los naturales avances y progresos que la Patología viene alcanzando.

El Hospital General "San Juan de Dios" no tuvo durante muchísimos años ningún departamento de Anatomía Patológica, por la falta de patólogos y de dinero para montarlo; y fué en el año de 1930 cuando el ciudadano italiano Don Jerónimo Jaracini Muraro, residente en Chiquililla del Departamento de Santa Rosa donó la cantidad de Q.2,000.00 para el Hospital General, y el Dr. Luis Gaitán, quien era Director del mismo en ese entonces, dió ese dinero para la compra del primer equipo para el Laboratorio de Patología.

El Dr. Carlos Estevez se hizo cargo del departamento en junio de 1930, y durante su permanencia practicó 42 exámenes, tal como consta en el archivo del Departamento. Estos trabajos los realizó hasta diciembre del

mismo año. Luego hubo un receso de seis meses en el Departamento; y el 1º. de julio de 1931 se hizo cargo del mismo el Dr. Carlos Martínez Durán, quien lo dirige hasta la fecha; correspondiéndole a él dar el informe No.43 en julio de 1931, cuyo dato también consta en el archivo mencionado.

Contemporáneamente varios médicos se han dedicado al estudio de la Patología como especialidad, ellos son los Drs. Carlos Vizcaíno Gámez, Carlos Tejada V. y Francisco Sosa G. todos con estudios de post-graduados en diferentes hospitales de Estados Unidos de Norte América y Europa (Francia), bajo la dirección de eminentes personalidades en Patología; dando así mayor auge a la mencionada especialidad mediante sus participaciones en las distintas actividades de la misma. (2)

MATERIAL Y METODOS

El material usado en el presente trabajo se basó en la revisión de 524 autopsias clínicas, practicadas en el Departamento de Patología del Hospital "San Juan de los Rios", durante el período comprendido entre el 1º de junio de 1962 al 31 de mayo de 1963. El hecho de no haberse realizado en nuestro estudio un año calendario fué debido a la circunstancia que los estudios histopatológicos del material de autopsia habían sufrido una merma considerable desde 1958 y volvieron a sistematizarse a partir del mes de junio.

De acuerdo a normas pre-establecidas en el Departamento de Patología del Hospital General "San Juan de los Rios", se practican dos tipos de autopsia, a saber:

Autopsia tipo "A" cuya característica es que además de tener observación clínica completa, tiene interpretación macroscópica como microscópica, y

Autopsia tipo "B" es aquella que careciendo de observaciones o está incompleta, únicamente se hace interpretación macroscópica con el objeto de establecer la causa básica de la muerte.

Para la interpretación diagnóstica de los resultados se ha seguido el criterio de "Causa Básica" de la Clasificación Internacional usada por la O.M.S. cuya definición literalmente dice: "CAUSA BASICA, ES EL ESTADO PATOLÓGICO O PROCESO PATOLÓGICO, ANORMALIDAD, LESIÓN O ENVENENAMIENTO QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE

RECTAMENTE PRODUCE LA DEFUNCION. LOS SINTOMAS O MODOS DE FALLECER, TALES COMO DEBILIDAD CARDIACA, ASTENIA, ETC. NO SON CONSIDERADOS COMO CAUSA DE MUERTE PARA FINES ESTADISTICOS. (3).

La técnica de autopsia clínica utilizada en todos los casos revisados es la adoptada por el Departamento de Patología del Hospital General "San Juan de Dios".

RESULTADOS Y DISCUSION

Previamente al análisis de los resultados obtenidos se ha creído necesario hacer algunos comentarios en relación a los mismos, puesto que tratándose de datos estadísticos parciales, no conviene hacer generalizaciones. Se ha creído conveniente insistir en dicho hecho puesto que el material de autopsia no puede ser representativo, debido a que no a todos los fallecidos se les practica autopsia, que la población beneficiada en el hospital no es representativa de la nacional y que no todas las defunciones ocurren en el Hospital.

Después de este breve comentario que se creyó necesario, se procederá a analizar los resultados de acuerdo a los siguientes rubros:

- 1.- Relación entre autopsias practicadas y defunciones ocurridas en el Hospital General "San Juan de Dios".
- 2.- Resultados de acuerdo a la clasificación internacional y su relación con el tipo de autopsia.
- 3.- Causas básicas más frecuentes registradas en el material de autopsia.
- 4.- Presentación de dos casos de autopsia tipo "A" como ilustración del material básico utilizado en este trabajo.

10.

1.- Relación entre Autopsias Practicadas y Defunciones Ocurridas en el Hospital General "San Juan de Dios"

La relación entre defunciones ocurridas y autopsias practicadas en el mencionado hospital serán analizadas bajo dos aspectos:

- Relación entre defunciones ocurridas y autopsias practicadas durante el mismo período de tiempo, y
- Relación entre defunciones ocurridas y autopsias practicadas durante los últimos años.

Tal como fué mencionado anteriormente durante el período comprendido entre el 1°. de junio de 1962 al 31 de mayo de 1963 se practicó un total de 524 autopsias clínicas. Durante el mismo lapso de tiempo fueron registradas un total de 922 defunciones. En el Cuadro No.1, se detalla el número de defunciones, el total de autopsias - - practicadas, la subdivisión de las mismas de acuerdo al tipo y sus porcentajes correspondientes.

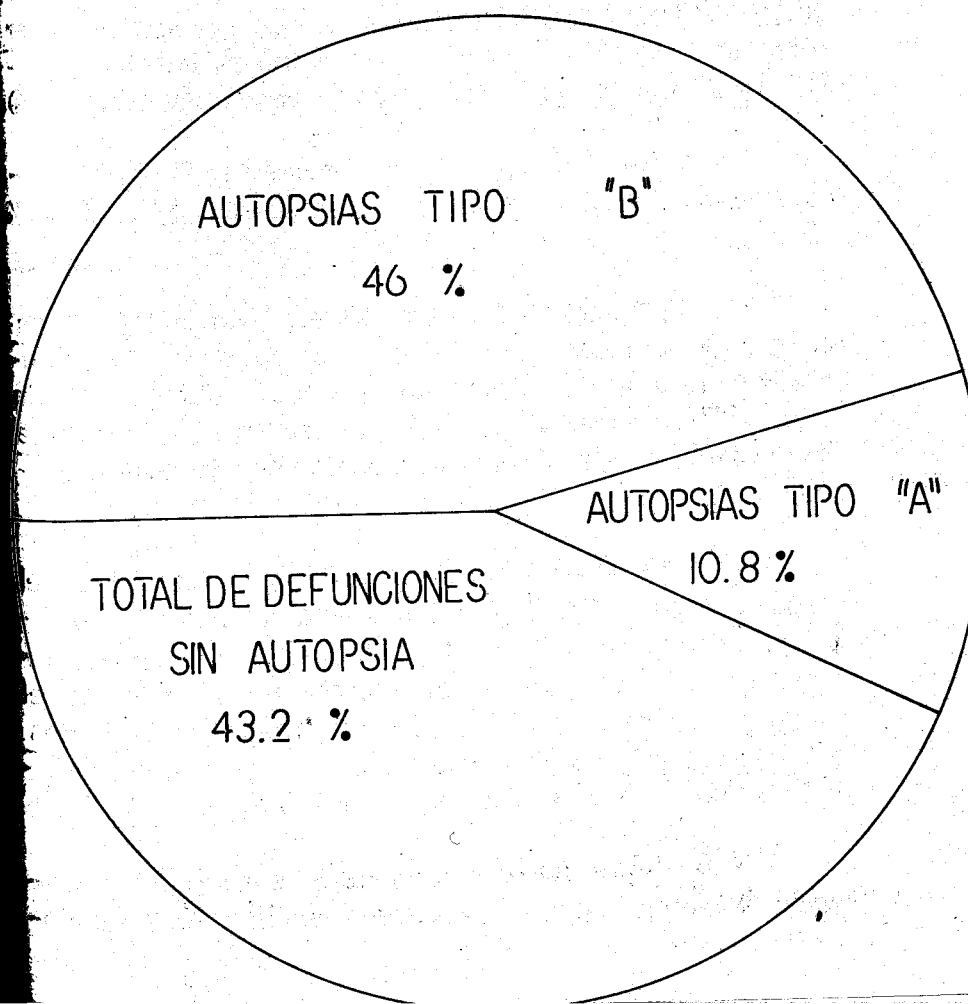
CUADRO N. 1		
AUTOPSIAS PRACTICADAS EN DEFUNCIONES OCURRIDAS		
	Nº.	PORCENTAJE
TOTAL DEFUNCIONES	922	100
TOTAL AUTOPSIAS	524	56.8
AUTOPSIAS TIPO "A"	100	10.8
AUTOPSIAS TIPO "B"	424	46.0

11.

En una forma más objetiva se presentan los resultados en la Gráfica No.1, la cual claramente pone de manifiesto que más de la mitad de los casos tenían autopsia a la vez que muestra el pequeño porcentaje de autopsias tipo "A".

GRAFICA N° 1

PORCENTAJE DE AUTOPSIAS EN DEFUNCIONES OCURRIDAS



Como se ha podido apreciar, el porcentaje de autopsias practicadas en relación a las muertes ocurridas fué de 56.8%. La comparación de dicho porcentaje con el del Hospital Roosevelt y el Hospital "San Vicente" revela que dichos centros tienen un índice mayor de autopsias. Así para el año 1962 el porcentaje de autopsias en el Hospital Roosevelt en relación a los "egresados muertos" fué de 81.9%. Sin embargo en dicho porcentaje se han incluido 43 autopsias de recién nacidos lo cual viene a elevar el índice que de otra manera sólo alcanzaría un 65.8%. Esto indica que si existiese un servicio de maternidad en el Hospital General "San Juan de Dios", el porcentaje de autopsias estaría probablemente más elevado (4).

En el Hospital "San Vicente" el índice de autopsias para el mismo año alcanzó un porcentaje de 79.5% (5).

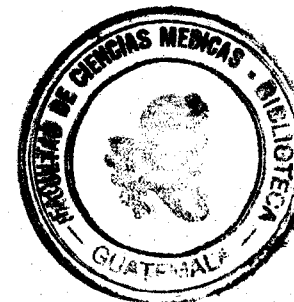
Es indudable que el número y porcentaje de autopsias practicadas en el Hospital, objeto de nuestro estudio, es menor al de los hospitales antes mencionados; sin embargo debe tomarse en cuenta los recursos propios de cada centro y su relación con la atención hospitalaria en general.

En el Hospital General "San Juan de Dios", el Departamento de Patología sólo cuenta con dos internos permanentes y no se encuentra establecido el sistema rotatorio del resto de practicantes internos hospitalarios por el mismo. El número de defunciones es mayor que en el Hospital Roosevelt, en el cual además, existen tres residentes de Patología y dos internos rotatorios.

El análisis del porcentaje de autopsias practicadas durante los últimos años en relación a las defuncio-

nes ocurridas se hace imperioso para conocer si se ha operado algún cambio. Con ese objeto se recurrió al análisis de los datos retrospectivos lográndose obtener información a partir del año de 1954, gracias a una publicación de la Dirección General de Estadística (6) y ulteriormente por información de la Sección de Estadística del Hospital General "San Juan de Dios" (7), todo lo cual ha permitido analizar los porcentajes de autopsias practicadas en "egresos muertos" del hospital desde 1954 hasta 1962. El análisis de dichos datos aparece en el Cuadro No.2. Como puede apreciarse en el mismo, durante los primeros cuatro años el porcentaje de autopsias practicadas en relación a los "egresos muertos" permaneció prácticamente similar. Durante el año de 1958 se acusa un descenso bastante significativo en el número y porcentaje de autopsias practicadas, lo cual fué debido al cambio material operado en el Departamento de Patología, así como a la necesidad de mejorar las condiciones físicas del mismo.

Sin embargo, a partir del año siguiente se nota un ascenso, que ha ido superándose desde dicho año y que ha sobrepasado con amplio margen las marcas iniciales de los primeros años descritos llegando a alcanzar en el año 1962, un porcentaje de 44.3%.



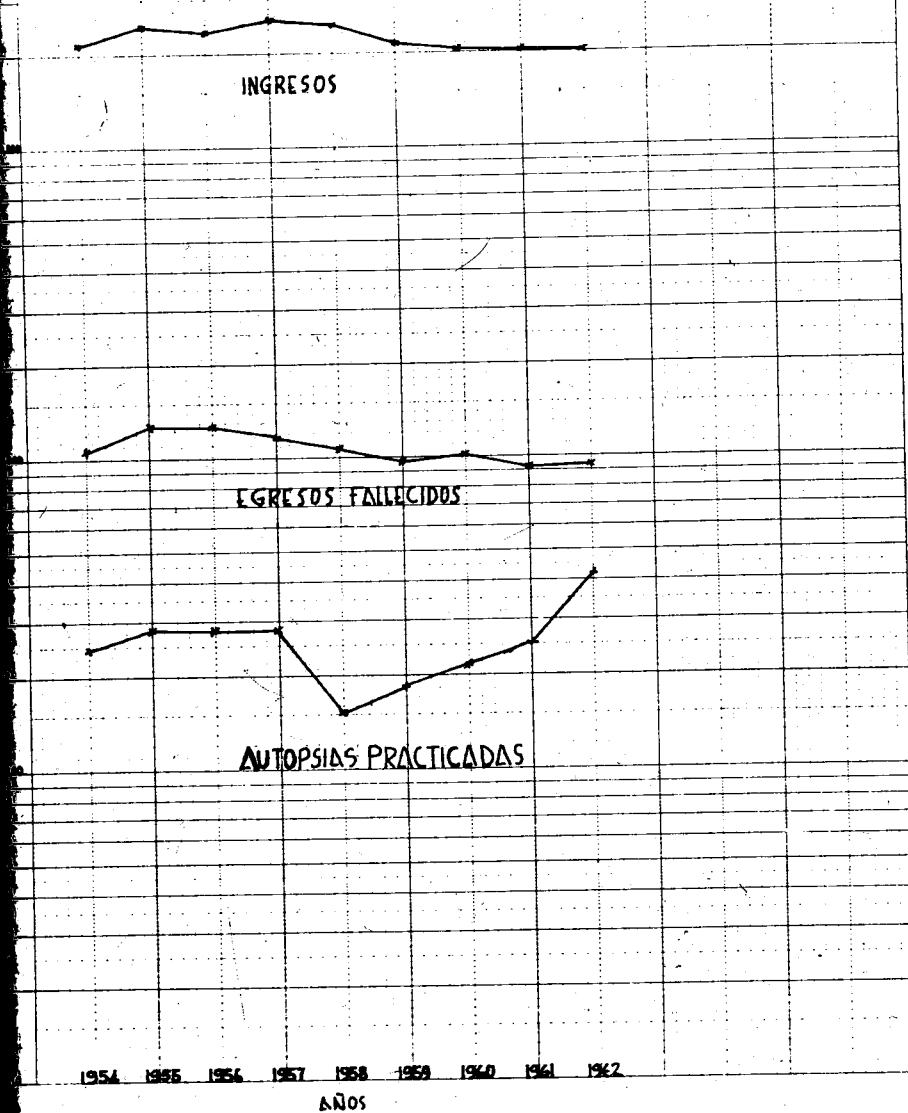
Dicho porcentaje será probablemente sobrepasado en el año actual (1963), puesto que hasta el 15 de noviembre se habían practicado un total de 602 autopsias. Por último, es importante hacer mención de que el porcentaje para el año 1962 no coincide con el indicado anteriormente debido a que en el presente estudio, por las razones antes mencionadas, no se utilizó el año calendario, mientras que en el cuadro anterior si se ha utilizado.

La Gráfica No.2, muestra la relación entre ingresos, "egresos muertos" y autopsias practicadas, y permite objetivar el enorme incremento operado a partir del año 1958 hasta 1962, el cual muestra una tendencia al ascenso progresivo en la práctica de autopsias.

CUADRO N.º 2			
PORCIENTO DE AUTOPSIAS CLINICAS CON RELACION A FALLECIDOS			
AÑO	N.º AUTOPSIAS	FALLECIDOS	PORCENTAJE
1954	247	1060	23.3
1955	287	1292	22.2
1956	281	1264	22.2
1957	281	1162	24.1
1958	154	1091	14.1
1959	184	964	19.0
1960	219	1018	21.6
1961	252	925	27.2
1962	416	939	44.3

GRAFICA N.2

INGRESOS, EGRESOS FALLECIDOS Y AUTOPSIAS CLINICAS PRACTICADAS
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
1954 - 1962



Resultados de Acuerdo a la Clasificación Internacional y Tipo de Autopsia.

En el Cuadro No.3, se presentan los resultados de la distribución de las 524 autopsias clínicas practicadas, de acuerdo a los grandes rubros de la clasificación internacional y al tipo de autopsia. Como puede apreciarse el mayor número de autopsias fueron interpretadas dentro del rubro de enfermedades alérgicas, de las glándulas endócrinas, del metabolismo y de la nutrición con un total de 115 casos; constituyó el 22% del total de autopsias; siguiéndole muy de cerca el rubro de neoplasmas con 44 casos correspondiéndole el 21.8% del total. Luego vienen en orden descendente las enfermedades infecciosas y parasitarias, las del aparato digestivo, del aparato genitourinario y del aparato circulatorio.

De acuerdo al tipo de interpretación es interesante señalar que en el rubro de enfermedades alérgicas, de las glándulas endócrinas, del metabolismo y de la nutrición, únicamente 3 autopsias tenían interpretación tipo "A", mientras que en el grueso de las mismas correspondían a autopsia tipo "B". Por otra parte, el grupo de los neoplasmas mostraba una preponderancia de autopsia tipo "B". Es importante llamar la atención sobre el escaso número de interpretación microscópica en los rubros de enfermedades infecciosas y parasitarias, del aparato circulatorio, digestivo y genito urinario. Es indudable que idealmente se desearía que todas las necropsias tuviesen interpretación tipo "A"; sin embargo, conociendo las limitaciones del Departamento de Patología, sabemos que ha sido muy difícil incrementarlas. Por otra parte, el análisis de 100 casos con interpretación microscópica reveló que un 95% los resultados macroscópicos fueron confirma--

dos por la microscopía.

El análisis por grandes rubros reveló que dentro del grupo de enfermedades infecciosas y parasitarias la causa básica más frecuentemente encontrada fué la tuberculosis pulmonar, de la cual se registraron un total de 47 casos equivalente a un 52.3% del total de defunciones registradas en dicho rubro. Sigue en orden de frecuencia la enfermedad de Chagas con 9 casos. Desafortunadamente, todos los casos tenían interpretación tipo "B". Otras enfermedades encontradas fueron la amebiasis con 6 casos, y la fiebre tifoidea y hepatitis viral con 5 casos cada una. Por último el resto de enfermedades eran tan limitadas en número que se hace caso omiso de ellas. Ahora bien, hubo dos enfermedades que por su frecuencia un tanto baja vale la pena mencionarlas; se trata de un caso de rinoescleroma y otro de cisticercosis cerebral, los cuales tenían interpretación tipo "A".

Dentro de los neoplasmas la casi totalidad eran tumores malignos (97.4%) del total. El orden de frecuencia de dichos tumores correspondió en primer lugar al cáncer gástrico con 18 casos, luego los tumores del tejido linfático incluyendo leucemias y linfoma de Hodgkin los cuales se registró un total de 10 casos. Los tumores malignos de vías biliares extrahepáticas y los tumores endocraneales fueron encontrados con una frecuencia similar (9 casos cada uno). Ocho casos fueron de localización pancreática, 7 se diagnosticaron como primitivos del hígado. Finalmente, se registraron 4 casos de cáncer del cérvix uterino, y un número similar del esófago y del tiroides.

En el grupo de enfermedades alérgicas, de las glándulas endócrinas, del metabolismo y de la nutrición, la causa más frecuente fué el Síndrome de Plurica-

rencia infantil con un total de 87 casos correspondientes al 76.5% del total de dicho grupo, 17 de los casos restantes del grupo fueron clasificados como nutrición deficiente sin calificar.

Las dos enfermedades más frecuentemente encontradas en el rubro de enfermedades cardiovasculares fueron la estenosis mitral y el infarto del miocardio.

Las enfermedades más frecuentes del aparato digestivo fueron la cirrosis hepática con un total de 19 casos y la enterocolitis aguda, con 18 casos.

Del rubro de enfermedades del aparato génito-urinario, la glomerulonefritis crónica constituyó el 51% del total de enfermedades renales encontradas.

CUADRO N. 3

DISTRIBUCION DE 524 AUTOPSIAS PRACTICADAS DE ACUERDO AL TIPO DE AUTOPSIA Y RUBRO DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL

ENFERMEDADES	TOTAL	AUTOPSIA TIPO "A"	AUTOPSIA TIPO "B"
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	90	9	81
TUMORES (NEOPLASMAS)	114	61	53
ALERG. DE GLAND. ENDOC. DEL METAB. Y DE LA NUTRICION	115	3	112
DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	1	0	1
DEL SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	9	1	8
DEL APARATO CIRCULATORIO	41	6	35
DEL APARATO RESPIRATORIO	11	0	11
DEL APARATO DIGESTIVO	59	8	51
DEL APARATO GENITO URINARIO	47	8	39
COMPLIC. DEL EMBARAZO, NACIMIENTO Y PUERPERIO	5	1	2
DEFECTOS CONGENITOS DE CONFORMACION	18	2	16
TRAUMAS, SENILIDAD Y ESTADOS MAL DEFINIDOS	2	0	2
ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS	14	1	13
	524	100	424

3.- Distribución de las Causas Básicas de Muerte más Frecuentes Registradas en el Material de Autopsia.

A pesar de las consideraciones de tipo estadístico hechas anteriormente, se ha considerado conveniente presentar la frecuencia de causas básicas registradas en el material de autopsia. La distribución en orden decreciente se presenta en el Cuadro No.4. Como puede apreciarse el Síndrome de Pluricarencia Infantil constituyó la causa más frecuentemente encontrada en el material de autopsia, hecho que viene a comprobar la elevada mortalidad en el grupo de bajo nivel socio-económico, máximo beneficiario de los servicios de dicho hospital

CUADRO N.4

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES

	No.	PORCENTAJE
SINDROME DE PLURICARENCIA INFANTIL	87	16.6
TUBERCULOSIS PULMONAR	47	8.9
GLOMERULONEFRITIS CRONICA	24	4.5
CIRROSIS HEPATICA	19	3.6
CANCER GASTRICO	18	3.4
ENTEROCOLITIS AGUDA	18	3.4
NUTRICION DEFICIENTE SIN CALIFICAR	17	3.2
ENDOCARDITIS REUMATICA MITRAL	10	1.9
TUMOR MALIGNO TEJIDO LINFATICO	10	1.9
TUMOR ENDOCRANEAL	9	1.7

4.- Presentación de Dos Casos de Autopsia Tipo "A" como Ilustración del Material Básico utilizado en este trabajo.

Caso No.1

Registro Médico: 12110-63

Paciente del sexo femenino, de 20 años de edad, soltera, de oficios domésticos, originaria y residente en esta capital. Ingresó el 22 de mayo de 1963. Falleció el 24 de mayo de 1963.

Motivo de Ingreso: cefalea generalizada intensa y vómitos de 6 días de evolución.

Historia: 6 días antes de su ingreso había principiado con cefalea intensa generalizada y con periodicidad sobre todo por las tardes. Visitó a facultativo quien indicó analgésicos y sedantes tipo aspirina y fenobarbital en dosis no conocidas, sin presentar mejoría. Durante el acmé se ha acompañado el dolor de vómitos amarillo verdosos en número de 3 a 5 pequeños, siempre precedidos de náusea. Posteriormente le dieron librium 10 mg. P.O T.I.D.

Antecedentes: Médicos: hospitalizada hacía un año por espacio de tres días, por la misma sintomatología, se le dio egreso mejorada. Fiebre tifoidea hacía 8 años tratada por facultativo.

Quirúrgicos y Traumáticos: negativo.

Revisión por sistemas: lo referido en la historia.

Examen Físico: Regular estado general y nutricional. - P: 60 x; P.A. 100/ 80; Respiración 36 x'; Temp.: 36.5° C.

Todo el examen físico fué negativo, aún el fondo de ojo practicado por facultativo. Se le ingresó con diagnóstico provisional de: Distrofia Neurovegetativa e Hipertensión Intracraneana.

Como tratamiento inicial recibió por vía endovenosa soluciones dextrosadas al 30% y Largactil 25 mg. im.

Evolución: El día de su ingreso presentó cuadro de cefalea intensa y vómitos, así como signos inequívocos de "Hipertensión Intracraneana", luego entró en coma. Al día siguiente presentó paro respiratorio de origen central con cianosis intensa de cara y mucosa, midriasis marcada, fondo de ojo del lado izquierdo mostraba hemorragia retiniana, siendo la relación vena-arteria de 5/2, en el ojo derecho la hemorragia retiniana era más intensa. Sus controles vitales en ese instante fueron presión arterial 150/90, pulso central y periférico 100 x', respiraciones 0 x'. Fué evaluado por facultativo especialista posteriormente, quien lo encontró con signos francos de hipertensión intracraneana, que en el intento de vómito desarrolló hernia cerebelosa y en vista del tiempo transcurrido ya las lesiones pedunculares y bulbares eran evidentes, por lo que no se consideró conveniente practicar procedimientos quirúrgicos, en vías de terapéutica radical. Por el edema cerebral se indicó Ureophil. La paciente falleció más tarde con signos de descerebración.

Clínicamente se cerró el caso con diagnóstico de: 1º) Hipertensión intracraneana, 2º) Tumor cerebral probable.

Hallazgos de Autopsia:

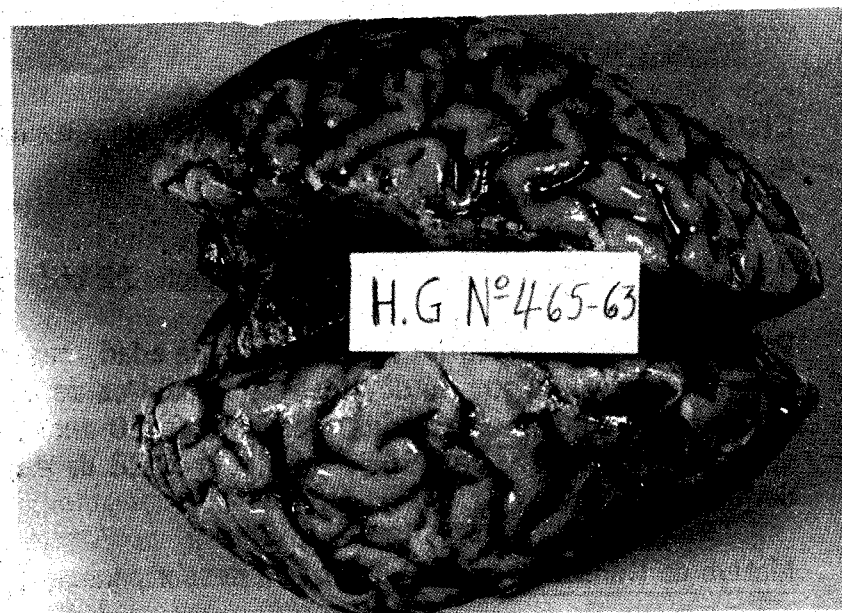
Encéfalo: cisticercosis parenquimatosa occipital izquierda y parietal derecha. Cisticercos solitario del 3er. ventrículo.

culo.

Pulmón: Atelectasia pulmonar subpleural bilateral y áreas bronconeumónicas con focos diseminados.

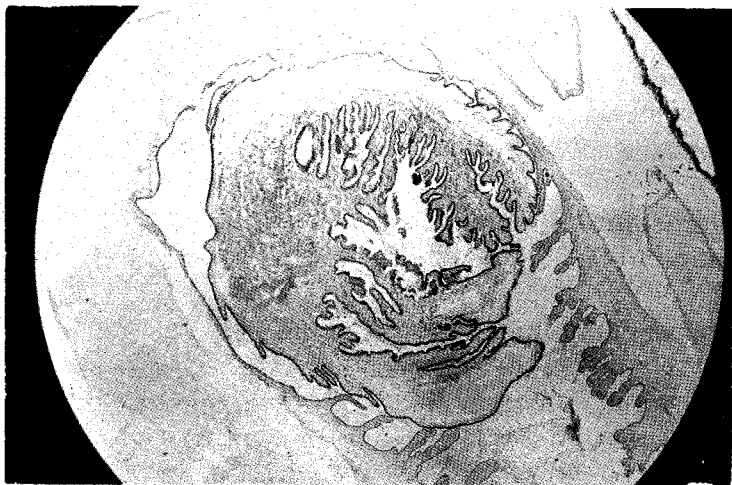
Hidrocefalia Interna consecutiva a bloqueo del 3er. ventrículo.

Hipertensión intracraneana



Cerebro:

Muestra cisticercos bien encapsulados en el menisferio derecho a nivel de la porción parietal y occipital.



Cisticercosis en tejido cerebral, sin otro tipo de alteraciones.

Caso No. 2

Registro Médico: 22166-58

Paciente de sexo masculino, de 58 años de edad, casado, de oficio pintor, originario de Masaya, República de Nicaragua y residente en esta capital desde hacía 20 años. Ingresó el 18 de marzo de 1963, y falleció el 28 de mayo del mismo año.

Motivo de Consulta: cirrosis hepática descompensada.

Historia: paciente que tuvo múltiples ingresos a este centro hospitalario desde 1958, cuando refirió que cuatro meses antes de su primer ingreso principió con trastornos digestivos manifestos por sensación de llenura postprandial, anorexia, decaimiento general, pérdida de peso e intolerancia de las comidas grasas. Notó también en esa oportunidad aumento progresivo de la circunferencia abdominal y a-

parecimiento de dos hernias, una inguinal izquierda y otra umbilical que aumentaron de tamaño rápidamente, por lo que fué intervenido. Dichas hernias han recidivado por lo que fué nuevamente intervenido quirúrgicamente.

Antecedentes: Médicos: tuvo 6 hospitalizaciones por Cirrosis hepática descompensada. Alimentación regular en cantidad y calidad.

Quirúrgicos: corrección quirúrgica de hernia inguinal izquierda en 1958 (Hospital Regional de Zacapa). Operación derivativa del líquido ascítico en Enero de 1963.

Traumáticos: negativo.

Toxicomanías: bebedor crónico desde la edad de 30 años, fumador moderado.

Familiares: sin importancia.

Examen Físico: Paciente en regulares condiciones generales y nutricionales, decaído, colaborador, con ligera dificultad respiratoria P.A. 100/70; P: 80 x'; Temp: 37°C; Peso: 160 lbs.; T: 1.70 mts.

Datos Positivos: Torax anterior: Apex 3er. E.I.I. sobre la L.M.C. ruidos cardíacos normales. F C: 80 x'. No hay soplos.

Torax posterior: expansión disminuída, palpación y percusión normales. Auscultación: estertores subcrepitantes finos en ambas bases pulmonares.

Abdomen: sumamente globuloso, 102 cms. de circunferencia abdominal, presenta dos cicatrices, una transversa a nivel del ombligo de 18 cms. de longitud y otra en región inguinal izquierda de 10 cms. de longitud. Circulación colateral visible en forma de cabeza de medusa. Presencia de onda líquida. Hígado y bazo no palpables.

Genitales: vello pubiano escaso con disposición femeninoide.

Extremidades: superiores normales, inferiores: edema grado II en dorso de los pies y ambas piernas.

Piel: telangiectasias en cara y hombros.

Laboratorio: Las pruebas hepáticas especialmente la ce-
falina-colesterol y bromosulfotaleína fueron informadas
todas las ocasiones en que le fueron practicadas (diferen-
tes ingresos), positivas de franca lesión hepática.

La fosfatasa alcalina permaneció en límites normales. Los
recuentos hematológicos siempre revelaron anemia ligera.
Las proteínas permanecieron en niveles críticos, lográndose
se ultimamente mejorarlos.

Un examen citológico del líquido ascítico (Papanicolaou) fué negativo para células neoplásicas. Las
transaminasas permanecieron por arriba de lo normal. La
química sanguínea, especialmente la urea y el N. N. P.,
mostraron un ascenso considerable.

El caso se cerró clínicamente con la impresión de 1°) Ci-
rrosis Hepática tipo Laennec, 2°) Várices esofágicas (he-
matemesis), 3°) Coma hepático.

Tratamiento: dieta hiposódica, vitaminoterapia, solucio-
nes dextrosadas, antibióticos, diuréticos, esteroides, su-
dantes tipo hidrato de cloral y vitamina K. Paracentesis
repetidas.

Evolución: fué favorable en un principio respondiendo
tratamiento médico instituido, pero posteriormente ante
inevitable progreso de la lesión hepática se consideró co-
veniente hacer un tipo de operación para derivar la produ-
cción de líquido ascítico (operación de Tallman), la cual
fué practicada en el mes de enero del corriente año. No

bo mejoría evidente respecto a la producción de líquido as-
cítico.

Dos días antes de su deceso tuvo cuadro de he-
matemesis severa, que no respondió al tratamiento instituí-
do. El paciente entró en franco cuadro de coma hepático.

Hallazgos de Autopsia:

Hígado: Cirrosis periportal tipo Laennec.

Síndrome de hipertensión portal.

Bronconeumonía con focos confluentes.

Papilitis aguda necrotizante del riñón derecho.

Pielitis y ureteritis aguda derecha.

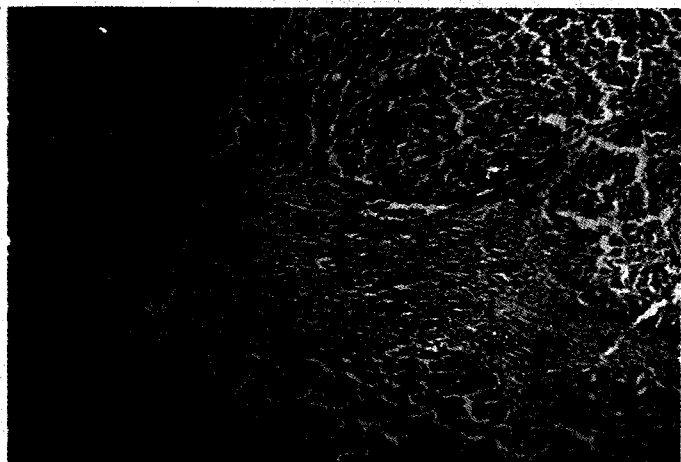
Esplenomegalia fibro-congestiva.

Nefrosis hidrópica.

Ascitis (8000 c.c.)



Hígado: Se observa la superficie externa finamente granular, siendo los gránulos homogéneos de 0.5 de cm. de diámetro.



Corte de Hígado: muestra proceso de cirrosis periportal, con bandas fibrosas que segmentan irregularmente el parénquima con áreas de necrosis y esteatosis.

CONCLUSIONES

Es necesario dictar leyes o disposiciones legales que permitan practicar siempre la autopsia clínica, sin tropezar con la oposición de los familiares.

Conviene educar a las personas para que se com- penetren de los beneficios que lleva al conglomerado social la investigación que se hace a través de la autopsia clínica.

Conforme se incremente el número de autopsias clínicas se podrán sentar bases firmes respecto a la morbilidad y mortalidad de las distintas enfermedades en el medio guatemalteco.

El nivel científico y la categoría de un hospital dependen del número de autopsias que en él se practiquen, máxime cuando es de tipo universitario.

Es urgente dar más apoyo al Departamento de Patología del Hospital General "San Juan de Dios", a efecto de que se pueda aumentar el personal médico especializado, así como el de residentes y obtener también la rotación de los internos hospitalarios por el mismo.

Se necesita mayor número de patólogos y remuneración adecuada para los mismos, pues sólo así podrían desempeñar su trabajo a tiempo completo.

Se deben crear estímulos en las futuras promocio-

nes de estudiantes de medicina, a efecto de que se dediquen al estudio de la Patología como especialidad exclusiva; para contar en no lejano plazo con número suficiente de patólogos que puedan cubrir las necesidades de los hospitales de la capital y de los departamentos.

- 8.- No se concibe en la actualidad que un hospital funcione a satisfacción si carece de patólogos, estimándose que es necesario un patólogo a tiempo completo por cada doscientos pacientes hospitalizados.

Mario Enrique Meneses Escobar

Vº.Bº.

Vº.Bº.

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

Dr. Arturo Carrillo
Asesor

Vº.Bº.

Imprímase:

Dr. Carlos Martínez D.
Revisor

Dr. Carlos M. Monsón M.
Decano

REFERENCIAS

- 1.- Lenhoff, W. F.: Una reforma urgente; Revista de la Juventud Médica, Noviembre-Diciembre 1905. Año VII, Números 80 y 81, Tomo VII, Números 11 y 12.
- 2.- Martínez, D. C.: Comunicación Personal.
- 3.- Clasificación Internacional de Enfermedades. Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Séptima Revisión. 1955. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1957. 2 Tomos.
- 4.- Hospital Roosevelt. Sección de Estadística.
- 5.- Hospital San Vicente, Sección de Estadística.
- 6.- Boletín Mensual. Dirección General de Estadística. Número 6-7, pp. 28-29, 1957.
- 7.- Hospital General "San Juan de Dios", Sección de Estadística. (Datos no publicados).