

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

República de Guatemala, Centroamérica.

## **Abdomen Agudo en el Niño**

**(PATOLOGIA NO CONGENITA)**

### **TESIS**

Presentada

a la

Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Médicas

de la

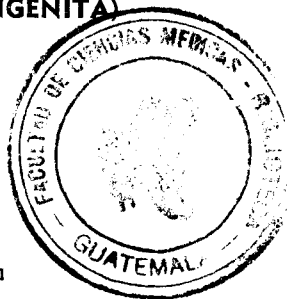
Universidad de San Carlos de Guatemala,

por

**MANUEL OCTAVIO LEIVA SANTOS**

En el acto de su investidura de

**MEDICO Y CIRUJANO**



Guatemala, Septiembre de 1964.

## **PLAN DE TESIS**

### **I. INTRODUCCION**

### **II. MATERIAL Y METODO:**

A) EDAD

B) SEXO

C) CUADRO CLINICO:

Síntomas

Signos

Exámenes complementarios

Exámenes especiales

D) DIAGNOSTICO

E) TRATAMIENTO:

1) Médico

2) Quirúrgico: Pre-operatorio y Anestesia

Operación

Post-operatorio

F) COMPLICACIONES

G) RESULTADOS

### **III. RESUMEN Y COMENTARIO**

### **IV. CONCLUSIONES**

### **V. BIBLIOGRAFIA.**

## **INTRODUCCION**

El siguiente trabajo de tesis comprende un estudio parcial de Abdomen Agudo en el Niño, efectuado en el Hospital Roosevelt, analizando los casos más significativos y frecuentes.

La siguiente división se hace con el objeto de presentar en orden la descripción de las diversas entidades:

- A) El síndrome de abdomen agudo inflamatorio:
  - 1. Apendicitis Aguda.
  - 2. Perforación Tífica.
- B) El síndrome de abdomen agudo perforativo:
  - 1. Úlcera Duodenal.
  - 2. Perforaciones Intestinales (no inflamatorias).
- C) El abdomen agudo hemorrágico:
  - 1. Ruptura Esplénica.
  - 2. Ruptura Hepática.
- D) El abdomen agudo oclusivo:
  - 1. Invaginación Intestinal.
  - 2. Vólvulus.
  - 3. Oclusión Intestinal por Ascárides.

## **MATERIAL Y METODO**

Se hizo el análisis de 161 casos de abdomen agudo en el niño, que se presentaron desde 1957 a 1963, con excepción de los casos de Apendicitis Aguda que fueron estudiados hasta febrero de 1964.

Se tomó en cuenta para el estudio:

1. Edad: Comprendida del nacimiento hasta los 12 años; que es el límite aceptado en el Departamento de Pediatría.
2. Sexo.
3. Cuadro Clínico:
  - a) Sintomatología: Tomándose en cuenta los síntomas referidos por los padres, encargados o referidos por el niño cuando ya podía hacerlo.
  - b) Examen Físico: La temperatura anotada fue rectal, y se tomó como fiebre aquella que se presentaba por encima de 37.6° C, los otros signos son los de investigación rutinaria en los casos de abdomen agudo.
4. Exámenes complementarios:
  - a) Biometría hemática.
  - b) Heces.
  - c) Orina.
  - d) Rx. de tórax y abdomen.
5. Exámenes Especiales:
  - a) Coprocultivo.
  - b) Reacción de Widal.
  - c) Gota Gruesa.
  - d) Reacción de Huddleson.
  - e) Otros.
6. Tratamiento:
  - a) Médico.
  - b) Quirúrgico:
    1. Pre-operatorio y Anestesia.
    2. Operación.
    3. Post-operatorio.

## 7. Complicaciones.

## 8. Resultados.

Los diagnósticos han sido confirmados en base a los exámenes anatomopatológicos en los casos resueltos quirúrgicamente y, en los casos resueltos con Tratamiento Médico en base al cuadro clínico y exámenes de laboratorio. Las intervenciones quirúrgicas, corresponden únicamente a la operación destinada a tratar la emergencia sin mencionar las operaciones secundarias.

Al referirme a resultados obtenidos lo hago en dos grupos:

A) Curado.

B) Fallecido.

A continuación se expone un cuadro general del tema que incluye:

A) Total de casos y de cada una de las entidades.

B) Edad.

C) Sexo.

D) Cuadro Clínico: Síntomas.  
Signos.

E) Resultados.

Total de casos: 161 .....	100%
ENDICITIS AGUDA: 101 casos .....	62.73%
AGINACION INTESTINAL: 24 casos .....	14.90%
FORACION TIFICA: 11 casos .....	6.83%
TULUS: 9 casos .....	5.59%
EMEN AGUDO PERFORATIVO MORRAGICO: 10 casos .....	6.21%
RUCCION POR ASCARIDES: 6 casos .....	3.72%

Cuadro 1 — E D A D

EDAD	APENDICITIS	INVAGI- NACION	PERFORACION TIFICA	ABDOMEN AGUDO HE- MORRAGICO PERFORA- TIVO	VOLVULUS	OBSTRUC- CION	T O T A L
Menos de 1 año	1: 0.91	16	1	4	2	1	25
1-2	3: 3.96	1	0	0	0	0	4
2-3	3: 3.96	2	2	0	0	2	9
3-4	7: 7.92	1	1	0	2	2	13
4-5	8: 8.91	0	1	0	0	1	10
5-6	12: 11.88	1	1	0	0	0	14
6-7	9: 9.82	2	0	2	2	0	15
7-8	10: 10.91	1	2	1	0	0	14
8-9	13: 13.74	0	3	2	0	0	18
9-10	12: 12.73	0	0	1	1	0	14
10-11	12: 12.73	0	0	0	1	0	13
11-12	11: 11.82	0	0	0	1	0	12
T O T A L	101	24	11	10	9	6	161

Cuadro 2 — S E X O

Entidad	Masculino	Femenino
Apendicitis aguda	59: 58.42%	42: 41.58%
Invaginación intestinal	12: 50.00%	12: 50.00%
Perforación tífica	7: 63.64%	4: 36.36%
Vólvulus	5: 55.56%	4: 44.44%
Abdomen agudo hemorrágico y perforativo	6: 60.00%	4: 40.00%
Obstrucción por áscaris	5: 83.33%	1: 16.67%
T O T A L	94: 58.39%	67: 41.61%

Cuadro 3 - CUADRO CLINICO

SINTOMAS Y SIGNOS	APENDICITIS	INVAGINACION	PERFORACION TIFICA	VOLVULUS	ABDOMEN AGUDO HEMORRAGICO Y PERFORATIVO	OBSTRUCCION POR ASCARIS
Dolor	101	24	11	9	10	6
Vómitos	96: 95.05%	20: 83.33%	7: 63.64%	9: 100.00%	4: 40.00%	6: 100.00%
Náusea	60: 59.41%	6: 25.00%	6: 54.54%	2: 22.22%	0	3: 50.00%
Anorexia	61: 60.40%	6: 25.00%	4: 36.36%	3: 33.34%	0	2: 33.00%
Constipa.	53: 52.48%	2: 8.33%	3: 27.27%	5: 55.55%	0	2: 33.00%
Diarrea	47: 46.53%	23: 95.83%	6: 54.54%	3: 33.34%	2.20%	6: 100.00%
Gases falta exp.	2: 8.33%		2: 18.18%	3: 33.34%		
Decaimiento			2: 18.18%			
Cefalea y epistaxis			2: 18.18%	2: 22.22%		
Meteorismo		6: 25.00%	6: 54.54%	6: 66.67%	2: 20.00%	
Timpanismo					1: 10.00%	
T. múltiple					1: 10.00%	
Trauma abdominal					2: 20.00%	
Herida penetrante					1: 10.00%	
Aumento progresivo escroto					4: 40.00%	
Pérdida de conocimiento					2: 20.00%	
Melena					2: 20.00%	
Fiebre	91. 90.10%	19: 79.17%	11: 100.00%	6: 66.67%	2: 20.00%	6: 100.00%

Rovsing	72: 71.28%		3: 27.27%			
Polaquiria	49: 48.51%		1: 9.09%			
Disuria	5: 4.95%					
Hipereste. cutánea	10: 9.9%					
Psoas	39: 38.81%		5: 45.45%			
Defensa muscular	37: 36.63%					
Obturador	51: 50.59%	11: 45.71%	5: 45.45%		5: 50.00%	2:
Masa abdominal	35: 34.65%					
Mc. Burney	41: 40.69%	15: 62.50%	4: 16.67%			2:
Tacto rectal doloroso	65: 64.36%					
Abdomen glob.	88: 87.13%		6: 54.54%	2: 22.22%		6:
Abdomen blanco		10: 41.67%				2:
Pared no sigue movimientos			2: 18.18%	2: 22.22%	2: 20.00%	
Ruidos intes. normales	46: 45.54%	7: 29.17%	1: 9.09%		1: 10.00%	1:
Aumentados	2: 2.97%	9: 37.50%	4: 36.36%		2: 20.00%	1:
Disminuidos	21: 20.89%	3: 12.50%	2: 18.18%	3: 33.34%	2: 20.00%	2:
Ausentes	32: 31.68%	5: 20.83%	4: 36.36%	6: 66.67%	5: 50.00%	2:
Guantes con sangre		20: 83.33%				
Abdomen tenso				6: 66.67%	2: 20.00%	
Priapismo				1: 11.11%		
Shock					3: 30.00%	
Abdomen en tabla					3: 30.00%	
Herida penet.					2: 20.00%	

## RESULTADOS

CURADOS	148: 92.03%	FALLECIDOS	13: 8.07%
---------	-------------	------------	-----------

### PRE-OPERATORIO EN GENERAL

1. Exámenes complementarios: En la mayoría de los casos se efectuó en el servicio de emergencia:

a) Biometría Hemática: Con el objeto de observar cifra leucocitaria y niveles de hemoglobina y hematocrito. En casos dudosos se verificaron 2 a 3 recuentos, que sumados al cuadro clínico orientaron al diagnóstico final.

b) Exámenes de heces y orina rutinariamente, con el objeto de hacer diagnóstico diferencial.

c) Radiografía de Tórax para descartar posibilidades de patología pulmonar asociada.

d) Placa vacía de abdomen en los casos dudosos.

e) Naturalmente que otros análisis bioquímicos, cultivos y pruebas funcionales se han realizado posteriormente en los casos especiales, determinados por el Cuerpo de Cirujanos del servicio o siguiendo la indicación de los Especialistas consultados.

2. Control de peso como medida pre-operatoria. En los niños esto es importante tanto para las dosis de los medicamentos y cálculos de líquidos a emplear, como para el Anestesiista.
3. En nuestro medio hospitalario la anemia es una situación común en el candidato a la Cirugía. La norma del servicio de Cirugía Pediátrica ha consistido en no operar a un paciente con menos de 10 gramos de hemoglobina, sin embargo, por tratarse de casos sumamente urgentes, se trata de elevar los niveles de hemoglobina y hematocrito a base de transfusiones, calculadas a 20 c. c. por kilo de peso corporal.
4. El uso de antibióticos o quimioterápicos preparatorios se ha instituido en casos especiales.

5. Reposición de líquidos y electrolitos por medio de soluciones intravenosas. Las soluciones más empleadas fueron: D/A al 5% y D/S cuando han habido vómitos.
6. La anestesia fue administrada por Médicos del Departamento de Anestesiología, tipo general, empleándose una mezcla de gas-oxígeno-éter, exceptuando un caso de perforación tífica en el cual era tan grave el estado general del paciente, que se decidió intervenirlo con anestesia local, empleándose la asociación: Novocaína-Demerol-Fenergán-Largactil.
7. Durante la operación se ha tenido siempre el cuidado de llevar control del número de compresas, cuadrados, etc., etc., que son contadas antes de iniciar el cierre de laparotomía.
8. Pesando las gasas, compresas etc., antes y después de usarlas se tiene el dato exacto de la sangre perdida durante la operación y se repone simultáneamente con la transfusión preoperatoria.
9. Se debe tener al paciente con el estómago vacío, por lo cual no se administran medicamentos ni alimentos por vía oral. Si hay distensión abdominal o vómitos severos, se coloca succión continua por vía naso-gástrica.

### POST-OPERATORIO

1. Terminado el acto operatorio el Anestesiista informa al Cirujano del último control de los signos vitales.
2. El cirujano inicia sus órdenes respecto de los controles vitales adaptándose a la situación del enfermo.
3. En seguida se prescribe un analgésico, de acuerdo al peso y se indica la frecuencia de administración deseada.
4. Se deja al paciente sin nada por vía oral hasta nueva orden. En casos complicados de perforación o peritonitis, se usa la succión continua por vía naso-gástrica hasta la aparición de ruidos intestinales satisfactorios; (estos casos se acompañan de íleo paralítico post-operatorio más severo).
5. Luego se prescribe qué cantidad y qué clase de infusión intravenosa requiere, igualmente si requiere antibióticos, vitaminas, si lleva drenajes, si lleva succión gástrica, requerimiento de oxígeno, cateterismo vesical en caso necesario, etc.
6. Se pasa al cuarto de recuperación hasta que los signos vitales se encuentren en límites aceptables; controles efectuados por el Interno del Servicio.

7. En todos los enfermos se lleva control de ingesta y excreta.
8. Se mantiene la hidratación por vía intravenosa hasta que el paciente puede tomar por la boca, empezándose con dieta líquida, blanda y libre sucesivamente.
9. Los pacientes han sido movilizados precozmente, en forma progresiva a partir de las 12-24 horas post-operatorias.
10. En los casos que presentaron perforación y peritonitis secundaria, el penrose intra-peritoneal ha sido retirado poco a poco después del quinto día post-operatorio, observándose la importancia de dejar más tiempo el penrose subcutáneo, que se retira hasta el séptimo día, por la frecuencia con que ocurren las infecciones de la pared, cuando éste último se quita antes que el drenaje intra-peritoneal.
11. En los casos no complicados se da egreso al cuarto o quinto día post-operatorio, citándoles a consulta externa para retirarles puntos al séptimo día.

A continuación se entra a considerar el primer capítulo del presente trabajo, que de acuerdo al orden de frecuencia corresponde a la Apendicitis aguda.

### APENDICITIS AGUDA

De los 161 casos de abdomen agudo estudiados, la apendicitis representa el mayor número (101) casos, la frecuencia por edades fue la siguiente:

Menos de 1 año	1 caso	0.91%
1-2 años	3 casos	3.96%
2-3 años	3 casos	3.96%
3-4 años	7 casos	7.92%
4-5 años	8 casos	8.91%
5-6 años	12 casos	11.88%
6-7 años	9 casos	9.82%
7-8 años	10 casos	10.91%
8-9 años	13 casos	13.74%
9-10 años	12 casos	12.73%
10-11 años	12 casos	12.73%
11-12 años	11 casos	11.82%

De acuerdo al cuadro precedente se puede decir que es más frecuente entre los 8 y 11 años de edad. En cuanto a sexo: 59 casos (58.42%) corresponden al sexo masculino y 42 casos (41.58%) al femenino.

### CUADRO CLINICO

#### A) Sintomatología:

1. El dolor fue el síntoma predominante, presente en la totalidad de los casos, habiendo presentado diversas localizaciones:

a. Epigástrico en 45 casos	44.5%
b. Fosa ilíaca derecha en 24 casos	23.7%
c. Dolor difuso en 18 casos	17.8%
d. Periumbilical 4 casos	4.9%
e. Umbilical 4 casos	4.9%
f. Infraumbilical 4 casos	4.9%
g. Suprapúbico 4 casos	4.9%
h. Hipogástrico 2 casos	2.9%
i. Cuadrante inferior derecho 2 casos	2.9%
j. Hemi-abdomen derecho 2 casos	2.9%
k. Hipocondrio derecho 2 casos	2.9%

l. Dolor fue tipo cólico en 60 casos	69.3%
m. Vómitos se presentaron en .. 96 casos	95.05%
n. Náusea .. 59 casos	58.41%
o. Anorexia .. 62 casos	61.88%
p. Constipación .. 52 casos	51.48%
q. Diarrea .. 46 casos	45.54%
r. Disuria .. 9 casos	9.80%
s. Poliaquiuria .. 9 casos	9.80%
t. Falta de expulsión de gases . 3 casos	3.96%

#### Examen Físico:

u. Fiebre .. 91 casos	90.10%
v. Sensibilidad en punto de Mc Burney .. 75 casos	74.25%
w. Blumberg .. 72 casos	71.28%
x. Defensa Muscular .. 51 casos	50.01%
y. Rovsing .. 49 casos	48.51%
z. Masa Abdominal .. 41 casos	40.59%
aa) Sitio no especificado .. 13 casos	12.87%
ab) En fosa ilíaca derecha ... 15 casos	14.85%
ac) En fosa ilíaca izquierda .. 13 casos	12.87%



7. Hiperestesia cutánea .....	39 casos .....	38.61%
8. Signo del Psoas .....	37 casos .....	36.63%
9. Signo del Obturador .....	35 casos .....	34.65%
10. Tacto Rectal Doloroso .....	88 casos .....	87.12%
a) Fondo derecho doloroso ..	39 casos .....	38.61%
b) Difusamente doloroso ....	33 casos .....	32.67%
c) Fondo posterior doloroso	16 casos .....	15.84%
d) No reportado .....	13 casos .....	12.87%
11. Ruidos intestinales .....	101 casos .....	100.00%
a) Aumentados .....	11 casos .....	10.90%
b) Disminuidos .....	29 casos .....	28.71%
c) Ausentes .....	30 casos .....	29.70%
d) Normales .....	31 casos .....	30.79%

### EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- Biometría hemática; es frecuente la leucocitosis con recuentos de 10,000 o más, como se puede observar a continuación:
 

a) Menos de 10,000 .....	6 casos .....	5.94%
b) 11,000 a 15,000 .....	26 casos .....	25.74%
c) 16,000 a 20,000 .....	22 casos .....	21.78%
d) 21,000 a 25,000 .....	12 casos .....	11.88%
e) Más de 25,000 .....	9 casos .....	8.91%
- Examen de orina ..... en 83 casos ..... | 82.17% |
- Negativo ..... en 49 casos ..... | 48.51% |
- Acetona positiva ..... en 12 casos ..... | 11.88% |
- Acetona y glóbulos blancos y rojos ..... en 9 casos ..... | 8.91% |
- Acetona y otros .....  |  |

(Uratos amorfos, epitelio, bilis, azúcar en 13 casos .. 12.87%)

El examen de orina se ha practicado para hacer diagnóstico diferencial y como un medio para descartar patología renal que pueda influir en la administración de la anestesia.

- Rx. de Tórax con objeto de descartar patología pulmonar y ayudar en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo Médico y Quirúrgico.
- Rx. de abdomen (placa vacía) en los casos dudosos, para buscar la presencia de gas libre en la cavidad peritoneal, con el objeto de saber si hay perforación. El neumoperitoneo por apendicitis aguda es raro y no se puede descartar que hay perforación por la ausencia de aire libre en la cavidad peritoneal.

### TRATAMIENTO

#### REOPERATORIO INMEDIATO

- Dieta: Nada por vía oral hasta nueva orden.
- Succión nasogástrica continua en los casos con distensión abdominal o vómitos.
- En los niños sobre todo en recién nacidos, es aconsejable la disección venosa, para tener una vía segura de administración de flúidos y sangre.
- Hemoglobina, hematócrito y compatibilidad sanguínea.
- Pedir la sangre para el acto operatorio a 20 centímetros por kilo de peso corporal.
- Región operatoria: limpieza y lavado con Phisohex o Septisol.
- Vigilar que el niño orine antes de llevarlo a sala de operaciones.
- Controles vitales antes de llevarlo al quirófano.
- En niños con hipertermia tener listo el colchón de hipotermia.
- En niños menores de 1 año sólo se deja como medicación preoperatoria atropina; en niños mayores Demerol y Atropina de acuerdo con el peso.
- Antibióticos se usan en los casos con perforación y peritonitis, lo más frecuentemente usado: Penicilina Cristalina-Estreptomina.

#### OPERATORIO INMEDIATO

- Controles vitales de acuerdo al caso, cada 15, 30 minutos, etc. cada hora, cada 4 horas por 8-12 horas, de acuerdo al caso.
- Nada por vía oral hasta nueva orden, que implica una evaluación clínica post-operatoria del Cirujano que atendió el caso, o del Médico de turno.

- c) Posición: Decúbito dorsal.
- d) Control de Hemoglobina y Hematócrito para saber si es necesario poner transfusión sanguínea.
- e) Vigilar por distensión abdominal, vómitos o hemorragia.
- f) Aspirar flemas P. R. N.
- g) Observar que orinen espontáneamente, pues en los niños es preferible no cateterizar la vejiga.
- h) Oxígeno en tienda a 3 litros por minuto P. R. N.
- i) Por lo general en niños se prefiere evitar el uso de Demerol o sucedáneos, usándose otro tipo de analgésico por vía parenteral las primeras 6 horas (Dialgina, Neomelubrina); luego cuando tolera por vía oral se usan derivados del ácido acetil salicílico. En casos con post-operatorio tormentoso se usa Demerol.
- j) Antibióticos: Los más frecuentemente empleados son Penicilina cristalina y Estreptomina.
- k) Flúidoterapia de acuerdo con los controles de ingesta y excreta.
- l) Enviar la pieza operatoria a Anatomía Patológica.
- m) Por último se anota el nombre del Cirujano que atendió el caso para llamarlo en caso necesario.

### OPERACION

1. Apendicectomía	53 casos	52.47%
2. Apendicectomía y Drenaje de cavidad peritoneal	48 casos	47.32%

### COMPLICACIONES

Complicaciones	23 casos	22.77%
Distribuidas así:		
a) Infección de la herida	17 casos	70.00%
b) Sepsis Generalizada	2 casos	8.91%
c) Obstrucción intestinal	1 caso	4.34%
d) Fístula Cecocutánea	1 caso	4.34%

## RESULTADOS

Dos casos fallecidos: Un niño de dos meses que presentaba apendicitis perforada, peritonitis secundaria, sepsis generalizada, amebiasis intestinal, absceso hepático. El otro caso corresponde a paciente de dos años dos meses de edad, con patología asociada con nefrosis de etiología desconocida.

Curados	99 casos	98%
Fallecidos	2 casos	2%

### INVAGINACION INTESTINAL

La invaginación intestinal es la entidad que ocupó el segundo lugar en frecuencia dentro de la serie de casos estudiados:

Invaginación intestinal	24 casos	14.90%
-------------------------	----------	--------

### SEXO

Masculino	12 casos	50.00%
Femenino	12 casos	50.00%

### EDAD

Menos de 1 año	16 casos	66.66%
1 a 2 años	1 caso	4.16%
2 a 3 años	2 casos	8.32%
3 a 4 años	1 caso	4.16%
4 a 5 años	0 casos	0%
5 a 6 años	1 caso	4.16%
6 a 7 años	2 casos	8.32%
7 a 8 años	1 caso	4.16%

### CUADRO CLINICO

A) **Sintomatología:** Analizando la historia clínica de estos pacientes encontramos la frecuencia relativa de los síntomas así:

Dolor	24 casos	100%
Dolor abdominal cólico	21 casos	87.50%
Dolor abdominal difuso	3 casos	12.50%

2) Deposiciones hemorrágicas .... 23 casos ..... 95.83%

**Características:**

a) Sangre rutilante ..... 13 casos ..... 54.16%  
b) Sanguinolentas ..... 7 casos ..... 29.16%  
c) Oscuras ..... 4 casos ..... 16.17%

**Número:**

1 deposición al día ..... 4 casos ..... 16.17%  
2 deposiciones al día ..... 3 casos ..... 12.50%  
3 deposiciones al día ..... 2 casos ..... 8.33%  
4 deposiciones al día ..... 3 casos ..... 12.50%  
5 deposiciones al día ..... 1 caso ..... 4.17%  
6 deposiciones al día ..... 3 casos ..... 12.50%  
7 deposiciones al día ..... 2 casos ..... 8.33%  
8 deposiciones al día ..... 3 casos ..... 12.50%  
9 deposiciones al día ..... 1 caso ..... 4.17%  
10 deposiciones al día ..... 1 caso ..... 4.17%  
Más de 10 deposiciones al día . 1 caso ..... 4.17%

**Color al inicio de la sintomatología:**

Verdes ..... 3 casos ..... 12.50%  
Amarillas ..... 2 casos ..... 8.33%  
Amarillas y verdes ..... 5 casos ..... 20.74%  
No reportadas ..... 14 casos ..... 58.33%

**Consistencia:**

Semi-líquidas ..... 4 casos ..... 16.67%  
Líquidas ..... 6 casos ..... 25.00%

3) Vómitos ..... 19 casos ..... 83.34%

**Características:**

Alimenticios ..... 15 casos ..... 62.50%  
No reportados ..... 9 casos ..... 37.50%  
d) Náusea ..... 18 casos ..... 79.17%  
e) Anorexia ..... 6 casos ..... 25.00%  
f) Decaimiento ..... 5 casos ..... 20.74%

**B) EXAMEN FISICO:**

1. Buen estado nutricional ..... 13 casos ..... 54.17%  
2. Desnutridos ..... 6 casos ..... 25.00%  
3. No reportados ..... 5 casos ..... 20.81%  
4. Temperatura:  
a) 37.6°C— 38°C ..... 3 casos ..... 12.50%  
b) 38°C— 39°C ..... 1 caso ..... 4.17%  
c) 39°C— 40°C ..... 2 casos ..... 8.33%  
d) Normal ..... 18 casos ..... 79.17%  
5. Masa abdominal ..... 15 casos ..... 62.50%  
a) Fosa ilíaca derecha ..... 6 casos ..... 25.00%  
b) Fosa ilíaca izquierda ..... 4 casos ..... 16.67%  
c) Epigastrio ..... 4 casos ..... 16.67%  
d) Hipogastrio ..... 1 caso ..... 4.17%  
6. a) Ruidos intestinales aumentados ..... 8 casos ..... 33.33%  
b) Ruidos intestinales disminuidos ..... 4 casos ..... 16.16%  
c) Ruidos intestinales ausentes ..... 5 casos ..... 20.74%  
d) Ruidos intestinales normales ..... 7 casos ..... 29.16%  
7. Tacto rectal doloroso ..... 4 casos ..... 16.16%  
a) Masa en la ampolla rectal .. 6 casos ..... 25.00%  
b) Dedo manchado de sangre 23 casos ..... 95.83%  
8. Distensión abdominal ..... 9 casos ..... 37.50%  
9. Deshidratación ..... 8 casos ..... 33.33%  
Timpanismo ..... 5 casos ..... 20.74%  
Dolor a la palpación abdominal 5 casos ..... 20.74%  
Defensa muscular ..... 3 casos ..... 12.50%

**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Biometría hemática con objeto de observar cifra de glóbulos blancos:

Menos de 10,000 ..... 1 caso ..... 4.17%  
10,000 a 15,000 ..... 12 casos ..... 50.00%  
Más de 15,000 ..... 2 casos ..... 8.33%  
Fue necesario 2-3 recuentos en ..... 6 casos ..... 25.00%  
Rayos "X" de abdomen sin medio de contraste ..... 18 casos ..... 79.17%  
Enema de bario ..... 6 casos ..... 25.00%

PREOPERATORIO Y POST OPERATORIO: Referimos al lector el capítulo sobre medidas generales.

## TRATAMIENTO

A) **ENEMA DE BARIO:** Se ha considerado que este procedimiento tiene muchas ventajas, porque es simultáneamente de valor diagnóstico y terapéutico; puesto que aunque en ocasiones no se logra una reducción completa por el enema de bario, la reducción operatoria subsecuente se facilita cuando ya se ha hecho una reducción parcial por el método conservador.

Sin embargo se ha tratado de llenar ciertos requisitos para llevarlo a cabo:

- 1) Hacerlo en invaginaciones con menos de 24 horas de evolución.
- 2) En algunas invaginaciones con evolución de 24-48 horas, si el estado general del paciente no está muy deteriorado y si no hay signos de irritación peritoneal.
- 3) Deben hacerlo el Radiólogo, el Pediatra y el Cirujano conjuntamente.
- 4) Debe hacerse el enema bajo pantalla fluoroscópica, muy cuidadosamente, colocando el depósito de bario a no más de 90 centímetros de altura, y
- 5) Sólo debe hacerse un intento de reducción y si existe la menor duda de no haberse reducido por completo, proceder inmediatamente al tratamiento quirúrgico.

B) **TRATAMIENTO QUIRURGICO:** Mientras se efectúa el procedimiento anterior se aprovecha el tiempo para mejorar las condiciones generales del paciente; manteniendo succión continua por vía nasogástrica, e infusiones por vía intravenosa. Se obtienen simultáneamente los resultados de biometría y se prepara la sala de operaciones.

## OPERACION

Con el paciente en decúbito dorsal bajo anestesia general, se hace una laparotomía exploradora con incisión transversa a nivel de la fosa iliaca derecha, porque es en el ciego donde más dificultad se encuentra en el momento de la reducción de la cabeza de la invaginación.

La reducción debe hacerse con mucha suavidad sin tirar del asa invaginada, sino sólo haciendo expresión sobre el asa invaginante.

Ya efectuada la reducción debe evaluarse la vitalidad de las asas afectadas, para decidir si es necesario una resección intestinal cuando hay daño irreversible de la circulación.

Siempre que no haya contraindicación específica se considera necesario hacer la apendicectomía en estos casos, para obtener alguna fijación del ciego y principalmente para evitar la posibilidad de error diagnóstico en el futuro, pues si se presenta un cuadro de abdomen agudo en un paciente que tiene una cicatriz operatoria en fosa iliaca derecha, se asume que ya fue apendicectomizado.

A continuación se exponen las localizaciones de la invaginación en orden de frecuencia:

1. Invaginación ileo-cólica	16 casos	66.66%
2. Invaginación colo-colónica	4 casos	16.17%
3. Invaginación ileo-cólica e ileo-ileal	2 casos	8.32%
4. Invaginación ileo-ceco-cólica	1 caso	4.16%
5. Invaginación por colon redundante congénito	1 caso	4.16%

Tratamiento efectuado:

Laparotomía, reducción de invaginación y apendicectomía	17 casos	75.00%
Laparotomía e ileo-cecopexia	1 caso	4.16%
Reducción por enema de bario	15 casos	62.50%

## COMPLICACIONES

Complicaciones	3 casos	12.49%
Distribuidas así:		
Paralítico post-operatorio	1 caso	4.17%
Cardíaco y Bronconeumonía	1 caso	4.17%
Perforación de la herida	1 caso	4.17%

## RESULTADOS

Curados	21 casos	87.50%
Fallecidos	3 casos	12.50%

De los tres casos fallecidos, uno corresponde a paciente del sexo masculino de 3 meses de edad en mal estado nutricional, con 3 días de evolución de la enfermedad y cuyo diagnóstico fue de invaginación cólica con infarto hemorrágico reciente. Se practicó laparotomía exploradora, resección de íleon terminal, ciego y colon ascendente. Se

gundo caso corresponde a paciente del sexo masculino de 6 años 11 meses, en buen estado nutricional, con 7 días de evolución de los síntomas y cuyo diagnóstico fue de invaginación colo-colónica extensa. Se le practicó laparotomía exploradora y durante el acto operatorio presentó paro cardíaco, posteriormente descerebración demostrándose a la autopsia bronconeumonía. El tercer caso ocurrió en una paciente del sexo femenino, con 8 días de evolución, se exploró encontrándose una invaginación completamente irreductible que requirió resección intestinal y anastomosis término-terminal; falleciendo a las 7 hrs. post-operatorias.

### PERFORACION TIFICA

La perforación tífica es la afección que ocupó el tercer lugar en frecuencia de la serie de casos estudiados.

Perforación Tífica ..... 11 casos ..... 6.83%

#### E D A D

Menos de 1 año	1 caso	9.09%
1 a 2 años	0 casos	0.00%
2 a 3 años	2 casos	18.18%
3 a 4 años	1 caso	9.09%
4 a 5 años	1 caso	9.09%
5 a 6 años	1 caso	9.09%
6 a 7 años	2 casos	18.18%
7 a 8 años	3 casos	27.27%

#### S E X O

Masculino	7 casos	63.64%
Femenino	4 casos	36.36%

### CUADRO CLINICO

A) **SINTOMATOLOGIA:** Analizando el cuadro clínico de estos pacientes, el dolor se encontró presente en la totalidad de los casos distribuidos así:

1. Dolor	11 casos	100%
a) Dolor abdominal difuso	4 casos	36.36%
b) Dolor abdominal cólico	2 casos	18.18%
c) No reportado	5 casos	45.45%

Vómitos ..... 7 casos ..... 63.63%

#### Características:

a) Alimenticios	1 caso	9.09%
b) Negro	1 caso	9.09%
Náusea	7 casos	63.63%
Diarrea	6 casos	54.54%

#### Características:

a) Número de 4-5 diarios	1 caso	9.09%
b) Líquidas	1 caso	9.09%
c) Fétidas	1 caso	9.09%
Paro de evacuaciones	3 casos	27.27%
Anorexia	3 casos	27.27%
Decaimiento	2 casos	18.18%
Postración	2 casos	18.18%
Epistaxis y cefalea	2 casos	18.18%

La evolución de estos cuadros ha sido prolongada, siendo los más graves de acuerdo con el tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y su consulta al centro hospitalario, como se puede observar en el cuadro que a continuación se expone:

a) Menos de 10 días	4 casos	36.36%
b) Más de 10 días	7 casos	63.63%

De los casos con más de 10 días de evolución, 3 fallecieron, como podrá observar en el cuadro de egresos que se pondrá al final de capítulo.

#### EXAMEN FISICO:

Estado nutricional malo	7 casos	63.63%
Estado nutricional bueno	4 casos	36.36%
Signos de deshidratación	11 casos	100.00%
Fiebre	11 casos	100.00%

#### Distribuida así:

38 a 39°C	2 casos	18.18%
39 a 40°C	4 casos	36.36%
40 o más	5 casos	45.45%
Distensión	5 casos	45.45%
Timpanismo	5 casos	45.45%
Dolor abdominal difuso	5 casos	45.45%
Perestesia cutánea	4 casos	36.36%
Tensión muscular	4 casos	36.36%

19. Masa abdominal en fosa ilíaca derecha .....	1 caso .....	9.09%
20. Masa abdominal en epigastrio .....	1 caso .....	9.09%
21. Pared abdominal no sigue los movimientos respiratorios ...	2 casos .....	18.18%
22. Ruidos intestinales:		
a) Aumentados .....	4 casos .....	36.36%
b) Ausentes .....	4 casos .....	36.36%
c) Disminuidos .....	2 casos .....	18.18%
d) Normales .....	1 caso .....	9.09%
23. Tacto rectal:		
a) Doloroso difusamente ....	5 casos .....	45.45%
b) No doloroso .....	6 casos .....	54.54%

### EXAMENES COMPLEMENTARIOS

1. Biometría hemática con objeto de observar cifra de Glóbulos Blancos:		
a) Menos de 5,000 .....	3 casos .....	27.27%
b) 5,000 a 10,000 .....	2 casos .....	18.18%
c) 10,000 a 15,000 .....	1 caso .....	9.09%
d) Más de 15,000 .....	5 casos .....	45.45%
2. Reacción de Widal negativa ..	6 casos .....	54.54%
3. Reacción de Widal positiva ..	5 casos .....	45.45%
4. Hemocultivo positivo .....	6 casos .....	54.54%
5. Hemocultivo estéril .....	5 casos .....	45.45%
6. Weill Félix negativo .....	2 casos .....	18.18%
7. Gota gruesa negativa .....	2 casos .....	18.18%
8. Reacción de Huddleson negativa .....	2 casos .....	18.18%
9. Heces y orina sin importancia		
10. Rayos "X" de abdomen sin medio de contraste .....	11 casos .....	100.00%

### TRATAMIENTO

#### 1. TRATAMIENTO MEDICO:

- a) **Hidratación:** Las soluciones intravenosas más frecuentemente utilizadas fueron: D/A al 5% D/S y Hartmann, en menor frecuencia D/A al 5% y Hartmann.

- b) **Antibióticos:** Cloromicetín en el 90% de los casos, asociada con Penicilina-estreptomicina, Gantrisin o tetraciclinas, cuando existía enfermedad sobre-agregada.
- c) **Succión continua** en los casos que presentaban vómitos o distensión abdominal.

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO:

- a) **Preoperatorio y Post-operatorio:** Ver capítulo sobre medidas Generales.
- b) **Operación:** Fue practicada laparotomía exploradora, cierre de la perforación con puntos separados de algodón en dos planos, con sutura transversal y colocación de sello de epiplón para mayor seguridad. Aspiración, lavado peritoneal y drenaje en los casos que se resolvieron con la intervención quirúrgica.

#### TRATAMIENTO EFECTUADO:

Laparotomía, cierre de perforación .....	10 casos .....	90.90%
No operado .....	1 caso .....	9.09%

### COMPLICACIONES

Rotura de la herida operatoria .....	1 caso .....	9.09%
--------------------------------------	--------------	-------

### RESULTADOS

Muertes .....	7 casos .....	63.63%
Curados .....	4 casos .....	36.36%

De los cuatro casos fallecidos: Uno corresponde al paciente no operado por diagnóstico equivocado, pues a la autopsia se demostró tifoidea, perforación de úlcera tífica y parasitismo asociado.

o: Paciente de 3 años 4 meses, de sexo masculino, con 72 horas de evolución de los síntomas, con buen estado nutricional, que presentaba múltiples perforaciones tíficas intestinales y gangrena del ileon.

o: Paciente de un año del sexo femenino, con 8 días de evolución de los síntomas, en mal estado nutricional, vomitando Ascaris y que presentaba ulceración tífica del intestino, con peritonitis secundaria.

40. caso: Paciente de 8 años, del sexo masculino con 10 días de evolución de los síntomas y que presentaba úlcera tífica perforada, peritonitis secundaria, D.H.E. y parasitismo intestinal.

### ABDOMEN AGUDO PERFORATIVO Y HEMORRAGICO

De los 161 casos de abdomen agudo estudiados, las rupturas de vísceras hueca o maciza y heridas penetrantes del abdomen ocupan el 40. lugar con:

10 casos ..... 6.21%

En este capítulo se incluyen:

a) Perforación traumática del estómago	2 casos	20.00%
b) Herida penetrante del estómago, intestino y mesocolón transversal	1 caso	10.00%
c) Contusión del abdomen y ruptura del íleon	1 caso	10.00%
d) Traumatismo abdominal, ruptura del yeyuno y peritonitis aguda	1 caso	10.00%
e) Ruptura esplénica traumática	1 caso	10.00%
f) Ruptura traumática, hepática y esplénica	2 casos	20.00%
g) Perforación intestinal por herida penetrante del abdomen	1 caso	10.00%
h) Úlcera duodenal perforada	1 caso	10.00%

### SEXO

Masculino	6 casos	60.00%
Femenino	4 casos	40.00%

### EDAD

10 horas	1 caso	10.00%
2 días	1 caso	10.00%
1 año 6 meses	1 caso	10.00%
7 años	1 caso	10.00%
8 años 4 meses	1 caso	10.00%
8 años 9 meses	1 caso	10.00%
9 años	1 caso	10.00%
9 años 9 meses	1 caso	10.00%
10 años	2 casos	20.00%

## CUADRO CLINICO

### SINTOMATOLOGIA:

1. Dolor	8 casos	80.00%
Distribuidos así:		
a) Dolor abdominal difuso	5 casos	50.00%
b) Dolor en región periumbilical	2 casos	20.00%
c) Dolor en cuadrante superior izquierdo	1 caso	10.00%
d) Llanto quejumbroso	2 casos	20.00%
Traumatismo abdominal	6 casos	60.00%
Herida penetrante abdominal	3 casos	30.00%
Shock	3 casos	30.00%
Melena y vómitos	1 caso	10.00%

### EXAMEN FISICO:

Defensa muscular	4 casos	40.00%
Distensión	3 casos	30.00%
Abdomen tenso	2 casos	20.00%
Abdomen en tabla	1 caso	10.00%
Timpanismo	1 caso	10.00%
Ruidos intestinales normales	1 caso	10.00%
Ruidos intestinales aumentados	1 caso	10.00%
Ruidos intestinales disminuidos	1 caso	10.00%
Ruidos intestinales ausentes	7 casos	70.00%

### EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Urina y heces negativas	10 casos	100.00%
Procultivo positivo a flagelas	1 caso	10.00%
Hemetría hemática:		
Menos de 10,000	1 caso	10.00%
10,000 a 15,000	5 casos	50.00%
Más de 15,000	4 casos	40.00%
Pro "X" sin medio de control	10 casos	100.00%

## TRATAMIENTO

1. PREOPERATORIO Y POST-OPERATORIO: Ver Capítulo sobre medidas generales.

### OPERACION

En la totalidad de los casos se practicó laparotomía exploradora y luego se ajustó la intervención a cada caso, como se expone a continuación:

a) Sutura Hepática y Esplenectomía	2 casos	20.00%
b) Cierre de perforación gástrica	3 casos	30.00%
c) Sutura de perforación intestinal	4 casos	40.00%
d) Esplenectomía	1 caso	10.00%

### COMPLICACIONES

1. Insuficiencia suprarrenal aguda	1 caso	10.00%
2. Bronconeumonía	1 caso	10.00%

### RESULTADOS

Curados	9 casos	90.00%
Fallecidos	1 caso	10.00%

El paciente fallecido era un niño de 1 año 6 meses, con 48 horas de evolución de los síntomas, con mal estado nutricional, que se intervino con diagnóstico de perforación intestinal o gástrica. Se practicó laparotomía exploradora y reparación de úlcera duodenal perforada sin embargo la autopsia demostró enterocolitis ulcerosa extensa por Shigellosis y úlceras agudas duodenales.

### VOLVULUS

#### EDAD

Menos de 1 año	2 casos	18.18%
1 a 2 años	0 casos	00.00%
2 a 3 años	0 casos	00.00%
3 a 4 años	2 casos	18.18%

4 a 5 años	0 casos	00.00%
5 a 6 años	0 casos	00.00%
6 a 7 años	2 casos	18.18%
7 a 8 años	0 casos	00.00%
8 a 9 años	0 casos	00.00%
9 a 10 años	1 caso	9.09%
10 a 11 años	1 caso	9.09%
11 a 12 años	1 caso	9.09%

### SEXO

masculino	5 casos	45.45%
femenino	4 casos	36.36%

### CUADRO CLINICO

A) SINTOMATOLOGIA: Dolor presente en la totalidad de los casos, como se expone a continuación:

Dolor abdominal difuso	5 casos	45.45%
Dolor cólico	4 casos	36.36%
Vómitos	9 casos	100.00%

Características:

a) En proyectil con áscaris	2 casos	18.18%
b) Incoercibles	2 casos	18.18%
c) Alimenticios	2 casos	18.18%
Paro de heces	6 casos	50.00%
Deposiciones hemorrágicas	3 casos	27.27%
Deposición con moco	3 casos	27.27%
Náusea	2 casos	18.18%
Anorexia	2 casos	18.18%
Meteorismo	1 caso	9.09%
Paro de gases	2 casos	18.18%

### B) EXAMEN FISICO

Temperatura:

a) Menos de 37.6°C	3 casos	27.27%
b) 38 a 39°C	5 casos	45.45%
c) Más de 39°C	1 caso	9.09%
Distensión abdominal	5 casos	45.45%
Abdomen tenso	5 casos	45.45%
Dolor a la palpación profunda	9 casos	100.00%



### 15. Localización:

a) Fosa iliaca derecha	4 casos	36.36%
b) Dolor difuso	5 casos	45.45%
16. Timpanismo	4 casos	36.36%
17. Defensa muscular	3 casos	27.27%

### 18. Ruidos intestinales:

a) Aumentados	1 caso	9.09%
b) Disminuidos	3 casos	27.27%
c) Ausentes	5 casos	45.45%

### 19. Tacto rectal:

a) Normal	7 casos	66.66%
b) Doloroso fondo derecho	1 caso	9.09%
c) Masa rectal	1 caso	9.09%

## EXAMENES COMPLEMENTARIOS

1. Heces con ascárides	4 casos	36.36%
------------------------	---------	--------

### 2. Biometría hemática:

a) Menos de 10,000	2 casos	18.18%
b) 10,000 a 15,000	2 casos	18.18%
c) Más de 15,000	5 casos	45.45%

### 3. Rayos "X":

a) Vólvulus	2 casos	18.18%
b) Dudoso	7 casos	66.66%
4. Widal negativo	2 casos	18.18%
5. Hemocultivo estéril	1 caso	9.09%

## TRATAMIENTO

1. PRE-OPERATORIO Y POST-OPERATORIO: (Ver capítulo sobre medidas generales).

## OPERACION

En la totalidad de los casos se practicó laparotomía exploradora y luego se ajustó la intervención a cada caso, como se expone a continuación:

a) Resección intestinal	6 casos	54.54%
b) Reducción de Vólvulus	3 casos	27.27%

## COMPLICACIONES

No hubo complicaciones en ninguno de los casos.

## RESULTADOS

Curados	5 casos	45.45%
Fallecidos	4 casos	36.36%

**1er. caso fallecido:** Paciente de 10 años, sexo femenino, con 8 días de evolución de los síntomas cuyo diagnóstico fue de Vólvulus de ileon terminal, ciego, colon ascendente, gangrena intestinal y peritonitis secundaria.

**2o. caso:** Paciente de 11 años, sexo masculino con 8 días de evolución de los síntomas, con diagnóstico de Vólvulus de ileon terminal estrangulado, bridas congénitas, shock post-operatorio.

**3er. caso:** Paciente de 3 años 6 meses, sexo femenino, con 6 días de evolución de los síntomas, con diagnóstico de Vólvulus de ileon terminal perforado.

**4o. caso:** Paciente de 6 meses, sexo masculino, con 6 días de evolución de los síntomas, con diagnóstico de Vólvulus de ileon terminal colon sigmoide perforado.

## OBSTRUCCION POR ASCARIS

La obstrucción por áscaris es la entidad que ocupa el sexto lugar en frecuencia de la serie de casos estudiados.

Obstrucción por áscaris	6 casos	3.72%
-------------------------	---------	-------

## EDAD

Menos de 2 años	1 caso	16.16%
a 4 años	4 casos	36.36%
a 6 años	1 caso	16.16%

## SEXO

masculino	5 casos	83.33%
femenino	1 caso	16.16%

## CUADRO CLINICO

### SINTOMATOLOGIA:

Dolor	6 casos	100.00%
-------	---------	---------

### Características:

a) Dolor tipo cólico	5 casos	83.83%
b) Dolor abdominal difuso	1 caso	16.16%
2. Diarrea	6 casos	100.00%
3. Vómitos alimenticios	5 casos	83.83%
4. Náusea	5 casos	83.83%
5. Anorexia	2 casos	33.33%
6. Adinamia	1 caso	16.16%

### B) EXAMEN FISICO:

7. Temperatura:		
a) Menos de 37.6°C	2 casos	33.33%
b) 38 a 39°C	4 casos	66.66%
8. Estado nutricional:		
a) Malo	4 casos	66.66%
b) Bueno	2 casos	33.33%
9. Distensión abdominal	4 casos	66.66%
10. Timpanismo	4 casos	66.66%
11. Abdomen difusamente doloroso	3 casos	50.00%
12. Defensa muscular	2 casos	33.33%
13. Masa en fosa iliaca derecha	2 casos	33.33%
14. Ruidos intestinales:		
a) Aumentados	1 caso	16.16%
b) Normales	1 caso	16.16%
c) Disminuidos	2 casos	33.33%
d) Ausentes	2 casos	33.33%
15. Tacto Rectal sin importancia	5 casos	83.83%
16. Masa en fondo derecho	1 caso	16.16%

### EXAMENES COMPLEMENTARIOS

1. Heces con ascárides	4 casos	66.66%
2. Ascárides y uncinaria	1 caso	16.16%
3. Ascárides y tricocéfalos	1 caso	16.16%
4. Biometría hemática. Cifra leucocitaria:		
a) Menos de 10,000	4 casos	66.66%
b) Más de 10,000	2 casos	33.33%

### Cifras de Hemoglobina:

a) Menos de 10 gramos	2 casos	33.33%
b) De 10 a 11 gramos	3 casos	50.00%
c) De 12 a 13 gramos	1 caso	16.16%
5. Rayos "X" sin medio de contraste y enema de Bario	5 casos	83.83%
No reportada	1 caso	16.16%

### TRATAMIENTO

1. Médico	4 casos	66.66%
2. Quirúrgico	2 casos	33.33%

### TRATAMIENTO MEDICO

En la totalidad de los casos se basó en mejorar el estado general del paciente, tratando las enfermedades asociadas. En cuanto a tratamiento específico:

1. Piperazina	6 casos	100.00%
2. Antiespasmódicos	6 casos	100.00%
3. Sedación	3 casos	50.00%
4. Succión nasogástrica continua	6 casos	100.00%
5. Sonda ano-rectal	3 casos	50.00%

### TRATAMIENTO QUIRURGICO

PRE-OPERATORIO Y POST-OPERATORIO: (Ver capítulo sobre medidas generales).

#### Operación:

Laparotomía, enterotomía y liberación de brida congénita	1 caso	16.16%
Laparotomía, enterotomía y apendicectomía perforada por ascaris y peritonitis secundaria	1 caso	16.16%

### COMPLICACIONES

No hubo complicaciones y los pacientes egresaron en buenas condiciones.

### RESULTADOS

100% CURADOS	6 casos	100.00%
--------------	---------	---------

## RESUMEN Y COMENTARIOS

El actual trabajo de tesis comprende el estudio parcial del Abdomen Agudo en el Niño (Patología no Congénita), hecho en el Hospital Roosevelt, analizando los casos que son más frecuentes y tomando en cuenta entidades previamente diagnosticadas para hacer una comparación de ellas. Estos fueron: apendicitis aguda, invaginación intestinal, perforación tífica, vólvulus, abdomen agudo hemorrágico y perforativo, obstrucción por ascárides.

Como se sabe, llamamos abdomen agudo: A cualquier estado morbosos agudo del vientre, que requiere la intervención inmediata. No es el abdomen agudo un diagnóstico, por lo que se tiene que hacer por medio de la historia, examen físico y exámenes complementarios.

De las 6 entidades que tomamos en cuenta, la apendicitis aguda se presentó con mayor frecuencia, pues está representada por 101 casos (62.73%); en segundo lugar invaginación intestinal con 24 casos (14.90%); luego perforación tífica con 11 casos (6.83%); abdomen agudo hemorrágico y perforativo 10 casos (6.21%); vólvulus 9 casos (5.59%); y por último, obstrucción intestinal por ascárides, 6 casos (3.72%).

Inmediatamente se ve la gran importancia que tiene la apendicitis aguda, pues su frecuencia es indudablemente superior a las otras afecciones.

**Sexo:** Como se puede observar en el cuadro No. 2 con excepción de la invaginación intestinal, hay un predominio del sexo masculino sobre el femenino, debido a que en los casos presentados en entidades como vólvulus, perforación tífica, abdomen agudo hemorrágico y perforativo y obstrucción por ascárides, son tan pocos que no se pueden sacar conclusiones.

**Edad:** En apendicitis aguda vemos predominio de frecuencia entre los 8 y los 12 años de edad, para invaginación intestinal es más frecuente en el primer año de vida. Las siguientes afecciones se encuentran distribuidas en todas las edades, aunque en obstrucción por ascárides se presentó más en los niños de 2 a 3 años de vida y en la invaginación intestinal el mayor número de casos por debajo de un año de edad.

**Cuadro clínico:** Cada una de las entidades presenta una constelación de síntomas y signos particulares:

1. Apendicitis aguda:	Dolor: 100%
	Vómitos: 95.05%
	Febrícula: 90.10%
	Dolor en el punto de McBurney: 64.36%
	Anorexia: 60.40%
	Náusea: 59.41%

2. Invaginación intestinal:	Dolor: 100%
	Diarrea: 95.83%
	Vómitos: 83.33%
	Tacto rectal: Dedo salió manchado de sangre en: 83.33%
	Masa abdominal: 62.50%
3. Vólvulus	Dolor: 100%
	Vómitos: 100%
	Timpanismo: 66.67%
	Mal estado nutricional y D.H.E. asociado.
4. Perforación Tífica:	Dolor: 100%
	Fiebre: 100%
	Vómitos: 63.64%
	Náusea: 54.54%
	Diarrea: 54.54%
5. Abdomen agudo hemorrágico y perforativo:	Dolor: 100%
	Defensa muscular: 50%
	Ruidos intestinales ausentes: 50%
	Antecedente de traumatismo y herida abdominal: 30%
Obstrucción por ascárides:	Dolor: 100%
	Diarrea: 100%
	Vómitos: 100%

En cuanto a exámenes complementarios:

- Biometría hemática: Leucocitosis en los casos de apendicitis aguda, en perforación tífica, abdomen agudo perforativo. Niveles bajos de Hemoglobina y hematócrito en los casos de abdomen agudo hemorrágico, aunque por las condiciones socio-económicas de nuestros pueblos, siempre hay cierto grado de anemia entre la población.
- Exámenes de heces demostraron en algunos casos parasitismo asociado que sirvió para hacer diagnóstico diferencial.
- Examen de orina con el objeto de hacer diagnóstico diferencial.
- Rayos "X" de tórax como pre-operatorio para descartar patología asociada.
- Rayos "X" de abdomen sin medio de contraste en los casos dudosos, sin embargo hay dos afecciones en las cuales fue de positivo valor, tales como en la invaginación y en obstrucción por ascárides.

f) Enema de Bario en los casos de invaginación intestinal como método diagnóstico y terapéutico. En los casos de obstrucción por ascárides para comprobar los hallazgos radiológicos de la placa vacía de abdomen.

g) Reacción de Vidal en los casos de perforación tífica, siendo de más ayuda el hemocultivo como se demuestra en la estadística acerca de esta entidad. Como el cuadro de una enfermedad febril es tan confuso se practicaron otros exámenes, con el objeto de hacer diagnóstico diferencial, tales como: Reacción de Huddleson, técnica de la gota gruesa, coprocultivos, urocultivos, etc. Weill Félix.

**Tratamiento:** Se ajustó a cada caso en particular y sería caer en repeticiones inútiles ponerlas nuevamente, refiriendo al lector a los capítulos respectivos.

**Mortalidad:** Las dos afecciones con más alta mortalidad fueron: Vólvulus y perforación tífica.

La obstrucción por ascárides predominó en tratamiento médico sobre el quirúrgico por lo que actualmente consideramos que ésta se debe tratar médicamente y que el tratamiento quirúrgico está indicado en determinadas circunstancias: Como obstrucción complicada con estrangulación y patología asociada.

El dolor en la apendicitis merece comentario especial; pues se inició bruscamente con llanto, que duraba 10-15 minutos y que se repetía con intervalos más o menos constantes, el paciente se señalaba el abdomen, se retorcía y flexionaba los muslos sobre el abdomen; en niños menores de dos años, es difícil de apreciar la existencia del dolor, los padres, encargados u otros parientes, al observar al niño que lloraba y notarlo intranquilo consideraban que el llanto era por "empacho" o "estreñimiento", les administraban purgantes o enemas, en otros casos aplicaban laxantes o aceites de origen vegetal (aceite de Oliva u otros), en niños pre-escolares y escolares se cometió el mismo error, usándose tratamientos más drásticos con administración asociada de enema y purgante; se hace énfasis en estos datos ya que en los 48 casos (47.5%) en que se usó la medicación anterior y habían transcurrido más de 24 horas en la evolución de los síntomas, se presentó perforación y peritonitis consecutiva. Tiempo a Perforación:

1. Antes de 12 horas	2 casos	2.9%
2. 13 a 24 horas	8 casos	8.9%
3. 25 a 36 horas	8 casos	8.9%
4. 37 a 48 horas	8 casos	8.9%
5. 49 a 72 horas	11 casos	10.8%
6. más de 72 horas	11 casos	10.8%

## CONCLUSIONES

1. Los casos de abdomen agudo ocupan un lugar importante dentro de la patología abdominal quirúrgica del niño, no sólo por su frecuencia sino también por la gravedad que revisten.
  2. En el estudio realizado, la apendicitis fue la afección más frecuente, siguiéndole en su orden: Invaginación Intestinal, Perforación Tífica, Abdomen Agudo Hemorrágico y Perforativo, Vólvulus y Obstrucción por Ascárides.
  3. La Obstrucción intestinal por Ascárides, es una entidad poco conocida, de manera que, se debe poner más énfasis en el cuadro clínico como en su tratamiento, dando pautas semiológicas y terapéuticas para su mejor conocimiento.
  4. Efectuar una campaña divulgativa entre los padres de familia para que consulten los centros hospitalarios desde el inicio de los síntomas, y no después de un tiempo prolongado de evolución de la enfermedad, evitando de esa manera la administración de remedios caseros y la agravación de los pacientes.
  5. Poner mayor atención a entidades como VOLVULUS Y PERFORACION TIFICA cuya mortalidad es elevada e instituir tratamiento precoz y enérgico.
  6. La mortalidad es alta. Las razones para ello están vinculadas estrechamente al tiempo de evolución, rapidez del diagnóstico y tratamiento instituido.
- De los 161 casos estudiados, 13 fallecieron, lo que representa 8.03% de mortalidad.

## BIBLIOGRAFIA

- C. EVERETT KOOP: **Intestinal Ostruction in the neonatal period:** P. P. 63-94 (Advances in Pediatrics) Vol. VI. Year Book Publisher, Chicago 1953.
- ROBERT E. GROSS: **Cirugía Infantil. Principios y Técnicas:** P. P. 63-94 (Advances in Pediatrics) Vol. V. Year Book Publisher Barcelona-Madrid. Salvat Editores, S. A. 1956.
- F. E. CHRISTMANN: **Clínica Quirúrgica:** Librería Científica VALLARDI, Buenos Aires. 1954.
- BERNARD J. FICARRA, M. D.: **Emergency Surgery:** F. A. Davis Company Philadelphia. 1953. Págs. 258, 283, 300.
- R. GARCIA GUILLIOLI Dr.: **Breves Consideraciones sobre el Síndrome de Oclusión Intestinal.** Tesis de graduación de Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala. Enero de 1954.
- C. TEJADA VALENZUELA, Dr.: **Anatomía Patológica de las Apendicitis.** Tesis de graduación de Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala. Mayo de 1951.
- J. PAZ CARRANZA, Dr.: **Apendicitis aguda.** Tesis de graduación de Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala. Junio de 1953.
- ALEJANDRO J. PAVLOSVKY: **Abdomen agudo Quirúrgico (Síntomas - Diagnóstico - Tratamiento).** 1a. Edición Librería y Editorial "El Ateneo", 1941. Buenos Aires.
- RODNEY MAINGOT: **Abdominal Operations:** p.p. 885, Third edition. New York Appleton Century Crofts, Inc. 1955.
- M. FEVRE: **Chirurgie Infantile D'urgence.** Masson Et. Cie, Editeurs 1933. p.p. 137-315.
- L. OBREDANNE: **Tratado Clínico y Operatorio de Cirugía Infantil:** Editorial Pubul, Barcelona, 1931. p.p. 491-557.
- CARLOS LAVARREDA REYES, Dr.: **Pre y Post-operatorio en Cirugía General.** Tesis de graduación de Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala. Octubre de 1961.
- RODOLFO DURAN A., Dr.: **Consideraciones sobre la Invaginación Intestinal en el Niño.** Vol. 3 No. 3, Septiembre 1963. (Guatemala Pediátrica).
- ORVAR, SWENSON: **Cirugía Pediátrica:** Appleton Century Crofts Inc., New York, 1958.

15. HAMILTON BAILEY: **Emergency Surgery** (Part I & II) p. p.  
100-121-135-154. 181, 384, 301, 306, 325, 346. Sixth Edition. Bristol:  
John Wright & Sons Ltd. London: Simpkin Marshall Ltd. 1948.

**Dr. Juan José Hurtado**  
Asesor

**Dr. Rodolfo Durán Ayala**  
Revisor

Vo. Bo.

**Dr. Carlos A. Soto**  
Secretario

Imprímase:

**Dr. Carlos M. Monsón Mallo**  
Decano

