

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE PERFORACION  
INTESTINAL EN FIEBRE TIFOIDEA"  
(Estudio de 37 casos atendidos en el Departamento de Cirugía  
del Hospital Roosevelt de Guatemala de 1965 a 1969)

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad  
de San Carlos.

Por

CATALINO SIMON MANUEL MEJICANOS LOARCA

En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Octubre de 1970.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. HISTORIA
- III. BACTERIOLOGIA
- IV. SINTOMATOLOGIA
- V. COMPLICACIONES
- VI. MATERIAL Y METODOS
- VII. DISCUSION
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION

La fiebre tifoidea es una de las entidades clínicas infectocontagiosas cuyo diagnóstico diferencial debe hacerse con otras como la disentería bacilar, brucelosis, mononucleosis infecciosa, bronconeumonía, etc.; de ahí lo difícil de su confirmación diagnóstica. Sin embargo, nuestro estudio no es hacer un análisis de su diagnóstico diferencial, sino más bien presentar un bosquejo sobre las complicaciones más frecuentes como son la hemorragia y la perforación intestinal; y específicamente sobre la segunda complicación, dejando la primera para un estudio posterior.

La perforación intestinal tífica continúa siendo una de las complicaciones médico quirúrgicas que más problemas causa por el diagnóstico diferencial en abdomen agudo y causa de muerte por los trastornos subsecuentes que produce, como son la peritonitis, septicemia, abscesos subfrénicos con su toxemia, deshidratación y D.H.E., sobre agregado.

En los últimos años se ha visto una incidencia mayor de los cuadros de perforación intestinal por esta enfermedad, posiblemente por que se piensa más en ello, no cabe duda que si el diagnóstico de fiebre tifoidea se hace a tiempo el tratamiento médico da buenos resultados y evita las complicaciones concomitantes.

Sin embargo, algunos pacientes por diversas circunstancias, no consultan

a tiempo sus síntomas y entonces el tratamiento médico no es eficaz y la complicación se hace presente, siendo necesaria la intervención quirúrgica para -- tratar de mejorar al paciente y salvarlo de una muerte inminente.

En este estudio se hace énfasis en esos casos que por una u otra razón presentaron la complicación y hubo necesidad de efectuar intervención quirúrgica, así como los métodos llevados a cabo para determinar el diagnóstico final.

## HISTORIA

Bajo este título quiero considerar una breve reseña histórica de la fiebre tifoidea, e implícitamente lo que se refiere a perforación intestinal como complicación de la misma.

Es del dominio actual que la fiebre tifoidea es una enfermedad septicémica e infectocontagiosa y que perfectamente puede ser prevenida por la educación sanitaria y el saneamiento ambiental.

Trataremos de recordar que esta entidad clínica de lo que se conoce data del siglo XIX cuando era la navegación y la exploración de nuevos continentes, lo que prevalecía y fué en esa época que existieron un maremagnum de epidemias que invadieron Europa y otros continentes; todo este tipo de epidemias se conocían con el nombre de pestes y entre ellas el tifo, el cual posiblemente incluía en una de sus tres formas a la fiebre tifoidea, que se conocía con el nombre de tifo abdominal.

Los siguientes datos históricos nos hacen ver su evolución en el diagnóstico y tratamiento.

En el año de 1643, el médico Inglés Willis fué el primero en hacer una descripción clínica de los síntomas y la separó de las otras fiebres. Desde 1804, comienza con Porst la descripción de los hallazgos anatomopatológicos, le siguen Petit y Serres en 1811 y otros médicos de esa época hasta Bre-

tonneau quien además de completar los hallazgos clínicos y resaltar los daños intestinales por su localización, descubrió los abscesos del intestino delgado y le llamó Deotinenteris; Louis fué el primero en llamarle fiebre tifoidea y la separa de las demás enfermedades productoras de tifos.

Bretonneau y Piedvach en los años de 1829 y 1830, la llamaron enfermedad endo-epidémica, ya que observaron que la enfermedad aparecía en sujetos que estaban en contacto con enfermos o bien que residían en la misma casa o barrio. Con estos criterios, se llega a la época de Pasteur y se piensa que existe un agente etiológico, época de 1880; siendo Eberth quien aisló, de las de Peyer, ganglios mesentéricos y bazo, un bacilo que tomó más tarde su nombre. El primero en cultivarlo fué Gaffky en medio de gelatina en los años de 1883-1884, así como también determinó los caracteres microbiológicos.

En 1896, Widal descubrió el fenómeno de suero aglutinación y además el primero en aplicarlo en fiebre tifoidea en individuos que tenían o habían sufrido la enfermedad; más tarde Shottmuller logra en 1900 obtener el cultivo del bacilo extrayéndolo de la sangre de los enfermos con esta patología, transformando esta entidad clínica en una enfermedad enteroseptémica.

En lo que respecta a la fiebre tifoidea en Guatemala, podemos de-

cir que también existieron casos que fueron catalogados como tifos abdominal en los años de 1771 y 1773, que posiblemente fueron concomitantes con problemas de Rickettiosis. En 1883 se reportaron 20 casos con el nombre de fiebre tifoidea según datos encontrados en un folleto publicado por el gobierno de esa época, el cual se intitula "Memoria estadística del movimiento de los diferentes hospitales de Guatemala".

Ahora bien en lo que se refiere a perforación intestinal lo único que describen es la sintomatología y sus hallazgos anatomopatológicos pero no la conducta seguida en esos casos, además cuando sucedía la perforación el pronóstico era malo y el tratamiento únicamente médico, esperando que el paciente respondiera, la mortalidad según Ferreras, aumentaba hasta el 90% y cuando se intentaba acto quirúrgico, este consistía en cierre de las perforaciones más mantenimiento de sus líquidos corporales; la mortalidad siempre fué alta, pero con el advenimiento del cloranfenicol, el pronóstico se mejoró y el porcentaje de fallecimientos disminuyó así como las complicaciones.

## BACTERIOLOGIA

El agente etiológico es la salmonella tyfi o Eberthella tifosa (Bacilo de Eberth), es Gram positivo, móvil, flagelar, no esporulado, que no fermenta la sacarosa, lactosa, ni la salicina, forma ácido y además puede formar gas a partir de la glucosa; se puede cultivar en caldo de tetrionato porque este medio inhibe a las otras bacterias intestinales que son contaminantes, luego después se pasa a medios que son diferenciales y selectivos como la gelosa S. S. , y por último en el medio de sulfito de bismuto en el cual se puede identificar mejor la salmonella tifosa.

El reservorio es el hombre, este puede ser enfermo o portador sano, y la fuente de infección son las heces y orina de personas infectadas, hay que hacer énfasis que existen más portadores que eliminan los bacilos por las heces, que por la orina, y la existencia de portadores sanos son más comunes en la edad adulta especialmente las mujeres; además los que eliminan bacilos por las heces, frecuentemente presentan colecistitis causada por el mismo microorganismo.

La transmisión es por contacto directo e indirecto con un enfermo de tifoidea o bien con un portador, los principales vehículos de propagación, son el agua y los alimentos contaminados. Las frutas y las verduras crudas son entidades importantes en la transmisión en algunas partes del mundo; en cambio

en otros países, es la leche, los derivados de ella, así como los mariscos sobre todo las ostras y moluscos.

La contaminación generalmente es producida por las manos de un portador o bien proviene de un caso que pasó inadvertido y en algunos casos las moscas son la causa de la transmisión.

Promedio de incubación; 2 semanas variando de 1 a 3 semanas con sus respectivos pródromos.

El período de transmisibilidad es mientras se encuentran bacilos en excretas y por lo general desde la primera semana hasta el final de la convalecencia, por períodos variables después de la curación. Cerca del 10% de los pacientes continúan eliminando bacilos durante tres meses después de iniciada la enfermedad; el 2.5% se transforman en portadores sanos.

Distribución, es una entidad clínica de localización mundial, común en muchos países del lejano oriente, el medio oriente, al este de Europa, América Central, América del Sur y Africa. Es más frecuente en el medio rural.

El aislamiento del bacilo se obtiene en la primera semana del cultivo de sangre de pacientes con fiebre tifoidea. El coprocultivo y el urocultivo son positivos a partir de la segunda y tercera semana en adelante. El Widal es positivo en la segunda semana o a partir del décimo día.

## SINTOMATOLOGIA

La fiebre tifoidea presenta varios síntomas entre los cuales tenemos -

fiebre continúa, malestar general, anorexia, cefalea, raquialgias, dolores os-  
teomusculares, constipación más frecuente que diarrea, epistaxis y dolor abdo-  
minal frecuentemente localizado en fosa ilíaca derecha. Los signos encontra-  
dos al examen físico, son pulso lento que no está en relación con  
la fiebre que presenta el paciente, esplenomegalia, --  
manchas rosadas localizada en tórax y abdomen, pueden encontrarse esterto--  
res finos subcrepitantes en ambos campos pulmonares, sudoración, signos de -  
deshidratación y D.H.E., así como dolor suave a la palpación en fosa ilíaca  
derecha.

En cambio los signos encontrados cuando hay perforación intestinal -

son: Distensión abdominal, ausencia de ruidos intestinales, abdomen doloroso  
a la palpación, puede y no haber signo del rebote, la fiebre puede descender  
a niveles normales, hipotensión, sudoración profusa, taquicardia y fasies tóxi  
cas adoloridas.

### COMPLICACIONES

La enfermedad de Eberth por ser una entidad que produce septicemia, tiene las siguientes complicaciones: Bronconeumonía, miocarditis, infección urinaria, tromboflebitis, colangitis, lesiones óseas, lesiones cerebrales y medulares, enterorragias y perforación intestinal.

Siendo las más frecuentes la perforación intestinal y la enterorragia, por que suelen presentarse con o sin tratamiento médico.

La perforación intestinal se produce por la siguiente causa: Como es de todos conocido la salmonella tifosa tiene predilección por el tejido linfoideo y su lugar de más frecuente localización son las placas de Peyer las cuales son invadidas, produciendo lesiones ulcerativas que más tarde se descaman liberándose del tejido necrosado y como resultado la perforación intestinal; la localización más frecuente donde ocurre esta lesión es el íleon terminal cerca de la válvula ileocecal. Es una de las características nosológicas de esta entidad clínica.

MATERIAL Y METODOS.

El presente trabajo fué realizado en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt de Guatemala, y representa un análisis de 37 casos de perforación intestinal por fiebre tifoidea tratados quirúrgicamente en los años --- comprendidos de 1965 a 1969.

Para la realización del mismo se investigaron los siguientes parámetros Sexo y edad del paciente, Sintomatología y evolución clínica, Métodos de Laboratorio, Diagnóstico incluyendo rayos X, Indicación y resultados de procedimientos quirúrgicos, informe de anatomía patológica, evolución post operatoria y mortalidad.

Este estudio nos reveló que 21 casos fueron diagnosticados clínicamente y comprobados por los métodos arriba mencionados, en 16 de los casos el diagnóstico de su ingreso no era de fiebre tifoidea, pero en los cuales se comprobó perforación tífica.

RESULTADOS

Los datos informativos del análisis de 37 casos de perforación intestinal por fiebre tifoidea así:

Diagnóstico clínico comprobado por los métodos seguidos	21 casos
Otros diagnósticos y perforación tífica comprobada	16 casos

SEXO Y EDAD:

La perforación intestinal en nuestro estudio, parece ser más frecuente en - pacientes del sexo masculino y fué el siguiente:

<u>SEXO:</u>	<u>No. de Casos:</u>	<u>Porcentaje:</u>
Varones:	27	72.98%
Mujeres:	10	27.02%

La mayor incidencia en lo que respecta a la edad, se observó en sujetos - cuyas edades oscilaban entre 10 y 19 años, que representan un 29.74%.

El paciente de menor edad fué de 4 años, con sintomatología de 15 días - de evolución, el mayor fué de 44 años, con sintomatología de dos días de evo lución.

Nótese la incidencia según las edades en el siguiente cuadro:

<u>EDADES:</u>	<u>No. de Casos</u>	<u>Porcentaje:</u>
1 a 9 Años	9	24.32%
10 a 19 años	11	29.74%
20 a 29 años	9	24.32%
30 a 39 años	4	10.81%
40 a 49 años	4	10.81%

SINTOMATOLOGIA:

La fiebre, cefalea, dolor abdominal, fueron los síntomas comunes en 35 de los casos, hacen un 95.9%.

Las náuseas, el vómito, así como la diarrea se presentaron en muchos de los casos, en 9 se presentó anorexia, en 10 constipación, un caso presentó disuria y fué en un paciente de 43 años.

Enterorragia se presentó en 3 pacientes antes de que les sobreviniera el dolor abdominal y la perforación.

LABORATORIO Y RAYOS X.

Entre los exámenes efectuados tenemos: Hematología, Serología (Widal) Bacteriología de sangre, orina, heces. Sin embargo es de hacer notar que en los casos sospechosos de perforación, lo más frecuentemente efectuado fué Widal y hematología, aunque en algunos de los paciente como se verá más adelante, se les efectuó cultivo de sangre, orina, heces. 10 de los 37 pacientes tenían hematología, Widal, cultivos de sangre, heces y orina que hacen un 27.02%, el resto solo se les efectuó hematología y Widal.

Widal fué positivo en 15 de los casos (40.55%) en 22 negativo (59.45%), también, de los 10 a los cuales se les efectuaron todos los cultivos, 3 presentaron coprocultivo positivo para Salmonella tifosa, que hacen un 30%.

Observamos también en lo que respecta a los glóbulos blancos la incidencia más alta fué 14,250, la más baja de 1,500; el término medio varió en-

tre 6,000 y 3,000. Habiendo siempre predominancia de neutrófilos, los cuales variaron entre 76 y 97%.

A todos los pacientes se les tomó radiografías y en nuestro estudio encontramos que en 36 de los casos, los hallazgos de las placas radiográficas eran de indicación quirúrgica y tan sólo uno de los casos el diagnóstico radiológico fué de ascitis, sin embargo, fué intervenido quirúrgicamente encontrando perforación intestinal.

El siguiente cuadro nos demuestra los diferentes diagnósticos radiológicos y porcentajes.

<u>DIAGNOSTICO DE RAYOS X</u>	<u>CASOS:</u>	<u>PORCENTAJE:</u>
Perforación de viscera hueca	25	67.6%
Proceso peritoneal difuso	6	16.3%
Obstrucción intestinal	5	13.4%
Ascitis	1	2.7%

Hay que hacer notar que al paciente que se le diagnosticó ascitis, fué un individuo de 43 años que además de la sintomatología de fiebre tifoidea, tenía hepatomegalia e ictericia sobre agregada y con abdomen globuloso, timpánico, y onda líquida apreciable. Siendo el cuadro de hepatomegalia e ictericia secundario a su proceso de salmonellosis.

#### INDICACION QUIRURGICA:

En todos los casos encontrados la intervención quirúrgica era inminente, - por lo cual solo uno de ellos no se le operó ya que falleció pocas horas después

de su ingreso al hospital.

El siguiente cuadro muestra a cuanto tiempo de su ingreso fueron

intervenidos quirúrgicamente.:

<u>DIAS:</u>	<u>CASOS:</u>	<u>PORCENTAJES</u>
1er. día	21	58.34%
2do. día	12	33.33%
3er. día	2	5.55%
4o. día	---	-----
5o. día	1	2.78%

Como se deduce del cuadro anterior, el 58.34% fueron interveni-

dos el primer día de su hospitalización y el resto entre el segundo, y quinto día, lo cual se debió principalmente al estado de paciente, su deshidratación, D.H.E., y lo difuso del cuadro. Así como también se observó un paciente intervenido el 5º. día de su hospitalización ya que se le hizo diagnóstico de puerperio complicado con enterocolitis, deshidratación y D.H.E. - severo, y fué al 4º. día cuando se hizo el diagnóstico de perforación intestinal de posible etiología tífica.

El cuadro siguiente demuestra el diagnóstico de ingreso:

<u>DIAGNOSTICO CLINICO DE INGRESO:</u>	<u>CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Fiebre tifoidea perforada.	21	56.76%
Obstrucción intestinal	5	13.52%
Abdomen Agudo	3	8.10%
Apendicitis aguda perforada	3	8.10%
Otros diagnósticos	5	13.52%

De los datos anteriores podemos decir que el 56.76% de los casos operados tenían diagnóstico clínico de perforación tífica y el 43.24% se comprobó en la intervención quirúrgica.

Otros diagnósticos incluyen: Meningitis, gastroenterocolitis, infección pélvica, T.B.C. peritoneal, puerperio complicado con enterocolitis que no son diagnósticos clínicos que indiquen cirugía.

A 36 de los pacientes se les efectuó laparotomía exploradora, cierre de perforaciones intestinales en dos planos, parche libre de epiplón. Dejando drenaje de Penrose de peritoneo y tejido celular subcutáneo a 19 de los casos; no dejándose ningún drenaje en el resto de los pacientes. Durante el acto quirúrgico se efectuó lavado peritoneal con solución salina para extraer lo más posible del material que se encontraba dentro de la cavidad.

Las incisiones fueron en su mayoría transversas en fosa iliaca derecha; en algunos de los casos se efectuó longitudinal, por lo que se recurrió a suturas inabsorbibles de retención.

#### HALLAZGOS Y LOCALIZACION DE LA LESION:

Bajo este título incluimos lo referente a lo encontrado en la intervención quirúrgica: en 29 de los casos se encontró una perforación y más de dos perforaciones en 7 de los casos.

La localización de la lesión se encontró dentro de los siguientes límites: la más cerca a la válvula ileocecal, fué a 3 cms. y la más lejana a 75 cms. ; pero -

es de hacer notar que esta lesión tenía como complicación proceso de trombosis séptica de la arteria mesentérica, por lo que hubo necesidad de reseca dos metros de intestino, y este fué uno de los casos que más tarde desarrolló fistula enterocutánea y falleció.

En general se encontró que el punto de localización de las úlceras tíficas varía entre 10 y 30 cms. de la válvula ileocecal.

ANATOMIA PATOLOGICA:

En casi todos los casos se resecaron los bordes de las úlceras, pero por razones ajenas, únicamente en 22 de los casos fué efectuado el estudio histopatológico.

El cuadro siguiente da los resultados obtenidos:

Anatomía patológica	22	61.1%
Sin anatomía patológica	14	38.9%

En el 61.1%, el cuadro de fiebre tifoidea fué comprobada y en el -- 38.9% no podemos estar seguros de que el cuadro patológico haya sido esta entidad clínica, sin embargo por los hallazgos de laboratorio, y los encontrados en la intervención quirúrgica, podemos decir que se trataba de perforaciones tíficas.

COMPLICACIONES:

El mayor porcentaje de complicaciones se observó en los casos donde se efectuó cierre de perforaciones y parche libre de epiplón (41.18%), en tanto que, cuando se dejó Penrose, las complicaciones representan el 21.05%.

A continuación se presentan el total de complicaciones post-operatorias:

<u>Compliaciones post-operatorias:</u>	<u>Casos:</u>	<u>Porcentajes:</u>
Infección de la herida operatoria	6	50.0%
Fístula enterocutánea	3	25.0%
Absceso de la pared	1	8.3%
Dehiscencia de la herida operatoria	1	8.3%
Obstrucción intestinal	1	8.3%
<b>TOTAL:</b>	<b>12</b>	<b>100.0%</b>

Los 12 casos complicados equivalen al 33.33% del total de los ca  
sos operados. Se hace notar que fuera de lo inherente al acto quirúrgico, exis  
tien otras complicaciones tales como: Un caso de hemorragia post-operatoria se  
cundaria a trombocitopenia, el cual sucedió en un paciente de 5 años, cuyas -  
plaquetas descendieron por debajo de 75,000, su etiología se atribuyó a deple-  
ción medular, por su proceso de salmonellosis. Dos casos desarrollaron miocar-  
ditis tífica e insuficiencia cardíaca secundaria, y un caso que presentó infec-  
ción urinaria.

EVOLUCION:

El post operatorio de los pacientes en general fué satisfactorio (67.67%) -  
salvo en los casos donde se presentaron las complicaciones enuradas en el cua-  
dro anterior. Para damos una idea de como fué dicha evolución, enseguida se  
exponen datos que demuestran el tiempo hospitalario de los pacientes y sus va-  
riaciones según la clase de complicación.

<u>CASOS DE HOSPITALIZACION</u>	<u>CASOS:</u>	<u>PORCENTAJES:</u>
1 a 9	7	18.92
10 a 19	15	40.54
20 a 29	5	13.51
30 a 39	6	16.22
40 a 49	3	8.11
más de 50	1	2.70
TOTAL:	37	100.00

no se observa en el cuadro anterior, 15 pacientes (40.54%) estuvieron hospitalizados en un período que varía entre 10 y 19 días, no habiendo fallecido ninguno, lo cual puede considerarse un promedio aceptable en este tipo de intervenciones. Otros 7 pacientes (18.92%) tuvieron un promedio de 1 a 9 días, dentro de este grupo quedó el mayor número de fallecidos después del acto quirúrgico. Los 15 paciente restantes (40.54%), sufrieron alguna complicación, quedándose hospitalizados más de 20 días; al extremo que un paciente duró 88 días. En este caso, la complicación fué fístula enterocutánea y dehiscencia completa de la herida operatoria.

MORTALIDAD:

En este capítulo, no se pretende hacer un análisis completo de la mortalidad causada por fiebre tifoidea, sino una comparación entre la mortalidad existente por perforación intestinal, con intervención quirúrgica y sin acto quirúrgico; o sea que se tomó en cuenta el caso del paciente que no se operó por haber fallecido pocas horas después de su ingreso al hospital. Esta aclaración se hace porque el hallazgo anatomopatológico da el diagnóstico final de la causa de muerte. Al efectuar la intervención se encontró que de los 37 casos de perforación intestinal, 7 fallecieron en el post-operatorio y un caso antes de operarlo, lo cual representa el 21.62% de la mortalidad.

Entre las causas de muerte secundarias a la perforación tenemos: Peritonitis, bronconeumonía, necrosis tubular aguda, abscesos subfrénicos, deshidratación y D.H.E., hipoproteinemia.

Diagnósticos que fueron informados por anatomía patológica como causa final de muerte.

El diagnóstico final y los porcentajes de mortalidad se demuestran en el siguiente cuadro:

<u>DIAGNOSTICO FINAL:</u>	<u>CASOS:</u>	<u>PORCENTAJES:</u>
Peritonitis	4	50.0
Peritonitis y bronconeumonía	1	12.5
Necrosis tubular aguda	1	12.5
Peritonitis y absceso sufrénico	1	12.5
Peritonitis D.H.E. e hipopro-		
teinemia	1	12.5
TOTAL:	<u>8</u>	<u>100.0</u>

Como se ve en el cuadro anterior, la peritonitis fué la causa más frecuente de muerte, ya que se presentó en ellos el cuadro severo de Shock endotóxico.

DISCUSION.

El tema de perforación intestinal por la infección de Eberthella tyfosa, es interesante, ya que se observa como complicación, aún en los casos en los -- cuales ha recibido tratamiento adecuado el paciente. Según varios autores -- como Cecil y Loeb (6); Farreras (9); Harrison (11) en los Estados Unidos de -- Norte América y Europa la incidencia es de 2 a 3%. En Guatemala, Behar - (4) informe que es del 4%. Sin embargo, los cuadros de perforación aumentan cuando el tratamiento médico no se ha instalado porque el paciente no le dió importancia a su enfermedad; por que no se efectúa el diagnóstico preciso porque no se sigue el tratamiento adecuado; o bien porque la instalación de la i infección es fulminante; tanto es así, que en las emergencias hospitalarias se presentan cuadros de pacientes con abdomen agudo, a los que hay que hacerles diagnósticos diferencial, tomándose a la perforación por fiebre tifoidea -- como entidad nosológica capaz de producir dicho cuadro.

A ese respecto E. Q. Archampong (2) refiere el 17.9%; J. A. S. Dickson - and G. J. Cole, (7) el 15%; Farreras (9) el 10% y el Hospital Roosevelt (10) el 30%.

El porcentaje tan aumentado en Guatemala, se debe por una parte a que existe más área rural que urbana, y por otra, a que dentro de las áreas urbanas existen áreas marginales o sub-urbanas, que no tienen medios higiénicos

adecuados, como agua potable, letrinas, drenajes; así como una educación sanitaria apropiada, sus recursos económicos son mínimos, el control más estricto de las enfermedades infectocontagiosas y de los portadores sanos no se lleva a cabo con el cuidado que se merece.

Además, aún existen en el país zonas que son endémicas para determinadas entidades clínicas, donde persisten brotes de epidemias.

Una muestra de lo anterior, es la alta incidencia de perforación intestinal existente en este estudio, pero hay que hacer ver que no se contemplaron otros casos no reportados por los hospitales departamentales, donde los medios médico-quirúrgicos son escasos; así como también los materiales de laboratorio como rayos X, los cuales son de mucha ayuda en el diagnóstico de cualquier entidad clínica. De agregarse dichos casos el porcentaje aumentaría.

Si lo anteriormente expuesto es cierto, se puede afirmar que el porcentaje bajo que presenta Norte América y Europa se deben a un mejor desarrollo económico, social y cultural.

Otro punto importante de hacer mención es este estudio, es la conducta seguida en los casos en que se presenta la perforación intestinal tífica que no ha recibido tratamiento previo con antibióticos. La conducta seguida hasta el momento en el hospital Roosevelt, ha sido quirúrgica, basada sobre todo en que la manera de mejorar el estado del paciente, de su cuadro tóxico producido por el

so del material intestinal a la cavidad abdominal es efectuar el cierre de las perforaciones y el lavado abdominal con solución fisiológica, colocación de drenajes, y tubo de instalación de antibióticos, lográndose en muchos de los casos, evitar que el proceso de peritonitis ya instalado, continúe. Anadiendo al procedimiento anterior, el tratamiento médico con cloranfenicol a dosis de 500 mgs. cada 6 horas. Este tipo de conducta parece ser el más adecuado, porque únicamente el tratamiento médico en este tipo de pacientes, no daría resultado debido a que por sí sola la enfermedad, es de pronóstico reservado, y complicada con perforación, la mortalidad se hace presente en cerca de 90%.

Por otra parte, en lo que se refiere a fiebre tifoidea que recibe tratamiento adecuado con cloranfenicol P.O., se presenta el cuadro de complicación, como la perforación intestinal, se podría intentar el tratamiento médico como lo sugiere Behar (4).

El sustentante considera que la conducta a seguir en estos casos sería intentar el cierre de la perforación y continuar con el tratamiento médico establecido con anterioridad, evitando el cuadro tóxico que presentan los pacientes y que es causa de muerte en muchos de ellos. Si esta complicación se presenta, quiere decir, - que el daño intestinal es severo, y si agregamos la reacción peritoneal que producen las bacterias del intestino, que dentro de su hábitat son inocuas, fuera producen daños más severos.

Se considera que para el tratamiento de pacientes de fiebre tifoidea, con perforación intestinal, debe tomarse muy en cuenta cada caso clínico, ya que de ello dependerá la conducta a seguir.

Para finalizar, se hace mención que, en las complicaciones de una enfermedad, contribuyen también, el control sanitario de la entidad clínica, el cual a su vez depende del desarrollo cultural, sanitario, económico, urbanístico, etc., del país de que se trate.

CONCLUSIONES :

- Los casos observados de fiebre tifoidea con perforación intestinal, permiten aseverar que muchos de los pacientes no asisten a los centros hospitalarios cuando principian los síntomas de la enfermedad, sino hasta cuando el proceso se ha agudizado.
- Los estudios de laboratorio, de anatomía patológica y los hallazgos quirúrgicos, son básicos en el diagnóstico final de perforación tífica.
- Todo paciente sospechoso de perforación tífica deben efectuarse exámenes de laboratorio y de rayos X, de no ser concluyentes estos exámenes, y la sintomatología persiste, deberá intervenirse quirúrgicamente, enviando muestra de lo encontrado a anatomía patológica, para seguir una conducta adecuada.
- Al paciente que se le diagnostica fiebre tifoidea debe recibir tratamiento médico específico, para evitar que su complicación sea la perforación intestinal.
- Un diagnóstico precoz de perforación intestinal tífica, busca suprimir las complicaciones post-operatorias.
- Toda perforación intestinal por fiebre tifoidea, su tratamiento debe ser quirúrgico.
7. - Los procedimientos quirúrgicos de la perforación tífica en nuestro medio -

están actualizados.

8. - De los 123 casos de fiebre tifoidea en el Hospital Roosevelt, en el período 1965-1969, 37 casos presentaron perforación intestinal, lo que equivale - al 30%.
9. - El porcentaje elevado de perforación tífica en el estudio, es de pacientes - que no habían recibido tratamiento médico previo.
- 10- La incidencia de complicaciones en fiebre tifoidea y de otras entidades clí nicas, está en relación con el índice de educación sanitaria y de desarrollo económico y social de un país.

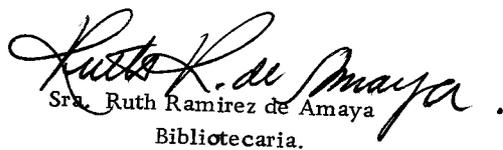
## BIBLIOGRAFIA

1. - Abdo, Meneim R. I. "Surgical management of perforate typhoid ulcer. international surgery (Chicago) 52: 405-407, Nov. 1969.
2. - Archmpong, E.Q. Operative treatment of typhoid perforation of the -- bowel. British Medical Journal. 3: 273-276, aug. 1969.
3. - Ashby, E. C. Perforation of the ileum. Cancet 2: 807, dec. 1967.
4. - Behar Alcah , Alberto. Consideraciones sobre la fiebre tifoidea. Re--visión de 110 casos. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Julio de 1955. 43 p.
5. - Bohrer, S. O. Typhoid perforation of the ileum. British J. Radiol 39: 37-41, jan. 1966.
6. - Cecil y Loeb, et al. Tratado de medicina interna. Ed. Beeson Mc--Dermott. México, Editorial Interamericana, 1966. pp 228-232.
7. - Dickson, J. A. S. and Cole, J. G. Perforation of the terminal ileum. - British Journal of Surgery, 51: 893-897. dec. 1964.
8. - Estrada Sanabria, Jacinto. Consideraciones sobre la fiebre tifoidea en la Ciudad de Guatemala. Tesis. Guatemala, Universidad - de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, feb. 1946. -- p. 16.
9. - Ferreras, P. Medicina Interna. 6a. ed. Barcelona, Editorial Marín S. - A. 1962. pp. 1619-1631.
- 10- Guatemala, Hospital Roosevelt. Archivos del Hospital; de 1965-1969.
- 11- Harrison, T.R. et al. Medicina interna. 3a. ed. México. La Prensa Médica Mexicana, 1966 pp 936-942.
- 12- Jawetz, Ernest et al. Manuel de microbiología médica versión en es--pañol de Amadeo González Mend za. 5a. ed. México Ed. El Manual Moderno S. A. 1965. pp. 190-193.

Bibliografía...

- 13- Oficina Sanitaria Panamericana. Control de las enfermedades transmisibles en el hombre. Informe oficial de la Asociación Americana de la Salud Pública, preparado por la comisión de control de Enefermedades -- Transmisibles. Washington D.C. octubre 1965 pp. 141-145 (publicación científica No. 120).
- 14- Tercero Castro, Mauro. El mielo cultivo por punción iliaca en el diagnóstico de la fiebre tifoidea. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, febrero de 1946. 17 p.

Vo. Bo.

  
Sra. Ruth Ramirez de Amaya  
Bibliotecaria.

BR. CATALINO SIMON MANUEL MEJICANOS L.

DR. CARLOS R. ARREAGA  
Asesor.

DR. RODOLFO DURAN  
Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ  
Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD  
Secretario

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.  
Decano.