



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

C-2



" ABDOMEN AGUDO "

AMILCAR ARNOLDO PASTOR LEPE

Guatemala, Octubre de 1972.

1972

## PLAN DE TESIS

### I. INTRODUCCION

### II. MATERIAL Y METODOS

### III. ABDOMEN AGUDO

#### A. - INFLAMATORIO:

- a) Apendicitis aguda
- b) Colecistitis aguda

#### B. - OBSTRUCTIVO:

- a) Hernias Incarceradas
- b) Masas y Bidas
- c) Vólvulus
- d) Trombosis Mesentérica
- e) Cuerpos extraños.

#### C. - TRAUMATICO:

Traumatismos y heridas abdominales.

#### D. - PERFORACIONES:

- a) Ulcera Péptica
- b) Perforación tífica

### IV. CONCLUSIONES

### V. BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION

La elaboración de esta tesis previa a optar el honroso título de Médico y Cirujano, comprende el análisis de las papeletas de los pacientes que consultaron la Emergencia del Hospital Roosevelt, durante el período de seis meses comprendidos entre Junio y Diciembre de mil novecientos sesenta y nueve; y en los cuales la patología consistió en cuadro de abdomen agudo con intervención quirúrgica de emergencia.

Con la elaboración del presente trabajo, no es el propósito de decir algo nuevo con respecto a la sintomatología, ni mucho menos sobre los hallazgos clínicos; sino hacer hincapié en los síntomas y hallazgos clínicos más sobresalientes y frecuentemente encontrados en nuestros pacientes y luego analizar la evolución post-operatoria.

Creo que este análisis servirá como guía para estudio o trabajo a nivel de la emergencia o también como base para otro trabajo más completo y profundo al respecto.

### MATERIAL Y METODOS.

Como dijimos anteriormente el trabajo comprende el análisis de las papeletas de los pacientes que se presentaron a la Emergencia del Hospital Roosevelt durante un período de seis meses y fueron escogidos aquellos que se referían únicamente a casos que consultaron con cuadro de Abdomen Agudo y que fue necesario practicarle s intervención quirúrgica de urgencia.

El total de casos que se presentaron a la emergencia de adultos en estos seis meses fue de 1,520 personas, y de estos correspondieron a cuadro compatible con abdomen agudo 90 casos, lo que equivale a un 5.8%; en estos casos hubo diferentes patologías que iniciaron o desencadenaron el cuadro y que forzó a los pacientes a consultar el hospital. En vista de ello decidí hacer una separación de acuerdo a las patologías presentadas y luego llegar a una conclusión, inter-relacionándolas.

Como veremos más adelante, las patologías a estudiarse en este trabajo y que llegaron a formar un cuadro de abdomen agudo son las siguientes: Apendicitis aguda; Colecistitis aguda; Hernias incanceradas y estranguladas; Obstrucción Intestinal por masas y bridas; vólvulus, trombosis mesentérica; obstrucción por cuerpos extraños; traumatismos y heridas abdominales, perforaciones de úlcera péptica y perforaciones tíficas.

También hicimos mención con anterioridad que no se proponía revisar toda la sintomatología, los hallazgos clínicos y la conducta general, sino que -

poder hacer sobresalir lo que más frecuentemente podemos apreciar en nuestro medio de los cuadros patológicos que se realizaron. Además de ello, para tener una visión más amplia, se elaboraron gráficas estadísticas de acuerdo a lo encontrado en el tema.

Espero que con este trabajo se encuentre una motivación y una base para poder efectuar un análisis más profundo del tema, el cual reviste una gran variedad de patologías, su diagnóstico diferencial entre ellas y la elevada mortalidad de algunas de ellas.

APENDICITIS AGUDA

En la revisión de las noventa papeletas de los pacientes analizados, 31 correspondieron a apendicitis aguda, lo que equivale a un 34.9%.

Se analizaron únicamente los casos observados en la emergencia de adultos (de doce años en adelante).

S E X O :

| <u>AÑOS:</u> | <u>MASC.:</u> | <u>FEM.:</u> | <u>TOTAL:</u> |    |
|--------------|---------------|--------------|---------------|----|
| 10-20.....   | 0 .....       | 8 .....      | 5 .....       | 13 |
| 20-30.....   | 0 .....       | 4 .....      | 2 .....       | 6  |
| 30-40.....   | 0 .....       | 4 .....      | 0 .....       | 4  |
| 40-50.....   | 0 .....       | 2 .....      | 0 .....       | 2  |
| 50-60.....   | 0 .....       | 1 .....      | 1 .....       | 2  |
| 60-70.....   | 0 .....       | 1 .....      | 2 .....       | 3  |
| 70-80.....   | 0 .....       | 1 .....      | 0 .....       | 1  |
|              |               |              |               | 31 |

De acuerdo con el cuadro anterior, vemos que la mayor frecuencia de los casos se presentó dentro de la década de los diez a los veinte años de edad y que fue disminuyendo paulatinamente conforme las décadas eran mayores.

Conforme al predominio de sexo, vemos que del sexo masculino fue de 66.6% y el 33.4% correspondió al sexo femenino, la mitad del sexo femenino estaba comprendido entre los diez y los veinte años.

Síntomas: Entre los síntomas analizados tenemos:

- a) Fiebre
- b) Náuseas o vómitos
- c) Estreñimiento o diarrea
- d) Dolor abdominal.

**PIEBRE:**

En la mayoría de los pacientes, un total de 65%, la fiebre estuvo presente en 37.5°C., este porcentaje fue disminuyendo y fueron menos los que llegaron a 38°C.

Esto lo podemos evidencia mejor en la siguiente gráfica:

| 19      | 8     | 4       |
|---------|-------|---------|
| 37.5°C. | 38°C. | 38.5°C. |

**HIPOREXIA:**

En todos los casos hubo marcada hiporexia.

**NAUSEAS O VOMITOS:**

Estas manifestaciones se presentaron en 17 pacientes lo que constituye un 55%.

**ESTREÑIMIENTO:**

Esto es referido en únicamente cinco casos.

**DOLOR ABDOMINAL:**

Todos los casos analizados refirieron dolor abdominal tipo cólico localizado en fosa iliaca derecha, pero con el antecedente de haber sido iniciado en mesogastrio y que con el transcurso del tiempo o de la evolución fue a localizarse en la fosa iliaca derecha.

Tiempo de Evolución: La totalidad de los pacientes relataban que la iniciación-

de sus síntomas se había producido de veinticuatro a cuarenta y ocho horas antes de su ingreso; un pequeño grupo el 12%, relataba molestias con más tiempo de evolución pero siempre la agudización del cuadro había sido dentro del período comprendido en las horas enumeradas anteriormente. El menor tiempo fue de 12 horas y el de mayor de 48.

Tratamiento Previo: Encontramos que 25 pacientes refirieron haber iniciado tratamiento sintomático o empírico en su casa, o consultando a farmacias y tan sólo tres casos fueron referidos por médico facultativo con la impresión clínica de apendicitis aguda.

#### Examen Físico:

a) Fiebre: Este ya lo hemos analizado con anterioridad en el capítulo de síntomas.

b) Ruidos Intestinales: Se encontró que todos menos uno, presentaban la característica de ser normales o ligeramente disminuidos.

c) Tacto Rectal: Fue doloroso hacia la fosa ilíaca derecha en un total de once pacientes y en otros nueve ligeramente doloroso hacia ese lado y en sólo once pacientes fue negativo; esto nos reportó un 66% de positividad.

d) El signo de rebote, signo de Blumberg, fue positivo en veintisiete casos, 87% y en solamente cuatro fue negativo.

e) El signo de Psoas fue positivo en 18 casos o sea un 57%.

f) El signo del obturador fue positivo en 13 casos o sea un 42%.

De los signos analizados anteriormente podemos deducir que no siempre podemos esperar para dar un diagnóstico exacto que todos los hallazgos descritos para determinar una patología estén presentes y de acuerdo a como están descritos.

#### Exámenes de Laboratorio:

A todos los pacientes que presentaron esta patología se les efectuaron exámenes de laboratorio complementarios en su estudio. Siendo estos: Hematología; Orina; Radiografías de tórax y abdomen.

En lo que respecta a la hematología se investigó en relación a los glóbulos blancos y de ellos los segmentados, la sedimentación que tenían y su hemoglobina. De esta revisión se obtuvo el siguiente cuadro:

| <u>Caso No. :</u> | <u>Glóbulos Blancos:</u> | <u>Segment.</u> | <u>Sedimentación:</u> |
|-------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|
| 1.-               | 8.850                    | 86              | 21                    |
| 2.-               | 18.150                   | 91              | 8                     |
| 3.-               | 8.850                    | 82              | 25                    |
| 4.-               | 17.800                   | 91              | 12                    |
| 5.-               | 9.000                    | 84              | 20                    |
| 6.-               | 11.950                   | 86              | 18                    |
| 7.-               | 20.000                   | 90              | 12                    |
| 8.-               | 12.450                   | 84              | 22                    |
| 9.-               | 13.000                   | 84              | 18                    |
| 10.-              | 16.000                   | 91              | 12                    |
| 11.-              | 13.750                   | 86              | 20                    |
| 12.-              | 20.040                   | 92              | 12                    |
| 13.-              | 8.900                    | 78              | 24                    |
| 14.-              | 15.000                   | 86              | 20                    |
| 15.-              | 6.000                    | 84              | 22                    |
| 16.-              | 30.000                   | 92              | 12                    |
| 17.-              | 10.000                   | 78              | 22                    |
| 18.-              | 14.200                   | 84              | 18                    |
| 19.-              | 10.200                   | 86              | 24                    |
| 20.-              | 15.700                   | 90              | 20                    |
| 21.-              | 11.000                   | 84              | 22                    |
| 22.-              | 21.000                   | 90              | 18                    |
| 23.-              | 11.100                   | 78              | 22                    |
| 24.-              | 14.950                   | 86              | 32                    |
| 25.-              | 13.450                   | 86              | 20                    |
| 26.-              | 17.240                   | 90              | 16                    |
| 27.-              | 18.500                   | 92              | 12                    |
| 28.-              | 14.150                   | 84              | 18                    |
| 29.-              | 18.000                   | 90              | 12                    |
| 30.-              | 8.000                    | 84              | 22                    |
| 31.-              | 11.600                   | 78              | 32                    |

Según la lista anterior, podemos ver que hay más de veinticinco casos -

con leucocitosis, 80.6%; analizando también la cantidad de segmentados vemos que el promedio es entre 80 y 90. La velocidad de sedimentación fue encontrada disminuída en todos los casos. El recuento de hemoglobina nos reportó en todos los casos que no bajaba de 10 gms.

El examen de orina demostró en algunos casos que había leucocitos presentes, en otros fue normal.

Se tomaron radiografías de tórax y de abdómen. En solamente dos casos se apreciaron en radiografías de abdomen signos de irritación peritoneal, como borrar miento del psoas, borramiento del ángulo hepático, fleo paralítico, escoliosis de la columna hacia la derecha y parecía verse como imagen de vidrio despolido.

Tiempo Pre-operatorio: A todos los pacientes se les operó dentro de las primeras horas en que se presentaron a la emergencia.

Revisando los records operatorios se encontró que en tres casos el apéndice se encontró en posición retrocecal, en otros siete no especificaba en que posición se encontraba y en el resto de los casos se encontró en posición abdominal.

La incisión que se efectuó en todos los casos fue la de Rocky modificada, que es la usual en este hospital.

En cuatro de las intervenciones se encontró peritonitis localizada y refiriendo perf. apend. Los resultados de anatomía patológica fueron de proceso inflamatoria en la pieza estudiada, en 24 casos, en siete casos no había informe de a-

anatomía patológica en la papeleta.

Complicación Post-operatoria: En cinco casos hubo infección de herida operatoria, correspondiendo cuatro de ellas a los casos de apendicitis aguda perforada. Generalmente la evolución de todos los casos fue satisfactoria.

Las complicaciones se trataron con Drenaje, Antibióticos tipo penicilina y kanamínica y con curaciones diarias.

Tiempo de Hospitalización: El término medio de hospitalización fue de diez días. El tiempo de hospitalización fue de siete días y el tiempo máximo fue de 21 días y correspondió a un caso en el cual hubo también infección de herida operatoria.

Fuera de los casos analizados, 5 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente con la impresión clínica de apendicitis aguda y durante el acto operatorio se encontró que no era este el diagnóstico final; cuatro errores correspondieron al sexo femenino.

| <u>Caso:</u> | <u>Sexo:</u> | <u>Edad:</u> | <u>Diagnóstico Final:</u>           |
|--------------|--------------|--------------|-------------------------------------|
| 1.-          | Femenino     | 19 años      | Salpingitis aguda, peritonitis      |
| 2.-          | "            | 28 "         | Cistoadenoma Ovario Derecho.        |
| 3.-          | "            | 13 "         | Quiste ovario derecho.              |
| 4.-          | "            | 60 "         | Adenocarcinoma coloide apendicular. |
| 5.-          | Masculino    | 43 "         | Adenocarcinoma del ciego.           |

De los casos anteriores únicamente a dos de ellos se les efectuó apendicectomía, siendo ellas las pacientes que además tenían quiste de ovario y cis-



toadenoma del ovario.

También se presentaron a la emergencia cuatro pacientes con cuadros de plastrón apendicular los cuales fueron ingresados pero no fueron analizados a fondo en vista de no entrar dentro del plan de tesis que se refiere a las intervenciones de emergencia.

COLECISTITIS AGUDA

Un total de doce casos fueron intervenidos con esta impresión clínica.

Los doce casos que se intervinieron a nivel de la emergencia las describimos a continuación:

Caso No. 1.: Paciente de 38 años de edad, sexo femenino, quien consulta por diez horas de evolución de dolor tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho, acompañado de náuseas y vómitos, entre los antecedentes refería intolerancia a comidas grasas y en una oportunidad un cuadro semejante a este sólo que en menor intensidad. Al examen físico: afebril, signos vitales dentro de límites normales; en abdomen había dolor en hipocondrio derecho, no se palpaba masa; sus exámenes sanguíneos revelaron hemoglobina de 12.3 mgs. con 10,300 glóbulos blancos y bilirrubinas totales de 0.6 mgs. con impresión clínica de colecistitis aguda fue transferida a sala de operaciones en donde se comprobó el diagnóstico y se le practicó colecistectomía y apendicectomía profiláctica. La paciente toleró bien el procedimiento y su evolución fue satisfactoria, habiendo sido dada de alta doce días después de su intervención.

Caso No. 2.: Paciente de 36 años de edad, sexo femenino, quien se presenta a la emergencia con veinticuatro horas de evolución de dolor tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho, así como náuseas y vómitos de sabor amargo y color verde; a su examen físico de ingreso se le encontró febril con 38°C y el resto de sus signos vitales, dentro de límites normales; el abdomen muy doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y daba la impresión de palpase a ese nivel; sus exámenes de sangre reportaron 11.7 gms. de hemoglobina además de 12,800 glóbulos blancos y bilirrubina de 0.8 gms. Se le intervino con la impresión clínica de colecistitis aguda calculosa, habiéndose comprobado el diagnóstico y por lo cual se efectuó colecistectomía, con evolución satisfactoria, fue dada de alta once días después de operada.

Caso No. 3.: Paciente de 33 años de edad, sexo femenino, quien consultó por 6 horas de evolución de dolor tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho, diarrea, náuseas y vómitos y antecedentes de que ya le había sucedido cosa similar, sólo en menor intensidad, al examen físico de ingreso, se le encontró afebril y con el resto de sus signos vitales dentro de límites normales, dolor exquisito localizado en hipocondrio derecho y al parecer masa palpable a ese nivel, su examen hematológico nos reveló una hemoglobina de 14.9 gms., glóbulos blancos de 14,200, bilirrubinas fueron normales. La paciente fue intervenida con la impresión clínica de colecistitis aguda y se comprobó el diagnóstico efectuado cole-

cistectomía. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta después de siete días de hospitalización.

Caso No. 4: Paciente de 54 años de edad, sexo femenino, quien se presenta a la emergencia con historia de dolor cólico localizado en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos de aproximadamente tres días de evolución, al examen físico presentaba signos vitales dentro de límites normales y dolor a la palpación en hipocondrio derecho en donde parecía palpase masa que podría corresponder a vesícula. Sus exámenes de laboratorio fueron encontrados dentro de límites normales y no se encontró ictericia; fue intervenida con la impresión clínica de colecistitis aguda, habiéndose efectuado colecistectomía. La paciente toleró bien el procedimiento y se le dió egreso nueve días después de operada. Anatomía patológica reportó Ca de vesícula biliar, el registro operatorio no refería nada al respecto.

Caso No. 5.: Paciente de 51 años de edad, sexo masculino que se presenta al hospital con historia de 24 horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos, fiebre no controlada por termómetro y además antecedentes de intolerancia a comidas grasas. Al examen físico se le encontró dolor a la palpación en hipocondrio derecho, al parecer había masa palpable a ese nivel, sus signos vitales dentro de límites normales a excepción de fiebre de 39°C., su examen hematológico reportó 14.8 gms. de hemoglobina y -

11.000 glóbulos blancos, no fue reportada ictericia. Al paciente se le practicó colecistectomía por colecistitis aguda y la evolución post-operatoria fue satisfactoria por lo que se le dió egreso ocho días después.

Caso No. 6.: Paciente de 47 años de edad, sexo femenino, quien ingresa al hospital con historia de dos días de evolución de presentar dolor tipo cólico referido en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos, diarrea, intolerancia a comidas y grasas. Al examen físico de admisión se le encontró con sus signos vitales dentro de límites normales, su exámen de sangre demostró de 15 gms. 14.400 glóbulos blancos y bilirrubina total de 1.2 gms. La paciente fue intervenida habiéndosele efectuado colecistectomía por colecistitis aguda, el post-operatorio fue satisfactorio y se le dió egreso diez días después.

Caso No. 7.: Paciente de 39 años de edad, sexo femenino, quien consulta este hospital con historia de veinticuatro horas de evolución de dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, diarrea, náuseas y vómitos, antecedentes de haber tenido ya episodios semejantes a estos y relacionados con la ingesta de grasas. A su examen físico de ingreso se le encontró con sus signos vitales dentro de límites normales, aunque su estado general era malo, había dolor a la palpación, localizado en hipocondrio derecho, aunque no se lograba palpar ninguna masa. Sus exámenes de laboratorio demostraron hemoglobina de 11 mgs. 12,000 glóbulos blancos y bilirrubinas totales de 1.6 gms. La paciente fue lle-

vada a sala de operaciones en donde se le efectuó coledocostomía, pero la paciente falleció dos días después de operada. Los diagnósticos finales de anatomía patológica fueron los siguientes: Colecistitis crónica calculosa en fase de agudización, coledocolitiasis, colangitis ascendente, shock séptico.

Caso No. 8.: Paciente de 27 años de edad, sexo femenino, quien ingresa con cuarenta y ocho horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos y antecedentes de cuadros similares en otras oportunidades, después de ingesta de grasas. Al examen físico de ingreso, se le encontró en buenas condiciones generales, con sus signos vitales dentro de límites normales, el abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, donde no se palpaba ninguna masa. Su hemoglobina fue reportada de 12 mgs. y un total de 14,000 glóbulos blancos, las bilirrubinas fueron reportadas de 1.9 gms. a expensas de la directa. La paciente fue llevada a sala de operaciones en donde se le practicó colecistectomía por colecistitis calculosa en fase de agudización. La paciente evolucionó satisfactoriamente y se le dió egreso 9 días después de intervenida.

Caso No. 9.: Paciente de 42 años de edad, sexo femenino, quien ingresa con 24 horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho acompañado de náuseas y vómitos; así como fiebre no controlada por termómetro. Al examen de ingreso se le encontró febril, con 39°C., el resto de sus signos vitales dentro de límites normales, había dolor a la palpación, localizado en hipocondrio derecho y al parecer masa palpable a ese nivel. La hemoglobina se encontró en 12 gms. y los glóbulos blancos en 21.800, no fue reportada ictericia. A la paciente se le intervino con la impresión clínica de colecistitis aguda, habiéndosele efectuado colecistectomía. Luego de diez días de hospitalización, se le dió egreso con evolución post-operatoria satisfactoria.

Caso No. 10.: Paciente de 57 años de edad, sexo femenino, quién ingresa a este hospital con historia de 48 horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos, intolerancia a comidas grasas; su examen físico reportó sus signos vitales dentro de límites normales, el abdomen se mostraba sumamente doloroso en hipocondrio derecho a la palpación y al parecer masa palpable a ese nivel. Los exámenes de laboratorio fueron reportados con hemoglobina de 15.4 gms. y los glóbulos blancos de 15,950, no fue reportada ictericia. A la paciente se le efectuó colecistectomía por colecistitis crónica en fase de agudización, se le dió egreso diez días después de intervenida.

Caso No. 11.: Paciente de 51 años de edad, sexo femenino, quién consulta a este hospital con historia de 24 horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos, intolerancia a comidas grasas y ha notado el apareamiento de masa a nivel de donde refiere dolor. Al examen físico de ingreso se le encontró con sus signos vitales dentro de límites normales, en abdomen había dolor a la palpación en hipocondrio derecho, en donde parecía palpase masa que podría corresponder a vesícula, su hemoglobina estaba en 12 gms. y sus glóbulos blancos de 7,750, Ictericia de 3.6 gms. a expensas de la bilirrubina directa. Se le intervino con la impresión clínica de colecistitis y coledocolitiasis habiéndose comprobado el diagnóstico y

se le se le efectuó colecistectomía y coledocostomía, la paciente evolucionó bien en el post-operatorio y fue dada de alta veinte días después de operada.

Caso No. 12.: Paciente de 28 años de edad, sexo femenino, quién ingresa con 24 horas de evolución de dolor tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos, diarrea e intolerancia a comidas grasas. Al examen físico de ingreso sus signos vitales dentro de límites normales, con dolor a la palpación localizado en hipocondrio derecho, no pareció palpase masa a ese nivel. Los exámenes de laboratorio fueron reportados dentro de límites normales, sólo se encontraron glóbulos blancos de 20,900. Fue a sala de operaciones en donde se le intervino, habiéndosele efectuado colecistectomía por colecistitis y coledocolitiasis en fase de agudización. La paciente toleró bien el procedimiento y se le dió egreso siete días después de la operación.

De los datos obtenidos anteriormente, podemos apreciar que la mayoría de pacientes estaban comprendidos por encima de los treinta y cinco años de edad, este porcentaje era de 84%.

| <u>Edad:</u> | <u>No.</u> | <u>Masc.</u> | <u>Fem.</u> |
|--------------|------------|--------------|-------------|
| 10-20 años   | 0          | 0            | 0           |
| 20-30 "      | 2          | 0            | 2           |
| 30-40 "      | 4          | 0            | 4           |
| 40-50 "      | 3          | 0            | 3           |
| 50-60 "      | 3          | 1            | 2           |

Analizando el cuadro anterior podemos ver que el 92% de los casos pertenecieron al sexo femenino y el 8% al sexo masculino.

Podemos notar que los pacientes que consultaron tenían historia de evolución de 24 a 48 horas de tiempo de iniciado el cuadro.

Revisando las papeletas pudimos apreciar que el tiempo transcurrido de la llegada de las pacientes a la emergencia y el tiempo de operadas, fue de 24 horas como máximo y como mínimo 6 horas.

Todas las pacientes analizadas referían ya molestias similares con anterioridad, sólo que con menor intensidad.

A todas las pacientes intervenidas, se les practicó incisión sub-costal derecha y los hallazgos operatorios fueron los siguientes:

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| Colelitiasis.....     | 11 casos |
| Coledocolitiasis..... | 2 "      |

Se practicó colecistectomía a 9 pacientes; a 2 se les efectuó colectomía y coledocostomía y a 1 sólo coledocostomía.

A todos los pacientes se les trató con antibióticos tipo tetraciclina.

Anatomía patológica reportó vesículas con proceso inflamatorio agudo y cambios crónicos. Un sólo caso fue reportado como Adenocarcinoma de la vesícula, el cual aparentemente fue extirpado en su totalidad y no referían nada anormal en el record operatorio.

Solamente en un caso de mortalidad en que el cuadro de colecistitis aguda estaba acompañado de colangitis, supurativa en malas condiciones generales y que falleció en Shock Séptico.

El tiempo medio de hospitalización fue de 9 días, siendo el máximo de 20 y el mínimo de dos días.

Además de los doce casos anteriores, hubo un total de 32 casos que se presentaron a la emergencia y que fueron ingresados a servicio interno de cirugía, con impresión clínica de colecistitis aguda con colelitiasis para su tratamiento inmediato.

HERNIAS INCANERADAS Y ESTRANGULADAS

En la revisión de este capítulo fueron encontradas trece casos.

Para el mejor análisis de las hernias se efectuó una división de acuerdo a su localización, siendo esta la siguiente:

|                     |         |
|---------------------|---------|
| Hernias crurales:   | 7 casos |
| Hernias inguinales  | 3 casos |
| Hernias umbilicales | 2 casos |
| Hernia incisional   | 1 caso  |

A continuación describimos los casos de hernia crural que se presentan:

Caso No. 1. Paciente de 55 años de edad, sexo femenino quien se presenta a esta emergencia con historia de 24 horas de evolución de presentar hernia crural izquierda que no se reduce y es muy dolorosa; al examen físico se le encuentra con signos vitales dentro de límites normales y un estado general aceptable. Los exámenes de laboratorio mostraron hemoglobina de 13.4 gms. y glóbulos blancos de 14.850. A las pocas horas de haber ingresado se le practicó hernioplastia crural y resección intestinal de yeyuno con anastomosis término terminal, en vista de haber compromiso vascular del asa intestinal que se encontraba en el saco herniario. A la paciente se le dió egreso con una evolución satisfactoria a los 10 días de operada.

Caso No. 2.: Paciente de 79 años de edad, sexo femenino, quien consulta a esta emergencia con historia de tres días de evolución de presentar hernia crural derecha que no se reduce y de encontrarse muy dolorosa. Las condiciones preo-

operatorias indispensables estuvieron dentro de límites normales y se le intervino haciéndole hernioplastia crural, en la cual se encontró que no existía compromiso vascular de las asas intestinales que se encontraban incaneradas. Se le dió egreso tres días después de operada con una evolución satisfactoria.

Caso No. 3. Paciente de 49 años de edad, sexo femenino, quien consultó la emergencia en vista de presentar hernia crural derecha con 18 horas de evolución de tenerla irreductible y ser muy dolorosa, presentando además vómitos; al examen físico se le encontró con signos vitales dentro de límites normales, ruidos intestinales disminuidos, el exámen hematológico reportó Hb de 14.5 gms. y 3.750 glóbulos blancos, a la paciente se le intervino quirúrgicamente y se practicó hernioplastia crural y luego laparatomía efectuándose resección intestinal y anastomosis término terminal habiendo perforación del intestino que se encontraba necrosado y peritonitis generalizada. La paciente evolucionó con infección de la herida operatoria y se le dió egreso 12 días después de operada.

Caso No. 4. Paciente de 79 años de edad, sexo femenino quien ingresa a la emergencia por presentar cuarenta y ocho horas de evolución de tener hernia crural incanerada derecha, muy dolorosa y acompañando al cuadro vómitos. Se le encontró con signos vitales dentro de límites normales, así como también sus exámenes de laboratorio fueron normales. Se le practicó hernioplastia crural, encontrando intestinos incanerados, la paciente falleció en el post-operatorio al parecer por aspiración de vómito, el informe de anatomía patológica fue de bronco-

neumonía basal bilateral y laringotraqueobronquitis severa.

Caso No. 5. Paciente de cincuenta años de edad, sexo femenino, se presenta a este hospital con 24 horas de evolución de tener hernia crural izquierda incancerada. Al exámen físico, todo se encontró en condiciones generales aceptables, al igual que sus exámenes de sangre, se le efectuó hernioplastia crural, encontrándose que no había compromiso vascular del asa incancerada, se le dio egreso 3 días después de operada con la evolución satisfactoria.

Caso No. 6. Paciente de 26 años de edad, sexo femenino, quien se presenta a la emergencia con hernia crural estrangulada derecha, sumamente dolorosa y con vómitos, todo esto de 24 horas de evolución. A la paciente se le encontró en mal estado general y al parecer con un cuadro tóxico. Después de mejorar su estado general fue llevada a sala de operaciones en donde se efectuó exteriorización del asa estrangulada y resección de parte de ella por haber encontrado asa intestinal necrosada y perforada, además de un proceso de peritonitis generalizada. La paciente falleció a las 24 horas de operada por un shock séptico.

Caso No. 7. Paciente de 57 años de edad, sexo femenino, quien consulta por 24 horas de evolución de presentar hernia crural izquierda estrangulada, paciente en buen estado general, fue subida a sala de operaciones en donde se le practicó resección y anastomosis término terminal del asa intestinal comprometida y luego reparación de la hernia. Esta paciente falleció por paro cardíaco.

A esta paciente no se le efectuó autopsia, por lo que se desconoce el diagnóstico final de defunción.

Tres fueron los casos que se presentaron con hernia inguinal y se describen a continuación:

Caso No. 1. Paciente de 33 años de edad, sexo femenino, quien consulta este hospital por presentar hernia inguinal indirecta derecha, irreductible veinticuatro horas de evolución. A su ingreso se le encontró en condiciones generales aceptables; sus exámenes de sangre dentro de los límites normales. La paciente fue intervenida habiéndole efectuado hernioplastia inguinal tipo II. La paciente fue dada de alta seis días después de operada con una evolución satisfactoria y diagnóstico de hernia inguinal incancerada.

Caso No. 2. Paciente de 36 años de edad, sexo femenino, quien ingresa a la emergencia por presentar 3 días de evolución de hernia inguinal directa derecha estrangulada. Estado general bueno y exámenes de sangre normales. Al efectuar la intervención quirúrgica se vió que tenía una necrosis de más o menos 10 cms. de íleon terminal, por lo que únicamente se le hizo exteriorización del asa y luego 30 días después se le efectuó anastomosis término terminal del intestino y se le dio egreso 36 días después de su ingreso. La evolución en general fue satisfactoria.

Caso No. 3. Paciente de sesenta y tres años de edad, sexo femenino, quien con

sulta la emergencia por presentar 48 horas de evolución de tener hernia inguinal indirecta derecha estrangulada acompañada al cuadro náuseas y vómitos, - condiciones preoperatorias aceptables con hemoglobina de 13.8 gms. y 31, -- 300 glóbulos blancos; en el acto operatorio se le efectuó resección intestinal y anastomosis termino terminal de ilem terminal y además hernioplastía inguinal tipo II. La paciente egresó doce días después de la operación con una evolución satisfactoria.

Los dos casos de hernia umbilical incancerada que se presentaron se -- describen a continuación:

Caso No. 1. Paciente de 46 años de edad, sexo femenino, quién consultó por 3 días de evolución de tener hernia umbilical incancerada. Se le practicó her nioplastía umbilical y luego se le dió egreso 17 días después de operada con - una evolución en la cual hizo infección de la herida operatoria.

Caso No. 2. Paciente de 28 años de edad, sexo femenino, quién se presenta con historia de 12 horas de evolución de tener hernia umbilical incancerada. Condiciones pre-operatorias son aceptables, se le interviene y se le efectuó - reparación de la hernia, se le dió egreso a los tres días después de operada -- con una evolución satisfactoria.

Como dijimos al principio hubo un caso de hernia incisional el cual - es el siguiente: Paciente de sexo femenino, de 58 años de edad, quién consul tó por cuatro días de evolución de hernia incisional estrangulada con vómitos.

Las condiciones preoperatorias fueron aceptables por lo que se le intervino efec-- tuándole hernioplastía incisional, resección intestinal de 10 cms. por compromi-- so vascular, asa herniada. Y luego anastomosis término terminal; se le dió egreso doce días después de la operación con una evolución satisfactoria.

De lo analizado anteriormente deducimos el siguiente cuadro que corres-- pondé al orden de frecuencia y al porcentaje de la diversa patología de hernia - que presentó:

|                        |              |       | Estrang. Incancerada: |   |
|------------------------|--------------|-------|-----------------------|---|
| Hernia crural.....     | 7 casos..... | 53.8% | 4                     | 3 |
| Hernia inguinal.....   | 3 casos..... | 23.1% | 2                     | 1 |
| Hernia umbilical.....  | 2 casos..... | 15.3% | 0                     | 2 |
| Hernia incisional..... | 1 caso.....  | 7.8%  | 1                     | 0 |

La mayoría de los casos que se presentaron oscilaron por encima de los cu renta años de edad y solamente cuatro casos estaban por debajo de esa edad.

El sexo que predominó en esta revisión fue el femenino al que corresponde el 100% de ellos, no se presentó ningún caso de sexo masculino.

El tiempo de evolución fue entre veinticuatro horas y cuarenta y ocho, só lo se reportaron dos casos con menos tiempo.

Los síntomas que predominaron fueron la irreductibilidad de la hernia a-- acompañado de dolor localizado en algunas ocaiones se acompañó de náuseas y - vómitos.

Al exámen físico también lo predominante fue la irreductibilidad de la - hernia. Signos vitales dentro de límites normales.

Los exámenes de laboratorio no reportaron nada especial, excepto leucopenia en algunos casos.

Durante el acto operatorio se encontró que había compromiso vascular de asas que se encontraban en la hernia en un total de 7 casos y de estos 7 correspondieron a las hernias crurales un número de cuatro con la hernia estrangulada, dos casos más correspondieron a las hernias inguinales indirectas estranguladas y la última a la hernia incisional.

La evolución de la mayoría fue satisfactoria. Hubo un total de tres fallecimientos los cuales fueron es post-operatorios de hernioplastías. Por hernia crural estrangulada.

Se analizó el tiempo de hospitalización de esta patología, teniendo como promedio el de ocho días siendo los extremos máximos de treinta y seis días y el mínimo de un día.

Como complicaciones además de los tres fallecimientos descritos con anterioridad, tuvimos dos casos de infección de la herida operatoria.

No hubo ningún error diagnóstico en las pacientes operadas.

### OBSTRUCCION INTESTINAL POR MASAS Y BRIDAS.

Un total de 9 casos se presentaron a la emergencia y fueron intervenidos con impresión clínica.

Estos casos se describen a continuación:

Caso No. 1. Paciente de 43 años de edad, sexo masculino quien se presenta a esta emergencia con cuadro compatible, con obstrucción intestinal, con historia de dolor abdominal, distensión, náuseas y vómitos fecaloides de más o menos 15 días de evolución. Al examen físico de ingreso, se le encontró afebril con signos vitales dentro de límites normales, el abdomen distendido y con lucha intestinal, condiciones generales aceptables, había al parecer masa palpable en abdomen no bien delimitada. Se le encontró hemoglobina de 12,3 gms. Se le ingresó a sala de operaciones en donde se le intervino habiéndose comprobado la impresión clínica de obstrucción intestinal secundaria a Adenocarcinoma del colon descendente y sigmoide, por lo que se efectuó colostomía proximal en colon transversal y luego treinta y dos días después se le hizo Hemicolectomía izquierda y anastomosis terminal y luego 72 días después de esta última operación se le efectuó cierre de la colostomía. El paciente fue dado de alta 116 días después de su ingreso con evolución satisfactoria.

Caso No. 2. Paciente de 23 años de edad, sexo femenino, quien se presenta a emergencia con cuadro de obstrucción intestinal; con historia de 2 días de evolu-

ción de estreñimiento, náuseas, vómitos de aspecto fecaloide, así como distensión abdominal y dolor difuso en todo el abdomen. Se le encontró en buenas condiciones generales con signos vitales dentro de límites normales, tenía ruidos intestinales presentes y al parecer normales. En el exámen hematológico se le encontró hemoglobina de 10.2 gms. se llevó a sala de operaciones en donde se le encontró un absceso pélvico izquierdo y secundariamente a esto estenosis del recto sigmoide por lo que fue necesario efectuarle una colostomía en colon transversal y un drenaje del absceso. La colostomía se cerró 30 días después. La paciente estuvo hospitalizada cuarenta y cinco días, después de los cuales se le dió de alta con evolución satisfactoria. La paciente fue intervenida un año después por hernia incisional.

Caso No. 3. Paciente de cuarenta años de edad, sexo femenino, quién se presenta a emergencia con historia de doce horas de evolución de presentar dolor abdominal difuso acompañado de náuseas, vómitos, y sentir una masa periumbilical y además estreñimiento el cual no había sido muy marcado. Al exámen físico, se le encontró afebril, con masa palpable a nivel periumbilical, la cual es muy dolorosa, ruidos intestinales disminuidos y ligera distensión abdominal y al parecer reacción irritativa peritoneal. Su hemoglobina fue reportada en 13.5 gms. y con el resto de los exámenes de laboratorio dentro de límites normales aceptables y con la impresión clínica de obstrucción intestinal por bridas fue trasladada a sala de operaciones en donde se confirmó la impre-

sión clínica de ingreso, secundaria a bridas peritoneales y además hernia interna estrangulada se le efectuó resección intestinal en fleo terminal y además ileostomía; 60 días después se le practicó cierre de ileostomía; la paciente estuvo 62 días hospitalizada, habiendo egresado al término de ellos en buenas condiciones.

Caso No. 4. Paciente de 74 años de edad, sexo masculino, quien se presenta a emergencia con historia de 8 meses de evolución de diarreas y estreñimiento intermitentes y últimamente náuseas y vómitos, además de sentir una masa palpable en abdomen. Al exámen físico de ingreso se le encontró afebril con sus signos vitales dentro de límites normales, pero en mal estado general y nutricional, era evidente palpar masa a nivel de hemiabdomen izquierdo, al completarse los exámenes de laboratorio y mejorar su estado general ingresó a sala de operaciones en donde se comprobó obstrucción intestinal secundaria adenocarcinoma del colon descendente, peritonitis fibrinosa purulenta por perforación y adherencias fibrosas; razón por la cual fue necesario efectuarle una hemicolectomía izquierda con colostomía y esplenectomía. Paciente estuvo hospitalizado por un total de 20 días habiendo fallecido al término de ellos, lamentablemente no se le efectuó estudio post-mortem.

Caso No. 5. Paciente de 37 años de edad, sexo femenino, quién consulta a emergencia con dos meses de evolución de estreñimiento y melenas, náuseas y vómitos y además refiere palpase masa en epigastrio, a su exámen físico de ingreso se le encontró en mal estado general, abdomen no distendido, ruidos intestinales pre-

sentés, pero disminuidos, masa palpable en epigastrio; su exámen hematológico reportó 5.4 gms. de hemoglobina por lo cual se le inició tratamiento para mejorarle el estado general con transfusiones sanguíneas, líquidos I. V. ; falleció antes de poderla intervenir quirúrgicamente el diagnóstico final fue de obstrucción intestinal secundaria a Adenocarcinoma ulcerado del estómago y peritonitis severa.

Caso No. 6. Paciente de 50 años de edad, sexo femenino, quién ingresa al hospital con historia de 10 días de evolución de náuseas, vómitos, dolor abdominal difuso y sentir distensión abdominal; al examen físico de ingreso se le encontró afebril con el resto de sus signos vitales dentro de límites normales, pero el estado general era malo. Con la impresión de obstrucción intestinal, fue subida a sala de operaciones en donde efectivamente se le encontró la obstrucción intestinal que fue atribuida a neoplasia gástrica y además carcinomatosis, solamente se le practicó gastrostomía y la paciente falleció cuatro días después de operada.

Caso No. 7. Paciente de 57 años de edad, sexo masculino, quién ingresa con 48 horas de evolución de dolor abdominal, náuseas y vómitos, ligera distensión abdominal; a su ingreso se le encontró en condiciones generales buenas y con signos vitales dentro de límites normales. El abdomen ligeramente distendido, con ruidos intestinales disminuidos sus exámenes de laboratorio, fueron reportados aceptables para que pudiese ser intervenido, habiéndosele

efectuado colicistectomía y gastroyeyunostomía por obstrucción del píloro por úlcera del antro pilórica y piocolecisto, el paciente toleró bien el procedimiento a pesar de ser diabético; evolucionó satisfactoriamente y fue dado de alta 15 días después de su ingreso.

Caso No. 8. Paciente de 41 años de edad, sexo femenino, quién fue transferida de maternidad, en donde cuatro días antes le fue efectuada cesarea segmentaria transperitoneal, por óbito fetal y distocia. Al examen físico de ingreso se le encontró en mal estado general, con sus signos vitales dentro de límites normales, distensión abdominal y ruidos intestinales disminuidos. El examen hematológico reportó hemoglobina de 10 gms. y glóbulos blancos de 5,900. Fue subida a sala de operaciones con impresión clínica de obstrucción intestinal, pero los hallazgos operatorios fueron los siguientes: Carcinoma de cuello uterino, peritonitis aguda purulenta y tromboembolismo pulmonar, además estos fueron los diagnósticos finales post-mortem ya que falleció 10 días después de la primera operación, o sea cinco días después de la laparotomía que se le efectuó.

Caso No. 9. Paciente de 68 años de edad, sexo femenino, quien ingresó a la emergencia con historia de tener dos días de evolución de dolor abdominal difuso, náusea y vómitos. El examen físico reportó buenas condiciones generales preoperatorias, signos vitales dentro de límites normales, el abdomen se presentaba con dolor abdominal difuso a la palpación y ruidos intestinales sumamente disminuidos. Exámenes de laboratorio fueron aceptables y se subió a sala de opera

ciones con impresión clínica de obstrucción intestinal secundaria a bridas, con hallazgo operatorio, se reportó obstrucción intestinal secundaria a cálculo biliar, íleo biliar, fístula vesicocólica; en vista de ello se le efectuó enterostomía y extracción del cálculo, La paciente toleró bien el procedimiento y se le dió egre- so 40 días después de la operación, en vista de haber hecho infección de la heri- da operatoria la cual cedió con el tratamiento antibiótico instituido.

Tomando en cuenta los datos anteriores de los casos presentados, podemos ver que las edades de los pacientes analizados se esquematizan en esta forma:

| <u>Período Edad:</u> | <u>Número de casos:</u> |
|----------------------|-------------------------|
| 10-20 años.....      | 0                       |
| 20-30 años.....      | 1                       |
| 30-40 años.....      | 2                       |
| 40-50 años.....      | 2                       |
| 50-60 años.....      | 2                       |
| 60-70 años.....      | 1                       |
| 70-80 años.....      | 1                       |

En cuanto al predominio de sexo se vió que los que más consultaron fue- ron del sexo femenino, a los cuales correspondió el número de seis y solamente tres al sexo masculino. Esto viene a corresponder a un 66.6% de mujeres y un- 33.3% al masculino, del total de la población que se presentó a la emergencia con esta impresión clínica.

Con respecto a la iniciación del cuadro en estos casos fue variable, pe- ro la agudización del cuadro fue de 48 a 72 horas. Los síntomas predominantes fueron dolor abdominal, distensión, náusea y vómitos. Los hallazgos físicos --

más generalizados fueron los de distensión abdominal, deshidratación. Para tener la impresión clínica de obstrucción intestinal, fueron indispensables también las radiografías de abdomen las cuales revelaron distensión de las asas del intestino, - en la región próximal a la obstrucción.

Los hallazgos operatorios fueron distintos en las intervenciones efectuadas y así tenemos los siguientes diagnósticos finales que describimos a continuación:

| <u>No. de Caso:</u> | <u>Diagnóstico:</u>   |
|---------------------|---|
| 1.-                 | Adenocarcinoma del colon Obstrucción a nivel del sigmoide.              |
| 2.-                 | Abceso pélvico izquierdo con estenosis del recto sigmoide.              |
| 3.-                 | Bridas peritoneales con hernia interna estrangulada -de íleon -- medio. |
| 4.-                 | Adenocarcinoma del colon.   |
| 5.-                 | Adenocarcinoma ulcerado del estómago.                                   |
| 6.-                 | Carcinomatosis intestinal, Ca gástrico.                                 |
| 7.-                 | Obstrucción pilórica y piocolecisto.                                    |
| 8.-                 | Carcinoma de cuello uterino.  |
| 9.-                 | Obstrucción por cálculo biliar, fístula vesicocólica.                   |

Todos los diagnósticos anteriores fueron comprobados además de la visión directa de la intervención quirúrgica por exámen de anatomía patológica.

La evolución del postoperatorio de esta patología, no podemos decir que - fue satisfactoria, en vista de que cuatro de los nueve casos fallecieron, otro hizo infección de herida operatoria y otro hizo hernia incisional. Debemos hacer no- tar que algunos eran casos terminales.

El tiempo promedio de hospitalización entre los pacientes que ingresaron fue de 56 días, teniendo como extremos mínimos de 15 días. Esta fue la patología que

que más tiempo de hospitalización tuvo.

A todos los casos se les hizo diagnóstico de obstrucción intestinal; solo la etiología como vimos anteriormente, fue diversa.

### VOLVULUS.

Otra de las causas de una obstrucción intestinal en el vólulus, de esta patología inicialmente se ingresaron cuatro casos, habiendo sido comprobado el diagnóstico en solamente tres y el caso restante fue una fiebre tifoidea.

A continuación describiremos los aspectos más sobresalientes de cada caso:

Caso No. 1. - Paciente de 45 años de edad, sexo femenino, quien ingresa a emergencia por presentar según historia referida, 4 días de evolución de dolor en mesogastrio, acompañado de náusea y vómitos, diarrea inicial sin dar más características y luego principio a notar que el abdomen se le distendía, aumentando el dolor al examen físico, se le encontró afebril y con sus signos vitales dentro de límites normales, así también se le encontró distensión abdominal y los ruidos intestinales aumentados; el examen de hematología demostro 6,300 glóbulos blancos y hemoglobina de 11.9 gms., con la impresión clínica de un vólulus intestinal apoyado con la historia, examen físico, laboratorio y radiografías, fue subido a sala de operaciones en donde se le encontró un vólulu del colon sigmoide con compromiso vascular, por lo cual se le efectuó resección del sigmoide y colostomía en dos bocas, la paciente toleró bien el procedimiento y 19 días después se le dió egreso con evolución satisfactoria, pendiente de restablecer continuidad intestinal.

Caso No. 2. Paciente de 61 años de edad, sexo masculino, se presenta a la emergencia con 24 horas de evolución de cuadro de dolor abdominal difuso, estreñi---

miento, náuseas, vómitos y distensión abdominal; al examen físico de ingreso se le encontró febril, con 38.3°C. , en regular estado general, el abdomen se encontró distendido y sin ruidos intestinales, el examen hematológico reportó 10,500 glóbulos blancos y 10.6 gms. de hemoglobina. Radiografías de abdomen demostraron distensión de asas de intestinos. Con la impresión clínica de vólvulus se le trasladó a sala de operaciones en donde se le encontró vólvulus del sigmoide con compromiso vascular por lo que se le efectuó resección del colon sigmoide y colostomía, así también se le hizo apendicectomía profiláctica. El paciente falleció en las primeras 24 horas post-operatorias. El diagnóstico final después de efectuada la necropsia fue de post-operatoria inmediato de resección del colon sigmoide por vólvulus y además atelectasia basal bilateral.

Caso No. 3. Paciente de 62 años de edad, sexo masculino, se presenta a esta emergencia con 2 días de evolución de dolor abdominal difuso, estreñimiento y fiebre no controlada por termómetro, así como náusea y vómitos, últimamente notando que el abdomen se le estaba distendiéndose. Al examen físico de ingreso se encontró afebril, con el resto de sus signos vitales dentro de límites normales, en malas condiciones generales, con el abdomen distendido y sin ruidos intestinales. El examen hematológico reportó 14.4 gms. , de hemoglobina y 3,800 glóbulos blancos. Química sanguínea normal. Las radiografías de abdomen presentaban asas intestinales distendidas. Con todos los datos anteriores, fue llevado a sala de

operaciones en donde se le encontró un vólvulus del ileon terminal con necrosis a ese nivel, por lo que se le efectuó resección intestinal al nivel del asa necrosada y luego ileostomía en dos bocas. Como hallazgos operatorio también se encontró peritonitis generalizada. El paciente falleció a los 2 días después de operado, siendo los diagnósticos finales de autopsia los siguientes: 1- postoperatorio inmediato de resección intestinal por vólvulus a nivel del ileon con necrosis a ese nivel; 2- Shock séptico; 3- Edema pulmonar severo; 4- Congestión visceral generalizada.

Caso No. 4. Paciente de 27 años de edad, sexo masculino, quién consulta esta emergencia con 72 horas de evolución de dolor abdominal difuso, acompañado de náusea y vómitos, escalofríos y luego distensión abdominal. Al examen de ingreso se le encontró afebril, en mal estado general, con distensión abdominal y con ruidos intestinales escasos; el examen hematológico reportó 4,500 glóbulos blancos y 15.6 gms. , de hemoglobina. Con impresión clínica de vólvulus intestinal, fue llevado a sala de operaciones en donde se encontró un cuadro compatible con fiebre tifoidea, por lo que se procedió a volver a cerrar la incisión. El paciente falleció dentro de las primeras 12 horas post-operatorias.

La edad predominante en esta patología estaba por encima de los cuarenta años, la única persona que estaba por debajo de esta edad, no correspondió a la enfermedad.

En sexo se encontró predominio del masculino en dos pacientes y una sola fue femenina.

El tiempo de iniciación del cuadro fue de veinticuatro a setenta y dos horas. La sintomatología predominante fue de dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos y distensión abdominal.

Hallazgos físicos fueron la distensión abdominal, deshidratación, en dos casos no se escucharon ruidos intestinales y en otro estaban aumentados y eran como de lucha.

En los exámenes complementarios fueron sobresalientes las radiografías que demostraron distensión abdominal a nivel proximal a la obstrucción.

En los tres casos había bastante compromiso vascular intestinal por lo que hubo necesidad de hacer resección y en dos efectuar colostomía y en uno ileostomía.

En los tres casos fueron confirmados los diagnósticos por anatomía patológica.

De los 3 casos solamente sobrevivió uno. Una defunción por lo avanzado de la patología y el proceso de peritonitis que tenía; el otro caso de defunción podríamos atribuirlo a complicaciones post-operatorias.

Se efectuó una operación profiláctica, siendo esta apendicectomía. En los casos presentados hubo un error diagnóstico.

### TROMBOSIS MESENTERICA

Durante el transcurso del análisis efectuado, sólo se presentó un caso de trombosis mesentérica. Este único paciente falleció después de intervenido, lo que nos viene a demostrar la elevada mortalidad de la patología.

El caso a tratar es el siguiente: Paciente de 40 años de edad, sexo masculino, quien se presenta a esta emergencia con historia de tres días de evolución de dolor abdominal difuso, que se ha ido acrecentando paulatinamente hasta volverse sumamente intenso, náusea, vómitos y en las últimas horas ha notado distensión abdominal y además refiere elevación de la temperatura corporal no controlada por termómetro; al examen físico de ingreso se le encuentra en malas condiciones generales, aunque sus signos vitales están dentro de límites normales, al abdomen se encuentra tenso, con distensión abdominal, sumamente doloroso, con ruidos intestinales escasos, también se le encontró que tenía soplo sistólico; el paciente fue llevado a sala de operaciones con la impresión clínica de trombosis mesentérica, doble lesión mitral y fibrilación; como hallazgos operatorios fueron el de un intestino delgado ya con cambios circulares por lo que hubo que efectuar resección intestinal de ileon y anastomosis término terminal. Paciente toleró bien el procedimiento, pero falleció por infarto del miocardio.

El paciente fue tratado con transfusiones sanguíneas y antibióticos cedi-

lanid.

Varios factores influyeron en la defunción de este paciente, siendo el primero de ellos, la elevada mortalidad de la patología; otro es el tiempo de evolución de iniciado el cuadro, otra es la patología concomitante como de la doble lesión mitral y la fibrilación, lo cual posteriormente desencadenó el infarto del miocardio. Con el hallazgo de un sólo caso vemos que la trombosis mesentérica es una patología poco frecuente pero que siempre tiene que tenerla presente.

### CUERPOS EXTRAÑOS

Esta fue otra de las causas poco frecuentes, solamente un caso fue encontrado. Es interesante porque el cuerpo extraño no fue introducido al organismo por vía oral, sino por vía rectal.

Analizando la papeleta obtenemos los siguientes datos: Paciente de cuarenta y cinco años de edad, sexo masculino, quién se presenta a la emergencia con 3 días de evolución de estreñimiento, dolor abdominal generalizado y ligera distensión abdominal, refiriendo que hacia tres días al estar trabajando, accidentalmente se había caído y se había introducido una mazorca por el ano al caerse. Al examen físico de ingreso, se le encontró en buen estado general, con signos vitales dentro de límites normales, el abdomen moderadamente distendido y ligeramente doloroso, al tacto rectal se palpa masa de cuerpo extraño, pero es imposible extraerlo por vía natural, en vista de lo anterior se principiaron exámenes de laboratorio y radiografías para completar su evolución y poder intervenirlo. El paciente fue llevado a sala de operaciones en donde se le practicó laparotomía y luego con maniobras manuales se procedió a empujar el cuerpo extraño del colon sigmoide, en donde se encontraba al orificio anal; esta maniobra dió buen resultado, no habiendo sido necesario abrir intestino. El paciente toleró bien el procedimiento y luego después de 8 días de permanecer en el hospital, se le dió egreso en buenas condiciones.

Tal como relatamos al principio, la patología es bastante rara, pero hay que tenerla en cuenta, ya que a veces los pacientes no dan una historia veraz o no dicen exactamente lo que les pasa y esperan que sean hallados al examinarlos y aún tienden a negar hechos que son evidentes. De esto hacemos --mención no por el presente caso, porque el diagnóstico lo dió la historia, sino que por otros que no están comprendidos en este estudio y que se ven durante el transcurso de nuestra práctica.

Tampoco podemos decir que la mayor frecuencia la vamos a encontrar en el sexo masculino; porque casos de estos se han visto en ambos sexos. Lo --que si casi podemos decir, es que la mortalidad de esta patología es casi nula, pero no por eso se va a dejar de tratar como una emergencia y además que tam--bién depende mucho de que cuerpo extraño se trate.

El tiempo de hospitalización fue de ocho días y no hubo ninguna com--plicación.

## TRAUMATISMOS Y HERIDAS ABDOMINALES

Once fueron el total de casos que se presentaron con traumastimos y heri--das abdominales.

Los hemos separado en tres grupos que son los siguientes:

- a) Traumatismos cerrados de abdomen..... 2 casos
- b) Heridas abdominales por arma blanca.... 5 "
- c) Heridas abdominales por arma de fuego.. 5 "

Para principiar describiremos los casos relacionados a los traumatismos ce--rrados de abdomen.

Caso No. 1. Paciente de 33 años de edad, sexo masculino, quién consulta a e--mergencia con historia de doce horas de evolución de haber recibido una patada de mula en el abdomen; al examen físico se le encontró síntomas de abdomen a--gudo, fue llevado a sala de operaciones en donde se le practicó laparotomía explo--radora, habiéndolo encontrado ruptura del yeyuno y proceso de peritonitis, la ruptu--ra fue reparada con sutura invaginante. Tuvo una hospitalización de 10 días y en su evolución hizo infección de la herida operatoria, egresó en buenas condicio--nes generales.

Caso No. 2. Paciente de 32 años de edad, sexo masculino quién ingresa a emer--gencia politraumatizado, con historia de haber tenido accidente automovilístico, y traumatismo en el abdomen. Debido al estado en que se encontraba, se le efec--tuó laparotomía exploradora y craneotomía; se le efectuó esplenectomía, repara--

ción de herida de colon y lobectomía héptica derecha por ruptura a ese nivel y además se le efectuó extracción de hematoma subdural; el paciente falleció al bajar de sala de operaciones.

Cinco casos se presentaron con heridas penetrantes de abdomen, secundarias y ocasionadas por arma blanca.

Caso No. 1. Paciente de 22 años de edad, sexo masculino, quién consulta la emergencia por presentar herida abdominal ocasionada por arma blanca; se le intervino con una laparotomía exploradora, encontrando cuatro perforaciones a nivel de ileon y hematoma retrocecal, el tratamiento fue de resección de los bordes de la herida y sutura invaginante. El paciente evolucionó satisfactoriamente habiéndosele dado egreso siete días después de operado sin ninguna complicación.

Caso No. 2. Paciente de 28 años de edad, sexo masculino, quién se presenta a la emergencia por presentar herida penetrante de abdomen por arma blanca. Se le efectuó laparotomía exploradora habiéndose encontrado dos perforaciones de yeyuno y dos perforaciones de ileon terminal; se le efectuó cierre de las perforaciones. El paciente falleció el mismo día de intervenido, según notas de evolución, por aspiración de vómito, no se le efectuó estudio post-mortem en este hospital, por ser un caso médico legal.

Caso No. 3. Paciente de 35 años de edad, sexo masculino, quién consulta --

por cuadro similar a los anteriores y en laparotomía que se le efectuó, se encontró herida de colon transversa y de yeyuno y además hematoma retroduodenal; se le hizo cierre primario de las heridas y evacuación del hematoma mencionado, su estancia fue de 9 días en el hospital habiendo egresado en buenas condiciones.

Caso No. 4. Paciente de 28 años de edad, sexo masculino, quién se presenta a la emergencia y se le practica laparotomía exploradora por herida penetrante de abdomen ocasionada por arma blanca; se le encontró herida penetrante en bazo y epiplón mayor y hematoma retroperitoneal, se le hizo esplenectomía y resección parcial de epiplón mayor, el paciente estuvo hospitalizado 11 días y se le dio egreso con buena evolución y buenas condiciones generales.

Caso No. 5. Paciente de 16 años de edad, sexo masculino, quién ingresa también con herida abdominal producida por arma blanca; en la laparotomía exploradora se le encontró herida en la cara anterior del estómago, curvatura menor, píloro, hígado y hemoperitoneo, se le efectuó cierre primario de las heridas del tracto gastrointestinal y se vigiló que no estuviera sangrando la herida hepática; tuvo una hospitalización de 8 días habiendo egresado en buenas condiciones y sin ninguna complicación.

También como enumeramos al principio, se presentaron pacientes con heridas abdominales secundarias a disparos por arma de fuego, siendo el número de

de 5 y se describen a continuación:

Caso No. 1. Paciente de 24 años de edad, sexo masculino, quién ingresa a emergencia por heridas por arma de fuego en abdomen; presión arterial 90/70, P.R. 80X', hemoglobina 12 gms., se le efectúa laparotomía exploradora encontrando 8 perforaciones intestinales en yeyuno e íleon, haciéndole sutura intestinal primaria y además se le efectuó ligadura de los vasos hemorroidales medios; la evolución post-operatoria fue satisfactoria y tuvo una hospitalización de doce días después de las cuales egresó en buenas condiciones.

Caso No. 2. Paciente de 28 años de edad, sexo masculino quién se presenta a la emergencia por presentar herida por arma de fuego en abdomen. Presión arterial 130/70 P.R. 80 X', hemoglobina de 15.1 gms. y 48% de hematocrito.

Al paciente se le efectuó laparotomía exploradora, encontrando 2 perforaciones de íleon terminal. La evolución del post-operatorio de cierre primario de las perforaciones fue satisfactorio, egresando el paciente 11 días después de intervenido.

Caso No. 5. Paciente de 18 años de edad, sexo masculino, quién consulta a la emergencia por presentar heridas por arma de fuego en el abdomen; los signos vitales a su ingreso fueron presión arterial 160/70 P.R. 100 X', su hemoglobina fue de 12.7 gms., con 40% de hematocrito: a la laparotomía exploradora, se le encontró y se le hizo cierre primario de 8 perforaciones de

íleon y colon y además se le efectuó resección parcial de íleon y anastomosis terminal. Evolucionó satisfactoriamente y después de 16 días de hospitalización se le dió egreso sin ninguna complicación.

Caso No. 4. Paciente de 25 años de edad, sexo masculino, quién ingresa a la emergencia con heridas por arma de fuego en el abdomen; sus signos vitales se le encontraron dentro de límites normales al igual que sus exámenes de laboratorio. A la laparotomía exploradora se le encontraron dos perforaciones de íleon terminal por lo que se le efectuó cierre primario de las mismas. Su evolución fue satisfactoria y se le dió egreso 11 días después de operado.

Caso No. 5. Paciente de 56 años de edad, sexo masculino, quién ingresa con 24 horas de evolución de presentar cuadro de dolor abdominal difuso, distensión, fiebre no controlada por termómetro. Entre antecedentes presentaba una intervención quirúrgica anterior consistente en resección y anastomosis intestinal por perforaciones ocasionadas por arma de fuego hace un año. Se le operó con la impresión clínica de úlcera perforada de anastomosis, efectivamente se le encontró a nivel del íleon y sólo se hizo cierre primario de ella. La evolución fue satisfactoria a pesar de infección de herida operatoria, dehiscencia parcial de ella, egresó 17 días después.

De los casos analizados tomamos los siguientes datos:

| <u>Edad:</u> | <u>No. de Casos:</u> | <u>S E X O:</u>   |                  |
|--------------|----------------------|-------------------|------------------|
|              |                      | <u>Masculino:</u> | <u>Femenino:</u> |
| 10-20        | 2                    | 2                 | 0                |
| 20-30        | 6                    | 6                 | 0                |
| 30-40        | 3                    | 3                 | 0                |
| 40-50        | 0                    | 0                 | 0                |
| 50-60        | <u>1</u>             | 1                 | 0                |
|              | 12                   |                   |                  |

Del cuadro anterior podemos observar que todos los pacientes se presentaron a la emergencia con éste tipo de lesiones, correspondió al sexo masculino y el predominio de la edad fue de los 20 a los 30 años.

El tiempo de evolución de la mayoría estaba comprendida entre las primeras 4 horas. Los hallazgos físicos en las heridas eran evidentes y requerían intervención de urgencia. En los traumatismos cerrados se observaba distensión abdominal y silencio abdominal.

A todos éstos pacientes se les intervino con la impresión clínica de abdomen agudo y se les hizo laparotomía exploradora.

El daño ocasionado por las heridas y los traumatismos fue variable y dependía del lugar y localización de ellas.

Dos pacientes fallecieron, uno de ellos por la gravedad del cuadro que tenía y la lesión concomitante de traumatismo de cráneo y la otra defunción, según se puede ver, fue por aspiración de vómito.

Dos datos dignos de mencionar son: que hubo infección de herida operatoria en sólo dos casos y hubo tres pacientes que consultaron por herida pene-

trante de abdomen ocasionado por arma blanca, pero la laparotomía exploradora fue negativa.

La evolución de éstos tres pacientes fue satisfactoria y se le dió egreso 5 días después de intervenidos.

El tiempo promedio de hospitalización fue de doce días para los casos en que sí se encontró lesión de vísceras intraabdominales.

### PERFORACIONES GASTROINTESTINALES

De esta patología se presentaron dos casos, uno de ellos correspondió a un paciente de 30 y cinco años de edad, con úlcera duodenal perforada; el otro caso correspondió a un paciente de 12 años de edad, con diagnóstico de úllcera perforada tífica. Estos dos casos los describimos a continuación:

Caso No. 1. Paciente de 35 años de edad, sexo masculino, quién se presenta a emergencia con historia de 6 horas de evolución de dolor abdominal difuso en abdomen, acompañado de náusea y vómitos. Al exámen físico se le encontró estado general aceptable, con signos vitales dentro de límites normales, -- abdomen distendido y ruidos intestinales disminuidos; el exámen hematológico demostró 15.1 gms. de hemoglobina y glóbulos blancos de 10,750, las radi--grafías confirmaron gas libre en cavidad abdominal, por lo que inmediatamente, con la impresión clínica de perforación de úlcera péptica, fue llevado a sala de operaciones en donde se le encontró una úlcera perforada en la primera porción del duodeno, razón por la cual se le practicó resección de los bordes de la úlcera y luego cierre de ella. El paciente después de 10 días de hospitalización egresó con una evolución satisfactoria.

Caso No. 2. Paciente de 12 años de edad, sexo masculino quién se presenta a emergencia con historia de 15 días de evolución de estar siendo tratado en hospital "San Vicente" por diagnóstico de fiebre tifoidea, hace más o menos 21 ho

ras que inició dolor abdominal difuso severo, distensión abdominal, náusea, vómitos y empeoramiento del cuadro que estaba siendo tratado. Al examen físico de ingreso se le encontró en malas condiciones generales, aunque sus signos vitales estaban dentro de límites normales, presentaba abdomen en tabla, sin ruidos intestinales, al examen hematológico se le encontró con 4,850 glóbulos blancos y hemoglobina de 11.3 gms.

El Widal fue reportado negativo; las radiografías confirmaron gas libre en la cavidad peritoneal. Con base a todos los datos anteriores se le llevó a sala de operaciones en donde se le encontraron dos perforaciones intestinales de ileon terminal las cuales fueron cerradas en dos planos. El paciente salió bien de sala de operaciones, evolucionó mal y falleció a los 20 días después de operado, -- siendo el diagnóstico final de autopsia de shock séptico, fiebre tifoidea y perforación intestinal en ileon terminal.

Es poco lo que podemos comentar de los casos en vista de que las dos patologías, fueron por causa diferente. Lo que si podemos afirmar, es que la perforación tífica es de elevada mortalidad y más aún cuando la enfermedad ya está avanzada.

Tampoco con sólo estos dos casos podemos ver predominio de edad o de sexo.

CONCLUSIONES.

Del presente trabajo podemos concluir que la mayor frecuencia de ab  
domen agudo en este corto período de evolución fue la causa inflamatoria.

1. Causa inflamatoria: 43 casos
2. Causa Obstructiva: 27 "
3. Causa Traumática: 12 "

No obstante que la violencia ha aumentado en el último tiempo, la  
causa traumática ocupa el tercer lugar.

La mayor morbilidad, de acuerdo al tiempo de hospitalización:

1. Causa Obstructiva
2. Causa Traumática
3. Causa Inflamatoria

Complicaciones Post-operatorias:

1. Causa Inflamatoria
2. Causa Traumática
3. Causa Obstructiva

Mortalidad:

1. Causa de Perforaciones
2. Causa Traumática
3. Causa Obstructiva

No debe de pasarse por alto la importancia y peligrosidad de esta pato  
logía y de la cual debe uno mantenerse alerta, para estar preparado para po--  
der tratársele cuando se le presente y saber lo indispensable y urgente que se -  
deba.

El diagnóstico diferencial de las patologías analizadas, no es cosa sencilla  
y puede dar lugar a diagnósticos errados.

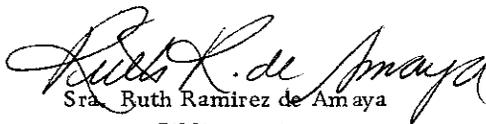
Las operaciones profilácticas fueron en su totalidad apendicectomías y de-  
ben de efectuarse cuando no sean muy prolongadas y difícil y no se ponga en pe-  
ligro la vida del paciente.

Si bién existe mucha literatura con respecto a abdomen agudo, en nuestro  
medio no tenemos estadísticas apropiadas.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Allen, J. Garrott. Apendicitis y abdomen agudo. EN: Harkins, Henry N. ed. et al. Principios y práctica de cirugía, trad. por Roberto Folch, 2a. ed. México, Interamericana, 1965, pp. 698-716.
- 2.- Allen, J. Garrott. Obstrucción intestinal, anatomía, fisiología y tratamiento EN: Harkins, Henry N. ed. et al. Principios y práctica de cirugía, trad. por Roberto Folch, 2a. ed. México Interamericana, 1965. pp. 734-752.
- 3.- Allen, J. Garrott. Trombosis mesentérica EN: Harkins, Henry N. ed. et al. Principios y práctica de cirugía, trad. por Roberto Folch, 2a. ed. México, Interamericana, 1954, pp. 671-694.
- 4.- Cruz, José. Abdomen agudo. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos Facultad de Ciencias Médicas. 1953. 36. p.
- 5.- Harkins, Henry. ed. et al. Estómago y duodeno. EN SU: Principios y práctica de cirugía. Traducido al español por Roberto Folch. 2a. ed. México, Interamericana, 1965. pp. 844-887.
- 6.- Harkins, Henry N. Hernias. EN: Principios y práctica de cirugía. Traducido al español por Roberto Folch, 2a. ed. México, Interamericana, 1965. pp. 546-583.
- 7.- Howthorne, Herbert R. et al. Abdomen agudo; lesiones de urgencia del tubo digestivo. Traducción de Santiago Sapina. México. Interamericana, 1969. 464 p.
- 8.- Leiva, Manuel Antonio. Abdomen agudo en el niño; patología no congénita. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 60. p.
- 9.- Madden, John. Atlas de técnica de cirugía. Traducido por Romeo Vela y - José Rafael Blengio, 2a. ed. México, Interamericana, 1967. 1,058 p.
- 10.- Rhods, Jonathan. Hígado, vesícula y vías biliares. EN: Harkins, Henry N. et al. Principios y práctica de cirugía. México, Interamericana, 1965. pp. 597-620.

Vo. Bo.

  
Sra. Ruth Ramirez de Amaya

Bibliotecaria.

BR. AMILCAR ARNOLDO PASTOR LEPE

DR. RODOLFO DURAN A.  
Asesor.

DR. RODOLFO SOLIS HEGEL  
Revisor.

DR. JOSE QUIÑONEZ AMADO  
Director de Fase III

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD  
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.  
Decano.