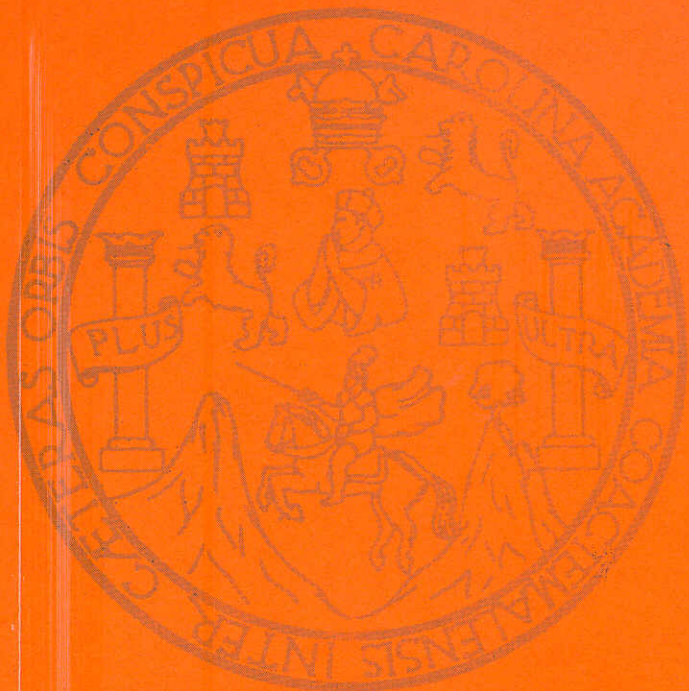


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



" PERFORACION TIFICA "

CARLOS GUILLERMO QUIJADA SANDOVAL

PLAN DE TESIS

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- OBJETIVOS
- 3.- MATERIAL Y METODOS
- 4.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
 - a- Concepto de perforación tífica
 - b- Etiología
 - c- Fisiopatología
 - d- Cuadro clínico
 - e- Diagnóstico
 - f- Pronóstico
 - g- Exámenes
 - h- Tratamiento:
 - h1.- Médico
 - h2.- Quirúrgico
 - h3.- Morbilidad
 - h4.- Mortalidad
- 5.- Conclusiones
- 6.- Recomendaciones

"INTRODUCCION" 3180

Una de las peores complicaciones de la fiebre tifoidea es la perforación intestinal, de la que se hace poca referencia en los tratados de la enfermedad y que mantiene en constante preocupación a las autoridades encargadas de salud como las entidades hospitalarias.

He tratado de encontrar una definición satisfactoria de esta definición y no aparece en los textos. Considero de vital importancia hacer una introducción, o mejor dicho, un ensayo sobre la perforación intestinal como complicación de la fiebre tifoidea, y más que todo de acuerdo a la experiencia de los hospitales en nuestro medio, siempre con el afán de dirigir los resultados de mi estudio a otras latitudes para comparar si coinciden las distintas conductas, si se mejoran o se intensifica la importancia de hacer un estudio más completo de tal padecimiento, pensando en mantenernos a la zaga de las complicaciones mórbidas y ofrecerle una mejor y más completa atención a nuestros pacientes.

Para efectuar este estudio se escogió el Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" en la Antigua Guatemala y con la revisión de 11590 fichas clínicas de los años 1o. de abril 1975 al 1o. de abril 1977, dado que es una región adecuada para el estudio, así mismo la Asesoría Técnica del Doctor y Cirujano: Gerardo Girón Moreira, Jefe de Área de Salud de Sacatepéquez y la revisión minuciosa del Doctor y Cirujano: Arturo Carranza Hernández, Jefe de una de las Salas de Cirugía de este hospital, ambos con larga experiencia en cuestión de perforaciones tíficas intestinales aquí tratadas.

"OBJETIVOS" "INTRODUCCIÓN"

OBJETIVOS GENERALES:

1- Es un estudio sobre la perforación intestinal como consecuencia de la fiebre tifoidea y contribuye a la investigación de las complicaciones poco estudiadas en nuestro medio.

2- Establecer una conducta terapéutica adecuada, para el tratamiento de estas serias complicaciones.

3- Un estudio científico de nuestra casuística de morbilidad, para fortalecer las bases de la salud de nuestra Patria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1- Definir qué es la perforación tífica.

2- Analizar las causas de la complicación.

3- Comparar las diferentes conductas terapéuticas de la perforación intestinal por fiebre tifoidea.

4- Establecer un parangón entre la morbilidad y la mortalidad en la fiebre tifoidea con perforación intestinal.

5- Establecer los procedimientos terapéuticos más adecuados para el efecto.

"MATERIAL Y METODOS"

- 1- Se aplicó el método retrospectivo - introspectivo.
- 2- Se escogió para el estudio al Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt", dado a que se ha mantenido como un hospital regional hacia donde fluyen la mayor parte de casos - que requieren tratamiento hospitalario de Sacatepéquez - como Chimaltenango.
- 3- Se tomó como fuente informativa el archivo del hospital, libros de registro, como entrevistas con autoridades hospitalarias.
- 4- Se tomaron para el estudio la Sala de Cirugía de Mujeres, Cirugía de Hombres y las de niños de este hospital.
- 5- Se analizaron 11590 fichas clínicas provenientes del archivo y de las respectivas salas de cirugía antes mencionadas, comprendiendo un período de dos años, del 1o. de abril de 1975 al 1o. de abril de 1977. Incluyendo para el estudio únicamente y exclusivamente los casos de perforación intestinal, secundaria a fiebre tifoidea y de acuerdo al diagnóstico de egreso dado.
- 6- Encontrándose cuarentidos casos, 0.32% de todas las fichas registradas e investigadas.
- 7- Para llevar a cabo el estudio, se tomaron los siguientes parámetros:

Edad
Sexo
Raza
Lugar de Procedencia
Diagnóstico de Ingreso

Diagnóstico de Egreso
Exámenes de Laboratorio efectuados
Tratamiento Médico Pre-operatorio
Técnica quirúrgica empleada
Tratamiento post-operatorio
Tipo de anestesia
Pronóstico
Resultados post-operatorios
Mortalidad
Sobrevivencia o Recuperación
Estado mórbido del paciente:

- a) presión arterial
- b) temperatura
- c) laboratorios
- d) Tiempo de hospitalización

CONCEPTO DE PERFORACION TIFICA

La perforación tífica es la más grave de las complicaciones de la fiebre tifoidea, en nuestro medio es la causa de muchas defunciones según HARRISON ésta ocurre en el 3% de los casos tratados, pero estudios y tesis efectuadas en nuestro medio, comprueban que es el 8% de los casos tratados el que se perfora.

Esta perforación es la ruptura de una úlcera intestinal que evoluciona inmediatamente a peritonitis, actualmente gracias a la bondades de los antibióticos, se ha reducido ostensiblemente la mortalidad. La perforación se efectúa generalmente en el íleo terminal y a la tercera semana de iniciada la fiebre tifoidea, y de preferencia en pacientes con timpanismo, diarrea y hemorragia, a veces sobreviene en pacientes que parecen evolucionar favorablemente.

Es típico un dolor repentino e intenso en el cuadrante inferior derecho. La distensión abdominal puede aumentar rápidamente, presentándose signos de rigidez muscular, dolor al rebote y disminución de la peristalsis, la disminución de la matidez hepática con timpanismo excesivo es un valioso signo que revela la presencia de aire libre en la cavidad abdominal.

La palidez, sudación viscosa, taquicardia y caída de la tensión arterial anuncian un estado de choque o shock inminente, en esta fase la temperatura disminuye y la cuenta leucocitaria alcanza cifras altas.

Los síntomas de la perforación, debida a un proceso infeccioso que invade la pared intestinal son oscuros y violentos, éste puede presentarse en pacientes que no guardan cama.

La formación de estas perforaciones, para comprenderlas basta recordar el tipo anatomopatológico de lesión que la in--

fección tifoidica ocasiona en el sitio que invade, es la porción distal del intestino delgado. Las tres fases de la lesión: infiltración, ulceración y reparación o cicatrización normal, en ocasiones no se efectúa la reparación sucediendo la perforación e inmediatamente la peritonitis aguda. Las perforaciones tíficas son más frecuentes en el borde libre del intestino delgado, principalmente en el íleon, en donde hay abundantes placas de Peyer. Las perforaciones pueden ser: solitarios o múltiples, son pequeñas, a veces puntiformes, en otras ocasiones crateriformes; la perforación se inicia en la mucosa y luego alcanza la serosa, en circunstancias excepcionales el proceso en inverso, la perforación comienza en la serosa y pasa a la mucosa (Adenitis supurada en el curso de la fiebre tifoidea).

Algunas veces es difícil diagnosticar la perforación intestinal en el curso de la fiebre tifoidea; en términos generales, se puede decir que se presentan los dos síntomas cardinales: dolor y rigidez muscular no muy definidos. Por consiguiente, a veces el diagnóstico es fácil, en otras sólo llegamos a diagnosticar cuando la peritonitis se ha generalizado y el pronóstico quirúrgico es nulo.

"ETIOLOGIA"

El agente etiológico es la *SALMONELLA TYPHOSA*, que al ser ingerida con alimentos o bebidas, invade el tracto gastrointestinal, encontrando un medio muy favorable de crecimiento en el intestino delgado teniendo mayor preferencia por la zona de más tejido linfóideo, aquí se aloja, prolifera y es por ello que llega hasta la perforación intestinal.

"FISIOPATOLOGIA"

Cuando se ingiere la salmonella typhosa, con los alimentos o las bebidas, ésta es fagocitada por las células mononucleares en las zonas linfoides del intestino delgado (placas de Peyer), atraviesa la pared mucosa protectora y queda marginada de cualquier anticuerpo circulante.

La célula huésped parece servir de cultivo de tejido en miniatura promoviendo el desarrollo del organismo infectante y transformándolo en virulento para su crecimiento ulterior en el paciente.

Para explicar la perforación se invocan las siguientes causas:

- 1.- Ulceración progresiva
- 2.- Formación de una masa de escaras
- 3.- Ruptura del peritoneo
- 4.- Trombosis de los vasos de los pedículos vasculares y luego necrosis.

El sufrimiento del peritoneo empieza desde el momento en que la ulceración, sobrepasa la mucosa e invade la muscular. A partir de este momento, se manifiesta la peritonitis, es conveniente reconocerla antes de que se necrose la muscular, ya que, en ese momento, la serosa que la recubre es una fina película insuficiente que no impide los fenómenos infecciosos invasores. Y en este momento se desencadena la reacción peritoneal como síndrome clínico reconocible.

"CUADRO CLINICO"

El cuadro clínico se manifiesta casi siempre como el de una peritonitis localizada, peritonitis difusa o la peritonitis hiperaguda, de sintomatología estrepitosa o insidiosa, con uno o varios signos evidentes: El dolor brusco, violento, sin causa aparente, a veces después de haber ingerido líquidos, se presenta luego descenso de la temperatura, un colapso manifestado por angustia en el rostro, con sudoración profusa y aleteo nasal, taquicardia y a veces otros signos como escalofríos, dolores difusos, retención de orina, detención de gases, diarrea, disnea, hipo y voz velada.

Los signos tardíos en muchas otras peritonitis, se presentan en el caso de la perforación tífica el primer día, alterándose el estado general del paciente presentando facies peritoneal y disminución del pulso. Si persiste la hipotermia el pronóstico es fatal.

Los signos físicos de significado grave son los siguientes:

- 1.- Abombamiento precóz del abdomen
- 2.- Hiperestesia cutánea
- 3.- Contractura muscular generalizada pero sin fuerza
- 4.- Inmovilidad diafragmática
- 5.- Respiración costal superior
- 6.- Timpanismo prehepático
- 7.- Matidez declive
- 8.- Dolor en el Douglas

En el caso de una peritonitis séptica en un enfermo sin-resistencia, el dolor es un signo que evidentemente en este cuadro clínico no falta casi nunca. Así como la disminución del pulso que se considera un signo importante.

La temperatura es otro signo valioso, aunque suele ser variable como en los casos de hipotermia o de hipertermia.

A los rayos X se ve siempre neumoperitoneo, por la salida de gases del intestino al peritoneo.

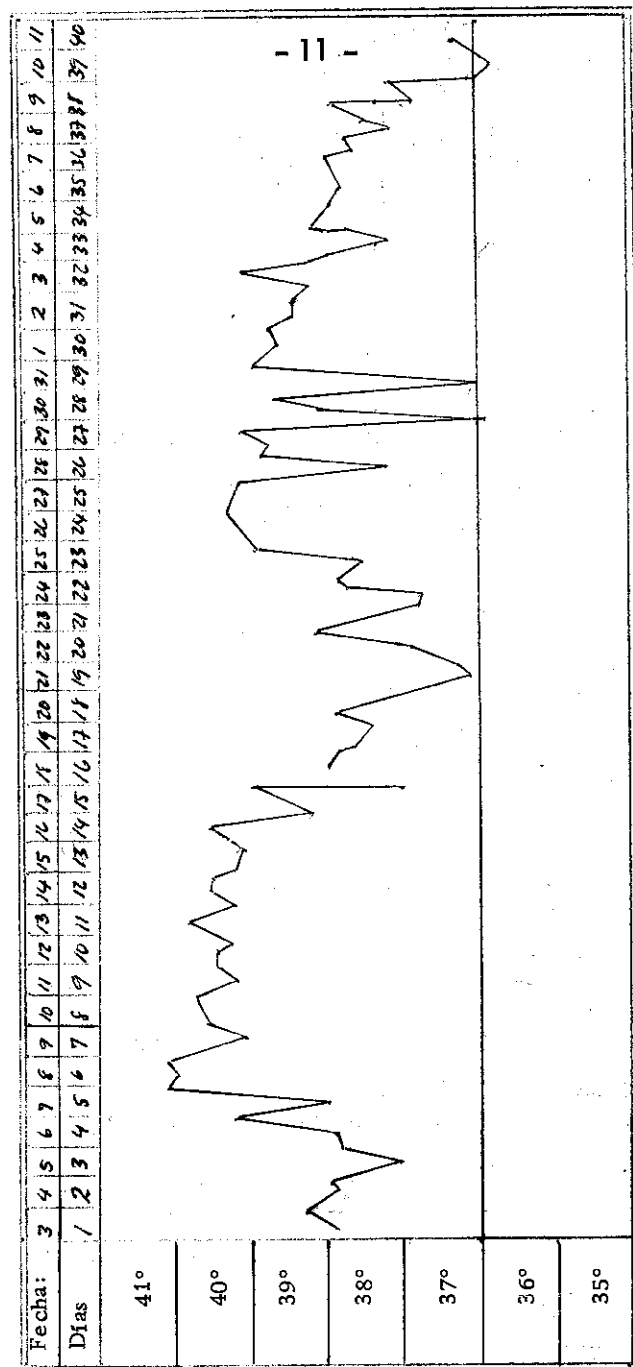
El médico debe determinar si se trata de una peritonitis perforada o no perforada; estas diferentes formas de peritonitis se presentan tanto en niños como en adultos.

El dolor es un síntoma revelante, en ciertos enfermos la perforación es rápida y el dolor es el síntoma primordial, comenzando bruscamente como una puñalada en la fosa ilíaca derecha. El dolor a menudo es poco intenso, sordo pungitivo, pero constante, exagerado por los desplazamientos del enfermo en la cama.

Cuando el dolor inicial es intenso, a menudo al cabo de unas horas disminuye y hace pensar en una remisión de la enfermedad que suele confundir al médico.

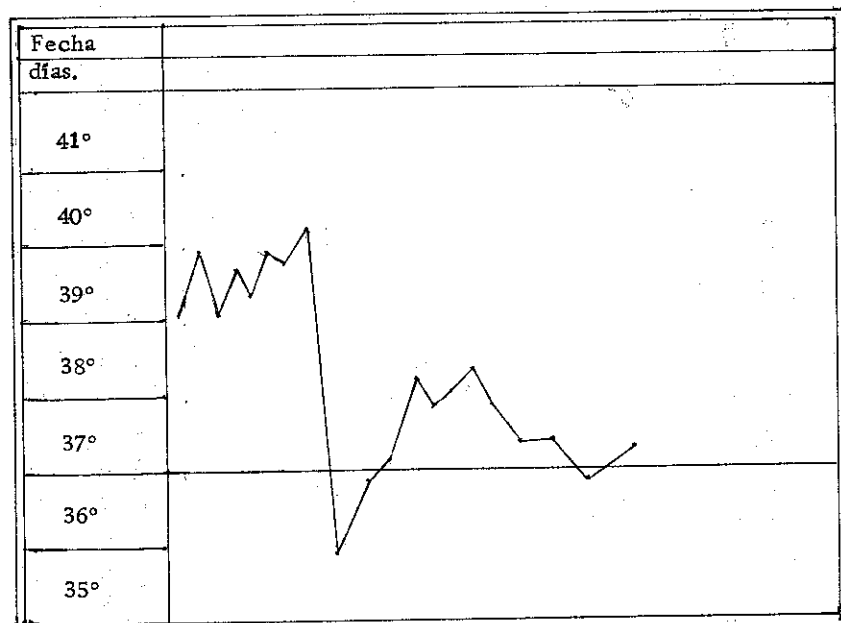
A menudo se observa una caída brusca de la temperatura, en menos de una hora desciende tres grados y más llegando hasta la hipotermia, esto es debido a la hemorragia intestinal, luego la misma asciende de nuevo en forma rápida - (Ver figura No. 1 y 2).

FIGURA No. 1.



Fiebre Tifoidea: Perforación intestinal operada, durante la convalecencia post-operatoria, descensos bruscos de la temperatura debidos a una hemorragia intestinal (Arousseau).

FIGURA No. 2.-



Fiebre Tifoidea: Descenso de la temperatura debido a una perforación intestinal (Dieulafoy)

"DIAGNOSTICO"

La peritonitis por perforación tífica presenta los siguientes síntomas característicos:

- 1.- Dolor brusco en el abdomen
- 2.- Descenso de la temperatura
- 3.- Retracción y contractura de la pared abdominal
- 4.- Aceleración progresiva y rápidamente creciente del pulso.

Cuando existe la perforación y el contenido intestinal se vierte en la cavidad peritoneal, puede darse una peritonitis franca o ESTENICA o una peritonitis insidiosa o ASTENICA -- (grave); la generalización puede ser rápida o lenta y dependiendo de ello el pronóstico será pésimo y la mortalidad será considerable. Los autores preconizan que la gravedad está en función del tiempo de evolución de la fiebre tifoidea y de la fecha de la perforación.

Es importante destacar el PRODROMOS o sea los signos que preceden a la perforación intestinal:

- 1.- meteorismo excesivo
- 2.- diarrea profusa
- 3.- aumento de las hemorragias del tracto digestivo
- 4.- dolor local ligero, pero fijo (signo de Cushing)
- 5.- Aparición de signos generales
- 6.- atenuación de signos cerebrales
- 7.- dolor
- 8.- timpanismo prehepático
- 9.- melena
- 10.- vientre en madera.

Todos estos signos sugieren una estrecha vigilancia, pero no la imperiosa razón para realizar el acto quirúrgico.

Si existe defensa muscular o modificación brusca del estado del abdomen, asociado a modificación de tipo respiratorio, se confirma el diagnóstico.

A la contractura se le considera el signo faro o el indicador de la clínica de urgencia de las peritonitis, ésta consiste en: defensas débiles, atenuadas, de poca extensión y de poco endurecimiento.

Los primeros signos serán:

- 1.- Contractura ligera, un signo precóz
- 2.- Matidez movable de fosa ilíaca derecha
- 3.- Aparecimiento brusco del dolor
- 4.- Leucocitosis
- 5.- Elevación de la presión arterial.

La radiografía simple de abdomen en el paciente en posición de pié demuestra la presencia de aire bajo el diafragma.

En algunas ocasiones la peritonitis tifoidica puede presentarse como consecuencia del reblandecimiento de un ganglio mesentérico.

"DIAGNOSTICO DIFERENCIAL"

La perforación intestinal puede confundirse con una serie de entidades muy similares como:

- 1.- Apendicitis
- 2.- Colecistitis aguda
- 3.- Flebitis de la vena ilíaca
- 4.- Simplemente una exacerbación del dolor abdominal en un paciente debilitado por la fiebre tifoidea.

No debe olvidarse la posibilidad de alguna otra complicación abdominal, en el curso de la fiebre tifoidea, que podría confundirse con la perforación intestinal a nivel de ileon, por ejemplo:

- 5.- La apendicitis perforada en pacientes tíficos
- 6.- Pancreatitis aguda
- 7.- Oclusión intestinal aguda
- 8.- Colecistitis perforante
- 9.- Oclusión de los vasos mesentéricos
- 10.- Hemorragia intestinal.

Tales urgencias se tratarán por medios quirúrgicos, tan pronto como se reconozcan, pues aún el diagnóstico erróneo será beneficioso, ya que una laparotomía precoz será indicada de urgencia en estos casos.

"EXAMENES QUE SE EFECTUAN"

Entre los exámenes de rutina que generalmente se efectúan, tenemos los siguientes:

- I.- De urgencia:
- a.- REACCION DE WIDAL
 - b.- HEMATOLOGIA: 1-Hemoglobina
2-Hematocrito
3-Recuento y fórmula de glóbulos blancos.
4-Velocidad de sedimentación.

- II.- Tardíos:
- a.- Coprocultivo
 - b.- Hemocultivo
 - c.- Mielocultivo

III.- Técnicas radiológicas indicadas como de emergencia:

- a.- Radiografía simple de Abdomen:

- 1- En bipedestación
- 2- En decúbito supino
- 3- Posteroanterior en decúbito lateral derecho
- 4- Posteroanterior en decúbito lateral izquierdo.

Todas éstas están indicadas en casos de perforación intestinal para determinar neumoperitoneo.

En algunas ocasiones, por la sospecha de otro cuadro clínico, está indicado el uso de contrastes radiográficos como:

- 1.- Bario por la vía oral
- 2.- Bario por medio de enema
- 3.- Angiografía abdominal.

"TRATAMIENTO PRE-OPERATORIO"

Regularmente el tratamiento pre-operatorio consiste en:

- 1.- Examen médico cuidadoso del paciente.
- 2.- En posición de decúbito supino (acostado)
- 3.- Succión nasogástrica para descomprimir la vía digestiva.
- 4.- Soluciones endovenosas para mantener al paciente en condiciones óptimas, hidratado, que no entre en hipovolemia y que además éstas le sirvan de vehículo para la administración medicamentosa de urgencia.
- 5.- Restricción de ingesta por la vía oral.
- 6.- Antipiréticos o aplicación de medios físicos para bajar la fiebre.
- 7.- Calor local si hay hipotermia.
- 8.- Penicilina Cristalina 50,000 U.I por kilo de peso por día, cada 4 horas por la vía endovenosa.
- 9.- Cloramfenicol 500 mg por vía endovenosa cada 6 horas.
- 10.- Aseo de la región abdominal.
- 11.- Atropina 0,5 mg por vía intramuscular
- 12.- Demerol (Meperidina) 50 a 100 mg intramuscular.

"TIEMPO OPERATORIO"

Se planea una laparotomía exploradora, por la sospecha inicial del cuadro, utilizando:

- 1.- Instrumental corriente de disección
- 2.- Tipo de anestesia según el caso
- 3.- Asepsia y antisepsia de la piel en región operatoria
- 4.- Incisión, generalmente se practican incisiones derechas-paramedianas infraumbilicales, de más o menos 10 cms. - de largo.
- 5.- Exploración: como en la mayor parte de casos, el problema es exclusivo del íleo terminal, se localiza la perforación y se procede de la manera siguiente:
 - a.- A resecar los bordes de la úlcera con tijera.
 - b.- Sutura transversal en dos planos de la perforación - con cat-gut dos ceros.
 - c.- Cuando hay más de una perforación se procede de la misma forma con desbridamiento de los bordes y en algunos casos con colocación de un parche de epíplon sobre el área de sutura.
 - d.- Resección intestinal y anastomosis término-terminal - abierta. (tres casos)
 - 6.-e.- Por la gravedad de uno de los casos se dejó únicamente drenajes de la cavidad abdominal.
 - 7.-f.- En todos los casos se dejó drenajes tipo Penrosse.
 - 8.-g.- Cierre de la herida operatoria por planos.

Previo premedicación y dependiendo del estado del paciente, se emplearon los tipos de anestesia siguientes:

- 1.- LOCAL: (xilocaína) en pacientes en mal estado general (1 caso)

2.- RAQUIDEA: (xilocaína pesada), pacientes en mejores condiciones. Dos casos.

3.- GENERAL: a.- Eter-Ciclopropano-Oxígeno
b.- Thalamonal-oxidonitroso-oxígeno
c.- Ketamina en casos de demasiada hipotensión arterial.

"TRATAMIENTO"

Después del tratamiento pre-operatorio ya conocido, se procederá a efectuar la operación quirúrgica, sea cual fuere el tiempo transcurrido y la gravedad del paciente; efectuando las siguientes técnicas:

- 1.- Sutura simple (cierre primario) o previa resección.
- 2.- Obliteración por medio de epiplón o de una porción con-
tigua de mesenterio.
- 3.- Enteractomía (resección intestinal)
- 4.- Enterostomía para excluir la porción dañada del intestino.
- 5.- Exteriorización de dicha porción intestinal.

Siempre insistiendo en que el método más sencillo y racional es el mejor, o sea efectuar el acto quirúrgico que está más en consonancia o es más adecuado para el paciente, en -
contrar la causa de la dolencia y traumatizar lo menos posi-
ble al enfermo, para no agravar el estado de choque en éste.

La intervención debe limitarse al simple cierre del in -
testino perforado con sutura transversal para evitar estenosis -
secundarias.

En el caso de diagnóstico tardío con peritonitis genera-
lizada y dependiendo de la gravedad del paciente, basta con
efectuarse drenaje de la cavidad abdominal.

Según lo demuestran los procedimientos antes menciona-
dos, el índice de mortalidad aún se mantiene alto. Los docto-
res Mejicanos y López en el Hospital Roosevelt, en un estudio
retrospectivo de 8 años, reportaron 77 casos de perforación -
intestinal por fiebre tifoidea, con el 27% de mortalidad sola -
mente, utilizando como técnica la sutura con o sin parche de
epiplón.

En el año de 1975, en el Congreso Centroamericano de Medicina en El Salvador, el Doctor LIZARRALDE presentó un interesante trabajo, innovador de las técnicas rutinarias, con el propósito de disminuir hasta donde fuera posible la tasa de mortalidad.

Dicho procedimiento se trata de la ILEOTRANSVERSOCOLOSTOMIA hasta esa fecha efectuada en 16 niños, de los cuales sólo fallecieron 2, bajando el índice de mortalidad a el 13%. Cuyo índice lo ha logrado mantener el autor en un 16 a 18% en la actualidad, lo que nos demuestra que esa técnica ofrece mayor éxito; esta es la que se está practicando en la actualidad en el Hospital Roosevelt, ya que el autor piensa que en vista de los resultados, la serie debe continuarse para poder en el futuro hacer conclusiones definitivas sobre el procedimiento, basados en un número mayor de casos.

"LA ILEOTRANSVERSOCOLOSTOMIA"

Este procedimiento consiste en hacer una desfuncionalización del ileon enfermo, por medio de ileo-transversocolostomía temporal.

Según lo explica el autor: como la mayor parte de veces las perforaciones ocurren en el ileon terminal, más bien en el último metro distal, se hace resección en el ileon más o menos a 1 metro del ángulo ileo-cólico en los adultos y 70 a 80 cms en niños, previa sutura con o sin parche de epiplón en las perforaciones encontradas.

Ya efectuada la resección de ileon, se efectúa sutura con muñón en el extremo de la porción enferma, y éste quedará en reposo. Luego la otra parte reseçada se lleva al cólon transverso y se anastomosa en forma también transversa al cólon, el autor la llama isoaxial, entonces el contenido de intestino delgado

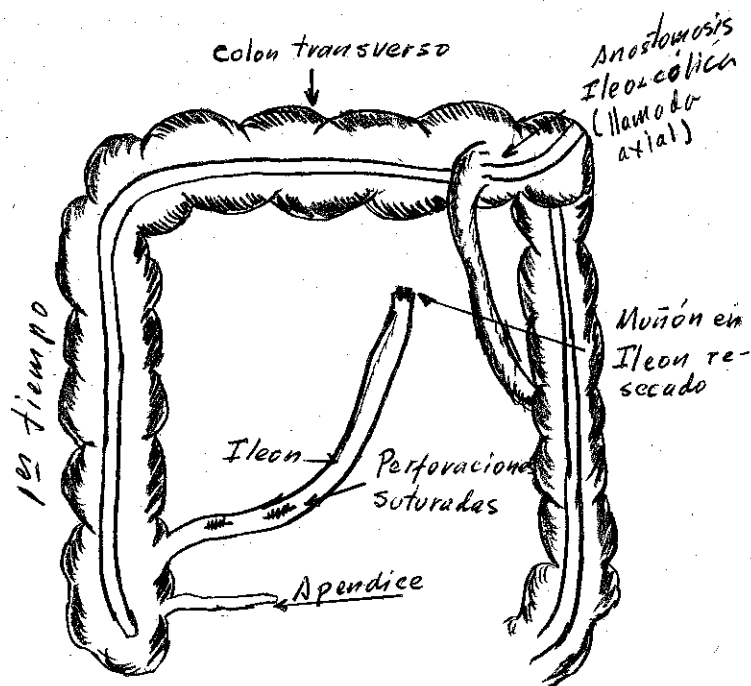
do llegará a cólon transverso.

Más tarde, unos 4 a 6 meses cuando la fase aguda de la enfermedad ha pasado, se opera de nuevo al paciente para reconstruir el tránsito a lo normal, o sea que, se deshace la anastomosis ileocólica y se efectúa una ileo-ileostomía término terminal, para ello se sutura la resección que había en cólon, así mismo se resecan los bordes de la resección anterior del ileon efectuándose la anastomosis siempre tratando de hacer coincidir las dos porciones ya que, la porción que estuvo en reposo estará más delgada que la otra debido a la desfuncionalización.

No es recomendable efectuar la resección parcial del intestino, ya que en esta parte se absorbe la mayor cantidad de complejo B-12 y el paciente estará predispuesto a una anemia macrocítica.

Para una mejor ilustración de esta descripción, ver figuras No. 3 y 4.

FIGURA No. 3.-



La ileotransversocolostomía: con cierre primario de las perforaciones resección del ileon a 1 metro del ángulo ileocólico con sutura en el corte, mientras la otra porción de ileon se anastomosa en forma transversa (isoaxial) al colon transverso.

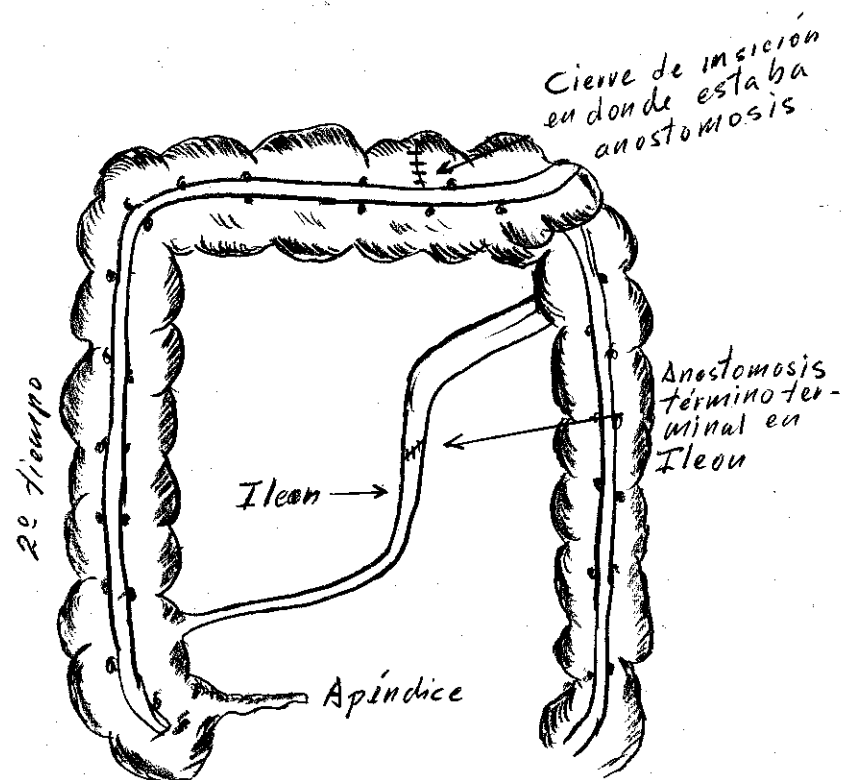


FIGURA No. 4.

Aquí se ilustra como, unos 4 a 6 meses más tarde se deshace la anastomosis iliocólica y se efectúa una ileo-ileostomía término terminal nótese que la parte de ileon que se mantubo en reposo está más delgada que la otra, debido a la desfuncionalización.

"TRATAMIENTO POS-OPERATORIO"

Después de la intervención quirúrgica, el paciente:

- 1.- Pasa al servicio intensivo o de recuperación
- 2.- Se mide control de signos vitales y vigilancia estricta por lo menos durante las primeras 24 horas.
- 3.- Restricción de la ingesta por vía oral.
- 4.- Succión nasogástrica continua.
- 5.- Soluciones endovenosas: dextrosados, mixtos o Hartman, - más o menos 2,000 a 3,000 cc para 24 horas y por las mismas razones ya mencionadas en el pre-operatorio. Estas pueden permanecer hasta 72 horas.
- 6.- Penicilina Cristalina 50,000 U.I, vía endovenosa y por - kilo de peso por día, cada 4 horas durante 24 a 48 horas; luego ésta se cambiará a penicilina procaína cada 12 horas o bien cada 24 horas. i.m.
- 7.- Cloramfenicol 250 a 500 mg vía endovenosa cada 6 horas durante 12 a 48 horas y luego se cambia a la vía oral por unos 8 a 10 días.
- 8.- Hidrocortizona, dosis y tiempo según cuadro clínico y - edad del paciente.
- 9.- Hipertensores, (Efortil, Guayamine, etc.) según estado de hipotensión.
- 10.- Digitálicos, en caso de insuficiencia cardíaca.
- 11.- Bicarbonato, si el paciente presenta acidosis metabólica.
- 12.- Analgésicos, Demerol o Dialgina si el paciente sufre dolor.

"PRONOSTICO"

El pronóstico de la perforación tífica es muy grave, - pero no mejorando éste, si la complicación se presenta en - el primer día de la enfermedad, así como en la tercera semana de la fiebre tifoidea; en el primer caso reacciona bien, - porque el organismo tiene algunas defensas, como lo demuestra la circunstancia de que la perforación intestinal se manifiesta de manera violenta y súbita, lo cual facilita su diagnóstico. Y cuando el enfermo ya está agotado, deprimido, deshidratado y sus defensas orgánicas disminuidas, y al ocurrir la perforación, ésta se presenta de manera encubierta y entonces el pronóstico es malo. Las perforaciones múltiples que pasan desapercibidas, o la posibilidad de que se formen otras aumenta la gravedad del caso.

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO Y GRUPOS ETARIOS EN DECADAS

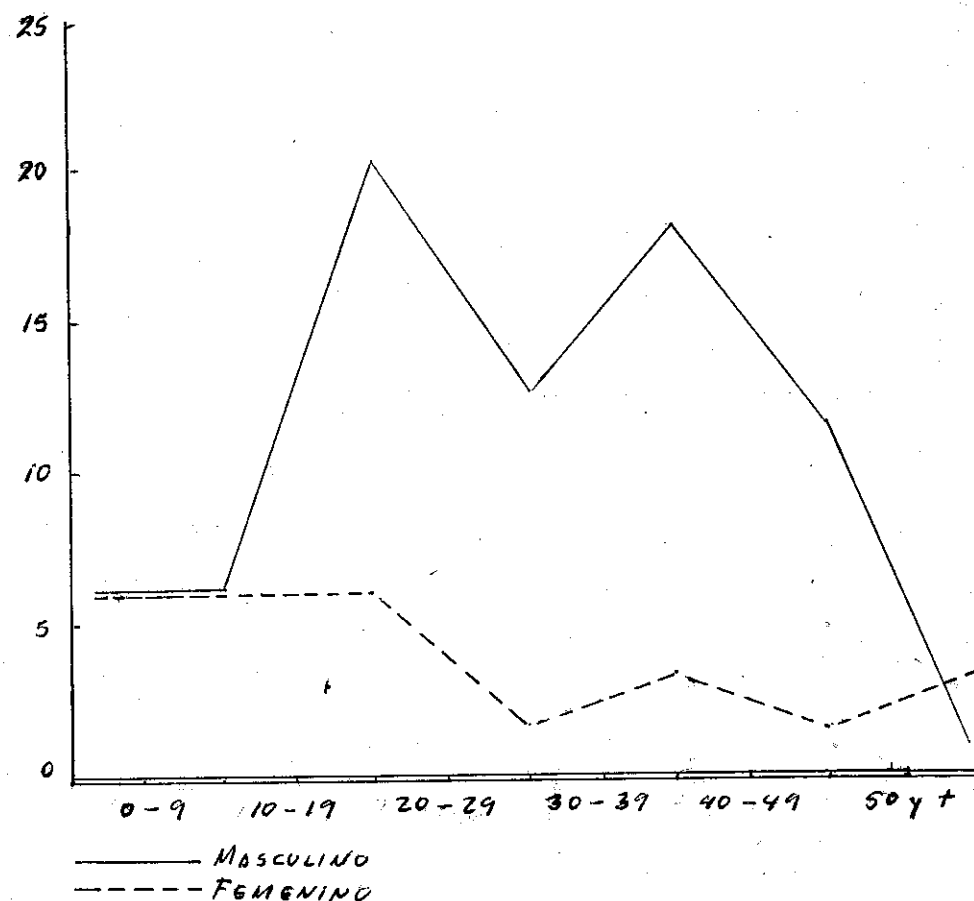
CUADRO No. 1

GRUPO ETARIO	SEXO Y PORCENTAJES			
	Masculino	%	Femenino	%
0 - 9 años	3	7.14	3	7.14
10 - 19 "	8	19.04	3	7.14
20 - 29 "	6	14.28	1	2.38
30 - 39 "	7	16.66	2	4.76
40 - 49 "	5	11.90	1	2.38
50 y más "	1	2.38	2	4.76
TOTAL	30	71.40	12	28.56

Respecto a sexo y a grupos etareos, la mayor incidencia en los 2 años fue en personas comprendidas entre los 10 y los - 19 años de edad y del sexo masculino, haciendo un 19.04% de la población estudiada. El segundo grupo corresponde a personas comprendidas entre los 30 a los 39 años, o sea un - 16.66% y también masculinos.

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO Y GRUPOS ETARIOS EN DECADAS.

GRAFICO # 1



GRUPO RACIAL

CUADRO No. 2

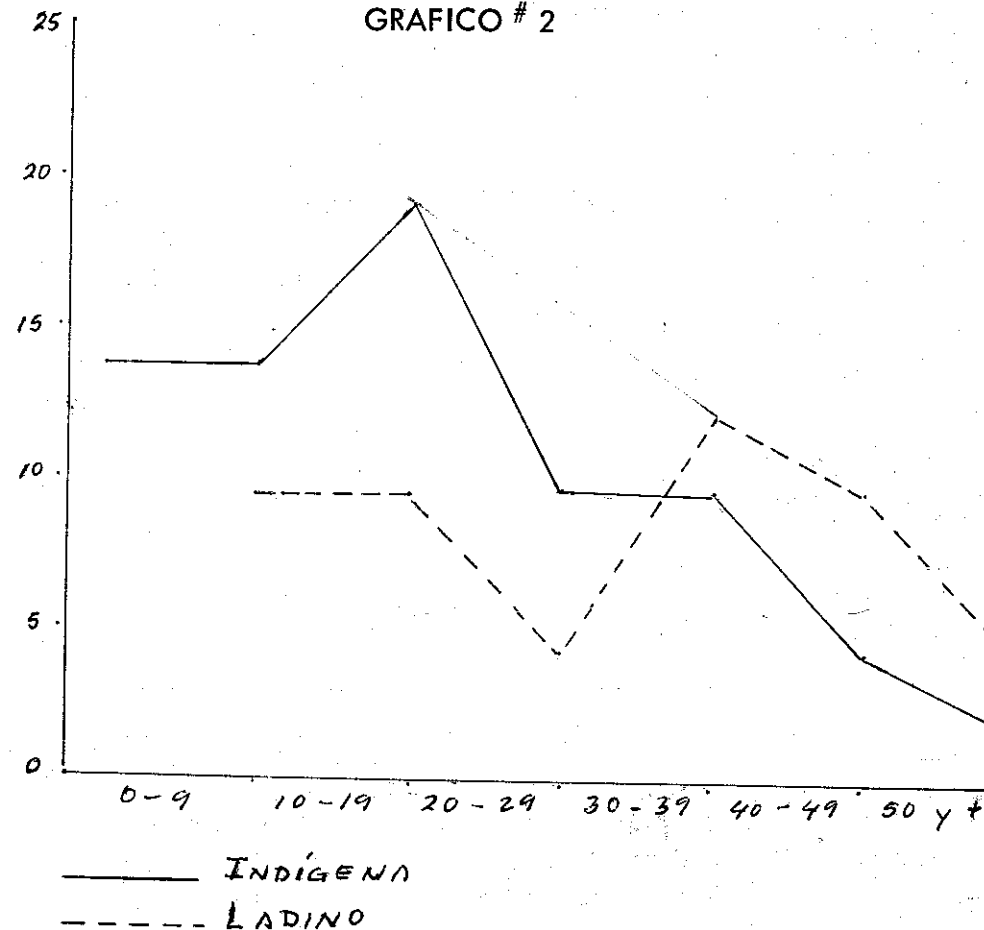
GRUPO ETARIO	RAZA Y		PORCENTAJE	
	INDIGENA	%	LADINO	%
0 - 9 años	6	14.28	0	0.00
10 - 19 "	8	19.04	4	9.52
20 - 29 "	4	9.52	2	4.76
30 - 39 "	4	9.52	5	11.90
40 - 49 "	2	4.76	4	9.52
50 y más "	1	2.38	2	4.76
TOTAL	25	59.50	17	40.46

Como es de notar en este cuadro, que el grupo racial más afectado es el indígena joven de 10 a 19 años de edad, 19.04%.

Esto debido a que a esta edad el paciente no guarda cama, es más irresponsable en sus hábitos alimentarios sumado a la poca higiene que se observa en estas comunidades.

GRUPO RACIAL

GRAFICO # 2



LUGAR DE PROCEDENCIA

CUADRO No. 3

LUGAR DE PROCEDENCIA	CABECERA	%	MUNICIPIOS	%
CHIMALTENANGO	13	30.95	12	28.57
ANTIGUA GUAT.	3	7.14	11	26.19
GUATEMALA CAP.	2	4.76	0	0.00
SOLOLA	1	2.38	0	0.00
T O T A L	19	45.23	23	54.76

De los 42 casos estudiados, 25 casos correspondieron al departamento de Chimaltenango, haciendo un 59.52%, de los cuales 13 casos, 30.95% corresponden a la cabecera departamental y los otros 12 casos 28.57% correspondió a los municipios.

En el Departamento de Sacatepéquez propiamente, se reportaron 14 casos, de los cuales 11 corresponden a los municipios, 26.19% y 3 casos el 7.17% a la cabecera.

Se reportaron 2 casos de la ciudad capital y un caso del departamento de Sololá.

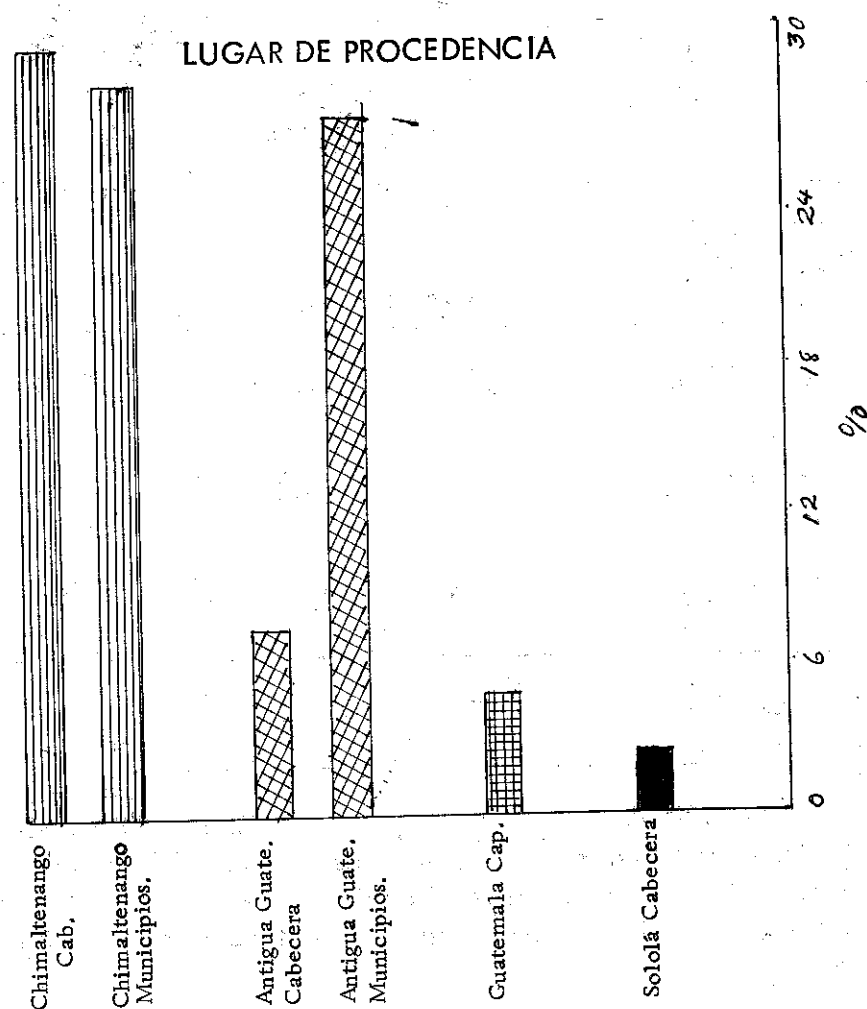


GRAFICO # 3

EGRESOS VIVOS Y MUERTOS EN RELACION AL TIEMPO DE HOSPITALIZACION

CUADRO No. 4

TIEMPO DE HOSPI- TALIZACION	MUERTOS	%	VIVOS	%
0 - 72 Horas	12	28.57	0	0.00
7 - 15 Días	8	19.05	6	14.29
20 - 40 Días	0	0.00	16	38.10
T O T A L	20	47.62	22	52.38

Aquí observamos que, el mayor índice de mortalidad por perforación tífica, sucede durante las primeras 72 horas de - intervenido quirúrgicamente el paciente, de los cuales, 12 - casos o sea el 28.57% murieron en el postoperatorio inmedia - to.

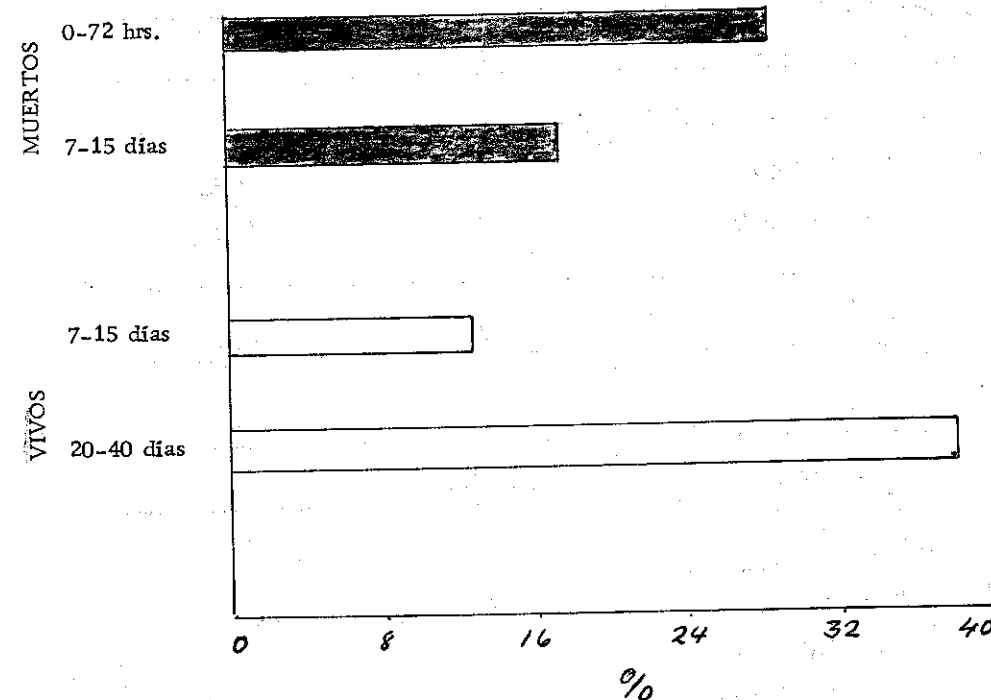
Asímismo se reporta 8 casos, el 19.05% que también mu - rieron entre los 7 y los 15 días, pero éstos por complicacio - nes diversas del postoperatorio.

Haciendo el análisis, se reportan 20 casos de mortalidad haciendo el 47.62% de los casos y 22 casos de recuperación - total haciendo un 52.38% de sobrevivencia con los procedi - mientos aquí empleados.

El tiempo de hospitalización de los recuperados osciló - entre 20 y 40 días.

EGRESOS VIVOS Y MUERTOS EN RELACION AL TIEMPO DE HOSPITALIZACION.

GRAFICA # 4



EGRESOS VIVOS Y MUERTOS EN RELACION
AL TIEMPO DE HOSPITALIZACION.

EXAMENES DE LABORATORIO EFECTUADOS

GRAFICA A
CUADRO No. 5

EXAMENES	CASOS	%
1 - REACCION DE WIDAL		
A - Positivo	34	80.95
B - Negativo	8	19.04
TOTAL	42	100.00

EXAMENES	CASOS	%
2 - HEMATOLOGIA		
A - Leucopenia	28	66.66
B - Limite Normal- Leucocitario	9	21.42
C - Leucocitosis	5	11.90
TOTAL	42	100.00

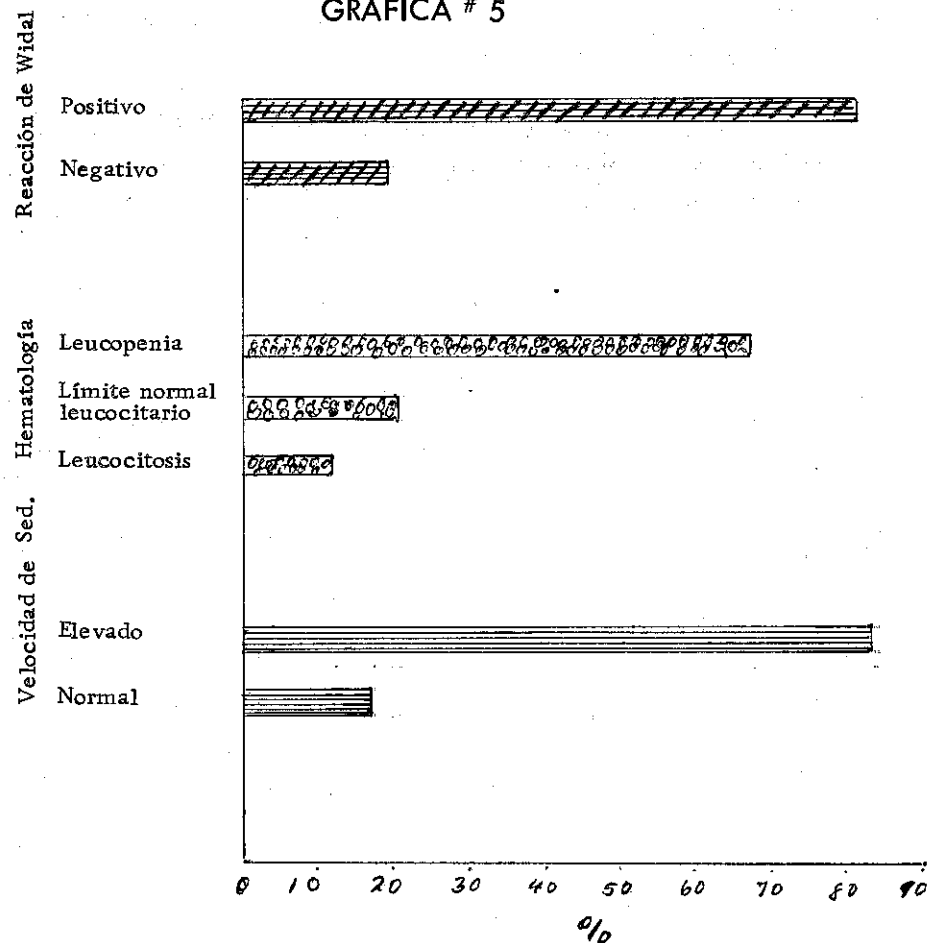
EXAMENES	CASOS	%
3 - VEL.DE SEDIMENTACION		
1. Elevado	35	83.33
2. Normal	7	16.66
TOTAL	42	100.00

En el 80.95% de los casos, la reacción de WIDAL fue positiva. Así mismo se encontró un 66.66% con LEUCOPENIA, un 21.42% con un límite leucocitario normal y solo un 11.90% con leucocitosis.

También se vé que un 83.33% la VELOCIDAD DE SEDIMENTACION está elevada, y sólo un 16.66% se encontró con esta normal.

EXAMENES DE LABORATORIO EFECTUADOS

GRAFICA # 5



DIAGNOSTICO DE INGRESO

CUADRO No. 6

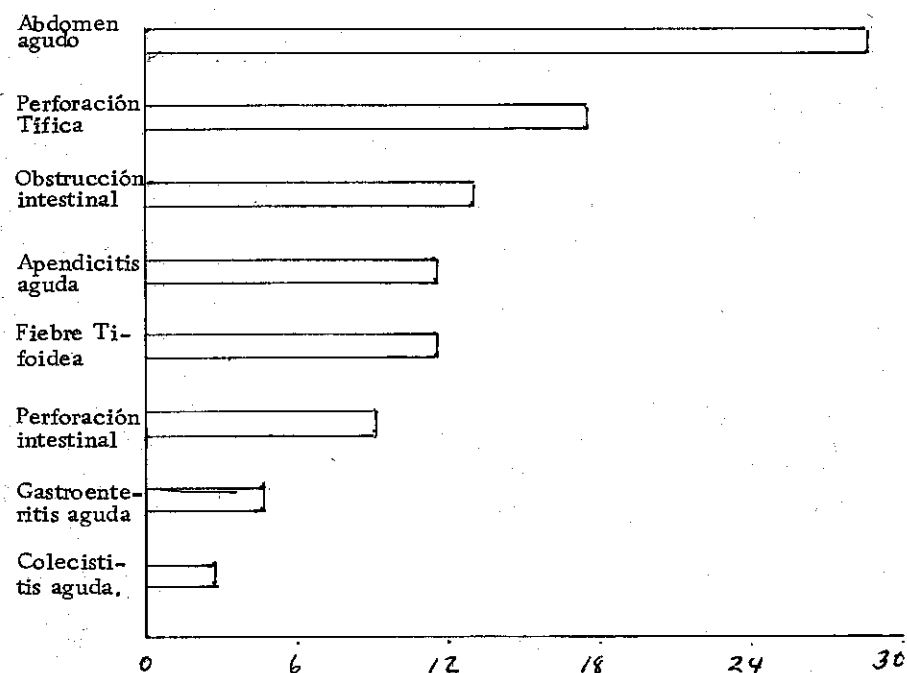
DIAGNOSTICO DE INGRESO	CASOS	%
1- ABDOMEN AGUDO	12	28.57
2- PERFORACION TIFICA	7	16.66
3- OBSTRUCCION INTESTINAL	6	14.28
4- APENDICITIS AGUDA	5	11.90
5- FIEBRE TIFOIDEA	5	11.90
6- PERFORACION INTESTINAL	4	9.52
7- GASTROENTERITIS AGUDA	2	4.76
8- COLECISTITIS CRONICA	1	2.38
T O T A L	42	100.00

Es importante ver la variedad de diagnósticos que ameritaron cirugía de urgencia, para luego establecer el diagnóstico definitivo en una mesa de operaciones, ya que la impresión clínica que más se reporta en el Abdomen Agudo, 12 casos, un 28.57%.

Ocupa un segundo lugar el diagnóstico de ingreso de perforación tífica y se corroboró mediante laparotomía exploradora y con el egreso. Haciendo un 16.66% de los casos, y luego está un 14.28% que corresponde a obstrucción intestinal.

DIAGNOSTICO DE INGRESO

GRAFICO # 6



ESTADO DEL PACIENTE

PRESION ARTERIAL DURANTE ACTO OPERATORIO

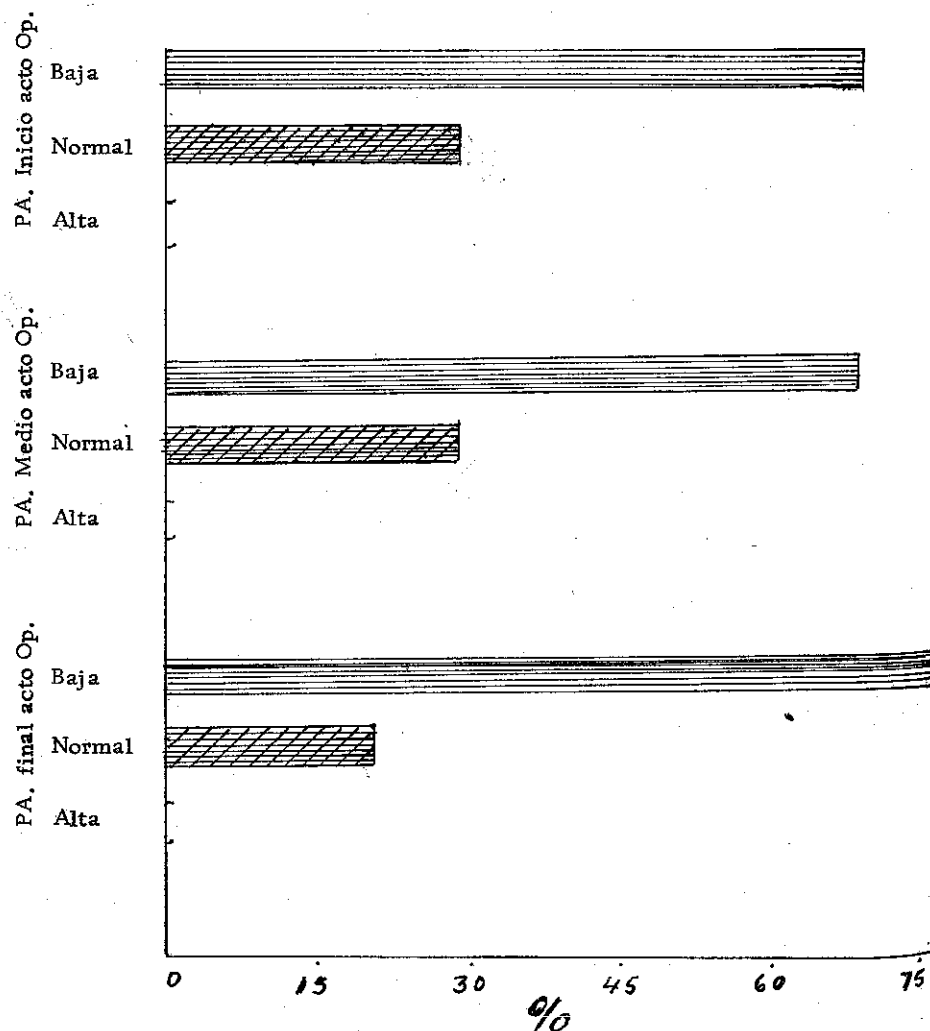
CUADRO No. 7

PRESION ARTERIAL	CASOS	%
1 - PRESION ARTERIAL INICIAL		
1. Baja	30	71.42
2. Normal	12	28.57
3. Alta	0	0.00
2 - P. A. MEDIO ACTO OP.		
1. Baja	30	71.42
2. Normal	12	28.57
3. Alta	0	0.00
3 - P. A. FINAL DE OPERACION		
1. Baja	32	76.19
2. Normal	10	23.80
3. Alta	0	0.00

Este cuadro nos demuestra que durante todo el acto quirúrgico, el paciente se mantiene hipotenso, lo confirma el 70 a - 76% que se reporta, esta presión tiende a ir mejorando de acuerdo a su estado de recuperación. No así en los fallecidos que al llegar a 0/0 de P.A. así se mantuvo, hasta que éste fallecía. No se encontró ningún caso de hipertensión.

ESTADO DEL PACIENTE
PRESION ARTERIAL DURANTE ACTO OPERATORIO

GRAFICO # 7



ANALISIS DE LA TEMPERATURA EN EL CURSO
DE LA ENFERMEDAD.

CUADRO No. 8

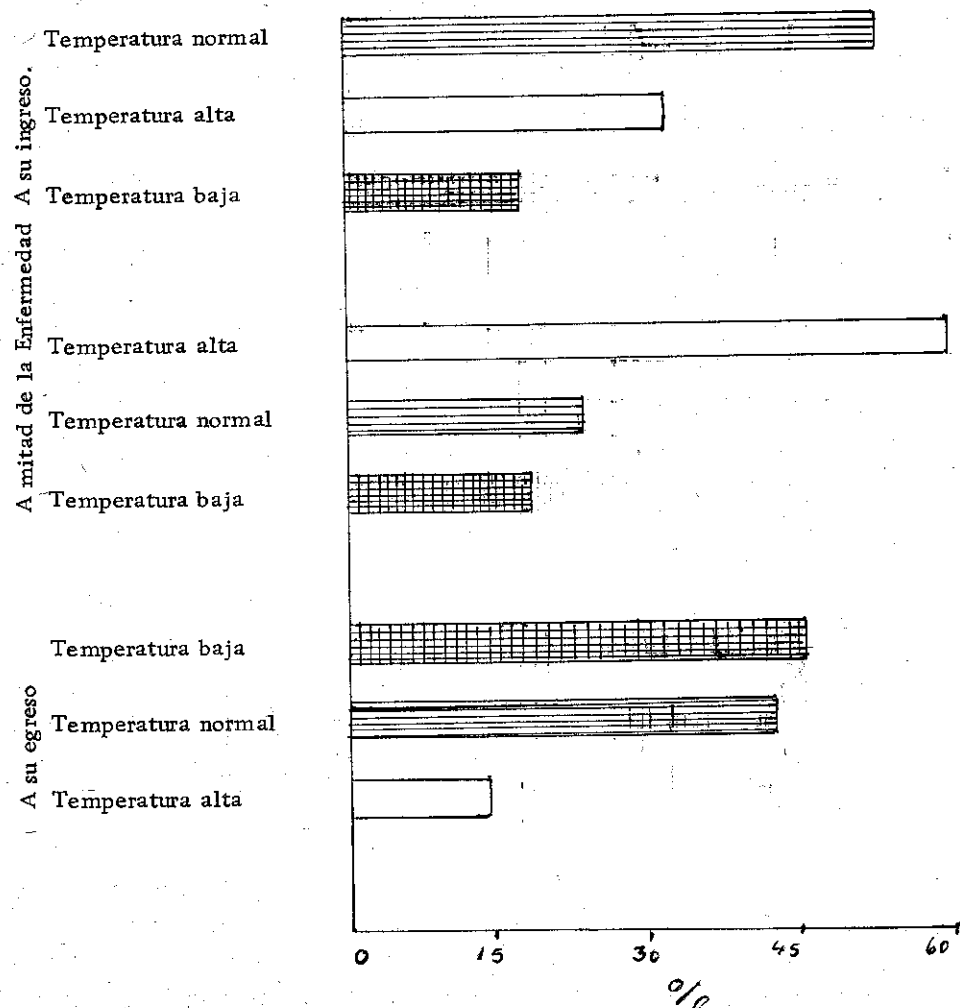
TEMPERATURA	CASOS	PORCENTAJE
<u>1 - A SU INGRESO</u>		
1. Temperatura Normal	22	52.38
2. Temperatura Alta	13	30.95
3. Temperatura Baja	7	16.66
<u>2 - A MITAD DE LA ENF.</u>		
1. Temperatura Alta	25	59.52
2. Temperatura Normal	10	23.80
3. Temperatura Baja	7	16.66
<u>3 - A SU EGRESO</u>		
1. Temperatura Baja	19	45.23
2. Temperatura Normal	17	40.47
3. Temperatura Alta	6	14.28

En la mayor parte de pacientes a su ingreso, se encontró - la temperatura en límites normales 52.38%.

Más o menos a mitad del tiempo de hospitalización, se encontró que la temperatura sube hasta 39 y 40 grados, la cual paulatinamente se va normalizando, no así en los que fallecieron que desde un principio ésta se mantuvo baja hasta descender a 0 gra - dos.

ANALISIS DE LA TEMPERATURA EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD.

GRAFICO # 8



" CONCLUSIONES "

- 1.- Se encontraron 42 casos con diagnóstico de egreso de Perforación tífica, de éstos el 52.38% es de sobrevida y recuperación y el 47.02% es de mortalidad.
- 2.- La mayor parte de defunciones ocurrieron en las primeras 72 horas inmediatas al post-operatorio.
- 3.- De acuerdo a sexo, fue más afectado el sexo masculino.
- 4.- La perforación tífica es más frecuente en jóvenes comprendidos entre los 10 y los 19 años de edad.
- 5.- Esta complicación es más frecuente en jóvenes de raza indígena.
- 6.- Es palpable que el tratamiento ofrecido al paciente aún mantiene alta la mortalidad.
- 7.- Se presentó leucopenia en más del 80% de pacientes, lo cual no está de acuerdo a los libros de texto.
- 8.- La hipotensión arterial estuvo presente en casi todos los casos.
- 9.- La mayoría de pacientes presentaron hipotermia.
- 10.- No se estableció diagnóstico precoz en la mayor parte de casos, sólo en un 16.66% que sí se hizo diagnóstico definitivo.
- 11.- Con la Ileotransversocolostomía se logra mayor éxito quirúrgico, bajando la mortalidad al 16%.

" RECOMENDACIONES "

- 1.- El cirujano debe estar siempre atento, para efectuar el diagnóstico precoz y tomar la conducta quirúrgica adecuada.
- 2.- Realizar los exámenes urgentes que sean necesarios para agilizar el diagnóstico.
- 3.- Mantener al paciente en las mejores condiciones generales posibles antes, durante y después de la intervención quirúrgica para ofrecerle una mejor recuperación.
- 4.- Crear una sala de cuidados intensivos, para el tratamiento y el control de estos casos.
- 5.- Mejorar el manejo de las fichas clínicas, en vista de que éstas son fuente valiosa de información, y en lo particular las estudiadas adolecen de muchos datos.
- 6.- De acuerdo a la alta incidencia de casos de perforación tífica a consecuencia de la fiebre tifoidea, se recomienda una profilaxis más intensiva; Ejemplo: Saneamiento ambiental, vacunación, educación en salud, etc.
- 7.- Poner en práctica la ileotransversocolostomía en todos los hospitales y comprobar lo establecido.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- HENRY MONDOR
ABDOMEN AGUDO
2a. Edición 1963
Masson & Cie. Editeurs. pp. 340 - 378
- 2.- JULIUS L. SPIVACK
CIRUGIA DE URGENCIA
Unión Tipográfica. Editorial Hispano-Americana
1948. pp. 657 - 667.
- 3.- WILLIAM SODEMAN
FISIOPATOLOGIA CLINICA
3a. Edición 1963
Editorial Interamericana pp. 139
- 4.- HARRISON
MEDICINA INTERNA
4a. Edición en español 1973
La prensa Médica Mexicana
Tomo I. pp. 907
- 5.- HENRY N. HARKINS
CIRUGIA. Principios y práctica de:
2a. Edición 1965
Editorial Interamericana S.A.
pp. 704
- 6.- PEDRO PONS
FORMULARIO MEDICO DAIMON
Enfermedades Infecciosas, Edición 1958
Ediciones DAIMON, capítulo # 12 pp.27

- 7.- DUPLAY - ROCHARD - DEMOULIN - STERN.
TRATADO DE DIAGNOSTICO QUIRURGICO
Editores SALVAT S.A. 1953 pp. 512
- 8.- GARCIA SOTO CARLOS R.
ABDOMEN AGUDO. Tesis. Guatemala
Universidad de San Carlos
Facultad de Ciencias Médicas 1973. pp. 9 - 17
- 9.- ORTIZ PAZ HERNAN C.
LAPAROTOMIA EXPLORADORA. Tesis. Guatemala.
Universidad de San Carlos
Facultad de Ciencias Médicas. 1976 pp. 5 - 17
- 10.- MEJICANOS LUARCA SIMON CATALINO
ABDOMEN AGUDO. Tesis. Guatemala
Universidad de San Carlos
Facultad de Ciencias Médicas. 1970. Vol. 5
- 11.- Dr. EDUARDO LIZARRALDE A.
JEFE DEL DEPTO. CIRUGIA
Hospital Roosevelt. Guatemala
Trabajo presentado en
Congreso Centroamericano
El Salvador. Diciembre 1975.

BR

Dr. Eduardo Lizarralde A. Jefe del Depto. Cirugía
Hospital Roosevelt

Revisor

CAJON DE
MEDICINA
Y QUIRURGIA
SAN CARLOS

Director de Fase III

Secretario General

Decano