

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



JULIO ROBERTO QUINTANA DUARTE

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1977

# ÍNDICE

	Página
Introducción	1
Objetivos	3
Material y Métodos	5
Definición	6
Procedencia de los pacientes	7
Causas preexistentes mas frecuentes	8
Causas y descripción de los casos	9
Tiempos de consulta y diagnóstico	24
Datos totales de egresos y porcentajes	25
Defunciones, distribución por causa	26
Distribución por edad y sexo	27
Promedios	28
Indicaciones y tratamiento inicial	29
Valores de recuento de glóbulos blancos	30
Valores reacción de aglutinación de Widal	31
Enfermedades intercurrentes	33
Complicaciones en el post operatorio	34
Conclusiones	35
Bibliografía	37

## INTRODUCCION

La peritonitis generalizada, un estado de particular gravedad, con sus diferentes causas representa en sí un reto a la habilidad clínica del Médico y base de conocimientos, así también, representa un apasionante tema a determinar ya que está en inminente peligro la vida del paciente.

Es dentro de la práctica hospitalaria un grupo nosológico de especial atención, ya que interesa determinar, como en todo centro, la etiología predominante, con el fin de revisar procedimiento diagnóstico y prácticas utilizadas, susceptibles de mejorarse y estar alertas para ofrecer mejor expectativa a todo paciente que acuda con este cuadro.

Con esta finalidad se revisó la nosografía, con los diagnósticos definitivos de egreso durante cinco y medio años, tratando de determinar desde tiempo de evolución de los cuadros iniciales, previo al cual el paciente acude al centro hospitalario, sintomatología, examen e impresión clínica de ingreso, procedimientos diagnósticos, terapéutica instrumental o medicamentosa, evolución, y por último el tiempo de estancia hospitalaria por el proceso principal o complicaciones posteriores.

Consciente de la problemática que reviste la tardanza en acudir a solicitar la atención médica, por ejemplo complicaciones de una apendicitis perforada (21, 24), se tratará de determinar la frecuencia de diferentes tipos de causa primaria del proceso en mención, así como también la frecuencia de otros cuadros iniciales dentro de un mismo tipo como una peritonitis secundaria.

Ya que la totalidad de casos encontrados se tratan únicamente

mente de peritonitis secundaria en conclusión importante de la oportunidad y conveniencia de la conducta adoptada, lo cual se revisará con la limitación de los datos encontrados en los diferentes registros médicos, y bibliografía y referencias consultadas.

El presente trabajo fue una revisión de enero de 1972 a junio de 1977 en el Hospital Nacional e Infantil San Juan de Dios de la ciudad de Amatitlán.

## OBJETIVOS

### GENERALES:

Primero: Estudio retrospectivo de uno de los fenómenos de morbilidad que se presentan como causa de atención médica en un centro hospitalario.

Segundo: Aplicación de un método de estudio fiable para la presentación de un fenómeno variable natural.

Tercero: Determinación de las características de los fenómenos diagnósticos-evolutivos para un reforzamiento en servicio de la práctica médica.

### ESPECIFICOS:

Primero: Estudio de la peritonitis generalizada secundaria durante los años 1972, 1973, 1974, 1975, 1976 y primer semestre de 1977.

Segundo: Determinación de su frecuencia como diagnóstico definitivo dentro de los egresos hospitalarios.

Tercero: Descripción de su frecuencia etiológica en los casos encontrados.

Cuarto: Sinopsis del tiempo de aparición de síntomas de enfermedad al momento en el cual se realiza el diagnóstico.

Quinto: Determinación de la frecuencia de procedencia como probable causa de lo anterior.

Sexto: Enumeración de las causas supuestas como impresión clínica inicial.

Séptimo: Presentación de la conducta terapéutica inicial y evolutiva.

Octavo: Determinación de los procedimientos de realización del diagnóstico.

Noveno: Enumeración de las complicaciones más frecuentes: pasivo esperadas, operatorias, evolutivas, medicamentosas.

Décimo: Determinación de la mortalidad específica.

## MATERIAL Y METODOS

### METODO: Científico

Variante: Análisis retrospectivo

Procedimiento: Estudio individual de casos  
Análisis acumulativo de datos

### MATERIALES:

Primero: Nosografía de los años 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977 (forma 182 de estadísticas hospitalarias).

Segundo: Cincuenta y seis registros médicos de los casos correspondientes.

Fuente: Archivo del hospital nacional de la ciudad de Amatitlán.

Tercero: Libros de texto del área de medicina.

Cuarto: Tesis de graduación de Médicos y Cirujanos Egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos.

Quinto: INDEX MEDICUS. Bibliotecas de la USC e INCAP.

## DEFINICION:

Peritonitis es la inflamación del peritoneo (16, 17, 18, 20).

## TIPOS:

Primaria: Proceso que generalmente ocurre en niñas entre dos y diez años, causada por estreptococos hemolíticos, o neumococos.

Característica: El germen que la produce regularmente es uno sólo y la aparición del cuadro es rápida (16, 18, 3).

Secundaria: Ocurre como complicación de una enfermedad primaria preexistente o de un procedimiento quirúrgico.

Bacteriana por Difusión Hematógena: Proveniente de una infección conocida en otra parte del cuerpo por vía Hemática, (16).

Se le califica por lo tanto como secundaria.

Tuberculosa: Secundaria a tuberculosis en otros sitios (en series de necropsia en un 97%), (16).

Aséptica: Causada por materiales extraños o substancias irritantes en cavidad abdominal. Como sangre, bilis, enzimas pancreáticas o talco (16, 20).

## PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

	FRECUENCIA
1) Amatitlán	14
2) Villa Nueva	12
3) Escuintla	5
4) Capital	4
5) La Gomera	4
6) Villa Canales	3
7) Chiquimulilla	3
8) Tiquisate	2
9) Palín	2
10) Masagua	1
11) Siquinalá	1
12) Taxisco	1
13) Puerto San José	1
14) Santa Lucía Cotzumalguapa	1
15) Flores Costa Cuca, Quezaltenango	1
16) Guazacapán	1
Suma de Frecuencias .....	56 =====

PERITONITIS GENERALIZADA SECUNDARIA CAUSAS MAS FRECUENTES (\*)

Apendicitis gangrenosa perforada.	13 Casos
Perforación intestinal por fiebre tifoidea.	13 Casos
Infección Pélvica.	4 Casos
Perforación Uterina.	2 Casos
Complicaciones postoperatorias.	3 Casos
Ulceras Gástricas o duodenal perforada.	4 Casos
Colangitis supurativa.	1 Caso
Endometritis secundaria a Ab séptico.	1 Caso
Ruptura traumática de intestino.	2 Casos
Salpingitis y/o ooforitis aguda.	3 Casos
Perforación de intestino delgado de et?.	3 Casos
Perforación de Colon de et?.	2 Casos
Peritonitis tuberculosa.	1 Caso
Perforación hernia estrangulada.	2 Casos
Perforación Colon secundaria a intususcepción.	1 Caso
Quiste Dermoide de ovario infectado.	1 Caso
Suma Total .....	56 Casos =====

(\*) Causas o enfermedades preexistentes.

CAUSAS PREEXISTENTES Y DESCRIPCION DE LOS CASOS

APENDICITIS AGUDA:

En la totalidad de los casos encontrados se halló Apendicitis gangrenosa aguda, por lo que la descripción se relacionará con la misma.

Una de cada quince personas tendrá apendicitis en algún momento de su vida (16). Se presenta en todas las edades, pero parece tener una mortalidad mayor entre los 5-14 años, y después de los 55 (17). Su frecuencia es mayor en varones, entre adolescentes y adultos jóvenes (16, 17), alcanzando una relación de 3:2 (40%) aproximadamente.

Los dos estadios que pueden causar infección peritoneal (abceso localizado y peritonitis generalizada), son la apendicitis supurada aguda y la gangrenosa aguda. (20).

En los Estados Unidos, en los últimos 25 años, la mortalidad general por apendicitis ha permanecido en 1-2% (23).

La apendicitis en el primer año de edad es rara (18). Si se produce en el primer mes de la vida se acompaña de Enfermedad de Hirschsprung.

La precisión del diagnóstico no es muy buena porque es rara en los lactantes, y es común el dolor abdominal en lactantes y niños pequeños (16, 18) además de las características propias del niño.

La frecuencia de perforación en la apendicitis aguda se acerca a 100% antes del primer año, está entre 70-80% en los lac-

tantes menores de 2 años, y se conserva por arriba de 50% hasta los 5 años.

Por esta causa la mortalidad en este grupo se mantiene en 10% (13), mientras que otro autor asume que es menos del 1%. (18).

La frecuencia en el anciano ha aumentado casi siete veces en las últimas cuatro décadas debido al aumento en la longevidad (16).

La frecuencia de apendicitis en la mujer embarazada es la misma que para la mujer en edad reproductiva (16, 8), y en una serie de 6 casos en el Hospital Roosevelt no hubo ningún fallecimiento, ni pérdida de la concepción.

Un estudio sobre 5,800 casos de apendicitis reveló que la mortalidad en pacientes tratados quirúrgicamente por apendicitis aguda sin gangrena fue de 0.1%, mientras que los que tenían rotura del apéndice y absceso que no se trataron inmediatamente la mortalidad fue del 13% (20).

En el Denver General Hospital (26): de la totalidad de casos de apendicitis en 29% se encontró apéndice perforado, 6% de los cuales tenían peritonitis generalizada.

96% de los pacientes con perforación recibieron antibióticos y 11% de los no perforados.

#### Complicaciones en casos en los que hubo perforación:

Niños menores de 11 años: 36%

Adultos: 27%

De lo anterior la importancia del diagnóstico temprano, ya que las complicaciones operatorias se elevan a 30% general en pacientes con apendicitis perforada (16).

En University of Kentucky Medical Center de una serie de 944 casos entre 1966-1973, hubo 12 fallecimientos -o sea 1.3%, de los cuales:

Sin perforación	1 caso
Con perforación	11 casos
simple	2 casos
con absceso	5 casos
con peritonitis difusa	4 casos (23).

En Guatemala: Hoenes (8) presenta en su serie, 7 casos de apendicitis, 2 con apéndice perforado y peritonitis y 5 con apendicitis perforada y peritonitis en el postoperatorio, en los cuales la mortalidad fue del 100%.

En la serie de Santos (9) el único caso que tenía asociada -peritonitis falleció.

Echeverría (6) nos presenta una buena serie de 309 casos de apendicitis aguda, en 103 de los cuales encontró peritonitis (no aclara si era localizada o generalizada) en la cual encontró una mortalidad de 0.03% (1. caso).

## DESCRIPCION:

Caso	Diagnóstico Inicial	Tiempo Diagnóstico de abdomen agudo	Hallazgo Operatorio
1	GECA	7 días	Peritonitis generalizada Apéndice perforado. Idem.
2	Apendicitis aguda	2 días	Idem.
3	Dolor abdominal et?	1 día	Idem.
4	Perforación tífica		Idem.
5	Abdomen agudo et?		Idem.
6	Apendicitis perforada		Idem.
7	peritonitis generalizada	2 días	Idem.
8	Coleitisitis		Idem.
9	Abdomen agudo et? Ileo paralítico	1 día	Idem.
10	secundario.		Idem.
11	Perforación tífica		Idem.
12	Apendicitis perforada	3 días	Idem.
13	Anexitis post parto	9 días	Idem.
	Embarazo de 28S		Hallazgo de Autopsia: Peritonitis generalizada
	Anexitis aguda		Apéndice perforado.
	Amenaza de Ab.		

SUMA TOTAL:  

---

13 casos  
=====

## FIEBRE TIFOIDEA Y PERFORACION INTESTINAL SECUNDARIA:

Enfermedad febril aguda generalizada, causada por un bacilo gram negativo flagelado (*Salmonella Typhosa*) (17, 18).

Tras la ingestión de *salmonella*, pasa un período de incubación variable, 1.5 a 2 semanas promedio; luego se instala un cuadro caracterizado por cefalea, anorexia, lasitud, fiebre, erupción característica (manchas rosadas), bradicardia, linfadenopatía, esplenomegalia, que producen dolor abdominal, alteraciones del funcionamiento intestinal, y además se presenta leucopenia (4, 17, 18, 20).

El diagnóstico se realiza por la historia, el examen y hallazgo de los datos característicos; además puede cultivarse el germe de sangre, médula ósea, orina y heces. Se presenta aumento progresivo del título de aglutininas como hallazgo en el suero (17, 18).

Es una enfermedad del niño y del adulto joven, se presenta entre los 10-30 años; afortunadamente es rara en la primera infancia en que la mortalidad es muy elevada (18). La mortalidad fue de aproximadamente 3% en Estados Unidos para 1964.

La perforación intestinal en niños es rara (18) y en adultos ocurre en cerca del tres por ciento de los pacientes no tratados.

El dato anterior es controversial, Mexicanos en su tesis (10) da los siguientes datos de otros autores: 17.8 (28), 15% (29), - 10% (30) y 30% para la serie de los archivos del Hospital Roosevelt (31).

Mortalidad: no existe ningún trabajo que destaque el porcentaje de mortalidad por perforación intestinal y peritonitis asociada

exclusivamente por lo cual me serviré sólo de datos aislados.

La incidencia en Guatemala de fiebre tifoidea es de 4% (2).

Morales Toledo (11) en su revisión de 1961-1970 en el Hospital General, encontró la siguiente incidencia de perforaciones típicas por año: 5-9-3-8-5-10-3-4-4-6, respectivamente por año.

En el estudio de Leiva Santos (9) el único caso de perforación y peritonitis asociada falleció. En la serie de Solis (14) de 7 pacientes perforados y operados 5 fallecieron.

Mejicanos (10) en su serie de 37 perforaciones, 7 fallecieron en el postoperatorio, 5 de los cuales tenían peritonitis generalizada.

DESCRIPCION:	
Caso	Diagnóstico inicial. Widal. Características del cuadro.
1	Perforación Típica. Widal no sugiere infección actual. Cuadro sugestivo.
2	Perforación Típica. Widal: aumento de título. Cuadro típico.
3	Fiebre tifoidea. Widal: aumento de título. Cuadro no sugestivo.
4	Fiebre tifoidea. Widal sugestivo de infección actual. Cuadro Típico.
5	Perforación Típica. Widal: aumento de Título. Cuadro poco sugestivo.
6	Abdomen agudo. Widal título elevado no determinante. Cuadro poco sugestivo.

7 Salmonellosis-shigelosis. Widal  
Tículo muy elevado sugestivo inf.  
actual. Cuadro sugestivo.

8 Fiebre tifoidea.  
Widal: aumento de Tículos  
Cuadro típico.

9 Fiebre tifoidea.  
Widal: aumento de tículos.  
Cuadro típico.

10 Perforación tífica.  
Widal: aumento de tículos.  
Cuadro sugestivo.

11 Peritonitis por perforación tífica  
Widal sugestivo de infección actual  
Cuadro típico.

12 Apendicitis perforada. Widal su-  
gestivo de infección actual.  
Cuadro no descrito.

13 Apendicitis.  
Widal: aumento de tículos.  
Cuadro poco sugestivo.

NOTA: En todos los casos se encontró peritonitis  
generalizada, como hallazgo operatorio.

SUMA TOTAL: \_\_\_\_\_

13 casos

Perforación 0.5 cms. en Ileón Terminal

Perforación de Ileón terminal

Perforación de Ileón terminal

Perforación Ileón terminal.

Areas de reblandecimiento en  
pared intestinal.

Perforación de Ileón terminal.

Perforación de Ileón terminal.

Perforación de Ileón terminal.

Perforación de Ileón terminal.

#### INFECCION PELVICA:

Caso	Diagnóstico inicial	Hallazgo operatorio
1	Obstrucción intestinal	Peritonitis generalizada e infección pélvica.
2	Blenorragia. Dos días después abdomen agudo	Idem.
3	Peritonitis. Fiebre tifoidea.	Idem.
4	Anexitis aguda.	Idem.

#### PERFORACION UTERINA:

Caso	Diagnóstico inicial y procedimiento.	Hallazgo operatorio.
1	Ab incompleto; LUI: 10 días después abdo- men agudo.	Perforación uterina. peritonitis generalizada.
2	Ab. séptico.	Perforación uterina, peri- tonitis generalizada.

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

Caso	Diagnóstico inicial y procedimiento.	Hallazgo operatorio.
1	Primigesta podálica CST. Al sexto día...	Peritonitis generalizada (cultivo positivo para pseudomonas)
2	Herida de bala en abdo- men; laparotomía, luego en el postoperatorio mediato	Peritonitis generalizada.

3 Prolapso uterino.  
Histerectomía Vaginal,  
6 días después abdomen agudo Peritonitis generalizada,  
hemorragia, dehiscencia  
de suturas.

#### ULCERA GASTRICA O DUODENAL PERFORADA:

Caso	Diagnóstico inicial	Hallazgo operatorio.
1	Peritonitis	Peritonitis generalizada. Ulcera gástrica perforada.
2	Apendicitis	Peritonitis generalizada. Ulcera gástrica perforada. cara anterior de estómago.
3	Ulcera duodenal perforada	Idem. Peritonitis generalizada. Trombosis mesentérica.
4	Ileo paralítico, obstrucción intestinal.	Ulcera perforada prepilórica; peritonitis generalizada.

#### COLANGITIS SUPURATIVA

Diagnóstico inicial	Hallazgo operatorio
Colecistitis Crónica Calculosa	Colangitis supurativa
Ulcera Gástrica	Peritonitis generalizada de aspecto estafilocóccico.
Ca gástrico	
Cirrosis	

#### ENDOMETRITIS SECUNDARIA A AB SEPTICO.

Diagnóstico inicial	Hallazgo operatorio.
Ab séptico; .... LUI:...	
Endometritis;...luego abdomen agudo	Peritonitis generalizada.

#### RUPTURA TRAUMATICA DE INTESTINO.

Caso	Diagnóstico inicial	Hallazgo operatorio.
1	Politraumatizado. 24 horas después abdomen agudo	Peritonitis generalizada Ruptura completa de Ileon.
2	Ruptura de viscera. hemorragia interna.	Peritonitis generalizada Ruptura de Ileon.

#### SALPINGITIS Y/O OOFORITIS AGUDAS.

Caso	Diagnóstico inicial	Hallazgo operatorio.
1	?	Peritonitis generalizada. Salpingitis bilateral, trompa derecha perforada.
2	Pelviperitonitis, embarazo ectópico, perforación uterina.	Peritonitis generalizada, salpingitis izquierda.
3	Peritonitis post Ab	Peritonitis generalizada. Congestión y necrosis en trompa y ovario izquierdos.

#### PERFORACION DE INTESTINO DELGADO DE ET?

Caso	Diagnóstico inicial	Hallazgo operatorio etología probable.
1	Perforación típica. Tuberculosis intestinal perforada.	Peritonitis generalizada, Perforación de Ileon a 10 cms. de válvula IC. et: perforación típica.

2	Obstrucción intestinal. úlcera tífica perforada.	Peritonitis generalizada; tres perforaciones en ileon tercio medio. Estenosis proximal ileon de 80% - diam. et: perforación por TB intestinal.
3	Shock séptico	Peritonitis generalizada, perforación en ileon terminal. et: perforación tífica.

NOTA: Estos casos fueron agrupados como de etiología no determinada, por no encontrarse en las papeletas los datos necesarios para su inclusión en grupos bien determinados.

#### PERFORACION DE COLON DE ETIOLOGIA?

Caso	Diagnóstico inicial	Hallazgo operatorio.
1	Abdomen agudo de etiología a determinar	Peritonitis generalizada. perforación de colon descendente de 4 cms.
2	Apendicitis aguda. Fiebre tifoidea a descartar.	Peritonitis generalizada. Perforación del ciego.

#### PERITONITIS TUBERCULOSA

Entidad actualmente más bien rara en los Estados Unidos (16, 18). Desafortunadamente en Guatemala no hay estudios al respecto.

Se le divide en tres variedades:

Primero: Húmeda o ascítica, de pronóstico más favorable.

Segundo: Seca, caseosa o ulcerativa.

Tercero: Enquistada, plástica o fibrinosa.

El diagnóstico se realiza, haciendo frotos de centrifugado de líquido ascítico e inoculación al cobayo; la biopsia percutánea peritoneal con aguja fue capaz de establecer el diagnóstico en 64% de los casos (16) ésta ha sido superada por la peritoneoscopia.

En Guatemala, Rosa (13) presentó una serie de 155 casos, lo más extenso de los años 1890 a 1903, con una distribución así: 6-3-1-4-5-7-4-3-1-2-3-4-3-8-, respectivamente por cada año estudiado.

Vargas (15) presenta una serie de 12 casos en 1963, diagnosticados así: 7 por peritoneoscopía, 5 por hallazgo de autopsia.

Cuatro casos de los anteriores fueron considerados como tuberculosis primaria.

Acevedo (1) en 1970, nos presenta la peritoneoscopía como el método 100% seguro de diagnóstico. En su serie de 11 casos, se confirmó el diagnóstico en 10 de ellos y se realizó en un caso más no sospechado.

## DESCRIPCION:

Diagnóstico Inicial

Cirrosis. Ascitis.

Hallazo operatorio, exámenes complementarios.

Peritoneo engrosado. Multiples nódulos en serosa de intestino de más o menos un milímetro de diámetro. Adherencias intestinales múltiples. Anatomía Patológica: Secciones de biopsia peritoneo, revelan reacción crónica granulomatosa de tipo tuberculoide con necrosis caseosa.

## QUISTE DERMOIDE DE OVARIO INFECTADO.

Diagnóstico inicial.

Amenaza de Ab.  
Infección Urinaria.  
Infección pélvica.

Hallazgo operatorio.

Peritonitis generalizada.  
Quiste dermoide infectado ovario derecho.

## PERFORACION HERNIA ESTRANGULADA:

Caso Diagnóstico Inicial

1 Hernia Infra-umbilical incarcerada.

2 Hernia incarcerada.

Hallazgo operatorio.

Peritonitis generalizada.  
Perforación de Ileon.

Peritonitis generalizada.  
Perforación del ciego.

## PERFORACION DE COLON SECUNDARIA E INTUSUSCEPCION.

Diagnóstico inicial.

Desnutrición;anemia secundaria;  
parasitismo intestinal. Evoluciona nueve días antes de la parotomía con deposiciones sanguinas.

Hallazgo operatorio.

Peritonitis generalizada.  
Invaginación de Ileon terminal que atraviesa el Colon y llega hasta asa sigmoidea.  
Perforación de Colon descendente.

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INICIO DE LOS SINTOMAS  
HASTA LA FECHA DE CONSULTA.**

Un día	13 Casos.
Dos días	2 Casos.
Tres días	2 Casos.
Cuatro días	4 Casos.
Cinco días	2 Casos.
Seis días	2 Casos.
Siete días	16 Casos.
No se sabe evolución	11 Casos.

**Complicaciones posteriores a procedimientos hospitalarios:**

Post CST:	1 Caso.
Post LUI:	2 Casos.
Post HISTERECTOMIA	1 Caso.

**TIEMPO TRANSCURRIDO DESPUES DE LA CONSULTA INICIAL  
EN QUE SE HIZO EL DIAGNOSTICO DE ABDOMEN AGUDO:**

Inicial	24 Casos.
Un día	10 Casos.
Dos días	7 Casos.
Tres días	4 Casos.
Cinco días	1 Caso.
Seis días	3 Casos.
Siete días	1 Caso.
Ocho días	1 Caso.
Nueve días	1 Caso.
Diez días	1 Caso.
Doce días	1 Caso.
Catorce días	1 Caso.
Treinta y dos días	1 Caso.

**DATOS TOTALES DE EGRESOS Y PORCENTAJES ESPECIFICOS PARA LOS CASOS DE  
PERITONITIS GENERALIZADA ENCONTRADOS POR AÑO:**

Año	No. de casos	Casos encontrados	Porcentaje
1972	5,980	15	0.25
1973	5,390	3	0.055
1974	6,456	10	0.15
1975	6,616	9	0.13
1976	6,189	12	0.19
1977	3,068	7	0.228
<b>TOTAL</b>	<b>33,699</b>	<b>56</b>	<b>0.166</b>

FALLECIMIENTOS: TOTAL Y DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR CAUSA.

	<u>18 fallecimientos</u>	<u>32.14%</u>	<u>MORTALIDAD ESPECIFICA</u>	<u>No.</u>
Perforación intestinal por fiebre tifoidea				4
Apéndicitis gangrenosa perforada				3
Complicaciones en el post-operatorio				3
Colangitis supurativa	1			
Ulceras Gástrica perforada	2			
Infección Pélvica	1			
Perforación de Colon de etiología?	1			
Perforación de intestino delgado de etiología?	2			
Perforación Colon secundaria a intususcepción	1			
SUMA TOTAL .....	18			
Porcentaje...		0.053		

DISTRIBUCION POR FRECUENCIA PARA INTERVALOS DE  
EDADES Y SEXO

INTERVALO	FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO
0 - 5 años	2	2	
6 - 10 años	4	3	1
11 - 15 años	6	4	2
16 - 20 años	9	5	4
21 - 25 años	9	4	5
26 - 30 años	6	1	5
31 - 35 años	1		1
36 - 40 años	6	4	2
41 - 45 años	2		2
46 - 50 años	2		2
51 - 55 años	1	1	
56 - 60 años	4	3	1
61 - 65 años	1		1
66 - 70 años	2	2	
83 años	1	1	

## PROMEDIOS

### De estancia hospitalaria:

General	21.8 días
De pacientes no fallecidos	36.8 días
Pacientes fallecidos	12.33 días.

### De días de administración de antibióticos:

Nombre	No. de días	Valores extremos	No. de Pts.
Penicilina	11.5	2-30 días	41
Cloranfenicol	12.42	2-36 días	40
Ampicilina	14.4	4-40 días	23
Kanamicina	15	5-27 días	5
Gantrisin	7.7	6-10 días	3
Tetraciclina	11.8	2-30 días	12
Estreptomicina	8.5	2-17 días	9

### Otros antibióticos utilizados:

Sulfaguanidina dos casos; oxacilina un caso; aminosidina un caso; diyodohidroxiquinoleina 11 casos.

### NUMERO DE ANTIBIOTICOS UTILIZADOS SIMULTANEAMENTE O EN EL TRANSCURSO DE LA HOSPITALIZACION.

Un antibiótico	6 casos
Dos antibióticos	19 casos
Tres antibióticos	16 casos
Cuatro antibióticos	7 casos
Cinco antibióticos	6 casos
Seis antibióticos	1 caso
Ningún antibiótico	1 caso.

## INDICACIONES Y TRATAMIENTO INICIAL.

En cincuenta y dos de los casos se indicó de inicio la restricción per os, reposo, soluciones y succión nasogástrica.

En la totalidad de los casos se indicó el cuidado de los parámetros de rutina y la notificación inmediata de cambios.

En veintidós casos fue ordenada la administración de antiespasmódicos, acompañados en doce de ellos, de tratamiento sintomático para la diarrea y la nausea.

En cincuenta y cinco de los casos se ordenó la administración de uno o más antibióticos de entrada.

## VALORES DE RECUENTOS DE GLOBULOS BLANCOS

### Apendicitis gangrenosa perforada:

Recuentos bajos	3,800-- 4,000	2 casos
Recuentos normales	5,600-- 9,000	4 casos
Recuentos altos	12,400--14,400	5 casos
Ignorado		2 casos

### Perforación intestinal por fiebre tifoidea:

Recuentos bajos	3,800-- 5,300	7 casos
Recuentos normales	6,000--11,600	6 casos

### Infección Pélvica:

Normales altos	9,150 10,400	2 casos
altos	17,000 20,200	2 casos

### Ulcera Gástrica o duodenal perforada:

Normales	5,200 8,050	2 casos
Altos	10,500 24,300	2 casos

### Salpingitis y/o Ooforitis aguda:

Normal	9,300	1 caso
Alto	12,500 14,000	2 casos

### Perforación de Colon de et?:

Recuento alto	12,900--15,000	2 casos
---------------	----------------	---------

El resto de entidades patológicas presentan valores de recuento de glóbulos blancos dentro de los límites de valores normales o "normales altos".

## REACCION DE AGLUTINACION DE VIDAL

En los casos de fiebre tifoidea se presentó:

- 8 casos Elevación de títulos seriados.
- 4 casos Reacción positiva con títulos para el antígeno O alto (80-640) y H bajo (40-320).
- 1 caso Reacción positiva con títulos para los antígenos O y H iguales (1:160).
- 13 casos Total.

### Otras causas:

- 6 casos Reacción positiva con títulos para el antígeno O bajo (20-160) y H alto (80-320).
- 3 casos Reacción positiva con títulos para los antígenos O y H iguales (1:40 dos casos) (1:80 un caso).
- 2 casos Reacción positiva con títulos para el antígeno O altos (1:80) y H bajos (1:40). Los dos casos de infección pélvica.
- 3 casos Reacción negativa seriada.

Lo anterior encaja bien dentro de la definición de la reacción de Aglutinación de Widal.

## CULTIVOS

Se encontraron 5 cultivos positivos:

Estafilococo 2 casos

**ENFERMEDADES INTERCURRENTES:**

Pseudomonas	caso mortal
Proteus Mirabilis	caso mortal
Enterobacter	caso mortal
Colibacilo	

**Otros hallazgos de laboratorio:**

Orinas anormales	16 casos
------------------	----------

**Parasitismo Intestinal.**

helmintos ....	7 casos
Protozoos ....	6 casos

Plasmodium vivax	2 casos
------------------	---------

Retención anormal de BST 1 caso.

Diarrea de etiología indeterminada	7 casos
Enterocolitis amebiana	5 casos
Bronconeumonía	4 casos
Convulsiones	2 casos
Reacción leucopénica al cloranfenicol?	1 caso
Ulcera escrotal	1 caso
Varicela	1 caso.

## COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO

Infección de herida operatoria	7 casos
Dehiscencia de sutura	3 casos
Insuficiencia cardíaca congestiva	3 casos
Peritonitis como complicación post operatoria	3 casos
Shock Séptico	2 casos
Shock Hipovolémico	1 caso
Estenosis en Ileon	1 caso.

## CONCLUSIONES:

- Primero: El tiempo de evolución fue variable, hallándose una alta frecuencia con más de 7 días de inicio al momento de la consulta.
- Segundo: El tiempo transcurrido después de la consulta para el diagnóstico de abdomen agudo es corto en la mayoría de casos, encontrándose una distribución plana en el resto de casos, excepto en tres en que se extiende a 12, 14, y 32 días respectivamente.
- Tercero: El porcentaje de mortalidad general permanece estable para la suma total de casos, así como para los cinco y medio años estudiados.
- Cuarto: Es de hacer notar que los tres casos de complicaciones en el post-operatorio fallecieron, siendo de ellos una peritonitis por pseudomonas que sólo recibió tratamiento adecuado durante los cinco últimos días (antibótico de elección).
- Quinto: Los dos casos de perforación de intestino de etiología no determinada, fueron pacientes en malas condiciones que fallecieron en el post-operatorio inmediato.
- Sexto: La distribución de casos encuentra su máxima frecuencia entre los diez y cuarenta años existiendo una distribución relativamente igual con respecto del sexo.
- Séptimo: La administración de medicación sintomática (anti-espasmódicos, analgésicos, antidiarréicos), retraso el diagnóstico de peritonitis en todos los casos probables.

blemente enmascarando el cuadro.

- Octavo: Es de suma importancia la realización de cultivos en estos casos, ya que en algunos se utilizaron varios antibióticos simultáneamente de espectro parecido, y sin aparente ventaja en la evolución.
- Noveno: En el área pediátrica es necesario tener siempre presente el diagnóstico de intususcepción en todo paciente que presenta deposiciones sanguíneas.
- Décimo: Debe pensarse en el servicio de obstetricia en la patología común de abdomen agudo, en toda paciente embarazada que consulte por dolor abdominal.
- Onceavo: Es imperativo revisar y supervisar los procedimientos diagnósticos -clínicos y de laboratorio-, para llevar una terapéutica mejor orientada, con la finalidad de reducir a corto plazo la mortalidad y el tiempo de estancia hospitalaria (26).

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Acevedo Siguí, Amílcar Edelberto. PERITONEOSCOPIA, REVISIÓN DE 118 CASOS. Tesis 1970.
- 2.- Behar Alcahé, Alberto. CONSIDERACIONES SOBRE FIEBRE TIFOIDEA. Tesis 1955.
- 3.- Contreras Mejía, Gustavo E. PERITONITIS PRIMARIA, DESCRIPCION Y PRESENTACIÓN DE NUEVE CASOS EN 5 AÑOS, HOSPITAL GENERAL. Tesis 1972.
- 4.- Cabrera Valverde, Julio R. FIEBRE TIFOIDEA, ESTUDIO CLINICO Y DIAGNOSTICO. Tesis 1970.
- 5.- Durán A., Rodolfo. REVISION DE 71 CASOS OPERADOS POR LESIÓN GASTRICA O DUODENAL. Tesis 1955.
- 6.- Echeverría Asencio, Ricardo W. APENDICITIS AGUDA EN EL NIÑO REVISION DE 309 CASOS, DEPTO. DE CIRUGIA, HOSPITAL GENERAL. Tesis 1974.
- 7.- Guerrero Roldán, Angel M. INFECCION DE HERIDA OPERATORIA DE ABDOMEN. Tesis 1975.
- 8.- Hoenes M. de Tarragó, Thelma A. APENDICITIS AGUDA, 11 AÑOS EN HOSPITAL ROOSEVELT. Tesis 1973.

- 9.- Leiva Santos Manuel O. ABDOMEN AGUDO EN EL NIÑO. Tesis 1964.
- 10.- Mejicanos Loarca, Catalino S. M. CONSIDERACIONES - GENERALES SOBRE PERFORACION INTESTINAL EN FIEBRE TIFOIDEA. Tesis 1970.
- 11.- Morales Toledo, Gustavo A. INCIDENCIA DE PERFORACIONES TIFICAS EN HOSPITAL GENERAL, REVISION DE 10 AÑOS. Tesis 1971.
- 12.- Morales Sandoval, Eduardo A. HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN. Tesis 1971.
- 13.- Rosa, Domingo A. ALGO SOBRE PERITONITIS TUBERCULOSA Y SU TRATAMIENTO. Tesis 1903.
- 14.- Solis Orellana, Elídio. FIEBRE TIFOIDEA EN GUATEMALA, REVISION DE 5 AÑOS. Tesis 1974.
- 15.- Vargas Cordón, Mario. PERITONITIS TUBERCULOSA. Tesis 1963.
- 16.- Davis-Christopher, Sabiston. TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA. Editorial Interamericana. 10a. ed. 1974. I.
- 17.- Harrison, Coordinadores. MEDICINA INTERNA. La Prensa Médica Mexicana. 4a. ed. en español. 1973.
- 18.- Nelson, Waldo E. et al, TRATADO DE PEDIATRIA. Salvat Editores S.A. 6a. ed. reimpresión 1973.
- 19.- Novak, Edmund R. et al, TRATADO DE GINECOLOGIA. Editorial Interamericana. 8a. ed. 1971.
- 20.- Robbins, Stanley L. TRATADO DE PATOLOGIA. Editorial Interamericana. 3a. ed. 1968.
- 21.- Ackerman, N. B. The Continuing problems of Perforated Appendicitis. Surg Ginecol Obstet 139:29, 1974.
- 22.- Conquest, H. F. And J. W. Coxe, Perforated Appendicitis A Review of 225 cases. Virginia Med Monthly 99-737, 1972.
- 23.- Analysis of the causes of Mortality from Appendicitis. Kenneth R. Stanswald, et al. The American Surgeon, Oct. 76, Vol. 42 761-765.
- 24.- Prognostic factors in Generalised Peritonitis. Ger R. et al J. R Coll Surg Edimb 21 (3) 173-7 May 76.
- 25.- The Urgency of Diagnosis and Surgical Treatment of acute Suppurative Cholangitis.\* John P. Welck and Gordon A. Donaldson.

26.- The Continuing Challenge of acute and Perforated Appendicitis Denis Law, Ronald Law and Ben Eiseman.

\* The American Journal of Surgery  
May 76, Vol. 131, No. 5  
553-555, 527-532.

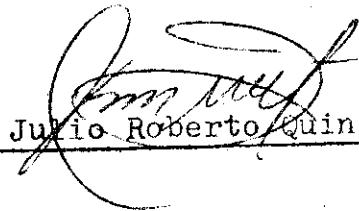
27.- Ruptured Tubo Ovarian Abscess, Weekes L. R.  
J Natl Med Assoc 67 436-43 Nov.  
75.

28.- Archmpong, E. Q Operative Treatment of Typhoid Perforation of the bowel.  
British Medical Journal 3:273-26 Aug 69.

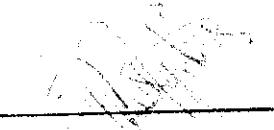
29.- Dickson, J.A. and Cole J. G. Perforation of the Terminal Ileum.  
British Journal of Surgery 51:893-897. Dec. 1964.

30.- Farreras, P. MEDICINA INTERNA. Editorial  
Marin S.A. 6a. ed. Barcelona, España, 1962. Págs. 1619-1631.

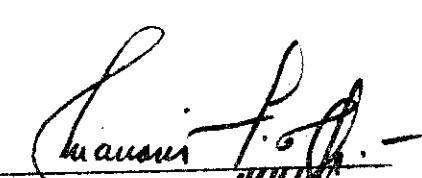
31.- Archivos del Hospital Roosevelt, ciudad de Guatemala.  
años 1965 - 1969.  
(tomado de la referencia 10).

  
BR. Julio Roberto Quintana Duarte

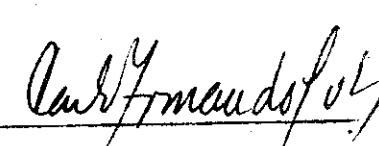
  
Mario Andrés Gonzales

  
Revisor  
Dr. Edgar William Re

  
Director de Fase III,  
Dr. Julio De León Méndez

  
Secretario General  
Dr. Mariano A. Guerrero

Vo. Bo.

  
Decano  
Dr. Carlos Armando Soto Gómez