

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



JULIO ROBERTO QUINTANA DUARTE

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1977

| | 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 procedimientos diagnósticos 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 única-

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 Amatlán.

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 sustancias 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 |
| Úlcera Gástrica 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 estados que pueden causar infección peritoneal (absceso 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 | Diagnostico Inicial | Tiempo Diagnóstico de abdomen agudo | Hallazgo Operatorio |
|------|-----------------------------|-------------------------------------|---|
| 1 | GECA | 7 días | Peritonitis generalizada Apéndice perforado. |
| 2 | Apendicitis aguda | | Idem. |
| 3 | Dolor abdominal et? | 2 días | Idem. |
| 4 | Perforación tífica | 1 día | Idem. |
| 5 | Abdomen agudo et? | | Idem. |
| 6 | Apendicitis perforada | | |
| 7 | peritonitis generalizada | | |
| 8 | Colecistitis | 2 días | Idem. |
| 9 | Abdomen agudo et? | | Idem. |
| 10 | Ileo paralítico secundario. | 1 día | Idem. |
| 11 | Perforación tífica | | Idem. |
| 12 | Apendicitis perforada | | Idem. |
| 13 | Anexitis post parto | 3 días | Idem. |
| | Embarazo de 28S | 9 días | |
| | Anexitis aguda | | Hallazgo de Autopsia: |
| | Amenaza de Ab. | | Peritonitis generalizada Apéndice perforado. |

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 germen 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, Mejicanos 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.

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

Morales Toledo (11) en su revisión de 1961-1970 en el Hospital General, encontró la siguiente incidencia de perforaciones tíficas 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. Vidal. Características del cuadro. | Hallazgo operatorio |
|------|---|--|
| 1 | Perforación Tífica. Vidal no sugiere infección actual. Cuadro sugestivo. | Perforación intestinal a 40 cms. de válvula IC. |
| 2 | Perforación Tífica. Vidal: aumento de título. Cuadro típico. | Dos perforaciones en Ileon terminal. |
| 3 | Fiebre tifoidea. Vidal: aumento de título. Cuadro no sugestivo. | Perforación de Ileon terminal. |
| 4 | Fiebre tifoidea. Vidal sugestivo de infección actual. Cuadro Típico. | Tres perforaciones en Ileon terminal. |
| 5 | Perforación Tífica. Vidal: aumento de Título. Cuadro poco sugestivo. | Dos perforaciones Ileon terminal. Placas de Peyer Hipertroficas. |
| 6 | Abdomen agudo. Vidal título elevado no determinante. Cuadro poco sugestivo. | Perforación de Ileon terminal. |

| | | |
|----|---|--|
| 7 | Salmonellosis-shigelosis. Widal Título muy elevado sugestivo inf. actual. Cuadro sugestivo. | Perforación 0.5 cms. en Ileon Terminal |
| 8 | Fiebre tifoidea. Widal: aumento de Títulos Cuadro típico. | Perforación de Ileon terminal |
| 9 | Fiebre tifoidea. Widal: aumento de títulos. Cuadro típico. | Perforación Ileon terminal. Areas de reblandecimiento en pared intestinal. |
| 10 | Perforación tífica. Widal: aumento de títulos. Cuadro sugestivo. | Perforación de Ileon terminal. |
| 11 | Peritonitis por perforación tífica Widal sugestivo de infección actual Cuadro típico. | Perforación de Ileon terminal. |
| 12 | Apendicitis perforada. Widal su- gestivo de infección actual. Cuadro no descrito. | Perforación de Ileon terminal. |
| 13 | Apendicitis. Widal: aumento de títulos. Cuadro poco sugestivo. | Perforación de Ileon terminal. |

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

SUMA TOTAL:

13 casos

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 abdomen agudo. | Perforación uterina. peritonitis generalizada. |
| 2 | Ab. séptico. | Perforación uterina, peritonitis 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 abdomen; 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. Úlcera gástrica perforada. |
| 2 | Apendicitis | Peritonitis generalizada. Úlcera gástrica perforada. cara anterior de estómago. |
| 3 | Úlcera duodenal perforada | Idem. Peritonitis generalizada. Trombosis mesentérica. |
| 4 | Ileo paralítico, obstruc- ción intestinal. | Úlcera perforada prepí- lórica; peritonitis genera- lizada. |

COLANGITIS SUPURATIVA

| Diagnóstico inicial | Hallazgo operatorio |
|--|---|
| Colecistitis Crónica Calculosa Úlcera Gástrica Ca gástrico Cirrosis | Colangitis supurativa Peritonitis generalizada de aspecto estafilocócico. |

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 etiología probable. |
|------|--|--|
| 1 | Perforación tífica. Tuberculosis intestinal perforada. | Peritonitis generalizada, Perforación de Ileon a 10 cms. de válvula IC. et: perforación tífica. |

- | | | |
|---|---|---|
| 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 pa-
peletas 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 des- cendente 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 frotis 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 peritoneosco-
pía.

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, diag-
nósticos así: 7 por peritoneoscopia, 5 por hallazgo de autop-
sia.

Cuatro casos de los anteriores fueron considerados como tu-
berculosis primaria.

Acevedo (1) en 1970, nos presenta la peritoneoscopia co-
mo el método 100% seguro de diagnóstico. En su serie de 11 ca-
sos, se confirmó el diagnóstico en 10 de ellos y se realizó en un-
caso más no sospechado.

DESCRIPCION:

Diagnóstico Inicial

Cirrosis. Ascitis.

Hallazgo operatorio, exámenes complementarios.

Peritoneo engrosado. Múltiples 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.

PERFORACION HERNIA ESTRANGULADA:

Caso Diagnóstico Inicial

1 Hernia Infra-umbilical encarcerada.

2 Hernia encarcerada.

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 laparotomía con deposiciones sanguíneas.

Hallazgo operatorio.

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

QUISTE DERMOIDE DE OVARIO INFECTADO.

Diagnóstico inicial.

Amenaza de Ab.
Infección Urinaria.
Infección pélvica.

Hallazgo operatorio.

Peritonitis generalizada.
Quiste dermoide infectado ovario derecho.

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 |
| TOTAL | 33,699 | 56 | 0.166 |

FALLECIMIENTOS: TOTAL Y DISTRIBUCION DE FRECUENCIA POR CAUSA.

| 18 fallecimientos | 32.14% | MORTALIDAD ESPECIFICA | No. |
|--|--------|-----------------------|-------|
| Perforación intestinal por fiebre tifoidea | | | 4 |
| Apendicitis gangrenosa perforada | | | 3 |
| Complicaciones en el post-operatorio | | | 3 |
| Colangitis supurativa | | | 1 |
| Úlcera 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 Ptes. |
|---------------|-------------|------------------|--------------|
| 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 |
| Estreptomina | 8.5 | 2-17 días | 9 |

Otros antibióticos utilizados:

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

NUMERO DE ANTIBIOTICOS UTILIZADOS SIMULTANEAMENTE O EN EL TRANCURSO 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 anti-espasmódicos, acompañados en doce de ellos, de tratamiento sin tóxico para la diarrea y la náusea.

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 |

Úlcera 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 WIDAL

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 <u>in</u> fección 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 |
|--------------|---------|

| | |
|-------------------|-------------|
| Pseudomonas | caso mortal |
| Proteus Mirabilis | caso mortal |
| Enterobacter | caso mortal |
| Colibacilo | |

Otros hallazgos de laboratorio:

| | |
|--------------------------|----------|
| Orinas anormales | 16 casos |
| Parasitismo Intestinal. | |
| helintos | 7 casos |
| Protozoos | 6 casos |
| Plasmodium vivax | 2 casos |
| Retención anormal de BST | 1 caso. |

ENFERMEDADES INTERCURRENTES:

| | |
|--|---------|
| Diarrea de etiología indeterminada | 7 casos |
| Enterocolitis amebiana | 5 casos |
| Bronconeumonía | 4 casos |
| Convulsiones | 2 casos |
| Reacción leucopénica al cloranfenicol? | 1 caso |
| Úlcera 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 (antibiótico 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 proba-

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, REVISION DE 118 CASOS. Tesis 1970.
- 2.- Behar Alcahé, Alberto. CONSIDERACIONES SOBRE FIEBRE TIFOIDEA. Tesis 1955.
- 3.- Contreras Mejía, Gustavo E. PERITONITIS PRIMARIA, DESCRIPCION Y PRESENTACION 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 LESION 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, Elfidio. 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 Gynecol 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.

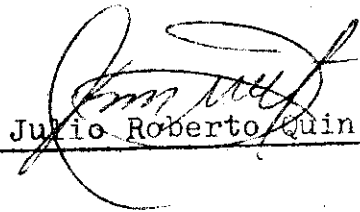
27.- Ruptured Tubo Ovarian Abscess, Weekes L. R.
J Nat Med Assoc 67 436-43 Nov.
75.


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.

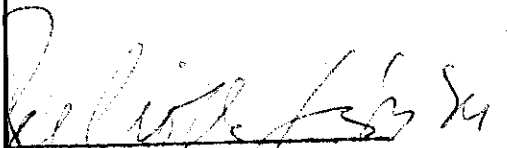
30.- Farreras, P. MEDICINA INTERNA. Editorial
Marin S.A. 6a. ed. Barcelona, España, 1962. Págs. 1619-1631.

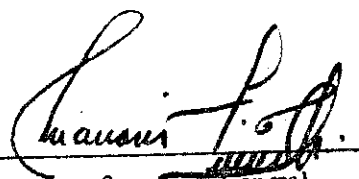
31.- Archivos del Hospital Roosevelt, ciudad de Guatemala.
años 1965 - 1969.
(tomado de la referencia 10).

BR.  Julio Roberto Quintana Duarte

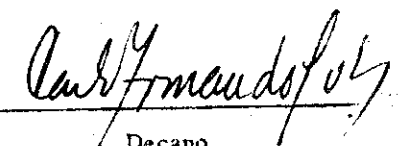

Asesor.
r. Mario Andrés Gonzales

Revisor.
Dr. Edgar William Re


Director de Fase III.
r. Julio De León Méndez


Secretario General
Dr. Mariano A. Guerrero

Vo. Bo.


Decano
Dr. Carlos Armando Soto Gómez