

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**LINFADENITIS MESENTERICA INESPECIFICA**  
(Estudio realizado en el hospital General  
San Juan de Dios)

**ROLANDO V. BARILLAS M.**

**Guatemala, C. A.**

## INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. HIPOTESIS
- IV. MATERIAL Y METODOS
- V. DEFINICION
- VI. HISTORIA
- VII. ETIOLOGIA
- VIII. PATOGENIA
- IX. INCIDENCIA
- X. FISIOPATOLOGIA
- XI. MANIFESTACIONES CLINICAS
- XII. METODOS DIAGNOSTICOS
- XIII. TRATAMIENTO
- XV. ANALISIS DE DATOS
- XVI. GRAFICAS
- XVII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
- XVIII. BIBLIOGRAFIA

# I INTRODUCCION

El presente estudio fue realizado en el hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala; el objeto que perseguimos al efectuarlo es tener datos propios de este cuadro clínico, cuyo principal diagnóstico diferencial es un problema común y que vemos con mucha frecuencia: la apendicitis aguda.

En Guatemala no existen estudios respecto a este problema y aún en la literatura mundial son muy pocas las referencias, es así como sintiendo que se hacia necesario el conocimiento de esta entidad clinica en nuestro medio, hemos llevado a cabo el presente trabajo, tratando de exponer en la forma más comprensible y completa este tema. Lo anterior lo realizamos mediante la recopilación de lo publicado en todo el mundo con respecto a esta enfermedad, efectuando así mismo un estudio retrospectivo de 5 años donde se analizarón la mayor cantidad de datos con respeto a incidencia, sintomatología, etc. con que se presenta la linfadenitis mesenterica en Guatemala.

Queremos dejar la motivación para futuros trabajos sobre este mismo tema a sabiendas de su importancia clínica, especialmente para el cirujano cuando se enfrenta a decisiones difíciles tales como laparatomizar o no a un paciente con abdomen agudo, existiendo la duda razonable entre cuadros tan parecidos y pleomorfos sintomatológicamente: la apendicitis aguda y la linfadenitis mesenterica inespecífica.

## II OBJETIVOS

- a. Poner de relieve un cuadro clínico importante por su diagnóstico diferencial.
- b. Tener estadísticas propias del problema.
- c. Efectuar una recopilación de datos mundiales con respecto a este problema, para tener un mejor conocimiento del mismo.
- d. Poner de relieve la sintomatología, edad y época más frecuente en que se presenta esta enfermedad en Guatemala.
- e. Conocer los principales problemas con que se puede confundir esta entidad clínica.
- f. En base a lo anterior efectuar un diagnóstico más rápido y certero del cuadro.
- g. Conocer su incidencia en Guatemala.

### III HIPOTESIS

1. El principal diagnóstico diferencial de la adenitis mesenterica es la apendicitis aguda.
2. La mayor parte de los pacientes con adenitis mesenterica estan comprendidos en los dos primeros decenios de la vida.
3. La adenitis mesenterica es mas frecuente en el sexo masculino.
4. La linfadenopatía mesenterica se presenta con mayor incidencia en las estaciones de otoño y primavera.
5. El síntoma que más frecuentemente se presenta es dolor cólico en fosa iliaca derecha.
6. La incidencia de adenitis mesenterica en Guatemala es baja.

## IV

### MATERIAL Y METODOS

#### A. MATERIALES:

- a. Libro de registro de pacientes de la Sala de Operaciones.
- b. Expedientes clínicos de los pacientes que comprende el estudio.
- c. Hojas de tabulación especiales del trabajo.
- d. Biblioteca Facultad de Medicina.

#### B. METODO:

El presente es un estudio retrospectivo de los casos de Linfadenitis Mesenterica, vistos en el Hospital General, durante los últimos 5 años, cuyo diagnóstico se hizo en Sala de Operaciones.

Se excluyen los pacientes hospitalizados **CON** cuadro clínico sospechoso de Linfadenitis Mesenterica, que recibieron tratamiento médico y no fueron explorados.

Se hizo una tabulación de todos los casos explorados por abdomen agudo no traumático, para establecer la incidencia del problema en estudio, dentro de todos los síndromes abdominales dolorosos.

En todos éstos casos se analizaron los siguientes parámetros:

Edad

Sexo

Epoca en que se presentaron

Tiempo de evolución

5. Sintomatología referida
6. Hallazgos al examen físico de ingreso
7. Hallazgos de laboratorio (recuento globular, velocidad de sedimentación, etc.)
8. Hallazgos en los rayos "X" de abdomen al ingreso.
9. Impresión clínica de ingreso de Sala de Operaciones.
10. Hallazgos operatorios
11. Biopsias ganglionares (reporte de patología)
12. Apendicectomias (a cuantos de éstos pacientes les efectuaron apendicectomía profiláctica).
13. Complicaciones en seis (6) meses post-operatorios.

La revisión abarcó un período de 5 años, de diciembre de 1972 a diciembre de 1977.

## V DEFINICION

"Inflamación aguda de los ganglios linfáticos mesentéricos que se manifiesta clínicamente como un dolor agudo y de aparición rápida localizado en la fosa iliaca derecha, pudiendo ir acompañado de náusea, vómitos y constipación."

En la literatura se encuentran muchas definiciones de esta entidad, la mayoría de las cuales coinciden en definirlo como un cuadro clínico casi idéntico a la apendicitis y precedido generalmente por una infección respiratoria superior localizada en la faringe (9), aunque en las estadísticas y estudios que ellos mismos presentan casi ningún paciente ha tenido el antecedente de una infección respiratoria superior; por lo anterior es que hemos tomado como la definición más acercada a la realidad la que damos con anterioridad.

## VI HISTORIA

Realmente la historia de esta enfermedad es muy breve, ya que es una entidad clínica relativamente nueva. Hasta hace 30 años no se le tomaba como cuadro puro, pues todos los casos eran clasificados como adenitis tuberculosa (9). No se puede precisar con exactitud en qué fecha y quién descubrió el primer caso de adenitis mesenterica inespecífica, aunque el primer reporte de este problema, donde ya no se toma como agente etiologico al bacilo de Koch, lo tenemos en 1950 en que Sabatier reporta 10 observaciones de adenitis mesenterica causada por el bacilo de Malasseg y Vignal (3).

Este cuadro ha venido mereciendo aceptación creciente como cuadro clínico puro al tener reportes de otros autores los cuales han descrito diferentes agentes etiológicos, entre estos autores tenemos a Kjellen, Gutzler y Knajj que de 1954 a 1968 han hecho diferentes aportes para la investigación de la linfadenitis mesenterica; todo esto ha llevado a que en la actualidad se le haya separado definitivamente como una entidad completamente distinta de la adenitis tuberculosa, la cual cursa con una evolución y sintomatología completamente diferente.

Su significativa relevancia radica en el hecho de que produce un "abdomen agudo" y que debe tenerse presente en el diagnostico diferencial de la apendicitis aguda, especialmente (9) La linfadenitis mesenterica es una entidad que en la actualidad su incidencia va disminuyendo. (6).

## VII ETIOLOGIA

La etiología es muy variada, pues muchos gérmenes pueden producirla. La mayoría de cuadros quedan sin saber su etiología, pues un gran número de los cultivos de los ganglios linfáticos mesentéricos aumentados de volumen, suelen ser negativos (7). Mundialmente encontramos que el germen más frecuentemente implicado es el bacilo de Malasseg y Vignal, descubierto en 1883 por Malasseg y Vignal. Dicho germen pertenece al grupo de las pasteurrellas y es denominado *Pasteurella pseudotuberculosis*, (sinónimo *Yersinia Pseudotuberculosis*); a este bacilo se le ha encontrado responsable del 16 a 17o/o de los casos de linfadenitis. (3). Siguiendo la historia etiológica, encontramos en 1910 a Albrech que descubre en pieza de hemicolectomía derecha, por block ganglionar ileococal, *P. pseudotuberculosis*; a estos pacientes se les efectuaron pruebas inmunológicas, revelando este estudio un aumento de los niveles de anticuerpos contra este germen. De 1950 a 1964 se describen otros 13 casos de linfadenitis a bacilo de Malasseg y Vignal, estos fueron descritos por Babatier, Carlson, Wimbland y Al. (8).

En 1963 Daniels describió una bacteria similar a *P. Pseudotuberculosis* en un caso de linfadenitis mesenterica, denominada *Pasteurella "x"*, ahora llamada *Yersinia enterocolitica*, este descubrimiento fue reafirmado poco después, en 1968, por Janson quien reportó 2 casos originados por el mismo germen (6). Los dos bacilos mencionados anteriormente, *P. pseudotuberculosis* y *Yersinia Enterocolitica*, se sugieren sean unidas en la familia enterobacteriaceae (7).

Como causas raras se han encontrado casos originados por

virus (2), los cuales han aparecido coincidiendo con la elevación de patología rinofaringea estacional, en estos pacientes será posible encontrar signos de una infección respiratoria superior actual o recién pasada; entre otros gérmenes causales tenemos algunas *Rickettsias* y el *Toxoplasma gondi*.

A continuación describiremos someramente algunas características del germen más frecuentemente implicado en esta patología como lo es la *Y. pseudotuberculosis*. Es un germen gramnegativo, corto, que muestra coloración bipolar por métodos especiales, es móvil a diferencia de las demás *pasteurellas*. Las formas que predominan en los frotis hechos a partir de tejidos infectados son típicos bacilos cortos, ovoides, regordetes y gramnegativos. Mediante la coloración de Wayson (Azul de metileno con carbolfuccina) se destaca la coloración bipolar de estos organismos, haciéndolos parecerse a ganchos de ropa. Crece en medios de cultivo ordinarios, pero crece más rápidamente en medios que contengan líquidos tisulares o sangre; las colonias son viscosas, grisáceas, irregulares y rugosas (7).

## VIII PATOGENIA

*P. pseudotuberculosis* produce infección en pájaros, roedores y otros animales, infección que muy raramente es transmitida al hombre (7). No ha sido establecida la ruta de transmisión, pero es probable que los animales se infecten por la ingestión de excrementos contaminados. Las lesiones típicas en humanos están formadas por nódulos blanquecinos, groseramente parecidos a tubérculos, en los intestinos y en los órganos parenquimatosos. Al microscopio tienen un centro necrotico rodeado por células inflamatorias, no existiendo células gigantes. La enfermedad puede producir en raros casos septicemia con un resultado rápidamente fatal (7).

## IX INCIDENCIA

Se presenta más frecuentemente en gente joven, comprendida en los 3 primeros decenios de la vida, siendo el sexo masculino el más afectado (9), la mayoría de casos se presenta en la época de primavera, lo cual los hace coincidir con la elevación de patología respiratoria superior. En Guatemala no tenemos datos por la ausencia de trabajos al respecto, pero mundialmente encontramos los siguientes, los cuales nos dan una muestra comparativa de esta enfermedad y la apendicitis aguda que constituye su principal diagnóstico diferencial. Marie Terese Escarguel, en su trabajo de tesis en 1964, de 1282 apendicectomias en 15 años, 431 casos correspondieron a linfadenitis, o sea un 33o/o de los casos. Gutzer de Bucarest nos da algunos datos: 500 casos de apendicitis de los cuales 170 correspondieron a linfadenitis, o sea un 34o/o del total; con respecto a la edad, de 220 casos de Gutzer, 98 estuvieron comprendidos entre las edades de 10 a 20 años y 62 casos a personas entre 20 y 30 años; o sea que un 72o/o de los casos estaban comprendidos en las tres primeras décadas de la vida.

## X FISIOPATOLOGIA

La enfermedad se presenta casi siempre localizada en la unión ileococal, esto probablemente se deba a la riqueza de folículos linfoides del apéndice y del ileon terminal, así como a la presencia de placas de Peyer a este nivel. Los ganglios linfáticos en esta región son prominentes en niños, debiendo tener precaución de distinguir lo normal de lo patológico (9), además del factor linfático mencionado anteriormente, la relativa estasis del contenido fecal del ileon terminal puede ser otro factor predisponente para la aparición a ese nivel de la mayoría de cuadros.

Recordando la fisiología del desarrollo intestinal nos damos cuenta que la travesía de la barrera intestinal se efectúa más fácilmente en el individuo joven, lo que da por resultado que esta enfermedad se presente con mayor incidencia en los tres primeros decenios de la vida.

## XI MANIFESTACIONES CLINICAS

La sintomatología clínica de la linfadenitis mesenterica es polimorfa y queda frecuentemente confusa; podriamos decir que se trata de una pseudoapendicitis con un apéndice sano. El paciente con linfadenitis mesentérica no específica aguda, suele sufrir dolor abdominal vago, de tipo cólico, alrededor del ombligo, en el lado derecho o en el cuadrante inferior derecho. El dolor es de intensidad variable, pero entre los calambres del paciente se siente perfectamente bien. Quizá todavía persista la sintomatología de una infección respiratoria superior. Existen así mismo antecedentes de crisis anteriores, separadas por intervalos de meses en más de la mitad de los casos (5) (9).

Clinicamente tenemos a un paciente que no parece muy enfermo. Tiene fiebre, generalmente menor de 38 grados centígrados. El enfermo se observa con aspecto congestionado, a veces con palidez peribucal. La faringe suele estar inyectada y los ganglios linfáticos cervicales pueden estar agrandados. La hipersensibilidad abdominal es más Intensa, más Central, menos localizada y más Variable según los momentos, que en caso de apendicitis. La hipersensibilidad hacia el lado izquierdo cuando el paciente se acuesta de ese lado (sigo de Aird), por cambios de posición del mesenterio y ganglios, parece ser signo característico, pero muchas veces no existe (1). Clínicamente éste diagnóstico nunca puede ser afirmado. El diagnóstico será formal solo durante laparotomia.

## XII METODOS DIANOSTICOS

Primeramente en todo paciente debemos tener una buena historia clínica. En esta se investigará, sobre todo, antecedentes de cuadros iguales o parecidos al actual, detallar todos los síntomas con su tiempo de evolución, y por último en la revisión por sistemas investigar patología respiratoria alta, precedente o actual. A continuación procederemos a efectuar un minucioso examen físico, investigando fundamentalmente la presencia de patología faríngea, presencia o ausencia de fiebre, signos característicos de apendicitis, tacto rectal si es doloroso o no, signo de Aird y por último las características y localización de dolor abdominal.

Como pruebas de laboratorio deberemos de tener una hematología completa (recuento globular, hemograma de Schilling, velocidad de sedimentación, etc.), y un examen de orina. En todo paciente con abdomen agudo es imperioso la toma de una placa de abdomen simple, siendo su interpretación, en un caso de linfadenitis, generalmente normal.

Sostener un diagnóstico cerrado de linfadenitis mesenterica, apoyado en pruebas serológicas, es peligroso, la exploración quirúrgica es la regla, reconociéndose el estado del apéndice y los órganos vecinos; los hallazgos que se encuentran en la laparatomia, y los cuales hacen el diagnóstico, son: derrame de líquido cetrino peritoneal, edema de mesenterio, ganglios mesentericos de la unión ileocecal agrandados al grado que puedan hacer sospechar un linfoma, pared de la última asa ileal sana y por último el apéndice macroscópicamente sano (8).

En todo paciente se debiera tomar biopsia de ganglio para estudio histopatológico, el cual demostrara que los ganglios presentan hiperplasia inespecífica, edema e hiperemia. Cuando se efectuó la biopsia de ganglio, se debe tomar muestra del contenido del mismo para frote y cultivo, debiendo ser sembrado también en medio de Lowesten Yensen para investigar tuberculosis.

### XIII TRATAMIENTO

#### A. CONDUCTA QUIRURGICA:

La conducta quirúrgica, mediante laparatomía, debe ser llevada a cabo en todo paciente en que se sospeche un cuadro apendicular y/o una linfadenitis mesenterica, pues se considera menos peligroso intervenir a un paciente con el apéndice sano, que exponerse a la perforación de un apéndice inflamado. Si al efectuar la laparatomía se descubre el apéndice normal y la linfadenopatía característica en el ángulo ileocecal, se efectuara la apendicectomía a menos que se encuentren áreas acartonadas en intestino delgado que hagan sospechar enfermedad de Crohn, pues se expone a abscesos o fistulas (10). Recalcamos; "la apendicectomía es la conducta indicada", pues el 15o/o de estos pacientes tienen tendencia a presentar recidivas (6) y teniendo ya un paciente apendicectomizado el diagnostico sera más sencillo y seguro clínicamente.

#### B. TRATAMIENTO MEDICO:

La mayoría de las Yersinias son sensibles a los efectos de las sulfonamidas, estreptomycin y antibioticos del grupo de las tetraciclinas, siendo la Yersinia enterocolitica también sensible a la gentamicina, kanamicina y colistina (7) (4). La tetraciclina es rápidamente curativa para la mayoría de los pacientes, si el tratamiento se inicia durante los comienzos de la enfermedad. Las sulfonamidas estaran entre las drogas indicadas sólo cuando tengamos la seguridad de que el microorganismo causante no es una Rickettsia, las Rickettsias son responsables de aproximadamente 12o/o de los cuadros de linfadenitis, esta salvedad la hacemos pues el crecimiento de estos microorganismos (las Rickettsias) es estimulado por la presencia de las sulfonamidas, y las enfermedades causadas por ellos se vuelven más severas con estas drogas (7).

XV  
ANALISIS DE DATOS

1. Total de casos revisados, de abdomen agudo: 926; comprendidos en un período de 5 años, de Diciembre de 1972 a Diciembre de 1977. 10 casos correspondieron a linfadenitis mesenterica. O sea un 1.07o/o del total de casos.

2. Edad más frecuente: el 80o/o (8 casos) tenían menos de 30 años; distribuidos en la siguiente forma:

|               |         |       |
|---------------|---------|-------|
| 0 a 10 años:  | 2 casos | 20o/o |
| 11 a 20 años: | 4 casos | 40o/o |
| 21 a 30 años: | 2 casos | 20o/o |
| 50 a 70 años: | 2 casos | 20o/o |

3. El 60o/o de pacientes fue del sexo masculino, el 40o/o correspondió al sexo femenino.

4. El 70o/o de los casos se presentaron en los meses de Noviembre y Diciembre; el 30o/o restante coincidió en los meses de mayo y marzo.

5. El 90o/o (9 casos) tenían menos de 24 horas de evolución sintomatológica.

6. En los registros revisados solamente un paciente presentó el antecedente de una crisis anterior hacía 6 meses.

7. Sintomatología referida fue:

|                    |              |        |
|--------------------|--------------|--------|
| Dolor abdominal:   | 10 pacientes | 100o/o |
| Fiebre             | 5 pacientes  | 50o/o  |
| Náusea y/o vómitos | 4 pacientes  | 40o/o  |
| Constipación       | 3 pacientes  | 30o/o  |
| Diarrea            | 2 pacientes  | 20o/o  |
| Anorexia           | 1 paciente   | 10o/o  |

## 8. Hallazgos al examen físico:

|                                                        |             |       |
|--------------------------------------------------------|-------------|-------|
| Fiebre                                                 | 4 pacientes | 40o/o |
| Afebril                                                | 6 pacientes | 60o/o |
| Dolor abdominal:                                       |             |       |
| a. Difuso                                              | 4 pacientes | 40o/o |
| b. Fosa iliaca derecha:                                | 6 pacientes | 60o/o |
| Signo de rebote:                                       |             |       |
| presente en                                            | 6 pacientes | 60o/o |
| Signos de apendicitis<br>(Rovsin, Psoas,<br>Obturador) | 3 pacientes | 30o/o |
| Ruidos intestinales:                                   |             |       |
| a. normales                                            | 2 pacientes | 20o/o |
| b. ausentes                                            | 1 paciente  | 10o/o |
| c. disminuidos                                         | 4 pacientes | 40o/o |
| d. No reportados                                       | 3 pacientes | 30o/o |
| Tacto rectal:                                          |             |       |
| a. Doloroso en pared<br>derecha                        | 8 pacientes | 80o/o |
| b. Reportado normal                                    | 1 paciente  | 10o/o |
| c. No se hizo                                          | 1 paciente  | 10o/o |

## 9. Laboratorios:

|                                                |             |       |
|------------------------------------------------|-------------|-------|
| Globulos Blancos:                              |             |       |
| a. 5,000 a 10,000                              | 4 pacientes | 40o/o |
| b. 11,000 a 16,000                             | 6 pacientes | 60o/o |
| Velocidad de sedimentación en la primera hora: |             |       |
| a. 5 a 20 mm                                   | 1 paciente  | 10o/o |
| b. 21. o más mm                                | 9 pacientes | 90o/o |
| Globulos blancos segmentados:                  |             |       |
| a. normales (54-65o/o)                         | 3 pacientes | 30o/o |
| b. aumentados (+ de 65o/o)                     | 7 pacientes | 70o/o |

## 10. Rayos "X" de abdomen:

|                     |             |       |
|---------------------|-------------|-------|
| a. no se efectuaron | 2 pacientes | 20o/o |
| b. si se efectuaron | 8 pacientes | 80o/o |

## b-1 Signos encontrados:

|                                  |              |
|----------------------------------|--------------|
| a. Borramiento del Psoas derecho | 4 pacientes. |
| b. Fecalito                      | 1 paciente   |
| c. Asa en centinela              | 1 paciente   |
| d. Intestino delgado distendido  | 1 paciente   |
| e. Ileo segmentario              | 1 paciente   |
| f. Niveles hidroaereos           | 1 paciente   |
| g. Escoliosis                    | 1 paciente   |
| h. Placa Normal                  | 1 paciente   |

## 11. Impresión clínica de ingreso:

|                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| a. Apendicitis aguda        | 7 pacientes |
| b. Plastron apendicular     | 1 paciente  |
| c. Apendicitis y/o adenitis | 1 paciente  |
| d. Obstrucción intestinal   | 1 paciente  |

## 12. Hallazgos operatorios:

|                                                           |              |
|-----------------------------------------------------------|--------------|
| a. Líquido cetrino peritoneal                             | 4 pacientes  |
| b. Edema del mesenterio                                   | 2 pacientes  |
| c. Ultima asa ileal sana                                  | 10 pacientes |
| d. Ganglios mesentericos en<br>unión ileocecal agrandados | 10 pacientes |
| 3. Apendice macroscópicamente<br>sano                     | 10 pacientes |

## 13. Biopsias ganglionares:

|                  |             |
|------------------|-------------|
| a. Si se efectuó | 6 pacientes |
| b. No se efectuó | 4 pacientes |

## a.1 Reporte de patología:

|                |             |
|----------------|-------------|
| a. Hiperplasia | 4 pacientes |
|----------------|-------------|

b. Adenitis aguda 2 pacientes

14. Apendicectomías:

a. No se efectuó 1 paciente  
b. Si se efectuó 9 pacientes

Reporte de patología:

Apendice Histológicamente normal 9 casos

15. Complicaciones en 6 meses pos-operatorios:

a. Ningún paciente presentó complicaciones en 6 meses pos-operatorios

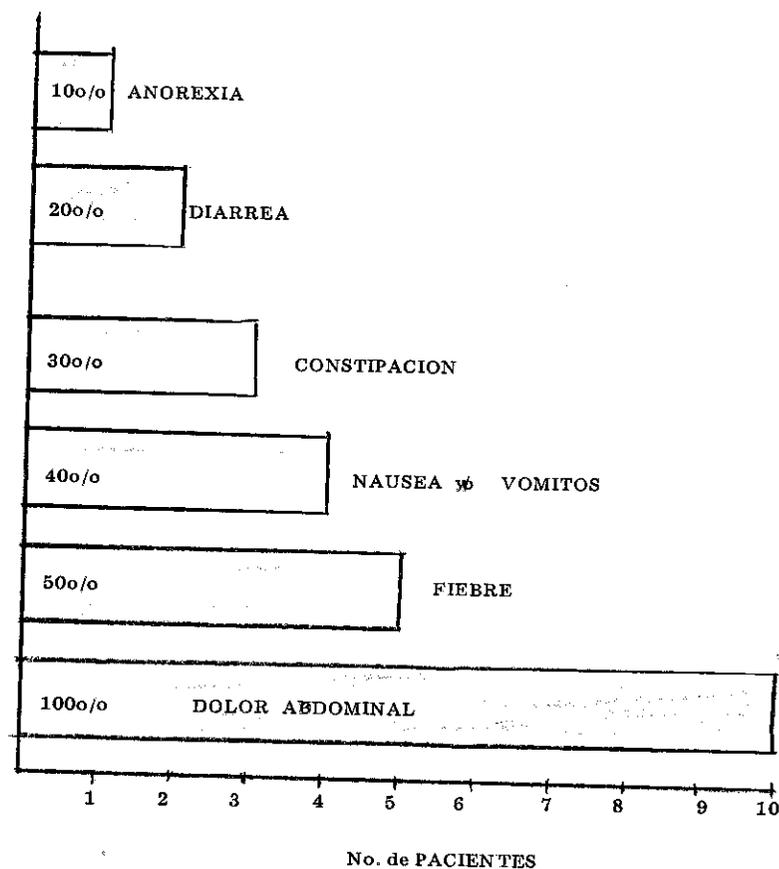
15. Tratamiento médico pos-operatorio:

a. Cloranfenicol y penicilina cristalina 1 paciente  
b. Penicilina cristalina 9 pacientes

17. Cultivos y/o frotos de contenido de ganglio:

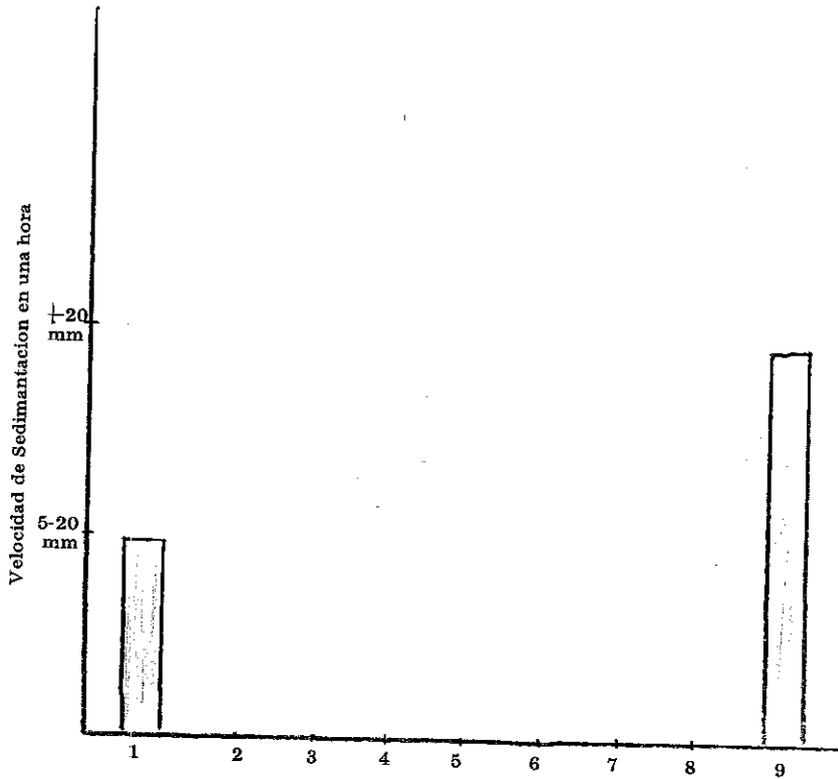
a. No se hizo 10 pacientes

GRAFICA No. 1  
SINTOMATOLOGIA REFERIDA



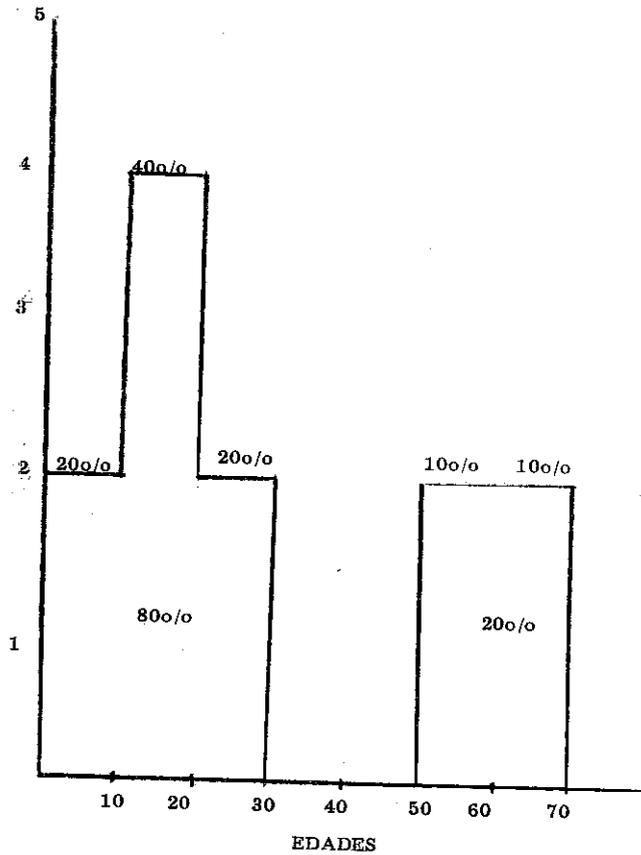
Interpretación: Dolor abdominal y fiebre fueron los síntomas que más refirieron los pacientes.

GRAFICA No. 2  
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION



Interpretación: El 90% de pacientes presentaron velocidad de sedimentación arriba de 20 mm/l hora.

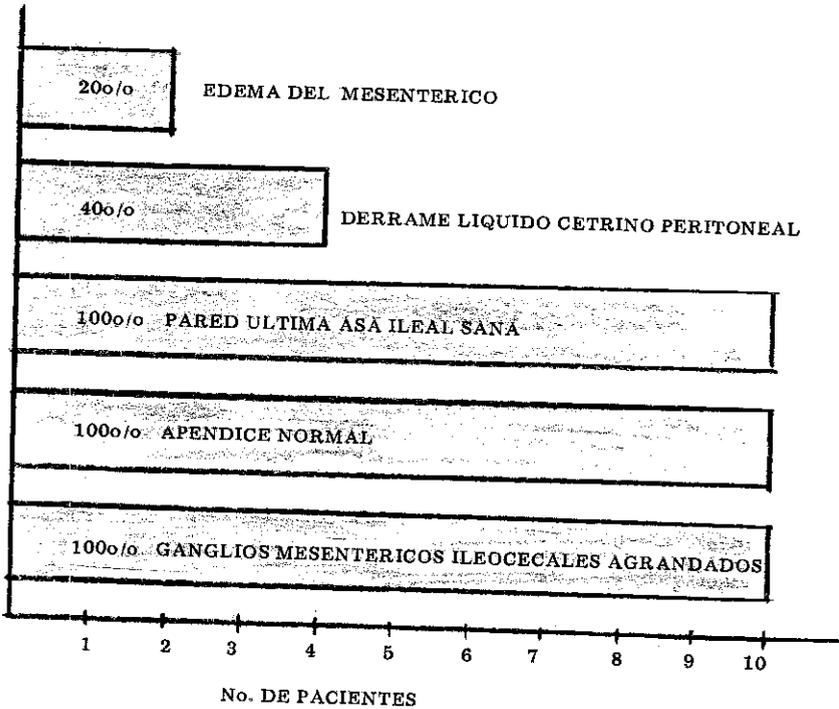
GRAFICA No. 3  
DISTRIBUCION ETARIA



Interpretacion: La linfadenitis mesenterica es más frecuente en las 3 primeras decadas de la vida. En nuestro estudio, el 80% de pacientes correspondieron a este período de vida.

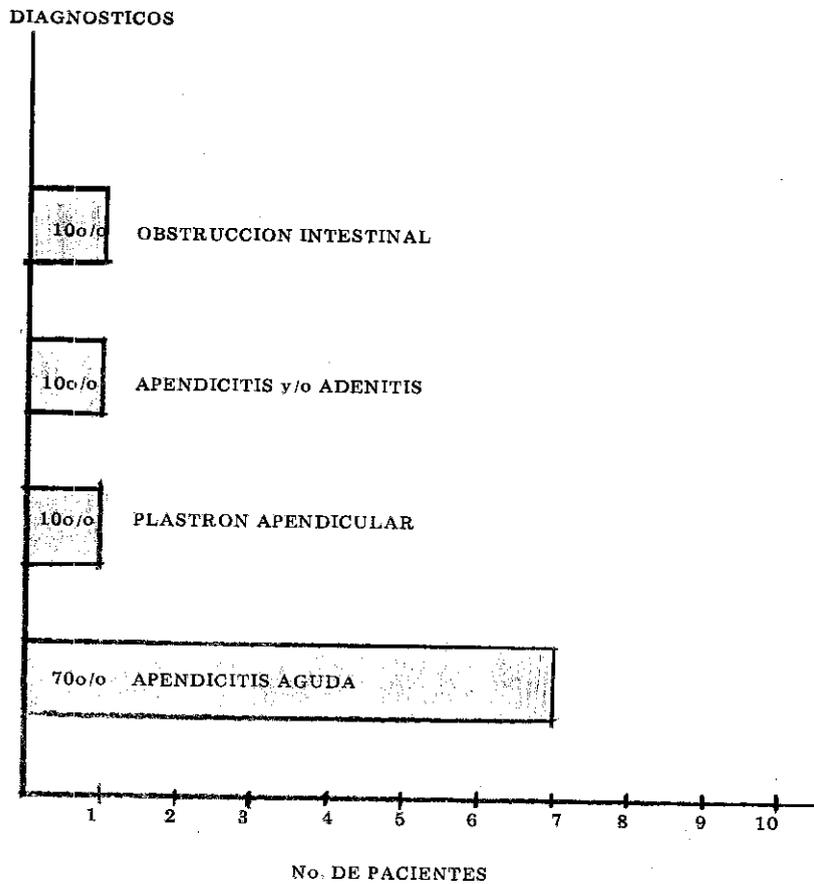
GRAFICA No. 4  
HALLAZGOS OPERATORIOS

Hallazgos Operatorios



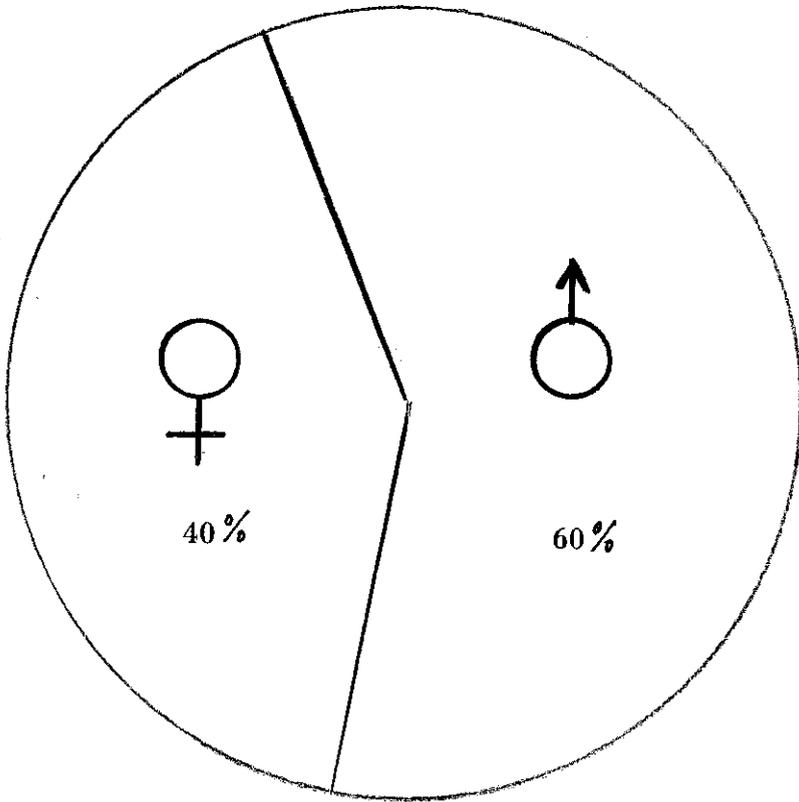
Interpretación: El hallazgo más frecuente es ganglios agrandados en unión ileocecal. Encontrar edema del mesenterio es poco frecuente.

GRAFICA No. 5  
IMPRESION CLINICA DE INGRESO



Interpretación: El principal diagnóstico diferencial es la apendicitis aguda (70o/o de los casos).

DISTRIBUCION SEXO



EL SEXO MASCULINO ES EL MAS AFECTADO

## XVII

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. En todos los casos el médico puede sospechar el diagnóstico de linfadenitis mesenterica, pero no debe afirmarlo a menos que tenga un paciente apendicectomizado.
2. Cuando se constata una linfadenitis mesenterica debe realizarse apendicectomia, excepto si se sospecha enfermedad de Crohn.
3. Una sospecha clínica de la enfermedad, no debe prevenir intervención quirúrgica cuando hay signos presentes de apendicitis. La intervención quirúrgica en los casos de linfadenitis mesenterica se considera menos peligrosa que la perforación de una apendicitis aguda.
4. La incidencia en Guatemala de adenitis mesenterica, en relación con abdomen agudo no traumático, es de 1.07o/o.
5. El síntoma que más frecuentemente se presenta es el dolor abdominal localizado en la fosa iliaca derecha (100o/o).
6. El cuadro clínico con que más se confunde la adenitis mesenterica es la apendicitis aguda. (90o/o).
7. La incidencia de adenitis mesenterica es más alta en los tres primeros decenios de la vida. (80o/o de casos).
8. La linfadenitis mesenterica es más frecuente en varones. (60o/o de casos).
9. La incidencia de adenitis mesenterica es más alta en la época de primavera (70o/o de los casos).
10. El hallazgo operatorio más frecuentemente encontrado es ganglios mesentericos en la unión ileocecal agrandados (100o/o de casos).

11. La incidencia de adenitis mesenterica en Guatemala es baja.
12. El 90o/o de pacientes no refirieron sintomatología de infección respiratoria superior precedente o actual, por lo que este síntoma no debe esperarse en un gran porcentaje de pacientes.
13. Ningún paciente en los cuales se efectuó biopsia de ganglio, presentó complicaciones en 6 meses pos-operatorios (hematoma del meso, adherencias, etc.). Por lo que creemos que la biopsia de ganglio se debe efectuar en todo paciente en que se constate una linfadenitis mesenterica.
14. Siempre que se practique biopsia de ganglio se debe tomar muestra del contenido del mismo, para efectuar frote y cultivo.
15. En el 90o/o de los casos del estudio se siguió lo que creemos es la conducta correcta, o sea, efectuar apendicectomía incidental, teniendo en cuenta que el 15o/o de estos pacientes tienden a presentar recidivas.
16. El 70o/o de los pacientes no presentaron los signos característicos de apendicitis (Rovsin, Psoas y obturador).
17. El 90o/o de los pacientes (9 casos) se encontraron hallazgos positivos en los rayos "X" de abdomen (asa en centinela, fecalito, borramiento del Psoas, etc.), influenciados probablemente por el diagnóstico de ingreso; recomendamos por lo anterior efectuar un análisis más detenido de la placa de abdomen tratando de no ser influenciados por la impresión clínica inicial.
18. Los 4 pacientes que presentaron globulos blancos en límites normales coincidieron en presentar una polisegmentación en el hemograma de Schilling, tomando como normal el intervalo de 54o/o a 65o/o, paradójicamente en los 6 pacientes que presentaron leucocitosis solo 3 presentaron polisegmentación.

19. En el 90o/o de los casos (9 pacientes) se encontró aumentada la velocidad de sedimentación en la primera hora, en claro antagonismo con un cuadro apendicular. Por lo que siempre que encontremos a un paciente con abdomen agudo que parezca un cuadro de apendicitis aguda, pero con velocidad de sedimentación elevada, deberíamos pensar también en la posibilidad de una linfadenitis mesenterica.
20. En el postoperatorio de todo paciente con linfadenitis se debe evaluar el inicio de antibioterapia de acuerdo al estado toxico o no del paciente. Si el estado general es malo y no permite esperar el resultado de los cultivos, creemos conveniente iniciar antibioterapia con tetraciclinas, esto tomando en cuenta que el agente etiológico más frecuentemente implicado (*Y. pseudotuberculosis*) es muy sensible a este grupo de antibioticos por lo que son los de elección; lo anterior no implica que todo paciente se le deben dar antibioticos en su postoperatorio, cada caso debiera ser individualizado y la decisión de iniciar la terapeutica anteriormente descrita se debiera basar en los parametros ya apuntados.  
  
Queremos resaltar que cuando la población de Yersinias alcanza un nivel muy alto, la autolisis libera la suficiente "toxina" como para lesionar a los tejidos del huésped de tal forma que en algunos casos puede ser rápidamente fatal.
21. En el 90o/o de pacientes no se encontraron antecedentes de una crisis anterior; contradictoriamente a lo que nos dice la literatura que se encuentran en más de la mitad de los casos.
22. El 60o/o de los casos (6 pacientes) no presentaban fiebre a su ingreso, los 4 pacientes restantes, el que presentó la temperatura más alta tenia 1 grado arriba de lo normal. Los datos anteriores son opuestos a lo que esperaríamos encontrar en un cuadro de apendicitis aguda.
23. Solamente en 1 paciente se pensó en adenitis mesenterica como diagnóstico diferencial, lo que nos da un índice del

desconocimiento que se tiene de esta entidad.

24. De acuerdo a nuestro estudio el cuadro clínico característico de un paciente sería el siguiente: paciente de sexo masculino, comprendido en los 3 primeros decenios de la vida, que se presenta a la emergencia, en época de primavera con un cuadro de abdomen agudo que semeje sintomatológicamente patología apendicular; sin sintomatología de infección respiratoria superior precedente o actual, ni antecedentes de cuadros anteriores parecidos o iguales al actual. Al examen físico con ausencia de 3 signos característicos de apendicitis (Rovsin, Psoas y obturador), signo de Aird Positivo, afebril o con una ligera febrícula de 1/2 grado, tacto rectal doloroso en pared derecha, signo de rebote positivo y ruidos intestinales disminuidos. Laboratorio con globulos blancos entre 11,000 a 16,000, o bien, en límites normales pero con polisegmentación; velocidad de sedimentación aumentada y rayos "X" de abdomen normales.

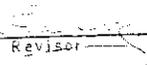
### XVIII BIBLIOGRAFIA

1. Aird, I. Acute inespecific lymphadenitis. Brit. Medical Journal. 2 (680). April 1945.
2. Blaltner, R.D. Acute mesenteric lymphadenitis. Journal of pediatrics. 2: 479-81, March 1969.
3. Braunstein, H. Mesenteric lymphadenitis acute to Yersinia enterocolitica. Report of a case. American journal of clinical pathology (55): 506-10, April 1971.
4. Fournier, A. pseudotumoral from of mesenteric adenitis acute to Malasseg and Vignal bacilus (clinical diagnosis, serologic confirmation). Journal of sciencie medic lille. 86: 187-91, March 1978.
5. Hubbert, W.T. Yersinia pseudotuberculosis infección in the Unيتد States. Septicemia, apendicitis and mesenteric lymphadenitis. American Journal of trop. medicineland higiene. 20: 679-84, Septiembre 1971.
6. Jansson E. Yersinia enterocolitica as a cause of acute mesenteric lymphadenitis. Acta paediatrica Scandinavica. 57: 448-50. Septiembre 1968.
7. Jawetz, E. Dr. Microbiologia médica. 8 ed. El manual moderno, México, pp. 245-50, 1968.
8. Jilton, R.C. Yersinia related mesenteric lymphadenitis. New England journal of medicine. 283:818-19, October 1970.
9. Macbeth, Robert A. y Walter C. Mackenzie. Linfadenitis mesenterica. En: Tratado de patología quirúrgica de Davis-Cristhoper. 10 ed. México, Editorial Interamericana. Tomo I, pp. 742, 1974.

10. Modne, P. et al. Non especific mesenteric lymphadenitis. Journal of surgery. 5: 59, 1967.
11. Wilensaly, A.C. et al. Mesenteric lymphadenitis. Journal of surgery. 83: 812, 1926.

  
\_\_\_\_\_  
Sr.

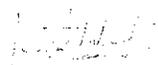


  
\_\_\_\_\_  
Revisor

  
\_\_\_\_\_  
Director de Fase II

  
\_\_\_\_\_  
Secretario General

Vo.Bo.

  
\_\_\_\_\_  
Decano