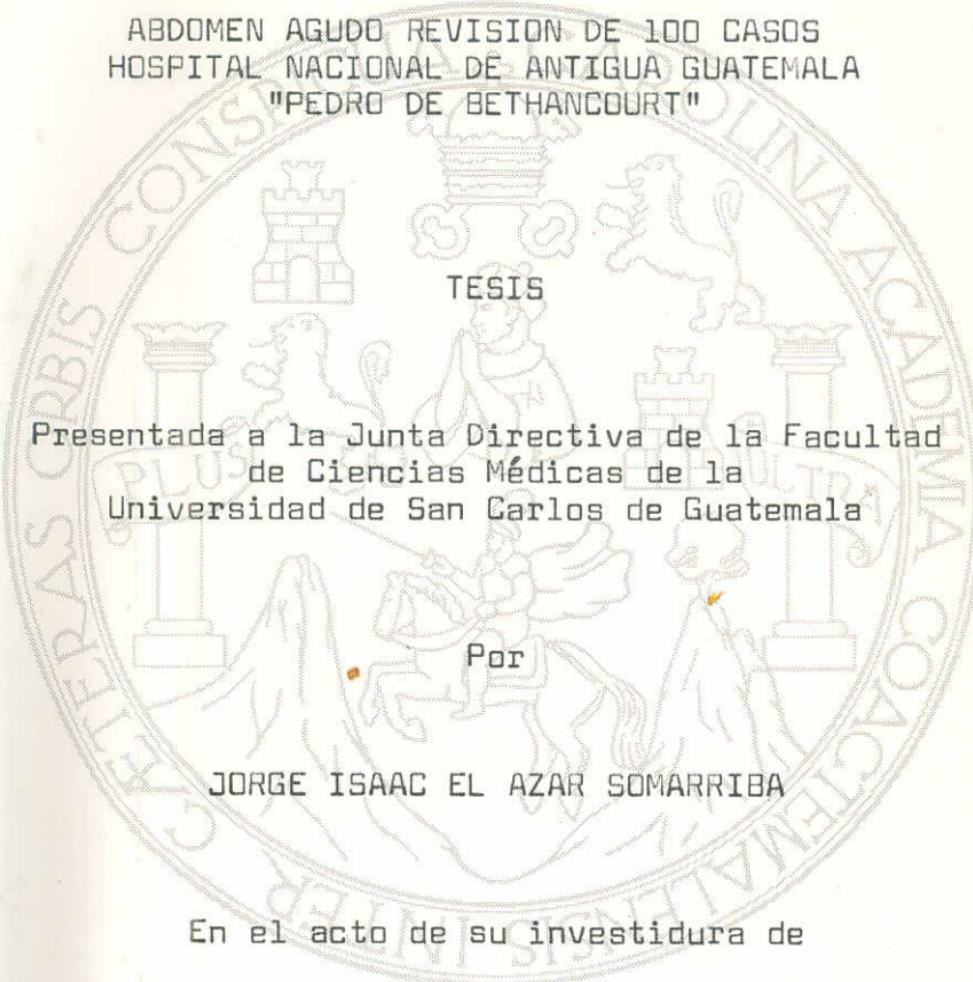


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS
HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA
"PEDRO DE BETHANCOURT"



TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

JORGE ISAAC EL AZAR SOMARRIBA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO

1. INTRODUCCION

2. OBJETIVOS

3. MATERIAL Y METODOS

4. CUADROS ESTADISTICOS

5. RESULTADOS Y DISCUSION

6. CONCLUSIONES

7. RECOMENDACIONES

8. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo constituye una revisión retrospectiva, de 100 casos de pacientes con diagnóstico de Abdómen Agudo, intervenidos quirúrgicamente en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Antigua Guatemala "PEDRO DE BETHANCOURT". En el lapso de tiempo comprendido de enero 1978 a abril de 1979.

Con el fin de presentar datos estadísticos propios y poder observar las múltiples relaciones que ésta importante entidad patológica, eminentemente quirúrgica presenta con nuestro medio ambiente desde su origen hasta su desenlace final.

Tratando de cumplir con lo anteriormente expuesto, se analizaron los parámetros siguientes:

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Grupo Etnico
- d) Procedencia
- e) Tiempo de evolución
- f) Síntomas que motivaron la consulta
- g) Diagnóstico Pre-Operatorio
- h) Diagnóstico Post-Operatorio
- i) Metodología Diagnóstica
- j) Tratamiento
- k) Tipo de incisión y hallazgos
- l) Complicaciones Post-Operatorias
- m) Uso de antibióticos y tipo
- n) Tiempo de hospitalización
- o) Estado de salud a su egreso

Para darnos una idea general de la evolución - que estos pacientes de emergencia siguen antes y du-

INTRODUCCION

rante su estancia en un medio hospitalario, y poder con esto hacer comparaciones con estudios similares realizados en hospitales de la capital. Que nos permitan obtener datos aproximados de los factores que en una u otra forma limitan la obtención de un diagnóstico exacto y la aplicación de una terapéutica satisfactoria.

MOTIVACIONES

1. Revisar el número de casos con diagnóstico de Abdómen Agudo, atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Antigua Guatemala "Pedro de Bethancourt". En el tiempo comprendido de enero 1978 a abril 1979.
2. Conocer la incidencia de Abdómen Agudo en nuestro medio durante un tiempo determinado.
3. Establecer la causa más frecuente de Abdómen Agudo en nuestro medio.
4. Establecer la frecuencia con que ésta patología se presenta de acuerdo al Grupo Etnico, edad y origen.
5. Conocer la morbi-mortalidad de los pacientes con Abdómen Agudo en nuestro medio.
6. Conocer el cuadro sintomático que presentan los pacientes en los casos de Abdómen Agudo.
7. Tener conocimiento de los métodos diagnósticos más frecuentemente usados.
8. Cuantificar la efectividad de los Diagnósticos Pre-Operatorios con los Diagnósticos Post-Operatorios.
9. Conocer las medidas terapéuticas más frecuentemente usadas.
10. Conocer las complicaciones más frecuentes en la terapéutica de pacientes con Abdómen Agudo en nuestro medio.

MATERIAL Y METODO

La realización del presente trabajo se llevó a cabo en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala "Pedro de Bethancourt".

Fue necesario revisar los libros de registro de Sala de Operaciones de los cuales se obtuvo el nombre y número de registro de pacientes intervenidos quirúrgicamente, en el período de tiempo comprendido de enero 1978 a abril 1979. Con diagnóstico pre-operatorio de entidades patológicas potencialmente productoras de Abdómen Agudo.

Posteriormente se extrajeron del archivo un total de 280 registros clínicos, de los cuales se obtuvo un total de 100 pacientes con diagnóstico de Abdómen Agudo. Para la obtención de los datos fue necesario la elaboración de un formato que posteriormente facilitara la tabulación de los datos.

PRESENTACION DE RESULTADOS

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

Clasificación de acuerdo a su incidencia.

1.	Apendicitis Aguda	25
	Apendicitis Aguda Perforada	11
	Abceso Apendicular	4
	Apendicitis Perforada + Peritonitis	2
	Plastron Apendicular	1
	Total	43

2. Perforación Intestinal:

Perforación Típica	11
Perforación Típica + Peritonitis	4
Divertículo Perforado	1
Total	15

3. Afecciones Ginecológicas:

Perforación Uterina + Peritonitis	4
Abceso Pélvico	3
Quiste Retorcido de Ovario	3
Embarazo Ectópico Roto	2
Embarazo Ectópico No Roto	1
Abceso Pélvico + Peritonitis	1
Ovario Poliquístico Sangrante	1
Total	15

4. Obstrucción Intestinal:

Volvulus Intestinal	3
Hernia Crural Extrangulada	1
Hernia Crural Encarcerada	1
Hernia Inguinal Encarcerada	1
Intususcepción en Ciego	1
Obstrucción Intestinal por Adenocarcinoma de Colon	1
Obstrucción Intestinal por Ascaris	1
Total	9

7. Abdómen Agudo por Diversas Causas:

Ca-Gástrico, Metastasis a Peritoneo	2
Trombosis Mesenterica	2
Adenitis Mesenterica	1
Colecistitis Aguda	1
Total	6

5. Heridas Penetrantes de Abdómen:

- Por Arma Blanca

Herida en Colon	1
Herida en Vegiga	1
Herida en Hígado y Epiplon	1

- Por Arma de Fuego

Herida en Intestino	1
Herida en Vesicula Biliar	1
Herida en Hígado	2

Total	7
-------	---

6. Contusión Abdominal:

Ruptura de Intestino	3
Ruptura de Riñón	1
Ruptura de Bazo	1

Total	5
-------	---

CUADRO N° 1

Incidencia y distribución por edad de los pacientes con síndrome del "hombre lobo"

Edad	Nº	%
0 - 10	11	11
11 - 20	21	21
21 - 30	26	26
31 - 40	18	18
41 - 50	11	11
51 - 60	8	8
61 - 70	4	4
71 - 80	1	1
Total	100	100%

ANALISIS:

Las edades de los pacientes comprendidos en nuestro estudio fueron de 4 años para el menor y de 73 años para el mayor, siendo los grupos etáricos más afectados los comprendidos entre las edades, en orden decreciente de 20 a 30 años de 10 a 20 años de 30 a 40 y compartiendo igual número de incidencia, - los grupos de 0 a 10 años y de 40 a 50 años.

Estos datos concuerdan con los obtenidos en estudios similares hechos en 1973 (11) y 1953 (9) hechos el primero en Antigua y el segundo en Ciudad de Guatemala.

Total

CUADRO N° 2

Sexo y distribución por sexo de los pacientes con síndrome del "hombre lobo"

Sexo	Nº	%
Masculino	61	61
Femenino	39	39
Total	100	100%

ANALISIS:

En éste parámetro corresponde una mayor incidencia de sexo masculino 61% para un 39% de sexo femenino. Resultado que viene íntimamente ligado a factores de tipo socio cultural, dados por la mayor exposición de los hombres a traumatismos, debido a sus ocupaciones laborales y a sus hábitos de vida tales como etilismo, drogas.

CUADRO N° 3

Grupos étnicos y distribución por sexo de los pacientes con síndrome del "hombre lobo"

Grupo Étnico	Nº	M	F
Ladinos	68	40	28
Indígenas	32	21	11
Total	100	61 + 39=100	

ANALISIS:

En referencia al grupo étnico encontramos -

una mayor incidencia de pacientes ladinos 68%, sobre pacientes indígenas 32%. Predominando el sexo masculino en ambos grupos.

Resultado que concuerda con los obtenidos en estudio previo realizado en Antigua 1973 (11) a excepción de pacientes con perforación uterina + peritonitis exclusivas en el 100% para mujeres ladinas no encontramos ninguna otra patología con predominio absoluto en uno u otro Grupo Etnico.

PROCEDENCIA

Se analizó este parámetro para tratar de establecer incidencias de enfermedades, en determinados lugares del área que cubre el Hospital Nacional de Antigua y determinar la accesibilidad al mismo.

De el total de pacientes comprendidos en nuestro estudio, 54 procedían de 11 municipios del Departamento de Sacatepéquez, 45 de 10 municipios del Departamento de Chimaltenango 1 de ciudad Guatemala.

La distribución de las 13 entidades más frecuentemente encontradas, según la región es la siguiente:

DX: Definitivo	Sacatepé- quez	Chimalte- nango
1. Apendicitis Aguda	15	10
2. Perforación Típica	7	7
3. Perforación Uterina	2	1
4. Abceso Apendicular	1	3
5. Abceso Pélvico	1	2
6. Quiste Retorcido de Ovario	3	

DX: Definitivo

Sacate-
péquez Chimalte-
nango

7. Ruptura Intestinal + traumatismo	2	1
8. Apendicitis Perforada + Peritonitis	2	
9. Abdómen Agudo sec. a Gástrico	1	1
10. Herida en Hígado por Arma Blanca	2	
11. Trombosis Mesentérica	2	
12. Embarazo Ectópico	1	1
13. Vólvulus Intestinal	1	2

Un caso de perforación uterina procedente de Ciudad de Guatemala.

Como se puede observar, no encontramos una predominancia absoluta de incidencia en lugares determinados de patologías prevenibles productoras de Abdómen Agudo, tal es el caso de Fiebre Tifoidea.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

1. Apendicitis Aguda: 25 casos

Menor 4 horas	Promedio 1.6 días
Mayor 4 días	
2. Apendicitis Aguda Perforada: 11 casos

Menor 3 horas	Promedio 3.8 días
Mayor 12 días	
3. Abceso Apendicular: 4 casos

Menor 2 días	Promedio 3.3 días
Mayor 4 días	
4. Plastron Apendicular: 1 caso

Un solo caso	Promedio 3 días
--------------	-----------------
5. Apendicitis Aguda Perforada + Peritonitis: 2 casos

Menor 4 días	Promedio 5.3 días
Mayor 7 días	
6. Perforación Tifica: 14 casos

Menor 4 horas	Promedio 4.1 días
Mayor 13 días	

7. Abceso Pélvico:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 3 casos | |
| Menor 5 días | Promedio 12.6 días |
| Mayor 18 días | |

8. Abceso Pélvico + Peritonitis:

- | | |
|--------------|-----------------|
| Un solo caso | Promedio 3 días |
|--------------|-----------------|

9. Quiste Retorcido de Ovario:

- | | |
|---------------|-------------------|
| 3 casos | |
| Menor 6 horas | Promedio 1.9 días |
| Mayor 5 días | |

COMENTARIO:

Para la evaluación del presente parámetro se tomaron como base la fecha y hora referida por el paciente, desde el inicio de la sintomatología, hasta el momento de los hallazgos operatorios.

Para evaluar el estado evolutivo de las distintas patologías.

En el esquema aparecen el menor y el mayor tiempo de evolución y el promedio tomado de todos los casos encontrados en cada una de las 9 entidades más frecuentes en nuestro estudio.

CUADRO N° 4

SINTOMAS DE LA MOTIVACIÓN A CONSULTA

COMENTARIO:

En el cuadro N° 4 podemos observar los síntomas más frecuentes, referidos por el paciente y que motivaron la consulta al Hospital. En las 9 entidades de mayor incidencia encontradas en nuestro estudio y que hacen un total de 68 pacientes.

En la lista que se presenta a continuación enumeraremos los síntomas más frecuentemente encontrados en el total de los pacientes comprendidos en el estudio.

- | | | |
|-----|----------------------|----|
| 1. | Dolor Abdominal | 79 |
| 2. | Vómitos | 44 |
| 3. | Náuseas | 32 |
| 4. | Fiebre | 31 |
| 5. | Anorexia | 17 |
| 6. | Diarrea | 10 |
| 7. | Distensión abdominal | 5 |
| 8. | Hemorragia vaginal | 3 |
| 9. | Cefalea | 3 |
| 10. | Mareos | 3 |
| 11. | Disuria | 1 |

CUADRO N° 5

ABDOMEN AGUDO REVISIÓN DE 100 CASOS
APENDICITIS AGUDA

Edad	Apendicitis		Apendicitis		Abrasión		Plastra		
	Aguada	Aguda	Perforada	Perforada + Peritonitis	Abrasion	Abrasion	Abrasión	Abrasión	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 10	2	8	3	27.27		1	52		
11 - 20	5	20	4	36.36					
21 - 30	7	28	1	9.09	2	100	2	50	
31 - 40	5	20	1	9.09			1	25	100
41 - 50	4	16	2	18.18					
51 - 60	1	4							
61 - 70	1	4							
	25	100%	11	100.%	2	100%	4	100%	1 100% = 43

COMENTARIO:

En el cuadro N° 5 podemos observar que la incidencia de Apendicitis Aguda, fue más frecuente en pacientes de 20 a 30 años seguidos en orden decreciente por los pacientes de 10 a 20 años, 30 a 40 años, y de 40 a 50 años respectivamente.

No fué posible establecer la efectividad diagnóstica ni el total de error en pacientes niños y ancianos, por el número reducido de casos, en estas edades.

Pero sí podemos observar en este mismo cuadro que la mayor incidencia de apendicitis aguda perforada se presentaron en pacientes comprendidos en la primera, segunda y quinta décadas de la vida; lo que nos da una pauta, acerca de la dificultad que entraña efectuar un diagnóstico certero en pacientes niños y ancianos.

Los casos de apendicitis aguda perforada más peritonitis; ambos se presentaron en la tercera década de la vida, lo mismo que el mayor número de pacientes con abceso apendicular.

CUADRO N° 6

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

Dx: PRE-OPERATORIO DE APENDICITIS AGUDA EQUIVOCADO

Dx: POST-OPERATORIO	Nº	%
Apendicitis Perforada	6	37.50
Diverticulo Perforado	1	6.25
Abceso Apendicular	4	25.00
FT. Perforada	1	6.25
Quiste Retorcido de Ovario	1	6.25
Abceso Apendicular + Peritonitis	1	6.25
Adenitis Mesentérica	1	6.25
Ca-Gástrico con Metastasis a Peritoneo	1	6.25
Total de error	16	100.%

COMENTARIO:

En el cuadro N° 6 se presentaron los hallazgos operatorios de pacientes, que fueron intervenidos quirúrgicamente con Dx pre-operatorio de apendicitis aguda.

Encontrándose el mayor número de error, diagnóstico en apendicitis perforada, y abceso apendicular; lo que nos demuestra, que no se efectuó un análisis cuidadoso del cuadro clínico, en particular, en especial los signos de peritonitis, a esto hay que agregar la prisa con que algunos cirujanos deciden intervenir quirúrgicamente a un paciente; con

el fin de resolver el caso lo antes posible. O en el caso contrario una actitud muy conservadora.

CUADRO N° 7

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

Dx: Pre-Operatorio de Embarazo Ectópico y de FT Perforada.

Dx: Post Operatorio	Nº	%
Apendicitis Aguda	2	100
Total de error:	2	100

COMENTARIO:

En el cuadro N° 7 podemos darnos cuenta que el diagnóstico pre-operatorio, fue de embarazo ectópico el primero, y de fiebre tifoidea perforada el segundo.

Post-Operatorio, se confirmó que los diagnósticos eran erróneos, ya que al ser intervenidos los pacientes se encontró apendicitis aguda en ambos casos.

En el primero de los casos creó mas prudente haberle prestado especial atención a la punción de fondo del saco de Douglas, y en el segundo de los casos, a pesar de las pruebas diagnósticas disponibles, el Dx. diferencial siempre es difícil, por lo que creo necesario mencionar la importancia en estos casos merece una radiografía de tórax sentado, con

el fin de investigar gas libre, y la biopsia de médula ósea.

CUADRO N° 8

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

APENDICITIS AGUDA PERFORADA

DX: POST-OPERATORIO

Dx: Pre-Operatorio Equivocado	Nº	%
Apendicitis Aguda	6	54.54
FT. Perforada	4	36.36
Quiste retorcido de Ovario	1	9.09
Total de error:	11	100.%

COMENTARIO:

En relación al cuadro N° 8 podemos observar un total de 11 casos de error diagnóstico, lo que nos demuestra que el 100% de los diagnósticos de Apendicitis Aguda Perforada, se hicieron post-operatorio.

Creo que el error radica en la ausencia de una historia clínica detallada que incluya una anamnesis minuciosa y de un examen físico completo que preste especial atención a los signos abdominales.

CUADRO N° 9

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

DX: PRE-OPERATORIA DE APENDICITIS AGUDA PERFORADA

Dx: Post-Operatorio	Nº	%
Quiste retorcido de Ovario	1	33.3
Abceso Apendicular	1	33.3
FT. Perforada	1	33.3
Total de error:	3	100.%

COMENTARIO:

En el cuadro N° 9 se nos presenta un total de 3 casos, de diagnóstico Pre-Operatorio de Apendicitis Aguda Perforada, equivocado. Ya que en el Post-Operatorio se encontró las patologías que se enumeran en el mismo.

CUADRO N° 10

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

PERFORACION TIFICA

Edad	Perforación Tifica		Perforación tifica + Peritonitis	
	Nº	%	Nº	%
0 - 10				
11 - 20	5	50.00	2	50
21 - 30	2	20.00	2	50
31 - 40	2	20.00		
41 - 50	1	10.00		
Total	10	100.%	4	100%

COMENTARIO:

En nuestra serie encontramos un total de 14 casos con diagnóstico definitivo de Perforación Tífica. 11 de ellos correspondieron al sexo masculino y 3 para el sexo femenino.

El grupo etario mayormente afectado fue el comprendido en la 2da. década de la vida.

En esta serie se presentaron 4 casos con un proceso de peritonitis franca asociada, 2 de ellos en pacientes de 10 a 20 años y los 2 restantes en pacientes de 20 a 30 años.

CUADRO N° 11

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

PERFORACION TIFICA DX. POST-OPERATORIA

Dx: Pre-Operatorio Equivocado	Nº	%
Obstrucción Intestinal	3	42.85
Abdómen Agudo	1	14.28
Adenitis Mesentérica	1	14.28
Apendicitis Perforada	2	28.57
Total de error:	7	100.%

COMENTARIO:

En él podemos observar los errores diagnósticos Pre-Operatorios en 7 pacientes, que fueron intervenidos quirúrgicamente con los diagnósticos - que aparecen enumerados y que a la postre resultaron ser perforación tífica, lo que constituye un 50% de error diagnóstico, para el total de casos con - diagnóstico de Fiebre Tifoidea Perforada, encontrados en nuestra serie.

CUADRO N° 12

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

DX: PRE-OPERATORIO DE PERFORACION TIFICA

Dx: Post-Operatorio	Nº	%
Abceso Pélvico	1	12.5
Apendicitis Perforada	6	75.0
Obstrucción Intestinal	1	12.5
Total de error:	8	100.%

COMENTARIO:

En el cuadro N° 12 aparecen ilustrados 8 casos de error diagnóstico Pre-Operatorio, intervenidos quirúrgicamente como Perforación Tífica, y que posteriormente se comprobaron los diagnósticos de Abceso Pélvico, 1 caso, Obstrucción Intestinal, 1 caso. Apendicitis Aguda Perforada 6 casos. Lo que viene a corroborar lo anteriormente expuesto de la dificultad existente, al tratar de hacer un diagnóstico diferencial certero, entre estas dos entidades.

CUADRO N° 13

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

PERFORACION UTERINA + PERITONITIS

Edad	Nº	%
21 - 30	3	66.6
31 - 40	1	33.3
Total	4	100.%

COMENTARIO:

En el presente cuadro aparecen expuestos 4 casos de perforación uterina + peritonitis asociada, 3 de ellos comprendidos en la 2da. década de la vida y 1 en la 3a. década.

Las cuatro pacientes procedían de centros urbanizados y negaron durante el interrogatorio haber sido manipulados lo que se desmintió durante el acto quirúrgico.

CUADRO N° 14

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

DX: POST-OPERATORIO DE PERFORACION UTERINA + PERITONITIS

Dx: Pre-Operatorio Equivocado	Nº	%
Abceso Pélvico	1	50
Embarazo Ectópico	1	50
Total	2	100%

COMENTARIO:

Se ilustran dos casos de error diagnóstico, de pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de, Abceso Pélvico y Embarazo Ectópico, encontrándose durante el acto quirúrgico, perforación uterina + peritonitis en ambos casos.

Lo que nos dá un 50% de error diagnóstico del total de casos encontrados de esta entidad.

CUADRO N° 15

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

DX: PRE-OPERATORIO DE PERFORACION UTERINA + PERITONITIS

Dx: Post-Operatorio	Nº	%
Embarazo Ectópico roto	1	100
Total	1	100%

COMENTARIO:

En relación al cuadro N° 15 podemos observar que ocurrió lo contrario que en el cuadro N° 14.

Se hizo diagnóstico Pre-Operatorio de Perforación Uterina y durante el acto quirúrgico se comprobó la existencia de un embarazo ectópico.

CUADRO N° 16

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

ABCESO PELVICO

Edad	Nº	%
21 - 30	3	100
Total	3	100

COMENTARIO:

En el cuadro N° 16 podemos observar el total de casos de Abceso Pélvico encontrados en nuestro estudio. Todos pertenecientes al sexo femenino y comprendidos dentro del grupo de edad de 20 a 30 años.

En 2 de estos casos se efectuó el Diagnóstico Pre-Operatorio correcto, en el 3ero. se hizo diagnóstico Pre-Operatorio de Perforación típica, lo que nos dá un 66.6% de efectividad diagnóstica, en esta patología.

CUADRO N° 17

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

QUISTE RETORCIDO DE OVARIO

Edad	Nº de casos	%
11 - 20	1	33.3
21 - 30	1	33.3
61 - 70	1	33.3
Total	3	100.0

COMENTARIO:

En el cuadro N° 17 se ilustran todos los casos encontrados de Quiste Retorcido de Ovario, comprendidos en la 2a., 3a. y 6a. década de la vida.

Se efectuó el diagnóstico Pre-Operatorio correcto en un solo caso, en los dos casos restantes se hizo diagnóstico Pre-Operatorio equivocado de Apendicitis aguda perforada, y Apendicitis Aguda, respectivamente, para un total de error diagnóstico del 66.6%

CUADRO N° 18

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

RUPTURA DE INTESTINO POR TRAUMATISMO

Edad	Nº de Casos	%
11 - 20	1	33.3
51 - 60	2	66.6
Total	3	100.0

COMENTARIO:

En él se exponen el total de casos, de ruptura intestinal secundaria a trauma de abdomen. Todos los casos correspondieron al sexo masculino y su mayor incidencia se presentó en pacientes de la 5a. década de la vida. Los 3 pacientes procedían de centros urbanizados.

En los casos de Vólvulus Intestinal encontramos que dos de los pacientes pertenecían al sexo

masculino y uno al sexo femenino, y que su incidencia se dio en pacientes de la 1a., 2a. y 5a. década de la vida.

CUADRO N° 19

ABDOMEN AGUDO REVISION DE 100 CASOS

VOLVULUS INTESTINAL

Edad	Nº de casos	%
0 - 10	1	33.3
21 - 30	1	33.3
51 - 60	1	33.3
Total	3	100.0

COMENTARIO:

En los casos de Vólvulus Intestinal encontramos que dos de los pacientes pertenecían al sexo masculino y uno al sexo femenino, y que su incidencia se dio en pacientes de la 1a., 2a. y 5a. década de la vida.

METODOS DIAGNOSTICOS

Para el diagnóstico de los diferentes cuadros de Abdómen Agudo, se utilizó predominantemente la experiencia clínica del médico, acompañado de algunas pruebas de laboratorio y de rayos X, como hemogramas que incluían determinación de hemoglobina y hematocrito, recuento y fórmula, velocidad de sedimentación, tiempo de coagulación y sangría, finalmente heces y orina y algunas pruebas aisladas de reacción de Widal.

En nuestro estudio, se efectuaron pruebas de hemogramas a 98 pacientes. A dos de ellos con diagnóstico pre-operatorio de apendicitis aguda no se les efectuó, esta prueba ni ninguna otra. Rayos X que comprendían radiografías de tórax, placas simples de abdomen y en algunos casos, colestostografía y pielografía. Unicamente 26 pacientes del total de nuestra serie, fueron sometidos a algunos de estos estudios radiográficos.

Se efectuaron 6 reacciones de Widal, 4 de ellas fueron positivas para el antígeno "O" en diluciones variables.

CUADRO N° 20

TRATAMIENTO

Diagnóstico Definitivo	Tipo de Operación	Nº de Casos
1. Apendicitis	Apendicectomía	43
2. Perforación Intestinal	Laparatomía exploradora Cierre de Perforación y drenaje.	12
	Laparatomía exploradora Resección Intestinal y anastomosis.	2
Divertículo Perforado	Resección y cierre de intestino y drenaje.	1
3. Obstrucción Intestinal		
- Volvulus	Laparatomía exploradora - Destorción y liberación de adherencias.	3
- Hernia estrangulada	Reducción y hernioplastía.	2
- Intususcepción	Resección y anastomosis.	1
- Ca: de Colon	Laparatomía exploradora Reducción - Resección anastomosis.	1
	Laparatomía exploradora Liberación de adherencias Colostomía y biopsia.	1

Diagnóstico Definitivo	Tipo de Operación	Nº de Casos
- Ascaris	Laparatomía exploradora Ileotomía.	1
- Trombosis Mesentérica	Laparatomía Exploradora Resección y Anastomosis.	2
4. Afecciones Ginecológicas.		
a) Perforación Uterina Peritonitis.	Laparatomía Exploradora Histerorrafia.	3
	Histerectomía total	1
b) Quiste retorcido de Ovario.	Laparatomía Exploradora Salpingooforectomía	2
	Salpingectomía	1
c) Embarazo ectópico roto	Laparatomía Exploradora Salpingooforectomía.	2
No - Roto	Salpingectomía	1
d) Abceso Pélvico + Peritonitis	Laparatomía Exploradora Drenaje de Abceso.	4
e) Ovario Poliquístico Sangrante	Resección de Quiste Ooforectomía	1
5. Contusión Abdominal		
	Laparatomía Exploradora Nefrectomía derecha	1
	Laparatomía Exploradora cierre de herida en Intestino	3

Diagnóstico Definitivo	Tipo de Operación	Nº de Casos
	Laparatomía Exploradora Esplenectomía.	1
6. Herida Penetrante		
a) Arma blanca	Laparatomía Exploradora cierre de herida en intestino	2
	Laparatomía Exploradora cierre de herida en vejiga	1
b) Arma Blanca	Laparatomía Exploradora resección Anastomosis intestinal.	1
	Colecistectomía	1
	Sutura Hemostática en Hígado.	2
7. Peritonitis Secundaria		
a) Ca. Gástrico - Metas	Laparatomía Exploradora biopsia drenaje.	2
8. Colecistitis aguda		
	Colecistectomía	1
9. Adenitis Mesentérica		
	Laparatomía Exploradora Biopsia.	1

CUADRO N° 21

TIPO DE INCISIÓN

DX: Pre-Operatorio	Tipo de Incisión	SEXO			Nº
		M	F	Nº	
1. Apendicitis aguda	Paramediana Derecha infraumbilical	17	12	29	
	Mc Burney	7	3	10	
	Mediana Infraumbilical	1		1	
2. FT. Perforada	Roky Davis	1	1		
	Paramediana Derecha Infraumbilical.	10	3	13	
	Mediana Infraumbilical.	2	2		
3. Obstrucción Intestinal.	Paramediana Infraumbilical derecha.	2	1	3	
	Mediana Infraumbilical.	2		2	
4. Apendicitis Perforada.	Paramediana Derecha Infraumbilical	2	1	3	
	Mediana Infraumbilical.	1	1		
5. Abceso Pélvico	Paramediana Derecha Infraumbilical.	3	3		
	Mediana Infraumbilical.	1	1		

DX: Pre-Operatorio	SEXO	Tipos de Incisión	M	F	Nº
6. Embarazo Ectópico		Paramediana derecha infraumbilical	3	3	
		Mediana Infraumbilical.	1	1	
7. Ulcera Gástrica		Mediana Súpраumbilical.	1	1	
8. Quiste Retorcido de Ovario.		Paramediana derecha Infraumbilical.	3	3	
9. Colecistitis aguda		Mediana Supraumbilical.	1	1	
10. Herida Penetrante de Abdómen		Paramediana izquierda Infraumbilical	2		2
		Mediana Supraumbilical.	3		3
		Mediana Infraumbilical.	1	1	
11. Hernia Estrangulada.		Inguinal derecha	2	2	
		Inguinal izquierda	1	1	
12. Adenitis Mesentérica.		Paramediana derecha infraumbilical	1		1
13. Contusión abdominal.		Mediana supraumbilical.	2	2	
		Mediana Infraumbilical.	1		1
		Paramediana derecha infraumbilical	1		1
14. Abdómen agudo		Incisión en T	1	1	
		Paramediana derecha Infraumbilical	1		1

DX: Pre-Operatorio	Tipo de Incisión	SEXO			Nº
		M	F		
	Mediana Infraumbilical.	2	1	3	
	Mediana Supraumbilical.	1	1	2	
15. Perforación Uterina.	Mediana Infraumbilical.	3	3		
	Total			100	

CUADRO N° 22

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Clase de Complicaciones	SEXO			Nº
	M	F		
1. Infección de herida operatoria	14	3	17	
2. Fístula enterocutáneas	1	2	3	
3. Abceso de pared abdominal	2		2	
4. Abceso de herida operatoria	2		2	
5. Dehincencia de herida operatoria y eventración de vísceras	1		1	
6. Obstrucción Intestinal	1		1	
7. Abceso Pélvico	1		1	
total	20	7	27	

COMENTARIO:

En el presente cuadro, ilustramos el total de complicaciones, presentadas en el post-opera-

torio. Siendo infección de herida operatoria, la más frecuente seguida de Fístula Enterocutánea y de Abceso de Pared Abdominal y de Herida Operatoria.

La Patología que más complicaciones presentó fue perforación Típica. Con un total de 9 pacientes, lo que nos da un 64.20% de complicaciones para esta entidad.

Seguida de apendicitis aguda perforada y de apendicitis aguda, con 3 pacientes complicados cada una para un 27.2% y 12% respectivamente, las complicaciones restantes se presentaron en patologías diversas.

CUADRO N° 23

USO DE ANTIBIOTICOS

Tipo de Antibióticos	Nº
Penicilina	95
Cloramfenicol	71
Gentamicina	15
Estreptomicina	12
Kanamicina	11
Ampicilina	10
Bactrim	6
Lincomicina	2
Sulfadiazina	1

COMENTARIO:

- 97% De los pacientes recibieron antibióticos.
- 56% De los pacientes recibieron la asociación de 2 antibióticos, la más usada fue la de Penicilina y Cloramfenicol - en un 44%
- 18% Recibieron la asociación de 3 antibióticos, la más usada fue: Penicilina Cloramfenicol y Gentamicina en 7%.
- 10% En éste grupo se usaron 4 tipos distintos de antibióticos.
- 10% En este mismo porcentaje se usó en un sólo tipo de antibiótico. Siendo el más usado la Penicilina y en un sólo paciente se usaron 5 tipos distintos de antibióticos.

CUADRO N° 24

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

DIAS	Nº de Casos	%
Menos de 5	12	12
De 6 a 10	36	36
De 11 a 20	26	26
Más de 20	26	26
Total	100	100

COMENTARIO:

A este respecto podemos afirmar que el promedio de días de hospitalización para los pacientes que no sufrieron ninguna complicación fue de 10.04 días. Para un 24.46 días, en los pacientes que durante su post-operatorio sufrieron alguna de las complicaciones enumeradas en el cuadro N° 22.

CUADRO N° 25

ESTADO DE SALUD A SU EGRESO

DEFUNCIONES

Edad Nº	Años	Raza	Sexo	Diagnóstico	Causa de Muerte
1	4	Indig.	F	Perforación Tílica	Paro cardiorespiratorio secundario a shock séptico.
2	14	Ladino	M	Ruptura de hígado X trau- matismo.	Shock Hipovolémico
3	22	Indig.	M	Perforación Tílica	Shock Séptico
4	42	Ladino	M	Trombosis Mesentérica	Shock hipovolémico, mal estado general.

COMENTARIO:

Como podemos ver, el 50% de las defunciones fue producido por F. T. Perforada. 25% por traumatismo de abdómen. 25% por trombosis mesentérica para un total de 4% de defunciones. Resultado que supera el obtenido en un estudio similar, realizado en Antigua en 1973, obtuvieron 10.04% de defunciones en una serie de 134 pacientes.

Atribuyo el hecho a que los pacientes acudieron más tempranamente al hospital, a un mejor uso de los antibióticos y a la aplicación de una terapéutica quirúrgica temprana, a excepción de 4 pacientes fallecidos, uno que se fugó en estado delicado y otro que exigieron su egreso, el resto egresaron en buen estado de salud.

CONCLUSIONES

- 1) Se estudiaron un total de 100 pacientes con diagnóstico de Abdomen Agudo, atendidos en el Hospital Nacional de la Antigua Guatemala "Pedro de Bethancourt", en un período de 16 meses.
- 2) Los grupos etarios más frecuentemente afectados, en nuestro estudio, estaban comprendidos en orden decreciente de los 21 a 30 años, de 11 a 20 y de 31 a 40 años.
- 3) Encontramos mayor incidencia de pacientes masculinos, 61% sobre pacientes femeninos, 39%, en el total de la serie.
- 4) 54 pacientes procedían de 11 municipios del Departamento de Sacatepéquez, 45 de 10 municipios de Chimaltenango.
- 5) Los tiempos de evolución variaron de acuerdo a la Patología Subyacente.
- 6) Las causas más frecuentes de abdomen agudo en orden decreciente fueron: Apendicitis aguda, - Perforación Típica, Apendicitis aguda perforada. (Ver cuadro).
- 7) Dolor abdominal, vómitos, fiebre, náuseas, anorexia, fueron los síntomas que con mayor frecuencia se registraron.
- 8) Se obtuvo un total de 100% de error diagnóstico pre-operatorio para apendicitis perforada y un 50% para perforación típica.
- 9) Que la metodología diagnóstica disponible, es insuficiente.

- 10) Las intervenciones quirúrgicas más usadas fueron: la apendicectomía y laparatomía exploradora con cierre de perforación y drenaje.
- 11) Paramediana derecha infraumbilical, la incisión más usada.
- 12) Se presentó un 27% de complicaciones post-operatorio, siendo infecciones de herida operatoria la más frecuente.
- 13) Se usaron antibióticos en el 97% de los pacientes. Siendo la penicilina la más usada en un 96%.
- 14) El promedio de hospitalización en pacientes no complicados fue de 10.04 días y de 24.46 días para los que sufrieron alguna complicación.
- 15) Se presentó un 4% de defunciones, resultado altamente satisfactorio, al hacer comparaciones con estudios similares efectuados en 1953(9), 1964 (10), y 1973 (11).

RECOMENDACIONES

1. Insistir en Médicos de Guardia, Residentes, Internos, sobre la necesidad de efectuar historias clínicas que incluyan una Anamnesis Detallada y un Exámen Físico Completo.
2. Poner al alcance del Médico, especialmente durante los turnos una mayor disponibilidad de estudios radiográficos.
3. Educar a la población acerca del inminente peligro que entrañan los cuadros de dolor abdominal, motivándolos a buscar ayuda médica temprana, con el fin de evitar males mayores.
4. Hacer conciencia en el personal médico del inestimable valor que tiene el hecho de efectuar un diagnóstico certero lo antes posible, en pacientes con Abdómen Agudo.

BIBLIOGRAFIA

1. DAVIS CRISTOPHER. Tratado de Patología Quirúrgica. Décima Edición Editorial Interamericana. México 1974.
2. COPE. ZACARIAS. Diagnóstico precoz del Abdómen Agudo. Barcelona. Manuel Marín. Editor 1949
3. NOVAK JONES. Tratado de ginecología. Editorial Interamericana, octava edición. 1971.
4. E. ARIAS VALLEJO. XVII Curso de Especialización en el servicio. Escuela de I.N.P. Madrid. Editorial Gráficas Orion. 1974.
5. RHOADS. ALLEN HARVINS MO YERS. Principios y práctica de Cirugía. Cuarta Edición traducido al español por Santiago Sapiña R. Editorial Interamericana México. 1972.
6. JOHN L. MADEN. Atlas de técnicas quirúrgicas. Segunda Edición. Editorial Interamericana. México. 1967.
7. PAVLOVSKY ALEJANDRO J. Abdómen Agudo Quirúrgico. Primera Edición. Buenos Aires. 1941.
8. QUIÑONEZ FRANCISCO L. Tesis Abdómen Agudo. Revisión de 507 casos Universidad de San Carlos - Facultad de Ciencias Médicas. 1978.
9. CRUZ JOSE. Abdómen Agudo. Tesis. Guatemala - Universidad de San Carlos Facultad de Ciencias Médicas. 1953. 36 páginas.
10. LEIVA SANTOS MANUEL OCTAVIO. Abdómen Agudo en el niño Patología no congénita. Tesis Guatema-

la. Universidad de San Carlos Facultad de Ciencias Médicas. 1964. 60 páginas.

11. GARCIA SOTO CARLOS R. Abdómen Agudo. Revisión de 134 casos. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1973. 27 páginas.
12. ALLGEMEINMEDIZIN. Der-Landarzt. Aspectos Urológicos y Ginecológicos del Abdómen Agudo. Edición en español. Febrero 1976.

Jorge Isaac El Azar
Br. JORGE ISAAC EL AZAR SOMARRIBA.-

Ricardo Roca
Asesor
Dr. RICARDO ROCA.

Re

~~Revisor~~
Dr. ARTURO CARRANZA

Julio de Leon
Director de Fase III
Dr. JULIO DE LEON MENDEZ

RAUL A. CASTILLO
Secretario General
DR. RAUL A. CASTILLO R.

Vo.Bo.

ROLANDO CASTILLO
Decano
DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO