

**PERFORACION TIFICA**

*TESIS*

*Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas  
de la Universidad de San Carlos*

*Por*

**DERICK AUGUSTO ALEGRIA PAZ**

*En el acto de su investidura de*

**MEDICO Y CIRUJANO**

## PLAN DE TESIS

1. *INTRODUCCION*
2. *DEFINICION*
3. *GENERALIDADES*
4. *OBJETIVOS*
5. *MATERIAL Y METODOS*
6. *PRESENTACION DE DATOS*
7. *GRAFICAS*
8. *ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS*
9. *CONCLUSIONES*
10. *RECOMENDACIONES*
11. *BIBLIOGRAFIA.*

## INTRODUCCION

*Dentro de los problemas que confronta la cirugía actual en nuestro medio, se encuentra el grave problema de la perforación tífica, debido a que cuando el paciente consulta a nuestros hospitales su estado general se encuentra sumamente deteriorado y como veremos más adelante los medios diagnósticos para este tipo de patología no son de los más confiables.*

*El presente trabajo sobre Perforación Tífica nació con la inquietud de una investigación sobre este tema, ya que en el Departamento de Cirugía del Hospital General de Occidente no hay estudios previos realizados sobre el mismo tema.*

*En vista de no haber encontrado material de consulta para comparación de datos, se decidió hacer un estudio retrospectivo de la incidencia de Perforación Tífica en los años comprendidos de 1973 a 1979, en el Hospital General de Occidente.*

*Espero contribuir con esta revisión, aunque sea en mínima parte, para que se efectúen estudios más completos no sólo para el Sur Occidente del país sino también a nivel nacional, y así mejorar el diagnóstico y tratamiento de la Perforación Tífica.*

## DEFINICION

### PERFORACION TIFICA:

*Se define como una perforación intestinal generalmente localizada a nivel del ileón terminal, producida por inflamación y necrosis a nivel de las placas de Peyer, secundaria a invasión regional por el bacilo de Eberth.*

## GENERALIDADES

### HISTORIA:

En el año de 1829, Louis describió hallazgos de 158 casos incluyendo lesiones intestinales, adenopatía mesentérica, la esplenomegalia, las manchas rosadas, hemorragia intestinal y finalmente la perforación intestinal; fue el primero en utilizar el término tifoidea.

Pocos años después, en el año 1836 WILLIAM GERHARD, Médico de Filadelfia, presentó la primera diferencia clara entre el tifus y la fiebre tifoidea, basándose en hallazgos clínicos y patológicos.

En los años 1856-1870, BUDD, Médico Inglés, sugirió que la enfermedad era contagiosa y la importancia de la diseminación por las evacuaciones de personas infestadas.

En 1880, se le acredita a Eberth el descubrimiento del bacilo, se sabe que aisló el microorganismo de frotis de hígado y de bazo.

En 1885, PFEFFER, aisló por primera vez el germen en una muestra de material fecal.

Finalmente en 1896, Widal describió la prueba para demostrar la presencia del bacilo en el suero de los pacientes.

### ETIOLOGIA:

La causa de la perforación tífica, es lesión intestinal, a nivel de ileón terminal, más específicamente a nivel de las placas de peyer, las cuales son atacadas por el bacilo de Eberth.

## EPIDEMIOLOGIA:

El ser humano es el único huésped de *Salmonella typhosa* y ésta se perpetúa en la naturaleza, por su transmisión a personas sanas por pacientes o portadores.

El agua, la leche y los alimentos son contaminados por heces infectadas. La principal fuente de casos esporádicos, es el portador de *Salmonella* que puede diseminar indefinidamente gérmenes virulentos a pesar de una aparente buena salud. El reservorio más importante es la vesícula biliar. Las personas infestadas que manejan alimentos son una grave amenaza potencial para las familias o los grupos humanos. Las moscas son agentes activos de propagación, transmiten directamente el bacilo a los alimentos, agua o leche.

## ALTERACIONES ANATOMOPATOLOGICAS:

El germen entra en el organismo, mediante la ingestión de alimentos o líquidos previamente contaminados, por las heces o la orina. Los bacilos no son destruidos por la secreción gástrica; invaden la mucosa del intestino delgado, atraviesan los linfáticos intestinales rápidamente, y los ganglios mesentéricos para llegar a la sangre. Se ha demostrado la bacteriemia en el hombre antes de que se inicien los signos clínicos importantes, por ejemplo de tres a cuatro días antes de ingerir bacterias viables. En este momento *Salmonella typhosa* está presente en las heces y se le puede encontrar durante varios días. Se establecen áreas secundarias de inflamación en el hígado, la vesícula, el bazo, la médula ósea y en otros ganglios linfáticos posiblemente como secuela de la diseminación hematogena.

La bacteriemia persiste durante casi dos semanas. En este momento aparecen anticuerpos en la sangre y la bacteriemia cesa en varios días. Posteriormente se establece la infección en el hígado, la vesícula y placas de Peyer. La infección en las vías biliares,

mantiene una constante eliminación de gérmenes hacia la porción alta del intestino, originando la presencia de éstos en el contenido fecal desde la segunda semana hasta después de varios meses.

Cerca del 30% de estos pacientes quedan como portadores crónicos. Las placas de Peyer, presentan edema y finalmente sufren necrosis, formando úlceras ovales, que son vías numerosas en la porción terminal del ileón.

La ulceración puede ocurrir en el yeyuno, en los folículos linfáticos del ciego y colon. En la lesión intestinal las alteraciones histológicas más importantes, son la proliferación de células mononucleadas y el edema. Se ven los bacilos dentro de los macrófagos o de las células plasmáticas. Esta fagocitosis puede protegerlos de la acción de los antibióticos.

Los ganglios mesentéricos, el bazo y la médula ósea, así como el hígado, presentan una importante hiperplasia monocítica. Los ganglios linfáticos a menudo muestran necrosis con proliferación considerable de las células sinusoidales y presencia de abundantes macrófagos. Se cree que la endotoxina de *Salmonella typhosa*, complejo de la porción somática constituido por lípidos, polisacáridos y proteínas es responsable de las alteraciones morfológicas y de la sintomatología. Se ha comprobado que en las fases activas de la tifoidea, cuando la reacción endotóxica está aumentada, hay una elevada sensibilidad de los capilares a las dosis pequeñas de norepinefrina. Finalmente las lesiones intestinales ceden, mientras que la infección del hígado y de las vías biliares pueden continuar indefinidamente sin manifestaciones de enfermedad en el huésped. Cuando la lesión intestinal no cede, ya sea porque el proceso estaba muy avanzado cuando se diagnosticó y se inició tratamiento, se produce la perforación y es necesario intervenir de urgencia para tratar de salvar la vida del paciente.

Se ha observado que los portadores arrojan 50 millones de *Salmonella typhosa* por medio de la bilis.

#### INCIDENCIA:

La perforación tífica, es más frecuente en pacientes cuyo estado socioeconómico es precario; en nuestro medio predomina en la clase indígena. Su incidencia aproximada es de 1.9o/o de pacientes que padecen fiebre tifoidea, según Pedro Chutro, Clínica Quirúrgica.

En niveles socioeconómicos más elevados y sobre todo ladinos, la incidencia es mucho más baja.

#### FRECUENCIA:

En nuestro medio y debido a las malas condiciones nutricionales de los pacientes y de la población en general, así como a las deficientes condiciones sanitarias que padece el país, la frecuencia de perforación intestinal secundaria a procesos tifóidicos sigue siendo alta.

Como ya se menciona anteriormente este cuadro se presenta con más frecuencia en pacientes de escasos recursos económicos.

#### PATOGENIA:

Se ha demostrado mediante estudios en pacientes con patología secundaria a *Salmonella typhosa*, que la fuente de entrada casi siempre es el tubo digestivo. Durante el período de invasión inicial no se ha observado multiplicación masiva de *Salmonella* a nivel intestinal. Los bacilos pueden llegar a la sangre por los linfáticos intestinales y producir una bacteriemia pasajera, que acaba rápidamente cuando los gérmenes desaparecen de la sangre captados por las células reticuloendoteliales de hígado, bazo, médula ósea y ganglios linfáticos. El período de incubación de la fiebre tifoidea puede corresponder a la fase de invasión del intestino y la multiplicación intracelular de los fagocitos.

Durante la fase de bacteriemia siempre se produce infección de las vías biliares; la multiplicación de los gérmenes en la bilis origina la siembra del intestino con millones de bacilos.

La penetración de bilis infectada en el intestino es causa del aumento del número de gérmenes en las heces durante la segunda y tercera semana de la enfermedad.

La infección de la vesícula biliar suele ser asintomática, aunque a veces se producen síntomas de colecistitis.

La dosis infecciosa de *Salmonella typhosa* para el hombre depende de muchos factores. Se ha admitido que un pequeño número de bacilos, quizá 10 ó 100, podrían iniciar la infección. Observaciones en voluntarios infectados por vía oral con una sola cepa de *Salmonella typhosa* indican que es necesaria una dosis de aproximadamente 10 a la 6 en lugares viables, para infectar un 50o/o de un grupo de personas.

La variación del poder patógeno de *Salmonella typhosa* es casi segura y no puede excluirse los cambios relacionados con los cultivos en medio artificial.

#### CUADRO CLINICO:

El período de incubación es de aproximadamente 10 días con límite de 3 a 25 días. Los síntomas prodrómicos incluyen cefalea, debilidad y anorexia.

El principio de la enfermedad suele ser progresivo, con cefalea, anorexia, debilidad, dolor abdominal, diarrea o constipación, epistaxis o fiebre. La temperatura se eleva en forma constante, alcanzando niveles de 39 a 40°C. Sobre todo por las tardes. Esto suele durar un período de más o menos diez días a dos semanas.

Durante la tercera y cuarta semanas, las oscilaciones térmicas, son más amplias con niveles que llegan a lo normal y descenso gradual por lisis lenta.

La Cefalea generalizada es un síntoma intenso y constante. La anorexia sin vómitos es característica. El dolor abdominal es de tipo difuso, en ocasiones de tipo cólico. Puede haber constipación o movimientos intestinales desorganizados, más tarde en el acmé de la enfermedad, diarrea, con evacuaciones líquidas y típico "PURE DE GUI SANTES".

En la segunda semana, todos los síntomas se agravan, la temperatura permanece elevada, con ligeras remisiones matutinas. La cara es casi siempre inexpresiva, los ojos vidriosos y la piel, lengua y mucosas están secas.

Durante la tercera semana, hay una exacerbación de todo el cuadro, el pulso oscila entre 110 y 130' con pérdida de sus caracteres normales. La debilidad y la pérdida de peso son notables, la diarrea, el dolor y la distensión abdominal son notables. En esta fase, es cuando ocurre la complicación más importante de la fiebre tifoidea o sea la PERFORACION TIFICA.

El cuadro clínico de la perforación tífica se caracteriza porque se produce en el 10% de los casos no tratados, por lo general, en la parte baja del ileón terminal.

El paciente presenta mal estado general, la fiebre desciende bruscamente con aumento en la frecuencia del pulso. Sin embargo, uno o más episodios de hemorragia preceden a la perforación. Esta suele acompañarse de dolor agudo, hipersensibilidad y rigidez abdominal, los cuales son particularmente intensos en el cuadrante inferior derecho.

Rápidamente aparecen signos de peritonitis, como defensa muscular marcada a nivel abdominal, abdomen en tabla, el signo de

rebote se hace positivo y muy doloroso. La temperatura alcanza nuevamente valores de fiebre, algunos autores refieren que el momento de la perforación el paciente deja de sentir el dolor abdominal que hasta entonces se mantenía constante.

La perforación puede sobrevenir bruscamente en pacientes que parecían evolucionar favorablemente. La distensión abdominal puede aumentar rápidamente con disminución marcada de la persistalsis.

Si el paciente no es intervenido de urgencia, el cuadro general se grava, produciéndose peritonitis química, con caída brusca de la presión arterial, piel fría, sudoración, cambios de conducta, shock y muerte.

Debe además instituirse el tratamiento médico temprano para mejorar el pronóstico del paciente.

Se ha observado además que a pacientes a los cuales se les trató con antibióticos el cuadro de fiebre tifoidea, también presentan problemas de perforación, se cree que esto sucede debido a que los macrófagos engloban a Salmonela typhi, lo cual los protege contra la acción de los antibióticos.

En los niños, incluso los que padecen fiebre alta, la perforación puede manifestarse por caída brusca a la temperatura y colapso circulatorio; luego suelen aparecer vómitos, signos de peritonitis y aumento rápido de los leucocitos sanguíneos al contrario de lo que sucede con los adultos.

La respuesta del paciente a el daño producido por el proceso patológico depende como ya se dijo del estado general del paciente previo a la enfermedad.

Los signos de enfermedad ceden cuando disminuye la fiebre. La convalecencia en este tipo de pacientes es lenta, suele

necesitarse un mes o más para recuperar un estado normal.

## DATOS DE LABORATORIO

### HEMATOLOGIA:

Durante el curso de la enfermedad se desarrolla anemia normocrónica, la cual puede verse agravada por la pérdida de sangre por las heces.

La leucopenia es aceptada por muchos autores como un signo clave para el diagnóstico de F.T., lo más frecuente es encontrar disminución relativa del número de polimorfonucleares y ausencia de eosinófilos.

Poco después de la perforación, hay predominio de linfocitos con aumento de los leucocitos.

### ORINA:

La albuminuria es frecuente durante el período febril de la enfermedad. Varios informes revelan que puede aislarse y cultivarse bacilos en más o menos el 25o/o de pacientes durante la tercera y cuarta semana de la enfermedad. Hay que tener cuidado al recoger la muestra de orina para evitar la contaminación con heces que contengan bacilos de tifoidea.

### HECES:

Salmonella typhosa puede aislarse de las heces en cualquier etapa de la enfermedad, pero la máxima frecuencia de los resultados positivos es durante la tercera, cuarta y quinta semana, cuando el 85o/o de los pacientes tienen cultivos positivos. La frecuencia de cultivos positivos empieza a disminuir durante la sexta semana de enfermedad. El 3o/o aproximadamente de los pacientes,

sigue eliminando gérmenes durante más de un año. Los gérmenes persisten en la vesícula o en las vías biliares de los portadores entéricos crónicos, y penetran en el tubo digestivo en gran número con la bilis.

Se ha demostrado por estudio que pacientes que han sufrido perforación tífica siguen siendo portadores crónicos debido a que la vesícula actúa como reservorio.

### REPERFORACION:

Se observa en más o menos el 10o/o de los pacientes tratados con antibióticos, algunos autores mencionan que aumenta el porcentaje en pacientes tratados con cloranfenicol.

### DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de perforación tífica en nuestro medio es más clínico que radiológico, aunque el diagnóstico definitivo se hace aislando el germen de las heces, orina o de la sangre. Un aumento al cuadruplo o mayor del título de aglutinina, especialmente contra antígeno O de Salmonella typhosa, en ausencia de inmunización del paciente, confirma la presencia de la infección.

El estado de postración del paciente, la leucopenia, los antecedentes de fiebre alta, cefalea intensa y en muchos casos epistaxis, acompañando a la hipersensibilidad abdominal, especialmente en el cuadrante inferior derecho y a la ausencia de ruidos intestinales son bases para hacer el diagnóstico de Perforación Tífica.

En nuestro medio, el método diagnóstico de laboratorio más usado en este tipo de patología es la reacción de Widal, la cual presenta el problema de dar reacciones cruzadas o falsas, negativas.

En algunos hospitales, ya se cuenta con el recurso

diagnóstico del Mielocultivo que está considerado en la actualidad como el más eficaz de los medios de confirmación de la fiebre tifoidea y por ende de la perforación tífica.

#### REACCION DE WIDAL:

La reacción de Widal consiste en: La determinación del aumento en el título de aglutininas contra los antígenos somáticos (O) y flagelares (H) de *Salmonella typhosa*.

Se dice que un título de anticuerpos O (somático) de 1:60 es de diagnóstico presuntivo de F.T. y título en aumento es casi diagnóstico.

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial de perforación tífica debe hacerse con todas aquellas entidades que produzcan signos de irritación peritoneal aunque la confirmación por laboratorio descarte todas las demás entidades patológicas.

#### COMPLICACIONES:

Dentro de las complicaciones de la perforación tífica están la reperfusión, la formación de abscesos, dehiscencia de la anastomosis cuando se efectúa ileotransversostomía, y como una de las complicaciones más temidas tenemos el shock séptico que se presenta con bastante frecuencia en este tipo de pacientes.

La reperfusión es muy frecuente en pacientes muy tóxicos en los cuales se ha empleado como tratamiento quirúrgico el cierre primario.

#### TRATAMIENTO:

El tratamiento de la perforación tífica es eminentemente de tipo quirúrgico, aunque hay algunos médicos que piensan que sólo el tratamiento médico puede solucionar el problema.

En nuestro medio son dos las técnicas quirúrgicas usadas:

1. CIERRE PRIMARIO DE LA PERFORACION.
2. ILEOTRANSVERSOSTOMIA

#### CIERRE PRIMARIO:

Según los datos obtenidos para este trabajo, en nuestro medio es el tratamiento más usado para reparar la perforación. Se ha encontrado el problema de que debido a la lesión ya existente a nivel de las placas de Peyer, ocurre con mucha facilidad la reperfusión. Los resultados obtenidos con el cierre primario no son del todo satisfactorios a pesar de que se efectúe una técnica satisfactoria

#### ILEOTRANSVERSOSTOMIA:

Es un método relativamente nuevo en nuestro medio, debido a que la mayoría de los cirujanos departamentales no tienen mucho conocimiento sobre la técnica, básicamente consiste en una derivación ileotransversa con anastomosis término-lateral y formación de una asaciega, en cuanto mejora el estado del paciente se reopera y se devuelve a su estado anatómico natural.

## TRATAMIENTO MEDICO:

El tratamiento con antibióticos es de importancia para evitar septicemias en estos pacientes. El cloranfenicol debido a su alta eficacia contra *Salmonella typhosa* es el medicamento de elección.

Se ha observado que algunas cepas de *Salmonella typhi* son ya resistentes al cloranfenicol y la ampicilina por lo que si el paciente no respondiera al tratamiento con estos antibióticos, puede usarse la asociación trimetropin-sulfa.

El tratamiento debe mantenerse a dosis plenas hasta que la fiebre desaparezca, después se recomienda dar la mitad de la dosis por lo menos durante 2 semanas más.

En niños se aconseja dar dosis de 50 mgs. por Kg. por día hasta que el estado general sea satisfactorio y no existan problemas de dehiscencia de herida operatoria.

## PRONOSTICO:

El pronóstico para este tipo de pacientes es malo, sobre todo, cuando ocurre reperfusión. En niños y en pacientes de edad avanzada el pronóstico es todavía más reservado.

En nuestro medio a pesar de el uso de antibióticos el pronóstico de pacientes con perforación tífica no ha mejorado mucho en comparación a la era pre antibióticos debido a que las condiciones socio-económicas de la población en general son malas, lo que convierte a estos pacientes en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

## OBJETIVOS

### I. GENERALES:

- a) Investigar la incidencia de Perforación Tífica en el Hospital General de Occidente.
- b) Averiguar cuáles son las complicaciones más frecuentes que sufren los pacientes sometidos a cirugía.
- c) Detectar la localización anatómica de la perforación tífica.
- d) Sugerir medios de diagnósticos para detectar tempranamente lesiones intestinales que puedan dar origen a perforación.

### II. ESPECIFICOS:

- a) Comprobar si la incidencia de Perforación Tífica es relativamente baja en comparación con los pacientes que ingresan por Fiebre Tifoidea al Hospital General de Occidente.
- b) Comprobar si el diagnóstico de ingreso al Departamento de Cirugía es el mismo que el diagnóstico post-operatorio.
- c) Dar datos exactos de las complicaciones que se han tenido y la evolución de las mismas.
- d) Investigar cuál es el grupo socio-económico más afectado.
- e) Averiguar cuál es el grupo étnico más afectado.
- f) Investigar la incidencia de reperfusión cuando se utilizó como tratamiento quirúrgico el cierre primario.
- g) Investigar los resultados en los casos en los cuales se usó como tratamiento quirúrgico la ileotransversostomía.

## MATERIAL Y METODOS

1. METODO CIENTIFICO DE LA INVESTIGACION.
2. MATERIAL
  - a) HUMANO:  
Asesor: Dra. Ana María Alegría,  
Revisor: Dr. Luis Felipe Flores Girón,  
E.P.S. Derick Augusto Alegría Paz,  
Jefe del Departamento de Registros Médicos del Hospital General de Occidente,  
Encargado del Archivo de Registros Médicos del mencionado Hospital.
  - b) NO HUMANO:  
Departamento de Registros Médicos del Hospital General de Occidente.

### FICHA CLINICA

#### PARTE 1

- I. Datos Generales:
  - a) Edad
  - b) Raza
  - c) Sexo
  - d) Estado Civil
- II. Breve Historia de Ingreso.
- III. Impresión Clínica de Ingreso.
- IV. Antecedentes Médicos de Importancia.
- V. Exámenes de Laboratorio Pre-Operatorios.
- VI. Estudio Radiológico Pre-Operatorio: Si No
- VII. Fecha de Intervención Quirúrgica.

- VIII. Tipo de Intervención.
- IX. Localización de Perforación.
- X. Hallazgos Operatorios.
- XI. Estudio Radiológico Post-Operatorio.
- XII. Tratamiento Post-Operatorio.

PARTE 2

COMPLICACIONES:

- I. Tipo de Complicaciones
- II. Tiempo de Reperforación.
- III. Tipo de Tratamiento.
- IV. Localización de Reperforación.
- V. Hallazgos Operatorios
- VI. Tipo de Operación.
- VII. TX Post Op.
- VIII. Estudio Radiológico Post-Operatorio.
- IX. Informe de Patología.
- X. Control Post-Operatorio de Widal.
- XI. Respuesta al Tratamiento.

PERSONAS O DEPARTAMENTOS QUE COLABORAN: Hospital General de Occidente y su Departamento de Registros Médicos y Departamento de Cirugía.

PRESENTACION DE DATOS

CUADRO NUMERO 1

EDAD DE PACIENTES CON PERFORACION TIFICA

Edades	Pacientes	Porcentaje
1 a 5 años	0	0
5 a 10 años	1	5.26
11 a 15 años	7	36.70
16 a 20 años	5	26.30
21 a 25 años	3	15.80
26 a 30 años	3	15.80
Totales	19	99.86

CUADRO NUMERO 2

RAZA EN PACIENTES CON PERFORACION TIFICA

Raza	Pacientes	Porcentaje
<i>Indígena</i>	16	82.35
<i>Ladina</i>	3	17.64
<i>Totales</i>	19	100.00

CUADRO NUMERO 3

SEXO EN PACIENTES CON PERFORACION TIFICA

Sexo	Pacientes	Porcentaje
<i>Masculino</i>	13	70.58
<i>Femenino</i>	6	29.41
<i>Totales</i>	19	99.99

CUADRO NUMERO 4

PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS EFECTUADOS CON MAS FRECUENCIA A PACIENTES CON PERFORACION TIFICA

Clase de Tratamiento	Pacientes	Porcentaje
<i>Cierre Primario</i>	17	89.47
<i>Ileotransversostomía</i>	2	10.52
<i>Totales</i>	19	99.99

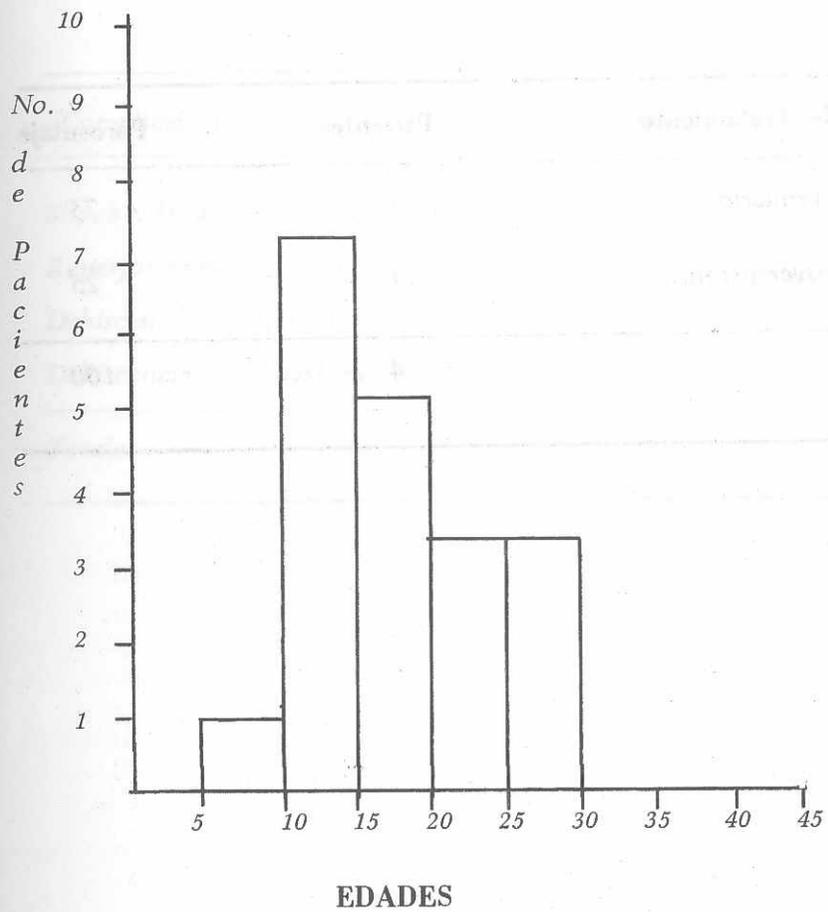
**CUADRO NUMERO 5**  
**COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS**

Complicación	Pacientes	Porcentaje
<i>Shock Séptico</i>	5	38.46
<i>Reperforación</i>	4	30.76
<i>Dehiscencia de Herida</i>	2	15.38
<i>Dehiscencia de Anastomosis</i>	2	15.38
<b>Totales</b>	<b>13</b>	<b>99.98</b>

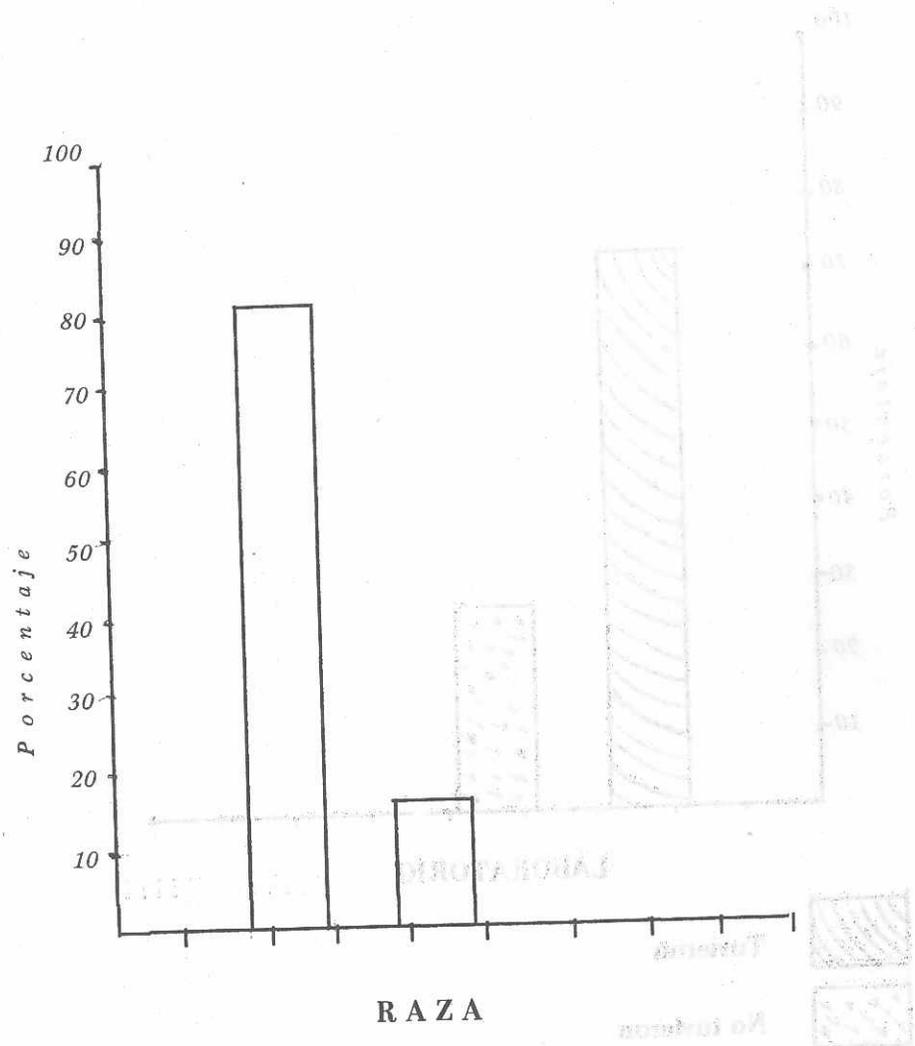
**CUADRO NUMERO 6**  
**REPERFORACION DE F.T.**

Tipo de Tratamiento	Pacientes	Porcentaje
<i>Cierre Primario</i>	3	75
<i>Ileotransversostomía</i>	1	25
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

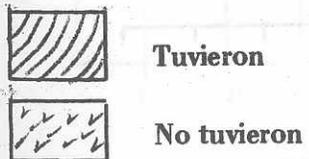
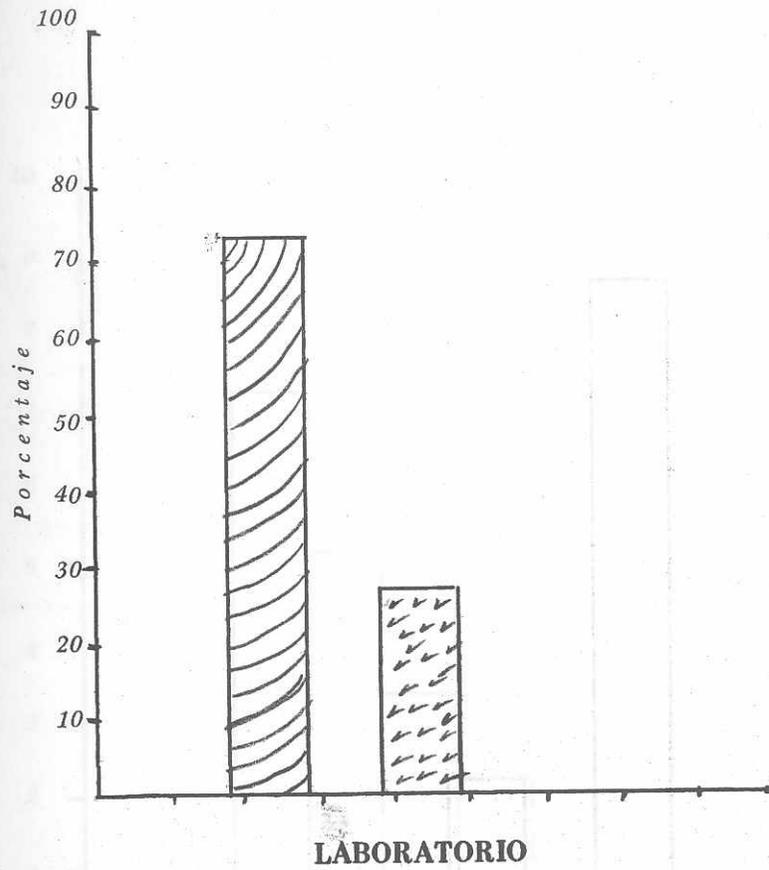
GRAFICA NUMERO 1



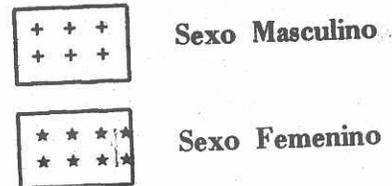
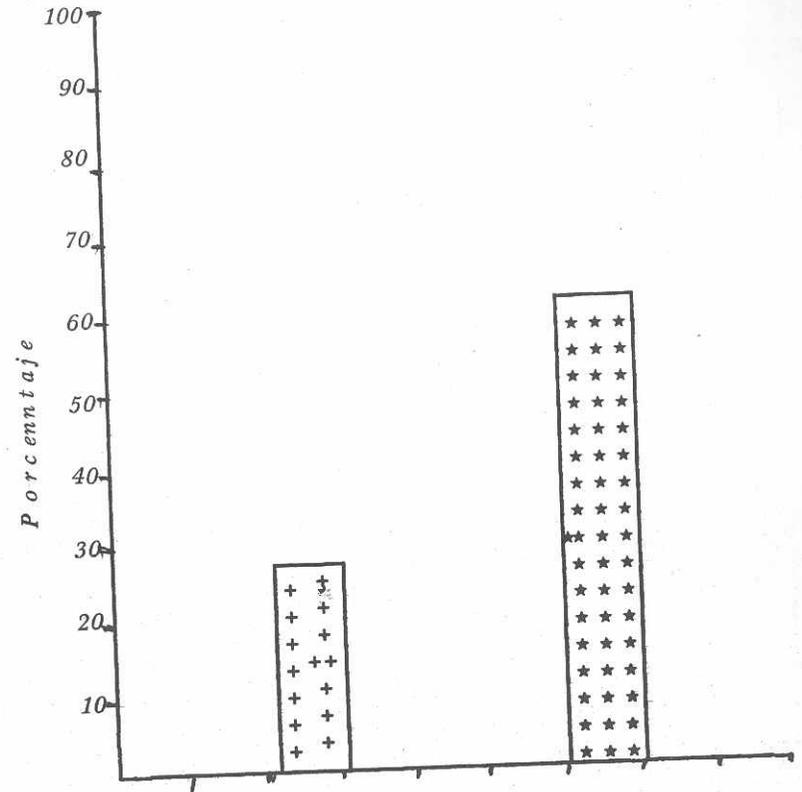
GRAFICA NUMERO 2



GRAFICA NUMERO 3



GRAFICA NUMERO 4 GRAFICA NUMERO 4



## ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El cuadro número uno, nos demuestra que la edad en que con más frecuencia se encontró perforación tífica en el Hospital General de Occidente fue entre 11 a 15 años, siendo las edades menos frecuentes de 5 a 10 y de 30 en adelante.

En el cuadro número dos, se determina que la raza más afectada por esta patología es la indígena en un 82o/o, mientras que la raza ladina sólo es afectada en un 17o/o.

En el cuadro número tres, se demostró que el sexo masculino es el más afectado en un 70o/o.

En el cuadro número cuatro, se puede ver que en lo que corresponde al tratamiento recibido un 89o/o corresponde a cierre primario de la perforación y un 10o/o a Ileotransversostomía.

El presente estudio nos proporciona un porcentaje bastante alto de pacientes que presentaron complicaciones post-operatorias, siendo las complicaciones más frecuentes: Shock séptico con un 38o/o, Reperforación con un 30o/o, la dehiscencia de herida operatoria y la dehiscencia de anastomosis con un 15o/o respectivamente, ésto se puede ver gráficamente en el Cuadro No. 5.

El cuadro número seis nos demuestra que tres pacientes que presentaron perforación habían sido tratados con cierre primario de la perforación.

Con respecto a los dos pacientes a quienes se les realizó Ileotransversostomía, fallecieron, uno de ellos a consecuencia de Shock séptico. En el otro se encontró al ser re-intervenido, una dehiscencia total de la anastomosis.

*El tratamiento médico de sostén en todos los casos fue:*

1. *Penicilina Cristalina de uno a cuatro millones cada 3 horas.*
2. *Cloranfenicol: 500 mgs. I.V. cada 6 horas.*

## CONCLUSIONES

1. *Del presente trabajo se concluye que la incidencia de perforación tífica en el Hospital General de Occidente es de 21.110/o del total de 92 pacientes que ingresan con diagnóstico de Fiebre Tifoidea.*
- 2.- *Que la complicación más frecuente del problema en estudio, es el Shock Séptico.*
- 3.- *Que la región anatómica en que con más frecuencia se encuentra localizada la perforación es el Ileón terminal en una longitud comprendida entre los 10 y 60 cms. proximales a la válvula ileocecal.*
- 4.- *En un 960/o el diagnóstico de ingreso al Departamento de Cirugía estuvo de acuerdo con el diagnóstico post-operatorio de estos pacientes.*
- 5.- *El sexo más afectado según las estadísticas obtenidas por este estudio fue el sexo masculino con una incidencia de 70.580/o.*
- 6.- *El grupo étnico más afectado fue el grupo indígena, aunque no se pudo determinar de qué forma influye la raza y el origen de los pacientes, que los predispone a la perforación tífica.*
- 7.- *La edad más afectada fue de los 11 a los 15 años, con un total de 7 casos que equivalen al 41.170/o.*
- 8.- *Las condiciones socioeconómicas de los pacientes afectados eran malas.*
- 9.- *Cuatro pacientes se perforaron, y se estableció que a 3*

ellos se les había efectuado cierre primario y al cuarto Ileotransversostomía, éste último presentaba además dehiscencia de la anastomosis.

- 10.- Los pacientes en los cuales se usó como técnica quirúrgica la Ileotransversostomía, fallecieron, uno de ellos a consecuencia de shock séptico. En el otro se encontró dehiscencia completa de la anastomosis.
- 11.- El tratamiento médico de sostén en todos los casos fue: Penicilina Cristalina y Cloranfenicol.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Lo principal para realizar un estudio y efectuar un trabajo completo, es obtener buenos datos al respecto, por lo que se recomienda que al ingresar un paciente al Hospital con el fin de obtener un diagnóstico más certero, se le realice una buena historia clínica.
- 2.- Antes de que un paciente se intervenido deben realizarse los exámenes mínimos de laboratorio, como hematología, Widal, cultivos y RX.
- 3.- Que al llenar la papelería de los pacientes después del procedimiento quirúrgico, se anote debidamente qué fue lo que se hizo durante el acto operatorio, ya que en muchas papeletas no se encontró nota operatoria.
- 4.- Que se realice estudio radiológico pre-operatorio a este tipo de pacientes, así como que se anote los hallazgos radiológicos en las papeletas.
- 5.- Que este tipo de pacientes y sobre todo los que van a ser tratados con derivaciones Ileotransversas sean atendidos por cirujanos con experiencia en este tipo de procedimientos.
- 6.- Recomendación muy importante para estudios futuros, es que al encontrar la perforación tífica, en el acto quirúrgico, se especifique la localización de la misma.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Urrutia Meléndez Gonzalo. *Fiebre Tifoidea y sus complicaciones. Casos Reportados en el Hospital Nacional de Amatitlán. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Año 1976.*
- 2.- Chutro Pedro. *Lecciones de Clínica Quirúrgica. Editorial Interamericana. Segunda Edición en Español. Páginas 240-242.*
- 3.- Davis-Cristopher. *Tratado de Patología Quirúrgica. Editorial Interamericana. Décima Edición. Páginas 1125-1128.*
- 4.- Cecil-Loeb. *Tratado de Medicina Interna. Editorial Interamericana. Décimo Tercera Edición. Páginas 509-606.*

Br. Diego Luis Cere

BERICK AUGUSTO ALEGRIA PAZ

[Signature]  
Asesor. 3523

ANA MARIA ALEGRIA

Dr. [Signature]  
Revisor.

LUIS EMILIO FLORES TORO

[Signature]

Director de Fase III

Director A. LUILA E.

Dr. [Signature]  
Secretario

RAUL A. CASILLAS R.

Dr. [Signature]  
Decano.

ROLANDO CASILLAS MONTALVO.