

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



15 MAYO 1988

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
  - 1. Generales
  - 2. Específicos
- III. MATERIAL Y METODO
- IV. GENERALIDADES
- V. EPIDEMIOLOGIA
- VI. PATOGENIA
- VII. ANATOMIA PATHOLOGICA
- VIII. SINTOMATOLOGIA
- IX. DATOS DE LABORATORIO
- X. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- XI. COMPLICACIONES DE LA FIEBRE TIFOIDEA
- XII. PERFORACION INTESTINAL
- XIII. CUADRO CLINICO
- XIV. DIAGNOSTICO
- XV. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- XVI. EXAMENES DE LABORATORIO
- XVII. TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON PERFORACION TIFICA
- XVIII. TRATAMIENTO QUIRURGICO
- XIX. PRONOSTICO DEL PACIENTE CON PERFORACION TIFICA
- XX. PRESENTACION DE RESULTADOS Y COMENTARIOS DEL ESTUDIO EFECTUADO.
- XXI. CONCLUSIONES
- XXII. RECOMENDACIONES
- XXIII. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El presente estudio retrospectivo y bibliográfico sobre "Incidencia de Perforaciones Típicas y su Tratamiento Quí<sup>o</sup>lico", fué realizado en el Hospital Nacional del Departamento de San Marcos, analizando los datos de 13 pacientes que fueron tratados en un período de tiempo de 5 años, Enero de 1,974 a Diciembre de 1,978.

Para examinar de una manera amplia y objetiva el problema, se analizó primero la Enfermedad Tifoídica en forma general, ya que dicha enfermedad, cuya etiología es la *Salmonella Typhosa*, tiene como causa determinante factores que relacionan con los problemas, Educacionales, Socio-Económicos, Políticos y Ambientales, de un país en desarrollo y que carece de una política de salud bien encaminada, como el nuestro.

Creo que en Guatemala, la Enfermedad Tifoídica y sus implicaciones y en particular la Perforación Típica, constituye un grave problema de salud pública, que sólo mediante una política de salud tendiente a mejorar las causas determinantes ya mencionadas, se podría disminuir tan alta incidencia.

## II

### OBJETIVOS

#### GENERALES:

1. Hacer un análisis estadístico de los casos informados en el estudio.
2. Efectuar una revisión bibliográfica del Tratamiento Quirúrgico de los pacientes con Perforación Tífica.

#### ESPECÍFICOS:

1. Determinar mediante la revisión de los casos cual ha sido su manejo y evolución.
2. Mejorar el conocimiento actual del paciente con Perforaciones Tíficas.
3. Poder emitir conclusiones y recomendaciones en relación a dicho problema.

### MATERIAL Y METODO

#### MATERIAL:

Incidencia de pacientes con Perforación Tífica en 5 años de estudio.

#### METODO:

- Inductivo - Deductivo.
- Revisión bibliográfica.
- Elaboración del Protocolo.
- Revisión de Fichas Clínicas.
- Tabulación de datos en boletas diseñadas para el efecto.
- Recursos Humanos.

- Personal de los servicios de Cirugía Hosp. Nac. San Marcos.
- Personal de Archivo Hosp. Nac. San Marcos.
- Personal de Biblioteca Hosp. Roosevelt.

#### Recursos no Humanos.

- Fichas Clínicas.
- Boletas diseñadas para la tabulación de datos.
- Material de escritorio.
- Material Bibliográfico.

### ANALISIS ESTADISTICO

Después de hacer una revisión de registros clínicos, se

investigará las siguientes variables en cuadros estadísticos y tabulación de los datos sacando porcentaje a cada uno.

- Edad
- Estado Civil
- Sexo
- Profesión
- Procedencia
- Motivo de consulta
- Síntomas al ingreso
- Temperatura al ingreso
- P/A al ingreso
- Pulso al ingreso
- Frecuencia Respiratoria al ingreso
- Hallazgos Físicos de ingreso
- I. C. de ingreso
- Dx. diferencial
- Exámenes de Laboratorio. Hb- Ht, Recuento de Glóbulos Blancos, Widal.
- Tx. antibiótico de ingreso
- Tx. pre-operatorio
- Dosis de Meperidina
- Tipo de operación practicada
- Anestesia usada
- Tipo de incisión practicada
- Hallazgos y localización de la Lesión
- Tx. Quirúrgico practicado
- Complicaciones durante acto operatorio
- Medicación durante acto operatorio
- Complicaciones postoperatorias
- Tx. antibiótico después de acto operatorio
- Control Rx.
- Hallazgos de Rx.
- Sala o servicio donde procedía el paciente

- Mortalidad
- Dx. de muerte
- Dx. de egreso
- Días de Hospitalización.

**GENERALIDADES**

La Fiebre Tifoidea es una infección generalizada exclusiva del Hombre. Tras la ingestión de *Salmonella Typhosa* ningún otro animal experimenta fiebre remitente y prolongada, erupción característica (mancha rosada), esplenomegalia, adenopatía, o complicaciones intestinales.

Los síntomas predominantes son fiebre, dolor abdominal, cefalea, anorexia, lasitud y alteraciones del funcionamiento intestinal.

El Diagnóstico se confirma al aislar los microorganismos de la sangre, heces u orina y por la demostración de un aumento en los títulos de aglutininas a los antígenos somático (O) y flagelar (H) del bacilo. (5).

En 1,820, Bretonneau describió las lesiones intestinales de la fiebre tifoidea. Desde 1,829; cuando Louis describió sus descubrimientos en 150 casos, incluyendo las lesiones intestinales la adenopatía mesentérica, la esplenomegalia, las manchas rosadas, la hemorragia intestinal y la perforación, la fiebre tifoidea es la salmonelosis más grave, y a este médico se le debe el haber llamado a tal entidad con el nombre de "Tifoidea". En 1,836, William Gerhard, de Filadelfia presentó la diferenciación entre el Tifo y la Tifoidea. (10).

Entre los años de 1,856 y 1,870, Budd, médico Inglés, sugiere que la enfermedad era contagiosa y estableció la importancia de la diseminación por las evacuaciones de las personas infectadas. En 1,885 se confirma tal hipótesis por Pfei-

ffer, al aislar el germen en las heces. (5)

En 1,880, Eberth, aisló el microorganismo en frotis de ganglios mesentéricos y de bazo. (5, 10)

En 1,896, Widal describió la prueba para las aglutininas, en el suero de los pacientes. En 1,909, Russell empleó vacuna para la profilaxis de la Tifoidea en el Ejército de los Estados Unidos. (5, 10)

**PATOGENIA**

Como anteriormente se expuso el agente causal tiene acceso al huésped por la cavidad bucal. Contrariamente a anteriores conceptos, con los estudios de la infectividad en los seres humanos no se ha podido confirmar, que *Salmonella Typhosa* invada por medio del tejido linfático de la faringe y se ha desechado también el aparato respiratorio como puerta importante de entrada. En cambio el bacilo de la Tifoidea resiste a la acidez gástrica, pasa al intestino, se multiplica e invade la barrera mucosa.

Es durante las críticas 24 a 72 horas después de la ingesta que se decide el desenlace de la infección si los microorganismos sobreviven a las influencias inhibidoras del crecimiento de las bacterias comensales y se producen en cantidades suficientes para vencer la actividad fagocitaria de la mucosa intestinal, pueden lograr su entrada al huesped. (5)

La *Salmonella Typhosa* reside únicamente en el Hombre y se perpetúa en la naturaleza por medio de su transmisión desde pacientes o portadores a personas sanas. La leche, el agua y los alimentos pueden contaminarse con heces infectadas.

Las moscas transmiten la Fiebre Tifoidea merced a su capacidad para transportar bacilos de las heces a los alimentos o los líquidos. (5)

Esta enfermedad puede difundirse en forma inesperada cuando se presentan deficiencias en el deshecho de las excretas o en el manejo de los alimentos. Las Salmonelosis penetran en el cuerpo por el aparato gastrointestinal. No son tan importantes los casos clínicos como los reservorios de la enfermedad los "Portadores" que se han restablecido de infección clínica, pero siguen albergando bacterias, sobre todo en las vías biliares, se tiene la teoría que la Fiebre Tifoidea es una enfermedad de la gente joven se presenta con máxima frecuencia entre los 15 años y 30 años de edad y que el 3% de los sobrevivientes de tifoidea se vuelven portadores permanentes. (10)

Una vez penetrada la barrera intestinal, los cultivos de materias fecales, que habían sido positivos para *Salmonella Typhosa* durante los primeros días después de la ingestión de los microorganismos, generalmente se vuelven negativos. Es probablemente que las bacterias entren a la circulación generada por el conducto linfático mesentérico-torácico. A partir de este momento en el período de incubación y hasta la aparición de la franca enfermedad, los bacilos Tifoídicos residen dentro de los elementos del sistema reticulo endotelial, principalmente el Hígado.

La subsecuente bacteremia anuncia el principio de los

síntomas y signos clínicos de la Fiebre Tifoidea.

Poco después *Salmonella Typhosa* reaparece en los cultivos de heces, habiendo escapado del Hígado y posiblemente de los focos localizados en el intestino.

Las manifestaciones clínicas y los datos Histopatológicos de la Fiebre Tifoidea han sido atribuidos a los efectos de una endotoxina. (5)

Las embolias bacterianas en los capilares de la piel son causa de los característicos elementos cutáneos de roséola. La esplenomegalia viene provocada por la congestión de la pulpa esplénica, por gran acumulación de hematies y por hiperplasia endotelial. La leucopenia proviene de la acción de toxinas sobre la médula ósea. (10)

## VII ANATOMIA PATOLOGICA

Durante los primeros días de la enfermedad se presenta una enteritis inespecífica en el yeyuno. Los ganglios linfáticos mesentéricos se tornan tumefactos, blandos y hemorrágicos. En el tejido linfoide intestinal, en los ganglios linfáticos y en la médula ósea hay una reacción celular no supurativa constituida principalmente por grandes células fagocíticas del sistema Retículo endotelial. (5)

El bazo está agrandado rojo y blando, los datos Histológicos principales son los de hiperemia y proliferación, notable de las células reticuloendoteliales de los senos linfoides, acompañadas de hiperтроfia de las células del retículo en los folículos esplénicos. El hígado presenta las mismas alteraciones y también puede agrandarse. La hiperтроfia y la proliferación intensa de las células de Kuffer, que producen nódulos tifoídicos, causan necrosis de las células hepáticas aisladas o en focos, y oclusión de los sinusoides vasculares e infarto consiguiente de las células lesionadas. (12)

En la médula ósea pueden aparecer lesiones focales similares. En el Riñón se han descrito tumefacción y degeneración albuminosa de las células epiteliales de los túbulos con torneados proximales. En el miocardio pueden apreciarse tumefacciones y metamorfosis grasa. (12)

Las fibras de músculos estriados pueden presentar cambio hialino o necrosis de coagulación en el corazón y los músculos voluntarios. Estos cambios son particularmente frecuentes en los músculos voluntarios más activos, como diafragma in

tercostales, prevertebrales y de pared anterior del abdomen. A nivel de placas de peyer del ileon los microorganismos originan tumefacción de los folículos linfoides. Al continuar la proliferación de los bacilos y los fagocitos, se presentan elevaciones semejantes a mesetas hasta 6 a 8 cms. de diámetro, que dibujan claramente las placas de peyer. Estas alteraciones pueden afectar el ileon y también los folículos linfoides de los sitios más proximales de intestino delgado y colon. Al madurar las lesiones intestinales en la segunda semana de la enfermedad, la mucosa que cubre las masas linfoides muy hipertrofiadas experimenta esfacelo, posiblemente a causa de isquemia por compresión. De esta manera se producen úlceras en intestino delgado y posiblemente en colon.

Las úlceras suelen ser ovaladas con diámetro mayor orientado en el eje longitudinal del intestino, que se ajusta a la distribución de las placas de peyer. En un pequeño porcentaje (3%), las úlceras se perforan y aparece Peritonitis. (12)

## VIII. Sintomatología

### SINTOMATOLOGIA

El promedio del período de incubación es de aproximadamente 10 días, y varía entre 3 y 25, lo que depende probablemente de la dosis infectante.

La enfermedad desde un principio es gradual los síntomas aumentan en 2 a 3 días y se anuncia por malestar general, cefalea que es el síntoma inicial más importante, es generalizada y constante, y empeora a medida que aumenta la fiebre, esta última se presenta característicamente an agujas, con cifras máximas de 39.5°C. a 40.5°C. Esta forma de fiebre suele persistir hasta una semana durante la cual el paciente puede presentar escalofríos recurrentes, que manifiestan la bacteremia, y diversos síntomas que draducen enfermedad intestinal, como distensión, cólicos y estreñimiento que suele ir seguido de diarrea, que es de rápida instalación. En la palpación se perciben las asas intestinales llenas de líquido y gas al comprimirlos o desplazarlos. Puede presentarse epistaxis recurrente y espontánea.

En la segunda semana puede presentarse exantema cutáneo característico que se describe como manchas rosadas que se presentan sólo en un 10% de los casos, que persisten sólo 2 ó 3 días, que se presentan en la cara anterior del tórax y superior del abdomen. La hepatomegalia manifiesta el ataque inflamatorio a estos órganos. Por lo general el aumento de frecuencia del pulso no guarda relación con la elevada temperatura al principio de la enfermedad. (5)

## DATOS DE LABORATORIO

Uno de los datos hematológicos distintivo de la Tifoidea es la leucopenia, con cifra leucocitaria de 4,000 a 6,000 células por  $\text{mm}^3$  durante las primeras 2 semanas y de 3,000 a 5,000 durante la 3ra. y 4ta. semana. (5)

En caso de perforación intestinal la cifra leucocitaria se eleva moderadamente hasta 10,000 ó 14,000. Se observa anemia normocítica en muchos pacientes, en caso de hemorragia, es de tipo hipocrómico y microcitico. La Orina contiene hue llas de albúmina durante el período febril, pero ninguna otra anormalidad. Las pruebas para encontrar sangre oculta en las heces del paciente son generalmente positivas de la segunda semana en adelante. Los gérmenes pueden aislarse de las heces y de la sangre, y esta es la prueba diagnóstica más importante. El cultivo se positivisa durante la 1ra. semana. El cultivo de heces es positivo después del décimo día. Se ha cultivado el microorganismo de material obtenido por aspiración de la médula ósea y de las manchas rosadas, pero no ofrecen ninguna ventaja sobre los cultivos de sangre. En un % muy pequeño de pacientes pueden presentar en la orina el germen durante la 2da. o 3ra. semana de la enfermedad. (5)

La reacción de Widal es una prueba serológica fácil y adecuada para el diagnóstico de la Fiebre Tifoidea.

Las aglutininas específicas aparecen en la sangre al final del séptimo o décimo días de la enfermedad. El título se eleva en forma constante alcanzando su máximo a partir de la

3ra. hasta la quinta semana, y desciende gradualmente durante varias semanas. El título del anticuerpo flagelar (H), suele ser más alto que el anticuerpo somático (O). (5, 10)

Se producen algutininas contra el antígeno H en virtud de una infección o vacunación tifoídica previa. Un elevado tipo de aglutininas contra el antígeno (O) denota infección activa. (6, 10). La sangre de portadores crónicos suele tener anticuerpos (vi), pero no se dispone de éste antígeno en la práctica. (10)

Un título de aglutinación de 1:160 ó más elevado contra una suspensión de bacilos tifoídicos formalizados tienen significación. Si pruebas subsiguientes indican un título progresivamente mayor, esto establece el diagnóstico. En la mayoría de los casos de tifoidea las aglutininas (O) aparecen antes que las (H) y, por lo tanto, se da la preferencia a la aglutinación de las primeras en la práctica de Widal. En el método macroscópico el tipo (O) produce una reacción coposa en pequeños flóculos, mientras que el tipo (H) da origen a grandes copos. El aumento en el título de aglutininas del suero suele ir asociado a una disminución de la bacteremia. En el momento en que el título alcanza su máximo coincide con frecuencia con la mejoría clínica. Pueden ocurrir reacciones cruzadas con otras salmonellas por lo cual la prueba de Widal no es completamente específica (10).

## DESORDENES RESPIRATORIOS

La Bronquitis es común en la Salmonelosis, la Neumonía era antiguamente una complicación grave de la Fiebre Tifoidea que se puede manifestar en un 10% de los casos.

Manson-Bahr (1, 945), llamaron la atención sobre la posible activación de la Tb., durante la Salmonellosis y sugieren que la Tb. Pulmonar debe considerarse en todos los casos de Bronquitis o B.N.M. prolongada durante la F.T. y anotan que en los casos de Tb. Pulmonar la condición clínica empeorará cuando hay infección debida a Salmonella para Tifi B. La Pleuritis ocurre en el 3% de los casos. (4, 5, 10)

## DISTURBIOS CIRCULATORIOS

La Tromboflebitis, se observa en la F.T., en la Septicemia a Salmonella, que generalmente estas complicaciones son tardías y el principio es insidioso, lo más afectado son las piernas.

La Tromboflebitis puede causar embolismos con todas sus secuelas. La Endocarditis-Miocarditis y la Pericarditis se observan en el 1% de los pacientes y se observa con ayuda del E.K.G. (4, 5, 10).

## COLANGITIS Y COLESISTITIS

Son complicaciones más frecuentes de lo que se supone cerca del 5% de las infecciones son Salmonella presentan un bajo grado de Colesistitis y más del 25% revelan un mal funcionamiento del Hígado. (4, 5, 10).

## DISTURBIOS DEL S.N.C.

Las Meningitis son frecuentes en los niños pequeños. - La Neuritis es infrecuente pero se describe como una secuela de la F.T., Meningismo también se da solo, se puede diferenciar de la Meningitis por exámenes de laboratorio. (4, 5, 10).

## LESIONES GENITOURINARIAS

Salpingitis, Parametritis se han observado en pacientes femeninos que sufren de Salmonellosis, la Endometritis parece ser rara los síntomas no difieren de los causados por otros organismos.

La Pielitis, la Pielonefritis pertenece a las lesiones comunes de las infecciones por Salmonella. Los organismos se excretan a través de la orina en un 25% de Salmonellosis febril. (4, 5, 10)

## APARATO LOCOMOTOR

La Artritis de la Salmonella es rara, la Osteomielitis principalmente en niños se observa con más frecuencia. Los sitios más afectados son las costillas, espina dorsal, y huesos de las extremidades. (4, 5, 10).

## TRACTO INTESTINAL

Como regla, las lesiones en el Tracto Intestinal cura sin formación de escaras, en algunos casos sin embargo, Colitis

Crónica no específica se ha observado como secuela.

Se ha recobrado Salmonella de Colitis Espástica (Colon Irritable), de la Colitis Mucosa e Ileitis Regional.

Mientras el Colon Irritable o Colitis Ulcerativa se observa con menos frecuencia después de la Salmonellosis, en relación con la Shigella y Ameba Histolytica e infección Estreptocócica, se requiere más atención a la Ileitis Regional. (4, 5, 10)

## XII

### PERFORACION INTESTINAL

Las perforaciones son las más temidas complicaciones de la Fiebre Tifoidea. Las Perforaciones ocurren durante el período de las ulceraciones intestinales en un porcentaje de 2 - 5 % de los casos tratados. La perforación se produce por la ruptura de una úlcera intestinal, que rápidamente puede evolucionar hacia una peritonitis, gracias al perfeccionamiento antibiótico y a las disposiciones profilácticas, se ha reducido en gran manera la mortalidad de este padecimiento. (4, 5, 10)

La perforación se hace generalmente en el Ileum Terminal en la 3ra. semana de inicio de la F. T. de preferencia en los pacientes con timpanismo, diarrea y hemotragia y puede sobrevenir bruscamente en pacientes que parecían evolucionar favorablemente. Es característico un repentino e intenso dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho. La distensión abdominal puede aumentar rápidamente, presentándose signos de rigidez muscular, dolor al rebote y disminución de la peristalsis. La desaparición de la matidez hepática con timpanismo excesivo es un valioso signo que revela la presencia de aire libre en la cavidad abdominal. La Palidez, la sudación viscosa, la taquicardia y el desenso de la presión arterial anuncian un estado de choque inminente. En esta fase la temperatura es baja y la cuenta leucocitaria alcanza cifras de 9,000 a 13,000. (4, 5).

Las perforaciones Intestinales provocan una sintomatología violenta y obscura. Las 3 fases de la lesión: Infiltración, Ulceración y Reparación o Cicatrización normal, en ocasiones no se efectúa, la reparación sucediendo la perforación e in-

mediatamente la peritonitis. (4)

La porción del intestino delgado más afectado por las Perforaciones Típicas, es el borde libre principalmente el Ileo, en donde hay abundantes placas de Peyer. (4, 12)

Puede existir una sola perforación o varias pequeñas, a veces puntiformes en otras ocasiones suelen ser crateriformes, la perforación se inicia en la mucosa la cual se esfacela por isquemia, alcanza la serosa y en muy raras ocasiones el proceso puede ser inverso, la perforación se inicia en la serosa y pasa a la mucosa (adenitis supurada en el curso de la F.T.) (4, 12)

La perforación ocurre cuando la *Salmonella Tiphosa* al ser ingerida con alimentos contaminados, atraviesa la pared-mucosa protectora del intestino delgado y queda marginada de cualquier anticuerpo circulante, y se explica dicha perforación por las siguientes causas:

- a) Ulcera progresiva.
- b) Formación de Escaras
- c) Ruptura del Peritoneo
- d) Trombosis de vasos de los pedúculos vasculares
- e) Necrosis

(4, 12).

### XIII

#### CUADRO CLINICO

La manifestación de la Perforación Típica es casi siempre el de una peritonitis localizada o una peritonitis difusa o el de una peritonitis hiperaguda, de inicio brusco o insidioso.

El paciente a la inspección se halla en decubito dorsal o lateral con la columna vertebral o los músculos en flexión; sus facciones denotan padecimiento intenso, choque y colapso, en lugar de la expresión de indiferencia que es característica de la F.T. La Piel está húmeda y pálida; a causa del espasmo diafragmático, a menudo es rápida la respiración aleteo nasal y sudoración; el enfermo ejecuta los movimientos con cautela, existen muchas veces otros signos como escalofríos, diarrea, detención de gases, retención de orina, dolores difusos e hipo. (4)

En ocasiones se presenta la perforación en pacientes que se hallan en estado comatoso, y en tal caso no son discernibles los signos y síntomas; empero, salvo que se halle el enfermo en estado de coma profundo, es posible reconocer algunos de ellos, si quiera sean de menor violencia. (4)

La auscultación sólo hace evidente un signo patognomónico a saber; las manifestaciones de la peritonitis inmediata, con supresión total de los movimientos peristálticos, ocasionadas por el súbito derrame del contenido intestinal, en la cavidad peritoneal. (4)

Rara vez es tan grande la cantidad de líquido derramado, que dé origen a la ampliación de los sonidos respiratorios

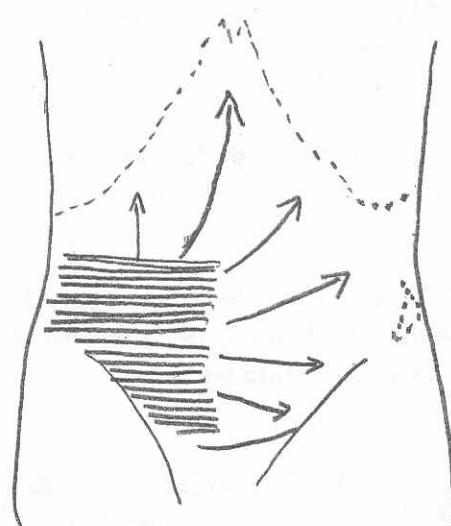
o a ningún otro signo directo a menos que se haga la paracentesis y la aspiración del abdomen. (4)

La percusión del abdomen es ineficaz dada la circunstancia de que sólo es relativa la diferencia entre el timpanismo y la distensión en la enfermedad primitiva, y los de la perforación. En algunas ocasiones se descubren signos de acumulación de gases en la cavidad peritoneal que llega hasta borrar la maciez hepática, y en tal caso es un signo patognomónico de la perforación; sin embargo de ello, es inconstante en virtud de la posibilidad de que acaezca, la perforación sin que se descubran señales evidentes de la acumulación de gases en la cavidad peritoneal; Es de suma utilidad la palpación que pone de manifiesto la rigidez muscular y el dolor - causado por el tacto, que son más intensos en el cuadrante inferior derecho, y que se hacen evidentes inmediatamente después de la perforación; tales signos son progresivos y, al presentarse la peritonitis generalizada, se diseminan rápidamente a todo el vientre, es siempre doloroso el tacto rectal o vaginal. (4)

Si se hace la paracentesis y la aspiración, particularmente en el cuadrante inferior derecho del abdomen, acaso se descubran bacterias infecciosas, pero carece de importancia la paracentesis negativa, si se efectúa inmediatamente después de que, según se cree, acaece la ruptura. (4)

#### LOS SIGNOS FISICOS Y SINTOMAS DE GRAN SIGNIFICADO SON LOS SIGUIENTES:

- 1) DOLOR: De ordinario acaece la Perforación del Intestino en la porción situada en el cuadrante inferior derecho. Por esta razón, al comenzar el dolor, está situa-



(fig. 1). Región donde comienza el dolor y propagación del mismo en la perforación de la úlcera tifoídica.

do en dicho cuadrante, pero en breve tiempo se propaga a todo el vientre. (4)

El dolor es súbito, agudo y a las veces tan intenso, que el enfermo, aunque se halle en estado comatoso da señales de padecimiento. (fig. 1) (4)

- 2) DISTENSION ABDOMINAL: La cual es gradual y progresiva, y por lo común está en proporción con la infección peritoneal. (4)
- 3) VOMITO: Se presenta poco después de la perforación, y al acaecer la peritonitis, se vuelven persistentes y fecales. (4)
- 4) CHOQUE Y COLAPSO INTENSO: Casi siempre existe, de ordinario se halla el paciente cubierto de sudor frío, con la cara y las extremidades frías, y las facciones hundidas. (4)
- 5) RESPIRACION COSTAL SUPERIOR: La más de las veces rápida y superficial, lo cual se puede atribuir al choque y al espasmo diafragmático. (4)
- 6) PULSO RAPIDO Y DEBIL: De resultas del colapso circulatorio. (4)
- 7) DESCENSO DE LA TEMPERATURA: Que acaso llegue a ser subnormal, pero al presentarse la peritonitis posiblemente haya calentura hasta de 40 a 41°C. (4)

## XIV

### DIAGNOSTICO

Cuando se hace de antemano el diagnóstico de Fiebre Típica, rara vez presenta dificultad el diagnosticar oportunamente la perforación, que se hace evidente por el dolor intenso en la fossa ilíaca derecha, la rigidez, la temperatura subnormal, el choque y el colapso, que se presentan de improviso en el enfermo de F. T., se confirma el Diagnóstico si, además de los antedichos signos y síntomas, es doloroso el tacto rectal y vaginal hay leucocitosis creciente, inmovilidad del abdomen y falta de evacuaciones sanguinolentas. (4)

Corroboran el diagnóstico el hallazgo de gas en la cavidad peritoneal y la identificación del microbio específico. (4)

Es más difícil hacer el diagnóstico de perforación en los niños ya que estos no pueden hacer el relato del dolor, y no es fácil saber si es dolorosa la palpación, además de que en los niños no son tan intensos como en los adultos, el colapso, los vómitos ni la distención abdominal. (4)

Cuando existe una Perforación Típica y el contenido intestinal se vierte en la cavidad abdominal se produce una inflamación de la membrana serosa que reviste ésta, lo que dà una peritonitis, cuyos signos y síntomas cardinales dolor abdominal, rigidez y fiebre, vómitos, estreñimiento obstinado y toxemia sugieren realizar el acto quirúrgico. (4)

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las enfermedades del abdomen que requieren tratamiento quirúrgicos y que han de ser diferenciadas de la perforación de las úlceras de la Fiebre Tifoidea son:

- 1) APENDICITIS AGUDA: Cuando se presenta la apendicitis en el curso de la Fiebre Tifoidea, es muy confuso el diagnóstico.

La apendicitis causada por el bacilo Tifoídico suele comenzar gradualmente, pero se presenta en un período más temprano que la perforación de úlceras; no hay descenso de la temperatura, el dolor empieza en el epigastrio y no es muy intenso.

Son negativas las radiografías y la paracentesis de la cavidad peritoneal.

La perforación de la úlcera de la Fiebre Tifoidea comienza subitamente y por lo común en el curso de la tercera semana de la enfermedad; hay choque y colapso intenso; por lo común desciende la temperatura; son persistentes los vómitos; el dolor es violento desde el principio y está situado en la fossa ilíaca derecha; la radiografía y la aspiración permiten a las veces el descubrimiento de gases y de microbios infecciosos en la cavidad peritoneal.

Es imposible el diferenciar la apendicitis perforada fulminante coincidente con la Fiebre Tifoidea, de la perforación de úlceras intestinales originadas por dicha enfermedad, pero felizmente no es necesario hacer esta distinción en la

práctica. (4)

- 2) COLECISTITIS AGUDA: Cuando coincide con la Fiebre Tifoidea, y en particular si es concomitante con la colecistitis, se puede confundir con la perforación de úlceras originadas por la F. T., pero en tal caso, no hay descenso de la temperatura, faltan o son muy leves el choque y el colapso, el dolor está situado en el epigastrio o en el hipocondrio derecho, y acaso se propague al hombro del mismo lado. En ocasiones son perceptibles los sonidos peristálticos, aunque poco frecuentes; no es doloroso el tacto rectal ni vaginal; la radiografía y la paracentesis no indican que hay gas ni microbios infecciosos en el abdomen. (4)

- 3) RUPTURA Y SUPURACION DE LINFOGANGLIOS MESTENTERICOS: Cuando se presenta esta rara enfermedad en el curso de la Fiebre Tifoidea, es sumamente difícil hacer el diagnóstico diferencial. El comienzo es intempestivo y el padecimiento este presenta casi los mismos signos que la perforación de la úlcera. Teóricamente se puede hacer la diferenciación fundándose en: la rigidez muscular no está tan señaladamente localizada en el cuadrante inferior derecho; en que la distensión y el dolor causado por la palpación no se presentan tan rápidamente como cuando hay perforación de úlceras tifoídicas; en que no se hallan gases en la cavidad peritoneal, en la radiografía. Sin embargo de ello, tales signos son tan sólo relativos y, por consiguiente, son inciertos y poco fidedignos; en cambio puede ser útil la circunstancia de que el descenso de la temperatura, el choque y el colapso no son tan señalados como en la perforación de úlceras.

Las enfermedades que no requieren tratamiento quirúrgico, confundibles con la perforación son: La dilatación aguda del estómago y la hemorragia intestinal. (4)

1) DILATACION AGUDA DEL ESTOMAGO: La dilatación, el choque y el colapso súbitos de éste estado morbos, cuando se presentan en el curso de la Fiebre Tifoidea, puede confundirse con la perforación de úlceras; con todo, es mayor la dilatación en la porción superior del vientre; las más de las veces es discernible el contorno del órgano; con frecuencia se percibe el borborísmo y por lo común vomita el paciente grandes cantidades de líquido.

No hay rigidez ni dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho ni es doloroso el tacto vaginal o el rectal; al doblar el enfermo los músculos sobre el abdomen no se mitiga el dolor. Es concluyente el alivio que ocasiona la introducción de la sonda gástrica. (4)

2) HEMORRAGIA INTESTINAL: Los síntomas de la hemorragia intestinal ocasionada por la Fiebre Tifoidea, pueden confundirse o ser coexistentes con la perforación.

Cada uno de dichos estados morbosos va acompañado de signos y síntomas de choque, de descenso de la temperatura, diaforesis, taquicardia, respiración rápida y facies característica de colapso circulatorio.

Se hace la diferenciación por la falta de dolor y rigidez en el cuadrante inferior derecho al efectuar la palpación o el tacto rectal o vaginal.

El abdomen permanece blando y no se distiende. La auscultación hace evidente la poca frecuencia de los sonidos peristálticos. Si se efectúan repetidos análisis de sangre, se ve que hay leucocitosis creciente y eritropenia progresiva. Al cabo de una o dos horas el paciente expulsa sangre por el recto.

Es más cómoda la posición de decubito dorsal, con las extremidades inferiores extendidas. (4)

## XVI

### EXAMENES DE LABORATORIO

Los exámenes indicados que se deben realizar a todos los pacientes con sospecha de Perforación Tifíca comprenden:

- 1) a) Coprocultivo  
b) Hemocultivo  
c) Mielocultivo
- 2) a) Widal  
b) HB - HT  
c) Recuento de Glóbulos Blancos  
d) Velocidad de sedimentación
- 3) Rx.
  - a) Placa simple de abdomen.

En la que se reconoce la acumulación de gases en la cavidad peritoneal. (4, 11).

## TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON PERFORACION TIFICA

Todo paciente al cual se le diagnostique Perforación Tifica y ha de ser intervenido quirúrgicamente se le debe preparar para dicha intervención para lo cual se seguirán las órdenes preoperatorias siguientes:

- 1) N.P.O. H.N.O.
- 2) Reposo absoluto
- 3) S/V C/30' y anotarlos.
- 4) Vigilar por: dolor, náusea, vómitos, fiebre, estado de conciencia, espasmo diafragmático, distensión abdominal timpanismo.
- 5) Colocar S.N.G.
- 6) Laboratorios de Urgencia:
  - a) Widal
  - b) Hb - Ht
  - c) Recuento de Glóbulos Blancos
  - d) V/S
  - e) Grupo Rh
  - f) Rx de abdomen
- 7) Soluciones I.V.
- 8) Medicamentos:
  - a) Penicilina Cristalina 50,000 UI por Kg de peso C/3 hrs. I.V.
  - b) Cloranfenicol 500 mg I.V. C/6 hrs. en adultos en niños por Kg de peso.

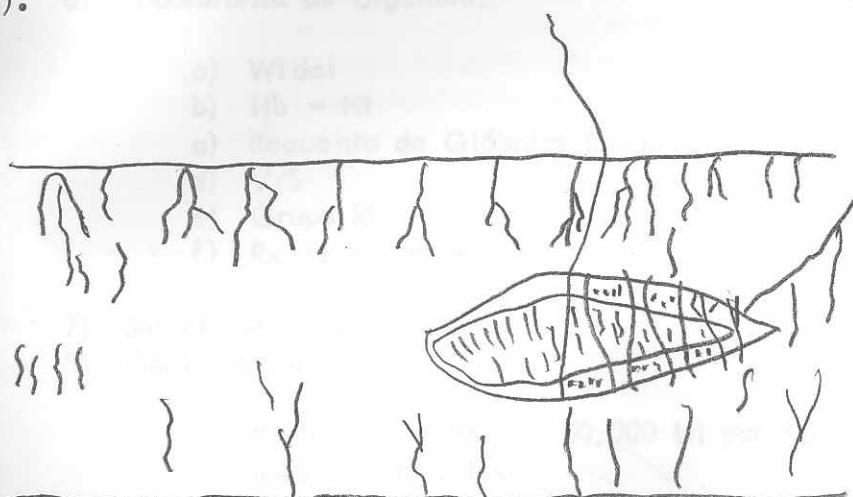
- 9) Atropina 0.5 mgs I.M. 1/2 hora antes de sala op.
- 10) Meperidina 50 a 100 mgs I.M. 1/2 hora antes sala op.
- 11) Preparación Local.
- 12) Pasar al paciente 15' antes de la hora indicada a sala op.

Estando el paciente premedicado y dependiendo de su estado se evaluará la clase de anestesia que debe ser administrada.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PACIENTE CON PERFORACION TIFICA

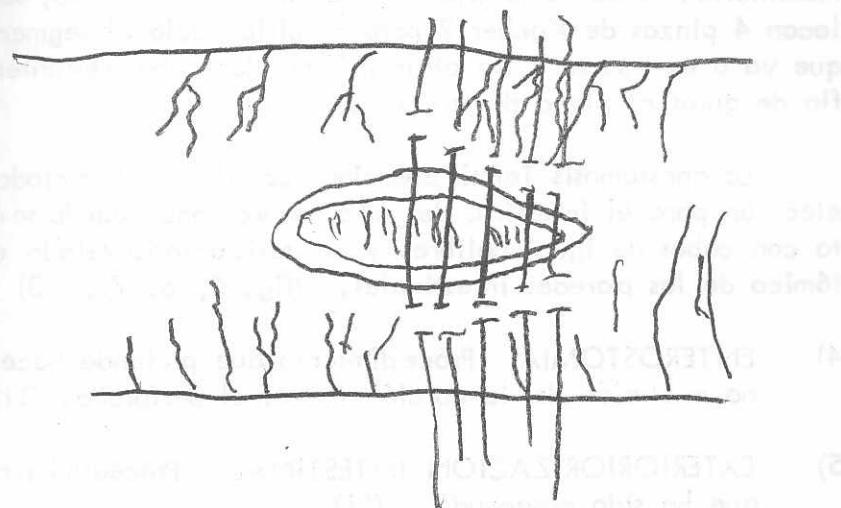
Existen varias técnicas para el cierre de las perforaciones intestinales, las cuales se enumeran a continuación:

- 1) CIERRE PRIMARIO: Si la perforación es pequeña, un punto de Seda 000 es usualmente adecuado, grandes perforaciones deben ser cerradas por medio de una línea interior continua con puntos de CONNELL (fig. 2), o con puntos de LEMBERT (fig. 3), 2 perforaciones adyacentes pueden ser cerradas por medio de una incisión entre las perforaciones de modo que llegue a ser una abertura más grande cerrándola en dirección transversal siempre. (fig. 4). (2, 3, 11).



(fig. 2). Puntos de CONNELL, excluyen la serosa requiere muy buenas ligaduras vasculares, ésta sutura ideada para em-

pearla sin serosa de ocultación. Se practica con más comodidad de derecha a izquierda, siendo indiferente el empleo de aguja recta o curva, es sutura donde la aguja perfora la pared de uno de los labios entérico, de serosa a mucosa, y luego de penetrar en la vicera, sale en sentido inverso; de seguida cruza ambos labios de la abertura intestinal para repetir la misma trayectoria en el labio entérico opuesto, y así sucesivamente. (3)



(fig. 3). Puntos de LEMBERT o Seroseroso, se anuda fuera. - En el labio de entrada, la aguja penetra por la serosa a 4 mm del borde, recorre 3 mm en el interior de la pared y aparece otra vez en la serosa, a 1 mm del corte o pliegue. En el labio opuesto, vuelve a penetrar a 1 mm. del borde para salir 3 mm. más lejos, es decir, recorriendo un trayecto inverso. (3).

2) PARCHE DE EPIPLON: Procedimiento que se realiza resecando una pequeña porción de epiplón que se sutura sobre una perforación. Dicho procedimiento casi siempre debe estar asociado al cierre primario. (2)

3) RESECCION INTESTINAL: Es la escisión de una parte del intestino. Antes de extirpar el segmento enfermo y practicar la anastomosis, se ligan vasos y se secciona el mesenterio. Para la extirpación del segmento enfermo, se colocan 4 pinzas de Kocher 2 para ocluirlo hacia el segmento que va a extirparse y las otras 2 hacia los cabos restantes, a fin de guiar el plano de sección.

La anastomosis Terminoterminal constituye el método de elección para el intestino delgado, sobre todo cuando se cuenta con cabos de igual calibre, y un satisfactorio estado anatómico de las paredes intestinales. (fig. 5, 6, 7). (3)

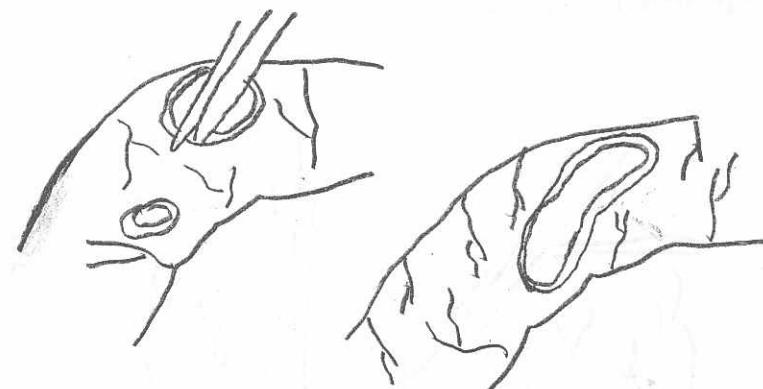
4) ENTEROSTOMIA: Procedimiento que pretende hacer una exclusión de la porción intestinal perforada. (11)

5) EXTERIORIZACION INTESTINAL: Procedimiento que ha sido desecharido. (11)

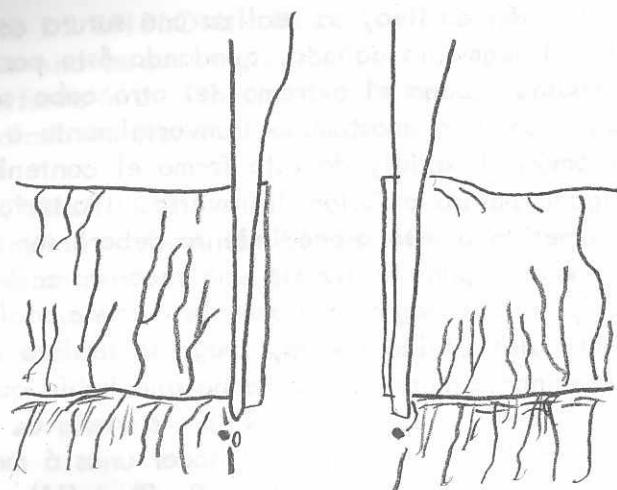
6) ILEOTRANSVERSO COLOSTOMIA: Procedimiento que ha venido utilizándose en el Hospital Roosevelt desde hace más o menos 6 años por el Departamento de Cirugía de ese Hospital.

Consiste éste procedimiento en realizar una desfuncionalización temporal del ileon perforado, haciendo una resección en ileon a una distancia de 1 metro del ángulo Ileo-cólico, con una sutura previa transversal simple con o sin parche de epiplón de la o las perforaciones presentes, después

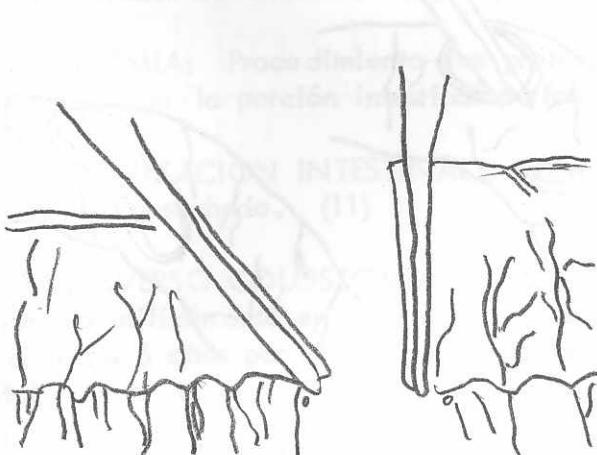
de la resección de Ileo, se realiza una sutura con muñón en el extremo del segmento dañado, quedando éste por consiguiente en reposo. Luego el extremo del otro cabo se lleva a Colon Transverso y se anastomosa transversalmente a éste, llamada anastomosis Isoaxial, de esta forma el contenido del intestino delgado pasará a Colon Transverso. Posteriormente el paciente sometido a este procedimiento deberá ser reintervenido quirúrgicamente para realizarle una reconstrucción del tránsito intestinal, esto se logra mediante la desfuncionalización de la anastomosis Ileo Cólica previa, luego se realiza una Ileo-Ileostomía Termino-terminal con el cabo que había quedado con muñón con el cabo que quedó en Colon transverso. Este segundo procedimiento lo recomiendan hacer unos 6 meses después de la primera intervención. (fig. 8, 9). (11)



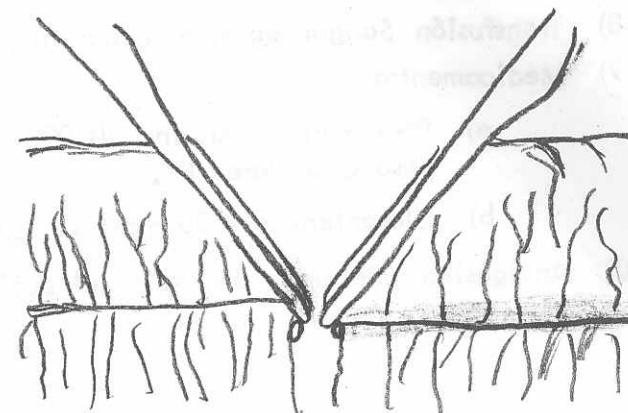
(fig. 4). Perforación adyacente, cerrada por medio de una incisión entre las perforaciones de modo que llegue a ser una abertura más grande cerrándola luego en dirección transversal. (2)



(fig. 5). Anastomosis Terminoterminal-secciones perpendiculares al eje intestinal. (3)



(fig. 6). Anastomosis con cabos Desiguales. (3)



(fig. 7). Anastomosis de cabos Oblicuos. (3)

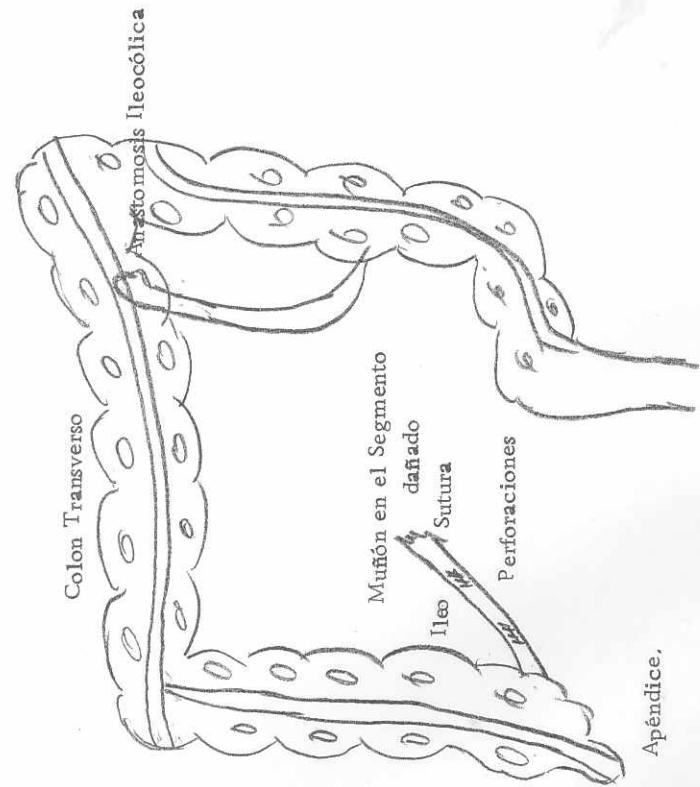
Después de cualquier tratamiento quirúrgico del paciente con Perforación Tifica, se tendrán que seguir algunos cuidados postoperatorios para el buen éxito y recuperación del paciente, para lo cual se seguirán las siguientes órdenes postoperatorias.

- 1) N.P.O. H.N.O.
- 2) Reposo absoluto
- 3) S/V C/30' por 4 horas y anotarlos. Si todo normal de rutina.
- 4) Vigilar por fiebre, dolor, estado de conciencia, estado de hidratación, náusea, vómitos.
- 5) Medir y anotar ingesta y escreta.
- 6) S.N.G. Succión intermitente.
- 7) Soluciones I.V.

- 8) Transfusión Sanguínea si es necesario.
- 9) Medicamentos:
  - a) Penicilina Cristalina 50,000 UI por Kg de peso C/3 Horas IV.
  - b) Cloranfenicol 500 mgs. IV C/6 horas.
- 10) Analgésico adecuado a estado del paciente.

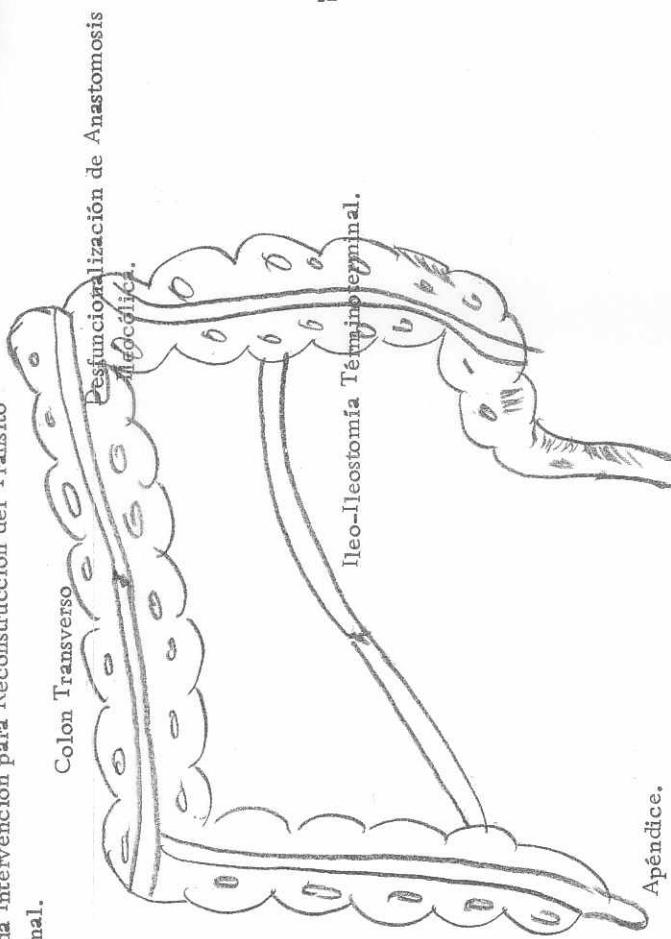
- 41 -

figura No. 8. ILEO TRANSVERSO COLOSTOMIA. Primera Intervención para desfuncionalizar temporalmente el Ileo Perforado.



Apéndice.

figura No. 9. ILEOTRANSVERSO COLOSTOMIA,  
Segunda Intervención para Reconstrucción del Tránsito  
Intestinal.



## PROGNOSTICO DEL PACIENTE CON PERFORACION TIFICA

Definitivamente el paciente que presenta Perforación Tifica, es un tipo de paciente, en el cual los factores: Educativos, Socio-Económicos, Políticos y Nutricionales, contribuyen grandemente para que en ellos la enfermedad Tifica, lleve a producir tal afección y por lo tanto este tipo de paciente tiene Mal Pronóstico, por que su estado nutricional va a producir casi siempre, que el paciente tenga dificultades para sortir el trauma quirúrgico, en sala de operaciones o en el postoperatorio.

## PRESENTACION DE RESULTADOS Y COMENTARIOS DEL ESTUDIO EFECTUADO

Se revisaron 13 registros clínicos pertenecientes a 13 pacientes que fueron operados en el Hospital Nacional del Departamento de San Marcos, por presentar Perforación Tífica. La revisión comprendió un período de 5 años (de 1974 a 1978) tiempo durante el cual fueron intervenidos, habiéndose encontrado lo siguiente:

CUADRO No. 1.

Porcentaje de Pacientes con Perforación Tífica en los 5 años que contempla el estudio.

Total de casos de F. T.	Total de casos de Perforación Tífica	%
272	13	4.78

CUADRO No. 2.

EDAD		
0 - 10 años	2 casos	15.38%
11 - 20 "	3 "	23.08%
21 - 30 "	3 "	23.08%
31 - 40 "	4 "	30.77%
41 - 50 "	0 "	00.00%
51 - 60 "	1 "	7.69%
Total	13 Casos	100.00%

La edad más afectada por Perforación Tífica, estuvo comprendida entre los pacientes cuyas edades están entre 31 - 40 años con un 30.77%, le sigue el de pacientes comprendidos entre 11 - 20 años y el de 21 - 30 años con un 23.08% cada una de estas edades, luego la de 0 - 10 años con un 15.38%, y la de 51 - 60 años con un 7.69% del total. Esto demuestra que el tipo de pacientes más afectados por Perforación Tífica, fué el paciente joven.

CUADRO No. 3.

### ESTADO CIVIL

Casado	7 casos	53.85%
Soltero	5 "	38.46%
Unido	1 "	7.69%
Total	13 Casos	100.00%

El estado civil que más presentaron los afectados por Perforación Tífica, fué de Casados con un 53.85%, luego el de Soltero con un 38.46%, el menos presente fué el de pacientes con estado civil Unido con un 7.69%.

CUADRO No. 4.

SEXO		
Masculino	8 Casos	61.54%
Femenino	5 "	38.46%
Total	13 Casos	100.00%

El sexo Masculino fué el más afectado con un 61.54% del total, con menor incidencia al Femenino con 38.46%.

CUADRO No. 5.

PROFESION		
Agricultor	6 Casos	46.15%
Estudiante	3 "	23.08%
Of. domésticos	3 "	23.08%
Piloto Automovilista	1 "	7.69%
Total	13 Casos	100.00%

El tipo de pacientes más afectados por Perforación Típica, fué el de profesión Agricultor, con un 46.15%, los Estudiantes y Amas de Casa con un 23.08% cada uno, Piloto Automovilista con un 7.69%.

CUADRO No. 6.

PROCEDENCIA		
Aldea Piedra Grande		
S.P.S.	3 Casos	23.08%
San Marcos	3 "	23.08%
San Pedro Sac.	2 "	15.38%
El Tumbador	1 "	7.69%
San Rafael Pié de la Cuesta	1 "	7.69%
San José Ojotenam	1 "	7.69%
San José El Rodeo	1 "	7.69%
La Reforma	1 "	7.69%
Total	13 Casos	100.00%

El lugar de procedencia con mayor incidencia de pacientes con Perforación Típica fué la Aldea Piedra Grande del Municipio de San Pedro Sacatepéquez, con igual incidencia la

Cabecera Departamental San Marcos con un 23.08%, luego el Municipio de San Pedro Sacatepéquez, con un 15.38%, los municipios de El Tumbador, San Rafael Pié de la Cuesta, San José Ojotenam, San José El Rodeo y La Reforma, fueron los de menor incidencia con un 7.69% cada uno.

CUADRO No. 7.

MOTIVO DE CONSULTA		
Dolor abdominal	5 Casos	38.46%
Fiebre	4 "	30.77%
Náusea y Vómitos	1 "	7.69%
Dolor Abdominal y Fiebre	1 "	7.69%
Diarrea	1 "	7.69%
Fiebre y Escalofríos	1 "	7.69%
Total	13 Casos	100.00%

El motivo de consulta que más presentaron los pacientes fué el Dolor abdominal con un 38.46%, luego Fiebre con un 30.77%, y un pequeño 7.69% para los síntomas, Náusea y vómitos, Dolor abdominal y Fiebre, Diarrea, Y Fiebre-Escalofrío.

Lo que confirma que el Dolor abdominal, es uno de los Síntomas de gran significado clínico.

CUADRO No. 8.

SINTOMAS AL INGRESO		
Diarrea	9 Casos	69.23%
Fiebre	8 "	61.54%
Dolor abdominal	6 "	46.15%
Vómitos	5 "	38.46%
Náusea	3 "	23.08%
Cefalea	3 "	23.08%
Retortijón	3 "	23.08%
Decaimiento	2 "	15.38%
Anorexia	2 "	15.38%

Los síntomas que más manifestaron los pacientes a su ingreso, fueron Diarrea, que se presentó en el 69.23% de todos los pacientes, luego Fiebre en el 61.54% del total de pacientes, vómitos lo manifestaron un 38.46%, Náusea, Cefalea, Retortijón se presentó aislado cada uno en el 23.08%, Decaimiento y Anorexia lo manifestaron separadamente y se presentó en un 15.38% cada uno. A pesar que la diarrea no es un signo cardinal para el Dx. de Perforación Típica, se presentó con mucha frecuencia. El alto porcentaje de pacientes que presentaron fiebre, nos indica qué gran número de éstos presentaban peritonitis.

CUADRO No. 9.

S/V TEMPERATURA AL INGRESO

TO. 36-37°C	5 Casos	38.46%
TO. 37-38°C	2 "	15.38%
TO. 38-39°C	4 "	30.77%
TO. 39-40°C	2 "	15.38%
TOTAL	13 Casos	100.00%

Al ingreso un bajo porcentaje de pacientes se encontraban afebril 38.46%, pero el 61.53% presentaban fiebre comprendida entre 37°C a 40°C. Esto indica que la peritonitis fué manifiesta desde un inicio, ya que la fiebre es signo cardinal de la misma.

CUADRO No. 10.

P/A AL INGRESO

P/A 80/60	2 Casos	15.38%
P/A 90/60	2 "	15.38%
P/A 100/60	3 "	23.08%
P/A 100/80	2 "	15.38%
P/A 110/80	2 "	15.38%
P/A 120/70	2 "	15.38%
Total	13 Casos	100.00%

La Presión Arterial que presentaron los pacientes con Perforación Típica a su ingreso, se podría decir que un 53.84% se encontraban hipotensos con presiones de 80/60 - 90/60 - 100/60, y el resto 46.14%, se encontraban con presión arterial que se diría normal entre 100/80 - 110/80 - 120/70.

CUADRO No. 11.

PP AL INGRESO

80 - 100 x '	7 Casos	53.85%
120 - 140 x '	6 "	46.15%
Total	13 Casos	100.00%

Casi todos los pacientes con Perforación Típica, tenían pulso rápido, ya que un 53.85% presentaron PP entre 80-100 x ', y un 46.15% entre 120 - 140. Lo que pudo deberse al colapso circulatorio del cuadro.

CUADRO No. 12.

FR AL INGRESO		
16-24 x'	10 casos	76.92%
24-34 x'	2 "	15.38%
34-44 x.	1 "	7.69%
Total	13 Casos	100.00%

La frecuencia respiratoria de los pacientes con Perforación, en un 76.92% estuvo comprendida entre 16-24 x', y un 15.38% entre 24-34 x', y un 7.69 % entre 34-44 x'.

CUADRO No. 13.

HALLAZGOS FISICOS AL INGRESO		
Ruidos Intestinales		
Disminuidos	7 Casos	24.14%
Dolor difuso en abdomen	5 "	17.24%
Ruidos Intestinales		
Aumentados	2 "	6.90%
Ruidos Intestinales		
Ausentes	2 "	6.90%
Abdomen Timpánico	2 "	6.90%
Abdomen Distendido	2 "	6.90%
Defensa Muscular	2 "	6.90%
Estertores crepitantes en base pulmonar derecha	1 "	3.45%
Hipoventilación en ambos pulmones	1 "	3.45%
Abdomen Globoso	1 "	3.45%
Signo de Rebote +	1 "	3.45%
Mc Burney +	1 "	3.45%
Psoas y Opturador +	1 "	3.45%
Dolor a la palpación en fossa ilíaca derecha leve	1 "	3.45%

El hallazgo físico que más predominó fué Ruidos intestinales disminuidos que lo presentaron el 24.14% de los pacientes, luego el dolor difuso en abdomen que lo tenían el 17.24%, y los hallazgos como ruidos intestinales aumentados, ruidos intestinales ausentes, abdomen distendido, defensa muscular, cada uno de éstos estuvo presente en un 6.90%, y otros como: estertores crepitantes en base pulmonar derecha, hipoventilación en ambos pulmones, abdomen globoso, signo de rebote +, Mc Burney +, Psoas y opturador +, y dolor a la palpación en foca ilíaca derecha leve, estuvieron cada uno de estos presentes en un 3.45% del total. Se confirma con estos datos que un signo patognomónico en la perforación típica es la supresión de los ruidos intestinales, por la peritonitis instillada, y además se aprecia, la alta frecuencia de uno de los síntomas de gran significado, como lo es el súbito dolor abdominal.

CUADRO No. 14.

IC. DE INGRESO		
F.T.	6 Casos	46.15%
Abdomen Agudo	2 "	15.38%
Apendicitis Perforada	1 "	7.69%
Amebiasis	1 "	7.69%
F.T. Perforada	1 "	7.69%
Ulcera Péptica perforada	1 "	7.69%
Hernia Crural bilateral incarcerada	1 "	7.69%
Total	13 Casos	100.00%

El mayor porcentaje de pacientes, fué ingresado con impresión Clínica de F.T., con un total de 46.15%, un 15.38% ingresó con IC de Abdomen Agudo, y los Dx. menos frecuentes fueron, Apendicitis Perforada, Amebiasis, FT, perforada,

úlcera Peptica Perforada, Hernia Crural Bilateral Incarcerada, con un 7.69% cada uno.

#### CUADRO No. 15.

##### DX. DIFERENCIAL

Perforación Típica	6 Casos	45.15%
Peritonitis	2 "	15.38%
Ileo Paralítico	1 "	7.69%
Apendicitis Aguda	1 "	7.69%
Obstrucción Intest.	1 "	7.69%
Endometritis	1 "	7.69%
Neumonía Lobar derecha	1 "	7.69%
Total	13 Casos	100.00%

El diagnóstico diferencial con el cual ingresaron el mayor porcentaje de pacientes, fué el de Perforación Típica con un 45.15%, y Peritonitis con un 15.38%, y los Dx. como Ileo Paralítico, Apendicitis Aguda, Obstrucción Intestinal Endometritis, Neumonía Lobar derecha, fué puesto en un 7.69% cada uno.

#### CUADRO No. 16

##### LABORATORIOS Hb. DE INGRESO

7 - 9 g/100 ml.	3 Casos	23.08%
9 - 11 "	0 "	00.00%
11 - 13 "	6 "	46.15%
13 - 15 "	2 "	15.38%
15 - 18 "	2 "	15.38%
Total	13 Casos	100.00%

El 46.15% de los pacientes presentaron una Hb. entre

11-13 g/100 ml., un 23.08%, presentaron Hb entre 7-9 g/100 ml., y un 15.38% tenían una Hb entre 13-15 y otro porcentaje igual entre 15-18 g/100 ml.

#### CUADRO No. 17.

Ht. DE INGRESO		
30-35 %	4 Casos	30.77%
35-40 %	6 "	46.15%
40-45 %	3 "	23.08%
Total	13 Casos	100.00%

La mayoría de pacientes presentaron un Ht. comprendido entre 35-40 %, representando un 46.15% del total de pacientes, y el 30.77% tenían un Ht. entre 30-33%, y el ... 23.08% presentaban un Ht. entre 40-45%.

#### CUADRO No. 18.

##### 1er. RECUENTO GLOBULOS BLANCOS

3,000 - 6,000 /mm <sup>3</sup> .	4 Casos	30.77%
6,000 - 9,000 "	6 "	46.15%
9,000 - 12,000 "	0 "	00.00%
12,000 - 15,000 "	3 "	23.08%
15,000 - y más "	0 "	00.00%
Total	13 Casos	100.00%

El primer recuento de glóbulos blancos, que se realizó a los pacientes, demostró que el 46.15%, tenían este comprendido entre 6,000-9,000, y el 30.77% entre 3,000-6,000 y el 23.08% entre 12,000-15,000/mm<sup>3</sup>.

CUADRO No. 19.

2do. RECUENTO DE GLOBULOS BLANCOS

3,000 - 6,000 /mm <sup>3</sup> .	2 Casos	15.38%
6,000 - 9,000 "	5 "	38.46%
9,000 - 12,000 "	0 "	00.00%
12,000 - 15,000 "	3 "	23.08%
15,000 - y más "	3 "	23.08%
Total	13 Casos	100.00%

El 2do. recuento de glóbulos blancos, efectuado demostró que el 38.46% de los pacientes presentaron un recuento de blancos entre 6,000-9,000/mm<sup>3</sup>. y el 23.08% entre .... 12,000-15,000 y un % igual entre 15,000 y más, y el 15.38 % entre 3,000-6,000/mm<sup>3</sup>. Esto demostró una ligera elevación de la cifra leucocitaria en algunos pacientes en este 2o. recuento.

CUADRO No. 20.

CONTROL DE WIDAL AL INGRESO

( O ) 1/320- ( H ) 1/320	9 Casos	69.23%
( O ) 1/180- ( H ) 1/180	1 "	7.69%
Widal Negativo	1 "	7.69%
No se practicó	2 "	15.38%
Total	13 Casos	100.00%

El 69.23% de los pacientes ingresados con Perforación Tíffica, presentaron una prueba de Widal positiva con títulos de ( O ) 1/320 - ( H ) 1/320, y un 7.69%, con Widal positivo con títulos de ( O ) 1/180 - ( H ) 1/180, y un 7.69%,

el Widal resultó negativo, y a un 15.38% de los pacientes no se les practicó dicha prueba. Con respecto a este examen en dicho Hospital, se tomó como una prueba de ayuda, específica y valor Diagnóstico, ya que no se cuenta con un laboratorio completo con medios para realizar cultivos.

Aunque el Dr. Julio Rafael Cabrera V. en su tesis sobre "Fiebre Tifoidea Estudio Clínico y Dx." 1,970., asegura:

- 1) Que la reacción de Widal dado el gran número de personas que presentan una aglutinación baja o mediana, ha dejado de ser una base para el Diagnóstico y además que existen casos de aglutinación alta especialmente con antígeno (H), pero más adelante concluye 2) Cuando esta reacción es negativa o baja y las aglutinaciones aumentan progresivamente durante la evolución de la enfermedad, debe tomarse este aumento como valor diagnóstico.

Y el Dr. Marco Antonio Morán G. en su tesis sobre "Significado de la Prueba de Widal en el Dx. de Fiebre Tifoidea" 1,977, afirma 1) Que una prueba de Widal positiva no siempre es concluyente de F. T. 2) Que un 8 a 12% de los individuos asintomáticos del área urbana pueden presentar una prueba de Widal positiva. 3) Del 20% al 40% de personas que viven en áreas marginales de alto riesgo presentan títulos de 1/160 o más lo cual puede asumirse que se deba a las condiciones de higiene y posiblemente contaminación previa.

CUADRO No. 21.

## TX. ANTIBIOTICO DE INGRESO

Cloranfenicol		
+		
Peni-Cristalina	5 Casos	38 .46%
Cloranfenicol	5 "	38 .46%
Ningún Antibiótico	3 "	23 .08%
Total	13 Casos	100.00%

El 38.46% de pacientes fueron ingresados con Tx. antibiótico de Cloranfenicol a dosis de 500 mgs IV C/6 horas más Peni-Crista 3 millones IV C/3 horas, a un 15.38% de estos se les ordenó, el Cloranfenicol a dosis de 250 mgs. IV C/6 horas y la peni-crista a 1 millón IV C/3 horas ya que eran niños menores de 10 años, y a otro 38.46% de los pacientes sólo les fué indicado Cloranfenicol 500 mgs. IV C/6 horas, y a un 23.08% no se les indicó ningún antibiótico a su ingreso.

Estos pacientes a quienes no se les indicó Tx. antibiótico a su ingreso, fueron los que ingresaron con IC. de: Amebiasis, Ulcera Péptica perforada, Hernia Crural Bilateral Incarcerada.

CUADRO No. 22.

## TX. PRE-OPERATORIO

Meperidina		
+ Atropina		
Atropina	10 Casos	76 .92%
Total	3 "	23.08%
	13 Casos	100.00%

En cuanto al Tx. Pre-Operatorio en el 76.92% de pacientes se premedicó con Meperidina a diferentes dosis desde 50 mgs hasta 100 mgs IM, más Atropina a dosis de 0.5 mgs IM, y un 23.08% de los pacientes sólo se les premedicó con Atropina, usando en un 7.69% de estos a dosis de 0.5 mgs IM, y en el 15.38% a dosis de 0.25 mgs. IM.

CUADRO No. 23.

## DOSIS DE MEPERIDINA

75 mgs	4 Casos	40%
100 mgs	3 "	30%
50 "	3 "	30%
Total	13 Casos	100%

El 40% de pacientes premedicados con Meperidina, se les administró a dosis de 75 mgs. IM, y a un 30% a dosis de 100 mgs IM, y a otro 30% a dosis de 50 mgs IM.

CUADRO No. 24.

## TIPO DE OPERACION PRACTICADA

Laparotomía Exploradora	13 Casos	100%
Total	13 Casos	100%

Al 100% de pacientes se les practicó, una Laparotomía Exploradora.

CUADRO N°. 25.

## ANESTESIA USADA

General	13 Casos	100%
Total	13 Casos	100%

Al 100% de pacientes se les aplicó anestesia general.

CUADRO N°. 26.

## TIPO DE INCISION PRACTICADA

Parame diana de recha	4 Casos	30.77%
Mediana Infraumbilical	8 "	61.54%
Mediana Infraumbilical con prolongación Supraumbilical	1 "	7.69%
Total	13 Casos	100.00%

Al 61.54% de estos pacientes les fué practicada una incisión Mediana infraumbilical, y a un 30.77% una Parame diana derecha, y al 7.69%, una Mediana Infraumbilical con prolongación Supraumbilical. Este último paciente fué un niño.

CUADRO N°. 27.

## HALLAZGOS Y LOCALIZACION DE LA LESION

Perforación de Ileo Terminal de 3 cms. con expulsión de heces.	1 Caso	7.69%
Perforación en Ileo Terminal de 1 cm. más absceso Pélvico.	1 "	7.69%
Perforación Ileo Terminal de 1 cms. con material purulento en cavidad peritoneal, más apéndice adherida a colon.	1 "	7.69%
Perforación Ileo Terminal de 1 cms. más material purulento en cavidad peritoneal, más divertículo de Meckel.	1 "	7.69%
Perforación en Ileo Terminal de 1 cms. más material purulento en cavidad peritoneal	3 "	23.08%
Perforación a 15 cms de la válvula Ileocecal de 2 cms. de diámetro	1 "	7.69%
Perforación en 1/3 medio Ileo Terminal de 5 cms. más material purulento en cavidad abdominal.	1 "	7.69%
2 Perforaciones Ileo Terminal de 1 cms. cada una. Secreción purulenta en cavidad peritoneal más divertículo de Meckel cerca de válvula Ileocecal.	1 "	7.69%
Perforación en Ileo Terminal de 1 cms. más líquido fecaloide en cavidad peritoneal	1 "	7.69%
2 Perforaciones en Ileo Terminal de 2 cms. de diámetro cada una	1 "	7.69%

Abundantesbridas tensas. Más una perforación en Ileoterminal de 1 - cms., más hernias crurales bilaterales.

1 Caso 7.69%

Total

13 Casos 100.00%

Estos datos nos hacen concluir que el 61.54% de los pacientes presentaron perforaciones de 1 cms. de diámetro, y un 23.08%, tenían perforaciones de 2 cms., y un 7.69%, de 3 cms y otro porcentaje igual perforaciones de 5 cms. de diámetro. En cuanto al número de perforaciones el 69.23% de los pacientes presentaron una sola perforación, y un 30.77% presentaron 2 perforaciones típicas. La localización de la lesión que se presentó con más incidencia fué el Ileoterminal que tuvo el 92.31%, del total y un 7.69% se localizó en la válvula ileo-cecal. Con respecto a otros hallazgos el 69.23% de los pacientes presentaron Peritonitis, ya que se les encontró material purulento o material fecaloide en cavidad peritoneal.

A un 7.69% se les encontró Absceso Pélvico, y un 23.08% no se les encontró signos de peritonitis, a un 15.38% de los pacientes se les halló divertículo de Meckel.

#### CUADRO No. 28.

#### TX. QUIRURGICO PRACTICADO

Cierre primario más parche de epiplón. Sutura con puntos de Lambert. Material Catgut. se dejaron 2 penrose.

8 Casos 61.54%

Resección de Divertículo más resección de Intestino anastomosis terminal material seda.

1 " 7.69%

Cierre primario más parche de epiplón sutura con puntos de Lambert material desa. Apendicectomía, se dejaron dos penrose.

1 Caso 7.69%

Cierre primario y parche de epiplón, puntos de lambert, material catgut, resección de divertículo. Ileotransverso Colostomía material seda

1 " 7.69%

Cierre primario más parche de epiplón, puntos de lambert, material seda. Posteriormente se practicó Ileotransverso colostomía.

1 " 7.69%

Total

13 Casos 100.00%

El tratamiento quirúrgico que más predominó fué el cierre primario más parche de epiplón, con puntos de Lambert que se efectuó en el 92.31% de los pacientes y, la anastomosis terminoterminal se efectuó en el 7.69%. De los pacientes a quienes se les practicó cierre primario a un 15.38%, se les realizó también Ileotransverso Colostomía, a uno de estos pacientes, se les efectuó a las dos semanas del cierre primario, por indicación de otras perforaciones, a los 2 meses se realizó otra intervención para reconstruir el tránsito intestinal, desfuncionalizado por la Ileotransverso colostomía.

De estos dos pacientes a quienes se les efectuó dicha operación, este último vive, y el primero falleció, lo que nos da una mortalidad por Ileotransverso colostomía de un 50%, dato que consideramos no es concluyente, de la efectividad de esta operación, por el bajo porcentaje de la misma, en el estudio. En cuanto a esto el Dr. Lizarralde afirma que en el último estudio sobre 87 casos, intervenidos, practicándose

les Ileotransverso Colostomía en el Hospital Roosevelt, la mortalidad fué de 28-29%.

Otro dato nos indica que el 69.23% de los pacientes intervenido, les fué dejado Penrose, por presentar severa peritonitis. En cuanto al uso de penrose, el Dr. Lizarralde Jefe del Departamento de Cirujía Hosp. Roosevelt, opina que no hay inconveniente en su uso, pero él en lo particular, en este tipo de operaciones por perforación tífica no deja.

Lo mismo opina el Dr. Eduardo González Jefe de Residentes de Cirujía del Hosp. Roosevelt.

Otro dato de nuestro estudio muestra que en el 69.23% del total de pacientes operados por perforación tífica, se usó Catgut, para el cierre intestinal de las perforaciones. Y en un 30.77% se usó seda. Con respecto al material a usar en este tipo de suturas intestinales por perforación tífica el Dr. Lizarralde y el Dr. Eduardo González, opinan que debe usarse un tipo de material que sea inabsorbible, o sea: Seda, Algodón o Teflón.

CUADRO No. 29.

#### COMPLICACIONES DURANTE EL ACTO OPERATORIO

Ninguna complicación	3 Casos	23 .08%
P/A 80/60	2 "	15 .38%
P/A 60/30	2 "	15 .38%
P/A 50/30	2 "	15 .38%
P/A 40/20	1 "	7.69%
P/A 70/50	1 "	7.69%
P/A 60/40	1 "	7.69%
Paro cardiorespiratorio P/A 0/0	1 "	7.69
Total	13 Casos	100 .00%

La gran mayoría de pacientes presentaron complicaciones durante el acto operatorio, específicamente Hipotensión arterial, ya que un 76.92% la presentaron, y un 7.69% de los pacientes hizo paro cardiorespiratorio, un 23.08% del total de pacientes no presentó complicación alguna durante la operación.

CUADRO No. 30.

#### MEDICACION DURANTE ACTO OPERATORIO

Soluciones IV	4 Casos	30 .77%
Sol. IV + Akrinor + Solucortef.	3 "	23 .08%
Sol. IV + Vitamina K	1 "	7 .60%
Sol. IV + Solucortef + Transfusión de Sangre.	1 "	7 .69%
Sol. IV + Transfusión de Sangre	1 "	7 .69%
Transfusión de Sangre	1 "	7 .69%
Sol. IV + Akrinor + Transfusión de Sangre.	1 "	7 .69%
Sol. IV + Akrinor.	1 "	7 .69%
Total	13 Casos	100 .00%

Durante todo el acto operatorio se les aplicó soluciones IV a un 92.31% de los pacientes, y se les administró Akrinor a un 38.46%, y vitamina K, a el 7.69% del total de pacientes, y se les puso transfusión sanguínea al 30.77%. A demás se aplicó solucortef a un 30.77%. Con respecto a esto el Dr. Lizarralde y el Dr. Eduardo González Jefes del Departamento de Cirujía del Hosp. Roosevelt y Jefe de Residentes de Cirujía del mismo Hosp. respectivamente opinan, que no está indicado el uso de Esteroides (solucortef), en estos pacientes, ya que retarda la cicatrización y favorece a producir más perforaciones. Al usarse en los pacientes que hagan shock séptico su administración debe hacerse por Kg. de peso, con una continua evaluación del paciente.

CUADRO No. 31.

## COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Ninguna complicación	6 Casos	46 .15%
Infección de Herida Op. salida de heces por penrose y salida de éste.	3 "	23 .08%
Hipotensión arterial distensión abdominal taquicardia	1 "	7 .69%
DHE - Hematuria.	1 "	7 .69%
Introducción a cavidad peritoneal de penrose .	1 "	7 .69%
Insuficiencia Cardíaca	1 "	7 .69%
Total	13 Casos	100.00%

El 46.15% de los pacientes no presentó ninguna complicación postoperatoria, un 23.08% presentó infección de herida operatoria, salida de heces por penrose y salida de éste último de la cavidad peritoneal. Un 7.69% presentó hipotensión arterial, distensión abdominal y taquicardia, otro - 7.69% presentó DHE y hematuria, así mismo otro 7.69% presentó introducción a cavidad peritoneal de uno de los penrose dejados. Otro 7.69% presentó Insuficiencia Cardíaca.

Podemos apreciar que el 53.85% de los pacientes operados, presentó complicaciones postoperatorias. Así como se puede ver que pese al tratamiento antibiótico el 23.08% de pacientes presentaron infección de la herida operatoria. Al paciente a quien se le introdujo el penrose a la cavidad peritoneal, le fué extraído mediante anestesia local.

CUADRO No. 32.

## TX. ANTIBIOTICO DESPUES DE ACTO OPERATORIO

## Peni-Crista IV

+

Cloranfenicol IV	10 Casos	76.92%
Cloranfenicol IV	2 "	15.38%
No recibió antibiótico	1 "	7.69%
Total	13 Casos	100.00%

Un 76.92% de los pacientes recibieron Tx. con peni-Crista + Cloranfenicol IV. después de la operación, y un 15.38% sólo se le administró Cloranfenicol IV, por ser alérgico a la penicilina. El 7.69% de los pacientes no recibió Tx. antibiótico ya que fué el paciente que falleció en sala de operaciones.

CUADRO No. 33.

## CONTROL RX.

No se tomó	7 Casos	53 .85%
Placa Simple de abdomen	4 "	30 .77%
Placa Simple de Abdomen y placa de tórax.	1 "	7 .69%
Sólo placa de Tórax.	1 "	7 .69%
Total	13 Casos	100.00%

En el 53.85% de los pacientes, no se tomó Rx., en un 30.77% se tomó placa simple de abdomen, en un 7.69% se tomó placa simple de abdomen y placa de tórax, en otro 7.69% sólo se tomó placa de tórax. Lo que nos muestra que en

el 46.15% se tomó Rx. al 53.85% a quienes no se les tomó Rx. se debió a la irregularidad en el servicio de Rx., ya que el aparato no es lo suficientemente grande para sacar gran cantidad de placas, en un día, sin peligro a que éste se arriune.

CUADRO No. 34.

#### HALAZGOS DE RX.

Gas libre en cavidad abdominal.	2 Casos	33.33%
Nivel líquido en región sub-diafragmática Izq.	2 "	33 .33%
Niveles líquidos. Imagen en vidrio desplulado borramiento del Psoas	1 "	16 .67%
poca grasa preperitoneal.	1 "	16 .67%
Masa en región de Hipogastrio.	1 "	16 .67%
<b>Total</b>	<b>6 Casos</b>	<b>100.00%</b>

En un 33.33% de los pacientes se encontró gas libre en cavidad abdominal, en otro 33.33% se halló nivel líquido en región sub-diafragmática Izq., y en un 16.67% se encontró niveles líquidos, imagen en vidrio desplulado, borramiento del psoas, poca grasa preperitoneal. En otro 16.67% se halló una masa en región de hipogastrio.

CUADRO No. 35.

#### SALA O SERVICIO DONDE PROCEDIA EL PACIENTE

Observación	5 Casos	38.46%
Cirugía de Hombres	4 "	30 .77%
Cirugía de Mujeres	2 "	15 .38%
Pediatria	2 "	15 .38%
<b>Total</b>	<b>13 Casos</b>	<b>100 .00%</b>

El 38.46% de los pacientes operados, fueron de la sala de Observación, el 30.77% de la C.H. y el 15.38% de C.M. y otro 15.38% del servicio de Pediatría. La sala de Observación en el Hospital de San Marcos, es un servicio en el cual se deja a todo paciente de cuidado intensivo.

CUADRO No. 36.

#### MORTALIDAD

Egresaron vivos	9 Casos	69.23%
Egresaron Muertos	4 "	30 .77%
<b>Total</b>	<b>13 Casos</b>	<b>100 .00%</b>

El 69.23% de los pacientes operados por perforación tifírica egresaron vivos, y un 30.77% fallecieron.

CUADRO No. 37.

## DX. DE MUERTE

Shock Séptico	3 Casos	75.00%
Paro Cardiorespiratorio	1 "	25.00%
Total	4 Casos	100.00%

Un 75.00% de los fallecidos, se les diagnosticó shock séptico como la causa de muerte. Y al otro 25.00% paro cardiorespiratorio. Este paciente falleció en sala de operaciones.

CUADRO No. 38.

## DX. DE EGRESO

F. T. perforada	4 Casos	30.77%
F. T. perforada + shock séptico.	4 "	30.77%
F.T. perforada + peritonitis.	3 "	23.08%
F.T. perforada + absceso pélvico.	1 "	7.69%
F.T. perforada + Hernia crural bilateral	1 "	7.69%
Total	13 Casos	100.00%

El 30.77% de los pacientes egresaron con Dx. de FT. perforada, y otro porcentaje igual con FT. perforada y shock séptico. Un 23.08% egresó con Dx. de FT. perforada y peritonitis, un 7.69% con Dx. de FT. perforada y absceso pél-

vico. Otro 7.69% egresó con Dx. de FT. perforada y Hernia crural bilateral.

CUADRO No. 39.

## DIAS DE HOSPITALIZACION

180 días	1 Caso	7.69%
50 "	1 "	7.69%
46 "	1 "	7.69%
31 "	1 "	7.69%
30 "	1 "	7.69%
15 "	1 "	7.69%
14 "	1 "	15.38%
9 "	2 "	15.38%
7 "	2 "	7.69%
2 "	1 "	7.69%
1 "	1 "	7.69%

401 días Total 13 Casos 100.00%

El paciente con más días de Hospitalización fué de 180 días, y el de menos fué de 1 día. El promedio de días de Hospitalización fué de 30.85 días por paciente.

## CONCLUSIONES

1. De un total de 272 pacientes con Fiebre Tifoidea tratados en el Hospital Nacional de San Marcos, durante los 5 años que contempla el estudio, 13 pacientes presentaron Perforación Típica, lo que representa un 4.78% del total.
2. El tipo de pacientes más afectados por Perforación Típica, fué el paciente Joven, ya que el 92.31%, estuvo comprendido entre las edades de 0 a 40 años.
3. El paciente con estado civil casado presentó la más alta incidencia de Perforaciones Típicas con el 53.85% del total.
4. El sexo más afectado por Perforación Típica, fué el masculino con el 61.54% del total.
5. La profesión que más presentaron los pacientes afectados, fué de Agricultor con el 46.15%, del total. Profesión que se supone en la cual hay un mayor desgaste físico, con merma del precario estado nutricional de estos pacientes, lo que podría explicar, la alta incidencia de esta afección sobre dichos pacientes.
6. Los lugares de procedencia de los afectados, con más incidencia de perforaciones Típicas, fué la Aldea Piedra Grande del Municipio de San Pedro Sac., y la Cabeceira Departamental de San Marcos con 23.08% cada uno.

7. Por el alto porcentaje del Motivo de Consulta de los Afectados, se confirma que el Dolor Abdominal, es uno de los síntomas de gran significado Clínico, en esta entidad patológica.
8. Aunque la Diarrea no es un Síntoma cardinal para el Diagnóstico de Perforación Típica, se presentó con mucha frecuencia en estos pacientes, al igual que la fiebre, lo que nos indica que la peritonitis fué manifiesta desde un inicio, ya que ésta última es un signo cardinal de la misma.
9. Gran porcentaje de pacientes 53.84% presentaron hipotensión arterial, lo mismo que pulso rápido, casi el 100 %, ya que éste estuvo comprendido entre 80 y 140 x' a su ingreso, lo que demuestra que los afectados ingresaron con colapso circulatorio.
10. El hallazgo físico que más predominó, fué el de ruidos intestinales disminuidos, que lo presentaron el 24.14%, y el dolor difuso en abdomen, que lo presentaron un 17.24% del total. Lo que confirma que un signo patognomónico en la Perforación Típica es la supresión de los ruidos intestinales, por la peritonitis instalada, y además se aprecia la alta incidencia de uno de los síntomas de gran significado como lo es el dolor abdominal.
11. El mayor porcentaje de pacientes 46.15% ingresaron con IC de FT. y un bajo porcentaje de 7.69% ingresó con IC. de Perforación Típica.
12. El Dx. Diferencial que con mayor porcentaje fué puesto en estos pacientes fué el de Perforación Típica con un 45.15%.

13. El 2do. Recuento de Glóbulos Blancos, que se realizó en estos pacientes, demostró una ligera elevación de la cifra leucocitaria, en comparación con el 1er. control.
14. La prueba de Widal efectuada a estos pacientes resultó positiva en un 76.92% del total. Lo que nos hace concluir que los hallazgos físicos, sumados a un buen interrogatorio del paciente, con una prueba de Widal positiva, debe ser tomada en cuenta como base para el Diagnóstico de FT. o Perforación Típica.
15. El 76.92% de los pacientes fueron ingresados con Tx. antibiótico de Pen i-Crista + Cloranfenicol, y un 23.08% no les fue indicado Tx. antibiótico al ingreso, por la IC. que tenían.
16. El 76.92% de los pacientes fueron premedicados con Meperidina + Atropina, y un 23.08% solo con Atropina.
17. La dosis de Meperidina que más se usó fue la de 75 mgs, IM que fué administrada en un 40% de los pacientes. Las dosis de 100 mgs. y 50 mgs. IM. se administraron - cada una en un 30% de los afectados.
18. El tipo de operación que se practicó a todos los pacientes fué una Laparotomía Exploradora.
19. El tipo de anestesia que se usó en todos los pacientes operados, fue anestesia general.
20. El tipo de incisión que con mayor porcentaje se practicó en los pacientes, fué la Mediana Infraumbilical en un 61.54% de los casos.
21. En el 61.54% de los casos se presentó perforación de 1 cms. de diámetro, en un 23.08%, se encontró perforaciones de 2 cms. y un 7.69% presentó perforaciones de 3 cms, igual porcentaje para los que presentaron perforaciones de 5 cms de diámetro.
22. El 69.23% de los pacientes presentaron 1 sola perforación y un 30.77% presentaron 2 perforaciones.
23. La porción del intestino delgado, más afectado por perforaciones Típicas, fué el Ileum Terminal con un 92.31% del total de perforaciones y un 7.69 se presentó a nivel de la válvula Ileum Cecal.
24. El 69.23% de los pacientes operados presentaron peritonitis.
25. El Tx. Quirúrgico que más predominó fué el cierre primario más parche de epiplón, con puntos de Lambert, ya que se realizó en el 92.31% de los pacientes operados.
26. La Ileotransverso Colostomía se efectuó a 2 pacientes, los que se representan en el 15.38%. La mortalidad por esta operación representa un 50%, dato que consideramos no concluyente de la efectividad o no de dicha operación por el bajo porcentaje de la misma en el estudio.
27. Al 69.23% de los pacientes se les dejó Penrose, por presentar peritonitis.
28. El material más usado en las suturas intestinales fué Cat gut que se usó en el 69.23% de los casos y la seda só

lo en un 30.77%.

29. Un 76.92% de los pacientes presentaron complicaciones durante el acto operatorio, específicamente hipotensión arterial y un paciente, que se representa en el 7.69% presentó paro Cardiorespiratorio.
30. Al 92.31% de los pacientes operados se les administró soluciones IV, en sala de operaciones y a un 30.77% se les puso transfusión sanguínea.
31. El 30.77% de pacientes operados se les administró Solucortef durante el acto operatorio.
32. El 53.85% de los pacientes presentó más de alguna complicación postoperatoria.
33. El 92.30% de los pacientes recibieron Tx. antibiótico - después de la operación, el 7.69% no recibió Tx. antibiótico ya que fué el paciente que falleció en sala de operaciones.
34. Se tomó control radiográfico a su ingreso a un 46.15% del total de pacientes.
35. En el 33.33% de los pacientes se pudo apreciar el signo radiográfico clásico de la perforación tífica, como lo es Gas libre en cavidad peritoneal.
36. El mayor porcentaje de pacientes operados procedían de la sala de Observación con un 38.46% del total.
37. La mortalidad por Perforación Tífica fué de 30.77%.

38. El diagnóstico de muerte que más predominó fué el de Shock séptico con un 75% del total de fallecidos.
39. El 100% de pacientes egresaron con diagnóstico de FT. Perforada.
40. El promedio de días de Hospitalización fué de 30.85 días por paciente.
41. El pronóstico de los pacientes con Perforación Tífica sigue siendo malo, ya que este tipo de pacientes casi siempre es un individuo en el que los factores, Educativos, Socio-económicos, Políticos y Ambientales, son causa determinante en un déficit nutricional.

XXII  
RECOMENDACIONES

1. Un mejoramiento de la inoperante política de salud actual, mediante la creación de un nuevo sistema de salud, en el cual la base fundamental sea, la coordinación, planificación y ejecución simplificada de los mal aprovechados recursos de salud del país.
2. Tener un protocolo en cada Hospital, diseñado de acuerdo a la cantidad de material y medios para la práctica de estudios específicos, para el adecuado manejo de los pacientes con Diagnóstico de Perforación Típica.
3. El uso de Penrose en los pacientes que son operados por Perforación Típica, siempre debe ser el de preventión de complicaciones. Aunque en la peritonitis generalizada perse no constituye indicación de drenaje, gran número de cirujanos de nuestro medio son de la opinión del uso de estos, en dicha operación.
4. El tipo de material a usarse en la Perforación Típica debe ser de tipo inabsorbible tipo: Seda, Algodón o Teflón.
5. El uso de Esteroides siempre debe estar reservado a los pacientes con inminencia o shock séptico instalado y su administración debe ser por Kg. de peso.
6. Mejorar los servicios de cuidado intensivo y el adiestramiento del personal encargado de estos, para un mejor manejo de los pacientes.

7. La técnica más indicada para el cierre de las Perforaciones Típicas, debe ser la más sencilla y práctica, con menores riesgo y traumatismo para el paciente.
8. Llevar un mejor manejo de la Ficha Clínica y Record Operatorio, para mejor control de la evolución del paciente, y que ésta siempre constituya un documento bibliográfico de estudio.
9. Dotar a los servicios de Laboratorio de cada Hospital de un mejor equipo para el estudio adecuado de cada paciente.

## BIBLIOGRAFIA

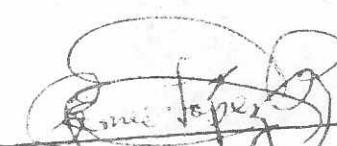
1. Cabrera Valverde Julio Rafael.  
"Fiebre Tifoidea Estudio Clínico y Diagnóstico".  
Tesis. Médico y Cirujano. Guatemala.  
U.S.A.C. Fac. CC MM. 1,970. p. 32.
2. Ficarra Bernardo J. Emergency Surgery.  
Davis Company.  
Philadelphia. 1,953. pp. 276-278.
3. Finochieto Enrique. Técnica Quirúrgica. Operaciones y Aparatos. Tomo Séptimo.  
Ediar Soc. Anon. Editores.  
Buenos Aires. 1,949. pp. 23-44-126-127-128.
4. Hardy Juan A. Sinopsis de Diagnóstico Quirúrgico de las Enfermedades Agudas del abdomen.  
Unión Tipográfica. Editorial Hispanoamericana.  
Primera Edición. 1941. pp. 106-111.
5. Harrison T.R. Medicina Interna. La Prensa Médica Mexicana. 4ta. Edición. 1973. Tomo I. pp. 904-910.
6. Jawetz Ernest. Microbiología Médica.  
El Manual Moderno. Sexta Edición. 1975. pp. 245-249.
7. Morán González Marco A.  
"Significado de la Prueba de Widal en el Diagnóstico de Fiebre Tifoidea".

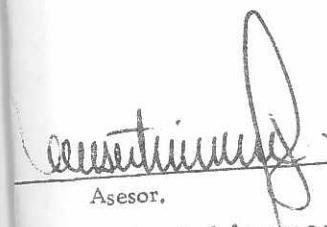
Tesis. Médico y Cirujano. Guatemala.  
U.S.A.C. Fac. CC MM. 1977. pp. 33.

8. Mejicanos Loarca Catalino.  
"Consideraciones Generales Sobre Perforación Intestinal en Fiebre Tifoidea" (Estudio de 37 casos atendidos en el Hospital Roosevelt Departamento de Cirugía).  
Guatemala. 1965-1969.  
Tesis. Médico y Cirujano.  
U.S.A.C. Fac. CC MM. 1970. pp. 29.
9. Morales Toledo Gustavo A.  
"Incidencia de Perforaciones Típicas en el Hospital General San Juan de Dios en 10 años"  
Guatemala. 1961-1971  
Tesis. Médico y Cirujano.  
U.S.A.C. Fac. CC MM. 1971 pp 40.
10. Nelson Waldo E. Tratado de Pediatría  
Salvat Editores S.A. Tomo I. Sexta Edición. pp 588-591.
11. Quijada Sandoval Carlos G.  
"Perforación Típica".  
Tesis. Médico y Cirujano. Guatemala.  
U.S.A.C. Fac. CC MM. 1977 pp 48.
12. Robbins Stanley L. Patología Estructural y Funcional.  
Nueva Editorial Interamericana, S.A.  
Primera Edición. 1975. pp 388-390.
13. Solis Orellana Elfido.  
"Fiebre Tifoidea en Guatemala" (Revisión de aspectos Clínicos, Tratamiento, Complicaciones y Letalidad en el

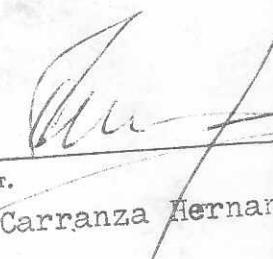
Hospital San Vicente. 1968-1972.  
Tesis. Médico y Cirujano. Guatemala.  
U.S.A.C. Fac. CC MM. 1974. pp. 29.

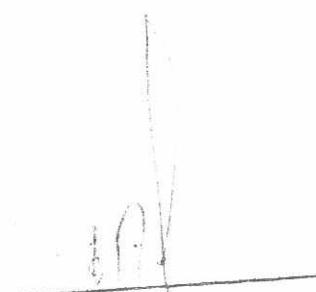
Br.

  
Romeo Efrain Lopez Recinos

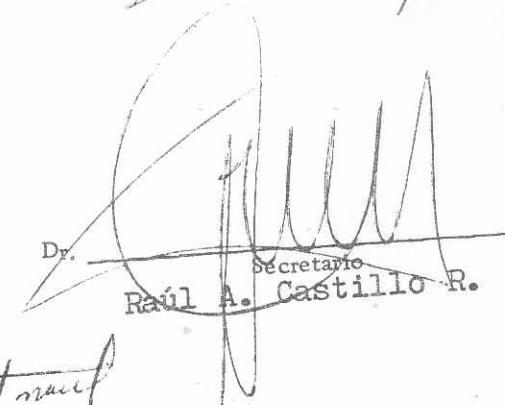
  
Asesor.  
ctor M. Gutierrez Longo

Dr.

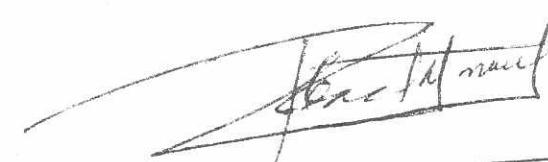
  
Revisor.  
Arturo Carranza Hernandez

  
Director de Fase III  
tor Alfredo Nuila E.

Dr.

  
Secretario  
Raúl A. Castillo R.

Dr.

  
Decano.  
Rolando Castillo Montalvo