

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS LE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"PERFORACION INTESTINAL COMO COMPLICACION
DE FIEBRE TIFOIDEA"**

**(ESTUDIO DE 4 AÑOS 1976-1979 EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN)**

SILVIA CONSUELO PALMA SAGASTUME

GUATEMALA, JUNIO DE 1980

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"PERFORACION INTESTINAL COMO COMPLICACION
DE FIEBRE TIFOIDEA"**

**(ESTUDIO DE 4 AÑOS 1976-1979 EN EL
HOSPITAL NACIONAL DE AMATITLAN)**

TESIS

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

POR

SILVIA CONSUELO PALMA SAGASTUME

En el Acto de Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

BACTERIOLOGIA

DATOS DE LABORATORIO

SINTOMATOLOGIA

COMPLICACIONES

TECNICA QUIRURGICA

RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis tiene por objeto presentar el estudio sobre Perforación Intestinal como complicación de fiebre tifoidea, considerando que las enfermedades infecciosas principalmente las gastrointestinales presentan alta morbilidad en nuestro medio, lo cual se traduce al patron cultural bajo que aún prevalece, a los programas tan deficientes de salud que no llegan a los más reconditos rincones del país, donde no existe las más mínimas normas higiénicas, ni servicios de saniamiento ambiental tan sencillos como son agua potable y drenajes, en donde las personas prefieren los remedios caseros o visitar al brujo en lugar del médico, esto se debe al alto porcentaje de ignorancia que se observa en estos lugares así como tradiciones y costumbres infundadas en creencias de sus antepasados, ya que si se hiciera el diagnóstico precoz de fiebre tifoidea el pronóstico sería menos grave pudiendose evitar, algunas de sus complicaciones que tan alta mortalidad han causado en nuestro país.

Por lo tanto en este estudio se ha hecho un detenido análisis de 245 casos de fiebre tifoidea en el hospital nacional de Amatlán en el período de cuatro años comprendidos entre enero de 1,976 a diciembre de 1979 que tratan de mostrar la realidad actual de la enfermedad lo cual no es terminante dando opción a una investigación más amplia.

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

- 1829- Lois, Describe su descubrimiento de fiebre tifoidea en 158 casos emplea por primera vez el término Tifoidea.-
- 1836- William Gerhard, (filadelfia) diferencia el tifus de la tifoidea.
- 1856-1870 Budd-Sugiere la transmisión de la fiebre Tifoidea, se confirma su hipótesis en 1885.
- 1885- Pleyfer aisla el germen en muestra de materia fecal.
- 1880- Se le nombra como bacilo de Everth.
- 1896- Widal, descubre las aglutinas en suero de pacientes.
- Microbiología medica, Jawetz- pruebas de aglutinación y bacteriología.
- Harrison, Medicina Interna, Sintomatología y complicaciones.
- 1968 Robertson, Evaluación del uso del cloranfenicol y ampicilina en fiebre tifoidea New England Journal medical 278,171, 1968; toma como de primera elección el uso del cloranfenicol.
- 1976- Urrutia Melendez- Tesis "Fiebre tifoidea y sus complicaciones" Hosp. Amatitlán; Esta tesis es un estudio sobre 452 casos de fiebre tifoidea en la que concluye que esta enfermedad tiene una alta incidencia en Guatemala y su complicación más grave es la perforación intestinal de los cuales encontro 16 casos de perforación Intestinal, todos fallecieron y de estos solo 4 fueron intervenidos

quirúrgicamente, esta tesis presenta deficiencias como por ejemplo, falta de objetivos, antecedentes.

1977- Garcia-Salas Porras, Tesis. Fiebre Tifoidea Rev. 34 casos pediatria Roosevelt. Esta tesis de las revisadas es la más concluyente, en ella si se efectuaron todos los laboratorios necesarios para el diagnostico final.

1979- Escaler Viellman. Tesis. Fiebre tifoidea,

1978- Aguilar Marroquín. Fiebre tifoidea.

Estas tesis deja ver que el tratamiento de elección es el cloranfenicol.

OBJETIVOS

- 1.- Llevar a cabo un estudio estadístico de pacientes con fiebre tifoidea en el transcurso de 4 años.
- 2.- Señalar el porcentaje de pacientes que presentan perforación intestinal como complicación de fiebre tifoidea.
- 3.- Demostrar la mortalidad de pacientes que presentan perforación como complicación de fiebre tifoidea.
- 4.- Demostrar las causas que intervinieron en la mortalidad de pacientes con perforación.
- 5.- Demostrar la efectividad del tratamiento quirúrgico.
- 6.- Demostrar el porcentaje de efectividad de laboratorio como ayuda diagnóstica.

MATERIAL Y METODOS

A. MATERIAL

1. *Edificio del Hospital Nacional de Amatlán.*
2. *Archivo General, del Hospital Nacional de Amatlán.*
3. *Revisión Bibliográfica, de libros de texto y tesis de médicos sobre el tema.*
4. *Archivo del Hospital Nacional de Amatlán, previamente seleccionado en No. de 245 casos.*
5. *Libro de sala de operaciones del Hospital Nacional de Amatlán.*
6. *Recurso Humano: Dr. Susarte Hernández, Dr. Edgar Reyes y el autor del trabajo de investigación.*

B. METODO

Análisis retrospectivo de los 245 casos de fiebre tifoidea encontrados durante los años de 1976 a 1979.

Para efectuar el análisis del estudio llevado a cabo se tomaron como párametos:

Edad, sexo, procedencia, cuadro clínico, examen físico, informe de laboratorio Rx, complicaciones, operaciones, hallazgos de la operación, tratamiento, hospitalización y condición de egreso.

BACTERIOLOGIA

Las salmonellas son *bácilos gram-negativos aerobios*, no *esporulados* cortos y gruesos de 0.5 a 0.8 micras de grosor y 1 a 3.5 micras de longitud, son *moviles* a merced de los *flagelos* *peritricos*, una de cuyas *características más importantes* es que no fermentan la lactosa, las sacarosas, ni la silicina; forman ácido y generalmente gas a partir de glucosa, maltosa, manitol y dextrina. La fermentación de los azúcares constituye un método para la diferenciación de las especies. Los *bácilos* de la tifoidea mueren por el calor y por desinfectantes químicos. Cuando se encuentran en la leche se destruyen por el proceso de pausterización. Pueden sobrevivir fuera del cuerpo en algunos casos más tiempo que algunas bacterias patógenas y por esta razón la fiebre tifoidea ha sido transmitida con frecuencia por el agua, leche y otros alimentos contaminados.

Las salmonellas son resistentes a ciertos agentes químicos, como el verde brillante, el tetracionato sódico y el dosoxicolato sódico; tales compuestos inhiben a los *bácilos* coliformes y son por lo tanto útiles para el aislamiento de la salmonella a partir de heces.

Las especies de salmonella pueden ser identificadas por reacciones bioquímicas y por análisis antigénicos.(2) (6) (7).

DATOS DE LABORATORIO

Uno de los datos Hematológicos distintivos de la tifoidea es la leucopenia con una cifra leucocitaria de 4,000 a 6,000 células por mm cúbico durante las dos primeras semanas de la enfermedad y 3,000 a 5,000 durante la tercera y cuarta semana la cual es caracterizada por una relación decreciente en el número de leucocitos polimorfonucleares y por ausencia de eosinófilos. En casos de perforación intestinal o de complicaciones piógenas se puede presentar leucocitosis moderada de 12,000. Se observa anemia normocítica en muchos pacientes, en caso de hemorragia es de tipo hipocrómico y microcítico. La orina contiene huellas de albúmina durante el periodo febril, melena es frecuente durante la segunda y tercera semana de la enfermedad. La salmonella tifica puede ser aislada de la sangre en un 90 o/o de los pacientes durante la primera semana y en 50 o/o de los casos en el fin de la tercera semana; puede ser aislada de las heces en cualquier etapa de la enfermedad, pero se obtienen mayor incidencia de resultados positivos en un 85 o/o de los casos durante la tercera y quinta semana. Se puede descubrir salmonella en la orina el 25 o/o de los pacientes, en la tercera o cuarta semana de la enfermedad.

La frecuencia de coprocultivos positivos comienza a decrecer rápidamente en seis semanas después de haber adquirido la enfermedad. De dos a tres meses después de ser adquirida sólo el 5 o/o ó 10 o/o de los pacientes continua excretando el bacilo. Los pacientes adicionales pueden llegar a ser negativos para el bacilo en los subsecuentes meses, pero el 3 o/o continúa excretando *S. tifica* por período en exceso de un año.

Personas con excreción comprobada del bacilo en heces por 1 año ó más son llamados portadores crónicos. Los portadores crónicos pueden continuar excretando el bacilo por muchos años, generalmente por vida, localizandose los organismos en el intestino, vesícula biliar y los conductos biliares a no ser

que se logre erradicar a los portadores intestinales con ampicilina y los vesiculares con colecistectomía y ampicilina.(1) (6)

PRUEBAS DE AGLUTINACION:

REACCION DE WIDAL:

La reacción de widal es una prueba serológica fácil y adecuada para ayudar en parte al diagnóstico de fiebre tifoidea.

Los bacilos de la tifoidea poseen tres antígenos principales: el H, en los flagelos, el O, en el cuerpo celular, el Vi, que se encuentra en la superficie de los cuerpos celulares bacterianos.

La reacción de Widal un aumento en el título de las aglutinas en contra de los antígenos somáticos y flagelar, la cual ocurre durante la fiebre tifoidea al final del 7 o 10 días. El título se eleva en forma constante alcanzado su máximo a partir de las 3 y 5 semanas.

Los resultados se interpretan de la siguiente manera:

Título "O" alto o ascendente (1: 160 o más) sugiere que hay infección activa en ese momento.

Título "H" alto (1: 160 o más) sugiere vacunación ó una infección en el pasado.

Título Vi alto que aparece en los portadores.

Aunque la interpretación puede ser difícil ya que da reacción cruzada con otras bacterias entericas y porque las aglutinas persisten, algunas veces en gran título por muchos meses o años después de la inmunización.

Se hace necesario repetir la prueba varias veces e ir unido

a una historia clínica y examen físico para poder diagnosticar con seguridad fiebre tifoidea.(6) (4)

La reacción de Widal puede ser positiva en varias enfermedades, pero predominantemente en las gastrointestinales.

1) Panadizo	"O" 1: 160	"H" 1: 160
2) T.B.C. Pulmonar	"O" 1: 160	"H" 1: 160
3) Infección Viral	"O" 1: 320	"H" 1: 160
4) Rubeola	"O" 1: 320	"H" 1: 160
5) Traqueobronquitis	"O" 1: 40	"H" 1: 40
6) Bronquitis Aguda	"O" 1: 80	"H" 1: 40
7) Neumonía Bronquitis Iz.	"O" 1: 80	"H" 1: 40
8) I.R.S.	"O" 1: 160	"H" 1: 160
9) Sinucitis	"O" 1: 160	"H" 1: 80
10) B.N.M.	"O" 1: 80	"H" 1: 40
11) Amigdalitis Aguda	"O" 1: 80	"H" 1: 40
12) Otitis media aguda	"O" 1: 160	"H" 1: 80
13) Fiebre reumática	"O" 1: 160	"H" 1: 80
14) Colecistitis aguda	"O" 1: 160	"H" 1: 80
15) Colecistitis crónica	"O" 1: 80	"H" 1: 80
16) Hepatitis viral	"O" 1: 80	"H" 1: 80
17) Paludismo agudo	"O" 1: 80	"H" 1: 80
18) Anexitis	"O" 1: 160	"H" 1: 160
19) Disentería bacilar	"O" 1: 160	"H" 1: 80
20) Disentería amebiana	"O" 1: 320	"H" 1: 160
21) E.C.A. inespecífica	"O" 1: 160	"H" 1: 80
22) Colitis inespecífica	"O" 1: 80	"H" 1: 80
23) Intoxicación alimenticia	"O" 1: 640	"H" 1: 640(4)

SINTOMATOLOGIA

La fiebre tifoidea es una infección generalizada exclusiva del hombre que es producida por la *salmonella typhosa* teniendo acceso al huésped por cavidad bucal; el promedio del periodo de incubación es de aproximadamente 10 días y varia de 3 a 25 días, lo cual probablemente depende de la dosis infectante. La cefalalgia, el síntoma inicial más importante es generalizada y constante empeorando con la fiebre, existen molestias intestinales como dolor abdominal en cual se localiza con frecuencia en cuadrantes inferiores, se establece íleo moderado junto con constipación anorexia y nausea, es frecuente encontrar tos y síntomas de bronquitis. La diarrea es más frecuente durante la segunda semana que durante la primera y las heces pueden contener sangre. Durante el curso febril es posible apreciar inyección de las conjuntivas desde los primeros días, puede presentarse epistaxis repentina y espontánea. El estado mental varía entre amplios límites, desde la normalidad a la confusión mental y el delirio. El pulso suele no estar tan rápido como correspondería a la temperatura.

Las lesiones cutaneas maculo papulosas aparecen durante la segunda o tercera semana de la enfermedad en el 80 al 90 o/o de los pacientes. Estas "manchas de color rosado", se localizan predominantemente en parte alta del abdomen a anterior del torax y son dispersas, palidecen por compresión, tienen de 2 a 5 mm de diametro, generalmente su número no es mayor de 20. El bazo está frecuentemente crecido al terminar la primera semana de la enfermedad del cual a menudo es doloroso.(1)

COMPLICACIONES

La fiebre tifoidea por ser una entidad que produce septicemia tiene las siguientes complicaciones:

- 1.- HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL
- 2.- PERFORACION INTESTINAL
- 3.- NEUMONIA LOBAR O BACTERIANA
- 4.- PAROTIDITIS
- 5.- SINUSITIS
- 6.- FURUNCULOSIS
- 7.- CONDRITIS O PERIOSTITIS
- 8.- MENINGITIS TIFOIDICA
- 9.- FOLICULITIS
- 10.- ARTRITIS MONOARTICULAR Y POLIARTICULAR
- 11.- COLECISTITIS
- 12.- ANEMIA HEMOLITICA
- 13.- HERPES LABIAL

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL:

La hemorragia visible de las úlceras intestinales ocurre en cerca del 10 por ciento de los casos, el sangrado oculto se encuentra en aproximadamente el 20 por ciento. Sobreviene alrededor de la tercera semana de la enfermedad. Puede haber una gran hemorragia repentina o pérdida continua y lenta. Los signos que indican hemorragia son los siguientes: aprensión, sudación, palidez, descenso de la temperatura cutanea, pulso rápido y débil, hipotensión y presión diferencial disminuida. Esta complicación ocurre a pesar del efecto favorable del cloranfenicol.

PERFORACION INTESTINAL:

Ocurre en cerca del 3 por ciento de los casos no tratados, y antiguamente era la causa de muchos decesos. Todavía se presenta la ruptura de la úlcera intestinal con peritonitis, aunque los antibióticos han reducido considerablemente la mortalidad. La perforación se hace generalmente en el íleo terminal en la tercera semana de preferencia en los pacientes con timpanismo, diarrea y hemorragia. Es típico un dolor repentino e intenso 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 el abdomen. La palidez, sudación viscosa la taquicardia y la caída de la tensión 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. La perforación puede confundirse con apendicitis, colecistitis aguda, flebitis de la vena iliaca, o simplemente con una exacerbación del dolor abdominal en un paciente debilitado por la tifoidea. La exploración frecuente y la radiografía abdominal en posición de pie para demostrar la presencia de aire bajo el diafragma proporcionan muy valiosas indicaciones diagnósticas.

En algunas ocasiones la peritonitis tifoídica puede presentarse como consecuencia del reblandecimiento de un ganglio mesentérico.(1)

MANEJO DEL PACIENTE CON PERFORACION INTESTINAL POR FIEBRE TIFOIDEA

El diagnóstico se sospecha en aquellos pacientes que ya tiene impresión clínica de fiebre tifoidea y hacen cuadro de abdomen aguda en su estancia hospitalaria, ó en aquellos pacientes que ingresan con abdomen agudo y antecedentes de

enfermedad gastrointestinal, ó fiebre de etiología indeterminada.

Se confirma el diagnóstico con estudios de laboratorio encontrándose leucocitosis moderada; no se puede contar con estudio bacteriológico en todos los casos por lo cual se recurre al estudio de widal como auxiliar en el diagnóstico.

La confirmación de perforación intestinal se evidencia con estudio de radiografía de torax con el paciente de pie demostrándose neumoperitoneo por debajo del hemidiafragma derecho, además con la radiografía simple de abdomen se buscan signos de líquido intraperitoneal.

Una vez establecido que se trata de un abdomen quirúrgico se trata de mejorar el estado general del paciente para luego ser llevado a cirugía.

TECNICA QUIRURGICA:

La mayoría de casos son intervenidos bajo anestesia general, con una incisión mediana infraumbilical, la cual permite un acceso adecuado a las vísceras del abdomen inferior.

Localizada la perforación se practica regularización de la misma y se hace cierre primario en plano de puntos separados con materia inabsorbible y en sentido transverso.

En algunos casos se utiliza un parche de epiplón para reforzar la línea de sutura. Cuando se encuentran placas de Peyer muy deterioradas se procede a reforzarlas en la misma forma que se practicó el cierre de la perforación. Se practica lavado peritoneal con abundante agua esteril o suero fisiológico.

El cierre de la herida se lleva a cabo por planos con material inabsorbible, idealmente acero monofilamento, en algunos casos indican puntos de tensión.

En el post-operatoria se vigila al paciente estrechamente por la posibilidad de un choque séptico, es muy importante tratar de mantener el estado general del paciente en buenas condiciones.

Reposo gástrico con succión continua hasta que se restablezca el tránsito gastrointestinal, mantener un buen estado de hidratación con reposición de electrolitos por vía endovenosa mientras llega el tiempo de alimentarlo por vía oral.

En algunos casos sería ideal el uso de alimentación hiperosmolar endovenosa.

ANTIBIOTICOS:

Por los pocos recursos de nuestros hospitales generalmente se emplea la asociación de penicilina y cloranfenicol a dosis altas

con la cual responden en buena forma la mayoría de pacientes.

Lo ideal sería tener combinación de cultivo de los gérmenes con antibiograma.

La ambulación se trata de hacer temprana, los puntos se pueden retirar del octavo al doceavo día del post operatorio según la evolución de la herida.

RESULTADOS

Total de pacientes con fiebre tifoidea hospitalizados analizados en la investigación fue de: 245 casos.

SEXO:	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Masculino	121	49.39
Femenino	124	50.61

Obsérvese que es muy poca la diferencia de incidencia de fiebre tifoidea en relación al sexo.

CUADRO ETARIO EXPRESADO EN PORCENTAJE:

EDADES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1 a 9 años	35	14.28
10 a 19 años	69	28.16
20 a 29 años	67	27.34
30 a 39 años	32	13.06
40 a 49 años	32	13.06
50 a 59 años	10	4.08

Nótese que la mayor incidencia en lo que respecta a edades se encuentra entre las edades de 10 y 19 años, lo cual nos demuestra similitud con otros estudios efectuados en Guatemala.

PROCEDENCIA

El municipio que mayor incidencia tiene es Amatitlán siguiéndole Villa Nueva y La Gomera.

MUNICIPIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Amatitlán	77	31.42
Villa Nueva	38	15.51
La Gomera	28	11.42
Escuintla	16	6.53
Palín	10	4.08
Santa Lucía Cotzumalguapa	10	4.08
Nueva Concepción	7	2.85
San Miguel Petapa	6	2.44
Masagua	6	2.44
San Vicente Pacaya	5	2.04
Villa Canales	5	2.04
Ciudad Capital	4	1.63
Tiquizate	4	1.63
Puerto de San José	4	1.63
Chiquimulilla	3	1.22
Mixco	3	1.22
La Democracia	3	1.22
Pasaco	2	0.81
Taxisco	2	0.81
Pueblo Nuevo Viñas	2	0.81
Palencia	2	0.81
Jutiapa	2	0.81
Ixguatán	1	0.40
Ciudad Pedro de Alvarado	1	0.40
San Juan Tecuado	1	0.40
Guanagazapa	1	0.40
Antigua Guatemala	1	0.40
Chimaltenango	1	0.40

PROCEDENCIA POR DEPARTAMENTOS

Se observará que el departamento de Guatemala tiene mayor incidencia, siguiéndole en porcentaje Escuintla, recordando que en el de Guatemala están incluidos los casos de Amatitlán, Villa Nueva, Villa Canales, Mixco y Palencia.

DEPARTAMENTO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Guatemala	135	55.10
Escuintla	94	38.36
Santa Rosa	9	3.67
Jutiapa	5	2.04
Chimaltenango	1	0.40
Sacatepéquez	1	0.40

INCIDENCIAS POR MES Y AÑO

MES	1976	1977	1978	1979
Enero	7	9	4	2
Febrero	9	4	7	1
Marzo	4	3	2	2
Abril	3	3	7	3
Mayo	3	5	4	4
Junio	5	5	6	3
Julio	7	16	5	4
Agosto	3	10	11	5
Septiembre	6	9	7	2
Octubre	8	5	5	3
Noviembre	4	2	5	3
Diciembre	7	7	1	5

Es interesante observar que los meses posteriores al terremoto de febrero del 76 no se presentó alza en la incidencia de fiebre tifoidea. Otro dato interesante es que se presentó un número mayor de casos durante los meses de lluvia.

LA INCIDENCIA POR AÑOS FUE LA SIGUIENTE:

AÑO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1976	66	26.93
1977	78	31.83
1978	64	26.12
1979	37	15.10

Nótese que el año que tiene mayor incidencia es 1977 que corresponde a un porcentaje de 31.83o/o, además el incremento por año es gradual así como el descenso.

Como no es el objetivo de este trabajo revisar todos los casos de fiebre tifoidea sino únicamente los perforados, solamente se expone al lector que la mayoría de estos casos ingresaron con síntomas gastrointestinales diarrea-vómitos y fiebre.

El diagnóstico se hizo por las características clínicas de la enfermedad con ayuda del examen de Widal, ya se expuso anteriormente porque no se hizo cultivos en todos los casos.

El tratamiento básico fué con cloranfenicol.

La evolución fué satisfactoria en el 96.33o/o de los pacientes egresados en buenas condiciones.

PERFORACION INTESTINAL POR FIEBRE TIFOIDEA:

De los 245 pacientes estudiados se encontró que 16 pacientes (6.50o/o) presentaron abdomen agudo.

De estos 16 enfermos 9 acudieron a la emergencia con el cuadro de abdomen agudo, los restantes (7 pacientes) se perforaron durante su estancia hospitalaria y recibiendo tratamiento con cloranfenicol.

Los pacientes que ingresaron al hospital con cuadro agudo de la enfermedad referían historia de enfermedad gastrointestinal con cefalea y fiebre de hasta 20 días de evolución, con agudización del dolor abdominal y empeoramiento de su estado general 1-2 días antes de consultar el hospital.

EDAD DE PACIENTES CON PERFORACION TIFICA:

El siguiente cuadro muestra que la mayor incidencia en lo que respecta a la edad de pacientes que presentaron perforación intestinal fué de 1 a 19 años haciendo un porcentaje de 62.50o/o.

EDADES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1 a 9 años	6	37.50o/o
10 a 19 años	4	25.50o/o
20 a 29 años	1	6.25o/o
30 a 39 años	2	12.50o/o
40 a 49 años	3	18.75o/o
50 a 59 años	—	—

De los pacientes que presentaron perforación intestinal 9 de ellos fueron de sexo masculino y 7 de sexo femenino.

SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Masculino	9	56.25o/o
Femenino	7	43.75o/o

SINTOMATOLOGIA DE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON PERFORACION INTESTINAL

Los signos y síntomas que se evaluaron fueron los siguientes: tiempo de evolución, fiebre, cefalea, diarrea y dolor abdominal.

El tiempo de evolución según lo referían los pacientes varió de 1 a 20 días.

Todos los pacientes refirieron más de un síntoma, pero en todos los casos refirieron haber presentado fiebre asociado a otro síntoma.

8 de los pacientes refirieron haber presentado fiebre y cefalea lo que hace un porcentaje de 50o/o.

5 de los pacientes refirieron haber presentado fiebre y diarrea, y 3 de los pacientes fiebre y dolor abdominal.

El siguiente cuadro muestra los síntomas de acuerdo como lo referían los pacientes.

SINTOMAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Fiebre y cefalea	8	50o/o
Fiebre y diarrea	5	31.25o/o
Fiebre y dolor abdominal	3	18.75o/o

LABORATORIO:

A 14 de los pacientes se les efectuó hematología lo que hace un porcentaje de 87.50o/o. La hemoglobina de 12 de los pacientes fué de 11 gramos o más lo que representa un porcentaje de 75o/o. Por lo que se puede observar que 2 de los casos tenía un grado moderado de anemia, que hace un porcentaje de 12.25o/o. Solamente a 2 de los pacientes no se les efectuó hematología. A todos se les efectuó examen de Widal.

RAYOS "X":

De los 16 pacientes con perforación intestinal a 13 se les efectuó rayos "X" de abdomen encontrándose signos de abdomen agudo como: presencia de líquido intraperitoneal, además rayos "X" de tórax neumoperitoneo debajo del hemidiafragma derecho, esto viene hacer un porcentaje de 81.25o/o.

MORTALIDAD:

De los 245 pacientes estudiados encontramos que 9 fallecieron, lo que representa un porcentaje de 3.67o/o. De estos casos 3 fueron intervenidos quirúrgicamente, estos casos serán analizados después.

CAUSA DE MUERTE DE PACIENTES NO OPERADOS

Obsérvese que la causa principal de muerte fué la de abdomen agudo en 3 de los casos que hace un porcentaje de 33.33o/o, de la mortalidad total.

CAUSA DE MUERTE	CASOS	PORCENTAJE
1.- Abdomen agudo	3	33.33o/o
2.- Abdomen agudo + D.H.E.	1	11.11o/o
3.- D.H.E.	1	11.11o/o
4.- Bronconeumonía	1	11.11o/o

El siguiente cuadro muestra los días de hospitalización de los pacientes fallecidos no operados.

DIAS DE HOSPITALIZACION	CASOS	PORCENTAJE
1 día	2	33.33o/o
3 días	1	16.66o/o
5 días	1	16.66o/o
6 días	1	16.66o/o
9 días	1	16.66o/o

PACIENTES OPERADOS:

De los 16 pacientes que sufrieron perforación intestinal a 10 de ellos se intervinieron quirúrgicamente, 9 de los mismos consultaron a la emergencia del hospital por cuadro de abdomen agudo siendo intervenidos 2 pacientes en las primeras 6 horas a

su ingreso y 7 durante el primer día, el otro paciente se perforó a los 6 días de hospitalización a pesar de estar recibiendo tratamiento con cloranfenicol.

El siguiente cuadro muestra a cuanto tiempo de su ingreso fueron intervenidos quirúrgicamente los pacientes.

CUADRO DE HOSPITALIZACION	CASOS	PORCENTAJE
2 horas	1	10o/o
6 horas	1	10o/o

DIAS DE HOSPITALIZACION	CASOS	PORCENTAJE
1 día	7	70o/o
6 días	1	10o/o

DIAGNOSTICO DE INGRESO DE PACIENTES OPERADOS:

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
1.- Abdomen agudo	9	90o/o
1.- Fiebre tifoidea	1	10o/o

LABORATORIO Y RAYOS "X" DE PACIENTES OPERADOS:

A los 10 pacientes se les efectuó examen de *Widal*, siendo las diluciones para el antígeno "0" de 1:80 en 4 de los casos que viene a ser un porcentaje de 40o/o, en 4 de los casos las diluciones fueron de 1:160 que hace un porcentaje del 40o/o y en 2 de los casos las diluciones fueron de 1:320 que viene hacer un porcentaje de 20o/o.

Recuento fué efectuado en 9 de los casos; siendo el mayor recuento de 17,000 con un tiempo de evolución de 5 días, así como un recuento de 12,000 con un tiempo de evolución de 3 días, el resto de pacientes presentaron leucopenias moderadas siendo el menor recuento de 4,000.

En todos los pacientes el tiempo de evolución varió de 2 a 19 días.

RAYOS "X"

A todos se les efectuó rayos "X" de abdomen y tórax encontrándose signos de abdomen agudo.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

Se siguió el procedimiento como se expuso en el capítulo anterior.

HALLAZGOS Y LOCALIZACION DE LA LESION:

En los 10 casos se encontró peritonitis generalizada.

En 8 de los casos se encontró perforación única.

En 1 caso 2 perforaciones.

En 1 caso 4 perforaciones.

LOCALIZACION DE LA PERFORACION:

En 8 de los casos se localizó en íleo terminal correspondiendo 6 casos a una perforación, 1 caso a 2 perforaciones y otro caso a 4 perforaciones.

En 1 caso se localizó en un tercio distal del íleo.

En 1 caso se localizó en ciego.

En uno de los casos la lesión se encontró a una distancia de 100 cm., de la válvula ileocecal, otro caso a 40 cm., y en otro caso a 10 cm., en los demás casos no estaba reportado.

COMPLICACIONES OPERATORIAS:

No se encontró reporte de alguna complicación, mientras se efectuó el acto quirúrgico.

TRATAMIENTO MEDICO:

Todos los pacientes recibieron tratamiento con Cloranfenicol y Penicilina Cristalina por vía endovenosa los 3 primeros días del post-operatorio y luego se les cambió tratamiento a Cloranfenicol por vía bucal y Penicilina procaínica por vía intramuscular.

En ninguno de los casos se enviaron muestras de bordes resecaados a Patología.

EVOLUCION

El post-operatorio de 4 de los pacientes fué satisfactorio que hace un porcentaje de 40o/o, 3 de los pacientes fallecieron y 3 de ellos presentaron complicaciones.

El siguiente cuadro muestra a cuantos días de ser hospitalizados murieron los pacientes.

DIAS DE HOSPITALIZACION DE PACIENTES OPERADOS FALLECIDOS	CASOS	PORCENTAJE
1 día	2	66.60/o
6 días	1	33.33/o

COMPLICACIONES POST-OPERATORIA	CASOS	PORCENTAJE
1.- Infección de herida operatoria	1	33.33/o
2.- D.H.E.	1	33.33/o
3.- Diarrea	1	33.33/o

DIAS DE HOSPITALIZACION DE PACIENTES OPERADOS

DIAS	CASOS	PORCENTAJE
1 - 9 días	5	50.00/o
10 - 19 días	2	20.00/o
20 - 29 días	2	20.00/o
30 - 39 días	1	10.00/o

De los 10 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente 6 fueron de sexo masculino lo que hace un porcentaje de 60/o y 4 de sexo femenino lo que hace un porcentaje de 40/o.

MORTALIDAD OPERATORIA

De los 3 pacientes que fallecieron, un paciente falleció a las 2 horas del post-operatorio, otro a las 6 horas y otro inmediatamente después de finalizar la operación.

La posible causa que provocó la muerte de estos pacientes fué Shock Séptico.

CONCLUSIONES

- 1.- La fiebre tifoidea es una enfermedad endémica cuyas complicaciones son causa de una mortalidad elevada.
- 2.- La enfermedad afecta principalmente a la población de condición socioeconómica de bajos recursos.
- 3.- A pesar del tratamiento médico con cloranfenicol puede presentarse perforación del intestino.
- 4.- La enfermedad afecta ambos sexos en un porcentaje similar.
- 5.- La edad más frecuentemente afectada fué entre los 10 y 19 años, así como también en los casos de perforación intestinal.
- 6.- La comprobación bacteriológica de la enfermedad no fué posible en ninguno de los casos.
- 7.- El diagnóstico se llevó a cabo en la mayoría de los casos por las características del cuadro clínico, estudios de widal y recuento y fórmula leucocitaria.
- 8.- Del total de pacientes estudiados por fiebre tifoidea hay un porcentaje de 6.53o/o con perforación intestinal.
- 9.- La mayoría de pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de Abdomen Agudo.
- 10.- Los antibióticos utilizados en pacientes con perforación intestinal por fiebre tifoidea fué cloranfenicol y penicilina.

- 11.- La localización más frecuente de perforación intestinal fué en ileón terminal y generalmente fué perforación única.
- 12.- La complicación más grave que conlleva a una mortalidad elevada en la fiebre tifoidea es la perforación intestinal.
- 13.- La mortalidad post-operatoria fué en su mayoría en menores de edad probablemente por una menor resistencia del huesped.
- 14.- En los casos fallecidos con cuadro de abdomen agudo y sugestivos de fiebre tifoidea, no se les practicó autopsia por lo que no se tiene confirmación del diagnóstico.
- 15.- Los pacientes que sufren perforación intestinal consultan tardíamente al hospital.
- 16.- Los municipios que presentaron mayor incidencia de fiebre tifoidea fueron Amatitlán, Villa Nueva y La Gomera.

RECOMENDACIONES

- 1.- Mejorar la calidad y aplicación de los programas de prevención, ya que la fiebre tifoidea es una enfermedad endémica en la república de Guatemala la cual aún no ha podido ser controlada eficazmente.
- 2.- El tratamiento médico específico debe iniciarse inmediatamente a todo paciente que se le diagnóstico fiebre tifoidea.
- 3.- La intervención quirúrgica de urgencia debe ser aplicada a todo paciente con diagnóstico de fiebre tifoidea y cuadro clínico de abdomen agudo.
- 4.- Se recomienda proporcionar a todo hospital regional equipo de laboratorio indispensable para la obtención del diagnóstico más preciso y en el menor tiempo posible, en las enfermedades infecciosas.
- 5.- Idealmente a todo paciente con sospecha de fiebre tifoidea se le deben practicar estudios de hemocultivo, urocultivo, mielocultivo y coprocultivo dependiendo del tiempo de evolución de la enfermedad así como también recuento y fórmula leucocitaria y exámen de widal.
- 6.- Efectuar una descripción detallada de los hallazgos operatorios y del procedimiento quirúrgico ya que son de mucha importancia de estudios de investigación.
- 7.- A todo paciente a quien se le sospeche perforación intestinal debe efectuársele un estudio minucioso desde el punto de vista: clínico; de laboratorio y radiológico.

Las autoridades Sanitarias deben mantener un estricto control sobre aquellas personas que manipulan alimentos o expenden los mismos, para la detección de portadores crónicos.

Instruir a las personas de los municipios de Amatitlán, Villa Nueva y de la costa sur, sobre el uso de letrinas y otros aspectos de saneamiento ambiental.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Harrison: **Medicina Interna**. 4 edición. La Prensa Médica Mexicana. Traducido por Sra. Carolina Amor de Four nier. p.p. 904-910
- 2.- Jawetz. **Manual de Microbiología Médica**. 4a. edición. El Manual Moderno. México traducido por Dr. Armando Gonzales Mendoza, 1970. p.p. 233-236.
- 3.- Cecil y Loeb, et al. **Tratado de Medicina Interna**. 13a. edición. Editorial Interamericana, México. Traducido por el Dr. Alberto Folch y P1. 1972. p.p. 599-603.
- 4.- Urrutia Meléndez, Gonzalo. "Fiebre tifoidea y sus Complicaciones" Hospital Nac. de Amatitlán. Tesis presentada. Universidad de San Carlos de Guatemala, Fac. de Ciencias Médicas. Octubre 1976.
- 5.- Letona Barrios, Teófilo. "Revisión de perforaciones Intestinales por Fiebre Tifoidea". Hospital Nac. de Escuintla. Tesis presentada. Universidad de San Carlos de Guatemala. Fac. de Ciencias Médicas. Agosto de 1978.
- 6.- Burdon K. y R. Williams. **Microbiología**. 2a. edición México. Publicaciones Cultural S.A. Traducido por el Dr. Antonio Oriol Anguera p.p. 617-629.
- 7.- Fiebre Tifoidea. Estudio clínico y diagnóstico. Tesis presentada por Dr. Julio Cabrera Valverde. Guatemala, 1970.

Br.

A. Palma
Silvia Consuelo Palma Sagastume.

Asesor

Hernández

Dr.

Revisor

Edgar William Reyes Arévalo

Director de Fase III
er Nula

Dr.

Secretario

Rafael Castillo

Dr.

Decano

Rolando Castillo Montalvo.