

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10124601

“ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO”

ANALISIS DE 64 CASOS EN EL HOSPITAL SANTA GERTRUDIS DE SAN VICENTE
DE SEPTIEMBRE DE 1966 A ENERO DE 1968

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

RICARDO ERNESTO AGUIRRE BOLAÑOS

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

OCTUBRE DE 1968

~~3787284~~ ⁷ 617.55 EJ-18059
~~DES-T.M.~~ A284a
~~A284a~~ 1968 F. Med
~~1968~~ E.3.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR (Interino)

DR. JOSE MARIA MENDEL

SECRETARIO

DR. JOSE RICARDO MARTINEZ

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO

DRA. MARIA ISABEL RODRIGUEZ

SECRETARIO

DR. RICARDO ALBERTO DEA

JURADOS QUE PRATICARON LOS EXAMENES
DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA QUIRURGICA:

DR. SALVADOR INFANTE DIAZ

DR. RAFAEL MORAN

DR. FARIU RENE ROLDAN

CLINICA MEDICA:

DR. LEIS EDUARDO VAQUITA

DRA. ANGEL GABRIEL DE ALLELD

DR. GUSTAVO URINCHI

CLINICA OBSTETRICA:

DR. ANTONIO LUIS GUERRA

DR. SALVADOR BATISTA LEONA

DR. RAFAEL DIAZ LAZAN

I N D I C E

- I - INTRODUCCION

- II - MATERIAL Y METODOS

- III- GENERALIDADES

- IV - ANALISIS DE LOS DATOS

- V - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- VI - BIBLIOGRAFIA.

El diagnóstico es expresión de ciencia y de arte; de él, y solamente de él, parten las directrices concientes del tratamiento.--

I N T R O D U C C I O N

En la clínica de las afecciones abdominales agudas, hay casos fáciles los más, difíciles algunos y de juicio imposible, los menos. Para todos hay que imponerse la obligación de llegar al diagnóstico - con todos los recursos a mano.

Pese a los extraordinarios beneficios que otorga la cirugía de hoy, de poco valen sino tienen el apoyo de la clínica curtera; y, más - importante que precisar el diagnóstico clínico en el abdomen agudo, es puntualizar la indicación operatoria, ya que uno de los factores importantes de éxito es la intervención oportuna; y viceversa, la tardanza en hacerla puede llevarnos al menoscabo de la salud del paciente.

De las intervenciones de urgencia es, con mucho, el abdomen agudo el que presenta mayor problema diagnóstico, debido a la multiplicidad de cuadros clínicos que engloba; de allí que en algunos casos se tenga que llegar a la mesa de operaciones sin un diagnóstico definido; siendo la laparotomía exploradora la que nos resuelve el caso. Es entonces cuando hace su aparición la clínica exclusiva --

del cirujano: la del abdomen abierto, la que exige de su parte tranquilidad y observación detallada, por lo que es indispensable conocer tanto la anatomía normal como la patológica en sus diversas matices.

El diagnóstico acertado satisface, pero no enseña. Son los errores los que nos proporcionan una dura experiencia en el campo de la cirugía, evidentemente porque los resultados negativos son de orden inmediato y a menudo fatales. Sólo cuando aprendemos a valorar los motivos y razones por las cuales no suimos apreciar determinados síntomas y signos que nos hubiesen llevado a una conclusión cierta, y que ello no nos haga sentir disminuida nuestra capacidad, lograremos adquirir experiencia.

Aprendamos a no confiar demasiado en la propia habilidad para resolver las situaciones, y recordemos las palabras de DEYRILLA, Z. CHARY COPE Y PASOM cuando decían: "La confianza en sí mismo y la autofé-quirúrgica que otorga la mano hábil del cirujano, no le autorizan a realizar operaciones de urgencia que no ofrezcan beneficio real o efectivo para el enfermo. Las manos hábiles no deben anteponerse al razonamiento. La magia y la maravilla están recidas con el frío raciocinio y el buen sentido."

Nuestro interés en esta rama de la medicina nos ha impulsado a revisar las operaciones de urgencia por abdomen agudo, efectuadas en el Hospital Santa Gertrudis de San Vicente, mientras desempeñábamos --

MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente trabajo se revisan los expedientes clínicos de los pacientes que presentaron cuadros abdominales agudos y que a juicio de los médicos que los atendieron, ameritaban una intervención quirúrgica de urgencia.

Se hizo el análisis de sesenta y cuatro casos ocurridos en el Hospital "Santa Gertrudis" de San Vicente, en el período comprendido entre el primero de Septiembre de mil novecientos sesenta y seis y el treinta y uno de Enero de mil novecientos sesenta y ocho.

No se incluyen en el estudio los casos intervenidos por heridas penetrantes de abdomen por no constituir mayor problema diagnóstico, sino puramente técnico.

Como se verá más adelante, la patología es muy variada porque el hospital en cuestión cuenta con servicios de Pediatría, Medicina y Cirugía, Gineco-Obstetricia y Tisiología; con un total de 250 camas.

Se hace especial énfasis en la comprobación del diagnóstico, el cual se acertó en la mayoría de las veces.

De los casos intervenidos por nosotros se dará un detalle más extenso, por constituir un poco más de la tercera parte de la serie.

La revisión incluye sexo, edad, diagnóstico de ingreso, preoperatorio y post-operatorio, estancia, complicaciones, mortalidad y algunos ob-

CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICIÓN: No ha sido posible describir en unas cuantas palabras lo que constituye el abdomen agudo. A la tradicional definición de "Todo cuadro patológico abdominal que requiere tratamiento inmediato", podemos agregarle las siguientes características:

- A- Dolor Abdominal de corta evolución.
- B- Dolor abdominal de etiología desconocida.
- C- Dolor abdominal que si no es diagnosticado y tratado adecuadamente, puede conducir a una morbilidad y mortalidad severas.

Etiología: Desde un punto de vista general se clasifican en:

- A- Infección o inflamación.
- B- Obstrucción de visceras huecas.
- C- Necrosis tisular.
- D- Oclusión de grandes vasos.
- E- Hemorragia interna

Además es necesario considerar las neoplasias como causa de abdomen agudo cuando sufran o den origen a cualquiera de las circunstancias arriba anotadas.

Síntomas: DOLOR. Es el síntoma principal más constante en las emergen-

ter, duración y tiempo de inicio, serán de gran ayuda al evaluar la gravedad del padecimiento y así mismo, pueden ser de mucha importancia diagnóstica.

VÓMITOS: Como el dolor, el vómito es un síntoma. Más si sus manifestaciones mayor sea el tiempo que persiste. Su origen dentro de la cavidad abdominal, puede salir de los impulsos aferentes de las vísceras o del peritoneo parietal y visceral. A causa de que puede originarse de estímulos de medicamentos, toxinas, productos metabólicos y otras drogas sobre el centro del vómito, le hace un síntoma común pero no es específico.

Si tiene importancia el carácter y cantidad, ya que puede tratarse de hematemesis o de aspecto fecaloide, bilioso, etc, lo que nos orienta hacia el origen dentro del tracto gastrointestinal.

CONSTIPACIÓN. En las enfermedades agudas, su importancia descansa en la posible indicación de obstrucción intestinal. En tal caso también habrá incapacidad de pasar gases y se acompañará de vómitos que mientras transcurre más tiempo se volverá de aspecto fecaloide si la obstrucción es baja. De ahí que los drómas que descartar otras causas de constipación como son: enfriamiento febriles, debilidad senil de los músculos abdominales, lesiones de la médula espinal, infirmitad de HIRSCHSPRUNG, uso excesivo de antiácidos y anticolinérgicos etc.

DIARREA. Indica excesiva motilidad intestinal y su origen puede ser tóxico, infeccioso, alérgico, irritativo, reflaje, o de origen ner--

Su presencia no descarta casi siempre una obstrucción, cuando esta no es completa o cuando se ha establecido en colon ascendente o ileon terminal y en estadíos tempranos haya paso de heces. Si contiene sangre nos puede indicar un proceso disentérico, o en casos más graves, como en la trombosis mesentérica, invaginación o vólvulus, la exulsión de heces con sangre, tiene importancia diagnóstica.

Algunas enfermedades como la fiebre tifoidea, inicialmente pueden manifestarse con diarrea y luego terminar en una perforación intestinal.

DESHIDRATACION Y SHOCK. El shock es un síndrome que básicamente constituye un desequilibrio entre el volumen circulante y el lecho vascular.

Su origen en general se clasifica en: Dilatación y flaja del árbol vascular. Tóxico. Infeccioso. Hemorrágico y Desbalance Hidroelectrolítico; o combinaciones de los anteriores.

SIGNOS FÍSICOS: El abdomen, al igual que el tórax, debe ser sistemáticamente examinado por medio de la inspección, palpación, percusión y auscultación; añadiendo los tactos rectal y vaginal. En la inspección general y hábitos debemos tener particular cuidado en la detección de los signos sugestivos de shock, hemorragia y deshidratación.

INSPECCION. En primer lugar notar la posición que asume el paciente. Cuando se aprieta el vientre con sus manos, probablemente hay un có

Con las peritonitis el paciente permanece quieto y se resiste a los cambios de posición provocados por el examen. La flexión de una de las rodillas sobre las caderas, puede indicar irritación del psoas, si es del lado derecho puede tratarse de una apendicitis; si es bilateral y dramática puede indicar oclusión aórtica súbita, etc.

Debemos prestar atención a la piel para descubrir en especial cicatrices de operaciones anteriores (bridas), equimosis, hernias. Podemos observar a simple vista, masas, peristalsis visibles, retracciones anormales de la pared abdominal como en la ruptura del diafragma. En fin, no olvidar ni el ombligo con su cabeza de medusa, quistes del uraco infectados, signo de COLLIER: Equimosis subcutánea causada por Hg morregia yuxtaparitoneal (Embarazo ectópico rotos y pancreatitis hemorrágica, las más frecuentes).

PALPACION. Es quizá la parte más difícil, y en ella se manifiesta cierta sensibilidad y destreza manual propias de cada individuo.

Se investiga la sensibilidad superficial y profunda, buscando también el signo del rebote, característico de irritación peritoneal, con sus variedades de MC JURNEY y MURPHY en apendicitis y colecistitis respectivamente.

Se buscará la rigidez de la pared abdominal, recordando el clásico - vientre de madera de las úlcera pépticas perforadas.

ciones y movilidad, explorando sin violencia; no son pocos los embrazos ectópicos y algunos quistes que han sido rotos por manos poco delicadas.

PERCUSIÓN. El objeto es la detección de sólidos, líquidos y gases dentro de la cavidad abdominal, por cambios en el timbre y resonancia de la nota percutoria.

En especial, la ausencia de matidez hepática es fuertemente sospechosa de perforación de visceras huecas (Signo de JOGURT), aunque sólo se ve en un 15% de las úlceras perforadas no olvidando que la interposición de asas intestinales distendidas por gas, nos puede dar el mismo fenómeno.

ABSCULTACION. El punto primordial es la investigación de la motilidad intestinal manifestada por ausencias, presencia, disminución o aumento del peristaltismo.

Es posible también oír frotos, como en los casos de infarto o abscesos esplénico, metástasis y embiosis hepáticas.

Por fin, podemos escuchar soplos respiratorios y cardíacos transmitidos y algunos sistólicos propios como en la nefroptosis y estenosis de la arteria renal.

Soplos similares son audibles con los aneurismas de la aorta abdomi-

DIAGNOSTICO: Considerando que el tratamiento inmediato o eventual de este tipo de afecciones, tendrá que ser quirúrgico en la mayoría de los casos, es de primordial importancia asegurarse:

- A- Que la afección sea local y no un proceso sistémico general.
- B- Que esté localizado en la cavidad abdominal.

Por lo tanto, el primer paso en el diagnóstico, será excluir todas las causas extra-abdominales, intra-abdominales no quirúrgicas y las causas sistémicas que nos puedan conducir a error.

Sería extremadamente difícil y extenso hacer una descripción completa de todos los diagnósticos diferenciables; por lo que se hará una g numeración sencilla de los principales. (Modificado de BONDUR, FAVLECHY y KEELE.)

I- Lesiones de la pared abdominal que se acompañan de irritación pe ritoneal:

- 1- Traumas directos.
- 2- Ruptura muscular por esfuerzo. Ejemplo: Deportistas, esfuerzos violentos ocupacionales, tos, estornudo.
- 3- Las miccitas.
- 4- Hematomas en casos de discrecias sanguíneas.
- 5- Abcisos de la pared.

II- Traumatismos requídicos. Se han descrito síntomas abdominales, pe ritoneales, con ecchimosos o contusiones, laceraciones y heridas -

GUILLAIN y BARRE en 1916 descubrieron que tales síndromos peritoneales con dolor, meteorismo, obstipación, hipo, náuseas y vómitos, no tenían nada que ver con peritonitis traumáticas; y, que por el contrario, se trataban de pequeñas hemorragias periviscerales o intraperitoneales determinadas por una vasodilatación abdominal dependiente del desequilibrio del sistema nervioso autónomo.

Aún las fracturas de los cuerpos vertebrales son capaces de producir cuadros abdominales, sin olvidarnos de las osteomielitis de la columna.

III- Afecciones torácicas. Nunca se insistirá demasiado en la importancia de una anamnesis detallada y de un examen cuidadoso del tórax.

Al hacerlo correremos menos riesgos de tomar por síndrome abdominal los síntomas erráticos de una afección torácica.

Las más importantes son:

- 1- Neumonías especialmente de las bases.
- 2- Pleuresías diafragmáticas.
- 3- Embolia de lóbulos inferiores.
- 4- Pericarditis.
- 5- Oclusión coronaria aguda.
- 6- Broncopneumonías en los niños.
- 7- Esofagitis y Rupturas del esófago.
- 8- Hernias del Hiato Esofágico.

10- Fracturas costales post-traumáticas.

IV- Dolores causados por irritación retroperitoneal.- En esta categoría entran la mayoría de los cólicos y síndromes dolorosos de manejo médico y no quirúrgico.

1- Cólico hepático

2- Cólico nefrítico.

3- Dolores utero-ováricos

Neuralgias ováricas

Cólicos uterinos

Varicocele tubo-ovárico

Retroflexiones uterinas

Ciertas dismenorreas

V- Síndromes abdominales infecciosos no quirúrgicos.

1- Fiebre tifoidea

2- Paludismo

3- Disentería amebiana

4- Enterocolitis agudas

5- Linfangitis y Arteritis mesentérica

VI- Otras crisis-abdominales dolorosas.

1- Crisis gástricas y enterálgicas de la tabas dorsal.

2- Cómo distóxico, generalmente por dilatación gástrica aguda.

3- Cólico Saturnino: envenenamiento con plomo.

4- Crisis reumáticas: Fiebre reumática y artritis gonocócicas, complicada con peritonitis.

5- Aortitis abdominal.

6- Púrpura de Schoenlein-Henoch.

- 8- Hemorragia o necrosis de las glándulas suprarrenales.
- 9- Porfiria intermitente aguda.
- 10- Infarto Renal
- 11- Acetonemia
- 12- Morfinomanía
- 13- Escorbuto

CUADROS CLINICOS. Para terminar el capítulo, señalarémos lo más importante; en el campo quirúrgico:

I- PERITONITIS AGUDAS.

- 1- Apendicitis aguda
- 2- Peritonitis de origen biliar.
- 3- Ruptura quistes hidatídicos del hígado.
- 4- Perforaciones intestinales tíficas
- 5- Perforación e intestinales por amibas
- 6- Peritonitis de origen genital en la mujer.
- 7- Peritonitis e non osseoco - estreptococo - enterococo.
- 8- Peritonitis tuberculosa aguda.
- 9- Gastritis filiforme aguda.
- 10- Ulceras perforantes de estómago y duodeno.
- 11- Ulceras perforadas del divertículo de MACHAL.

12- Peritonitis por perforación de:

Quiste ovárico
Pielopneumox
Absceso Pélvico
Absceso Ovárico
Original del U

II- TRAUMATISMOS ABDOMINALES

- 1- Contusiones
- 2- Heridas penetrantes de abdomen.

III- HEMORRAGIA INTRAPERITONEAL

- 1- Embarazo Extrauterino Roto.
- 2- Hemorragia Interna por Ruptura Uterina.
- 3- Hemorragia intraperitoneal de origen genital no gravídica en la mujer.
- 4- De origen no genital:

Ruptura de aneurismos
Apoplejía intrabdominal
Ruptura espontánea del bazo

IV- OCCLUSIONES INTESTINALES MECÁNICAS

- 1- Invaginaciones
- 2- Válvulas
- 3- Por Adherencias inflamatorias y Post-operatorias.
- 4- Hernias estranguladas.
- 5- Ileo Biliar
- 6- Apendicitis más oclusión
- 7- Bezoars.

V- AFECCIONES PANCREATO-BILIARES

- 1- Pancreatitis aguda
- 2- Colecistitis aguda

VI- PATOLOGÍAS DIVERGAS

- 1- Dilatación Gastrocáudena Aguda.
- 2- Infarto Intestinal

ANÁLISIS DE LOS CASOS ESTUDIADOS

SEXO: De los 64 casos operados, 38 fueron del sexo femenino (59.37%) y 26 del sexo masculino (40.63%).

En nuestra serie ocurrieron 14 casos de patología exclusiva del sexo

femenino: 7 Embarazos Ectópicos Rotos

2 Rupturas Uterinas

1 Apoplejía Uteroplacentaria

1 Ruptura de quista Luteínica

1 Quista Retorcida del Ovario

1 Absceso Pélvico + Parampinx

1 Pelviparitonitis + Abscesos Pélvicos

Deduciéndoles del total general, nos quedan 50 casos de afecciones que pueden ser comunes para ambos sexos con un porcentaje de 56% para el sexo masculino y 44% para el femenino

EDAD: El paciente más joven tenía 2 años de edad y el más viejo 76.

C U A D R O N O 1

FRECUENCIA POR EDAD DE PACIENTES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE

<u>E D A D</u>	<u>F R E C U E N C I A</u>	<u>%</u>
----------------	----------------------------	----------

0 - 10	3	4.68
11 - 20	7	10.94
21 - 30	17	26.55
31 - 40	16	25.00
41 - 50	6	9.38
51 - 60	7	10.94
61 - 70	6	9.38
71 ó más	2	3.13
<u>T O T A L</u>	<u>64</u>	<u>100.00</u>

strucción Intest. x Bridas	Costrucción Intest. por Bridas	Obst. Intest. x Bridas + Peritonitis
litis - Apendicitis	Apendicitis Aguda	Hemorragia x Ruptura. Cuadro Lúteo
nie crural estrangulada	Hernia Crural Estrangulada	Hernia Crural Estrangulada
emotismo Abdominal	Ruptura Viscera Hueca	Ruptura del Vayano + Peritonitis
ceso Apendicular Pielosalpinx	Anxitis + Pielosalpinx	Abceso Pélvico Post-Operación
Abceso Serituli	Abceso Pélvico	Abceso Pélvico
eni. Inguinal Incurada	Hernia Inguinal Incurada	Hernia Crural Estrangulada
ndicitis Aguda	Apendicitis Aguda	Apendicitis Aguda
estrón Apendicular	Abceso Apendicular	Abceso Apendicular
st. Intest. x Bridas Post-Op.	Obst. Intest. x Bridas Post-Op.	Obst. Intest. x Bridas Post-Op.
olecistitis Calculosa	Colecistitis Aguda	Colecistitis Aguda
nie Umbilical Incurada	Hernia Umbilical Estrangulada	Hernia Umbilical Estrangulada
nie Crural Incurada	Hernia Crural estrangulada	Hernia Crural estrangulada
lviperitonitis, Abceso Pélvico	Pelvipерitonitis, Abceso Pélvico	Pelvipерitonitis, Abceso Pélvico
omen Agudo - Bridas?	Obst. Intestinal x Adherencias	Obst. Intest. 1 Perforación Intest.
ndicitis Aguda	Apendicitis Aguda	Apendicitis Aguda
arazo Ectópico	Emb. Ectópico Roto	Emb. Ectópico Roto

to Inoculato	Embrazo Extrahistino	Emb. Ectópico Roto.
Hidrotidiforme	Embrazo Ectópico Roto	Embrazo Ectópico Roto
rurción Intestinal	Obstrucción Intestinal	Válvulus del Ciego
razo Ectópico Roto	Embrazo Ectópico Roto	Embrazo Ectópico Roto
icitis Aguda	Apendicitis Perf. rot.	Apendicitis + Perforación del Ciego
icitis aguda	Apendicitis Aguda	Apendicitis Aguda + Abceso
r Ródon. Mal, Irigen Intest. r.	Embrazo Ectópico Roto	Embrazo Ectópico Roto
co Ronal	Apendicitis Aguda	Quieta Roturada del Ovario
man Agudo	Perforación de Visc. r. r. r.	Perforación de Illeon + Peritonitis
icitis Aguda	Apendicitis Aguda	Apendicitis Aguda
man Agudo	Abceso Apendicular	Abceso Apendicular
man agudo	Úlcera Píptica Perforada	Úlcera Duodenal Perforada
so Apendicular	Abceso Apendicular	Abceso Apendicular
rucción Intestinal	Apendicitis? Inveginación Intest.?	Apendicitis Perforada, abs. Aguda.
ure Traumática de Visc. Hu. c.	Ruptura Traumática de Visc. Hu. c.	Perforación de Illeon (i)
razo Ectópico	Emb. Ectópico Izq. no roto	Emb. Ectópico Izq. no roto
man Agudo	Ruptura Viscera Hu. c.	Perforación Espontánea del Yeyuno no Hidrocoel. sisté. -

ico Abdominal	Abdomen Agudo, Peritonitis Ciliar	Perforación de Vásculo
trón Apéndice	Abceso Apéndice	Abceso Apéndice
ndicitis Perforada	Apéndice Perforada	Apéndice Perforada + Perf. Sigmo
ndicitis Aguda	Apéndice Aguda	Apéndice Aguda
bre Tifoidal	Úlcera Tífica Perforada	Úlcera Tífica Perforada
nginación Intestinal	Involución Intestinal	Involución Intestinal, Ilum + Sigmo y Colon Ascendente.-
strucción Intest. x Adh. tenaces	Obstrucción Intest. x adherencias	Obstrucción Intest. x adherencias
or epigástrico, Origen Indet.	Obstrucción Intestinal Baja	Peritonitis, Adh. + Perforación
nevers Abandonada	Transverso Abandonada + Ruptura Uter.	Transverso Aband. + Rupt. Uterina
arazo o Tórax	Desperforación Feto Pélvico-Luto Fetal	Ruptura Uterina
strucción Intestinal	Obstrucción Intestinal	Obst. Intest. x Cécica, Peritonitis
strón Apéndice	Abceso Apéndice	Abceso Apéndice
arazo a Tórax	Abruptio Placentre, Tetania Uter.	Abruptio Utero Placentari
ndicitis Aguda	Apéndice Aguda	Apéndice Aguda
ndicitis Perforada	Apéndice Perforada	Apéndice Perforada + Abceso
ni. Umbilical Estrangulado	Hernia Umbilical estrangulada	Hernia Umbilical estrangulada

Revisando el cuadro anterior vemos que el diagnóstico se acertó con exactitud en 52 de los 64 casos.

Se ha considerado exacto el diagnóstico preoperatorio, en casos de obstrucción intestinal por adherencias, aunque no se haya determinado el sitio de la obstrucción ya que no se tenían a la mano los medios necesarios para un estudio Radiológico adecuado.

En las perforaciones de viscera hueca tampoco hicimos mención de la localización, ya que en la mayoría de los casos es difícil, si no imposible determinarlo pre-operatoriamente; lo mismo ocurrió con las invaginaciones intestinales.

Finalmente tomamos como correctos los casos considerados como apendicitis aguda, que se acompañaron de abscesos pequeños y en los que se logró practicar la apendicectomía.

Se tuvo 8 casos de diagnósticos parcialmente correctos y se detallan a continuación:

OG. PRE- OPERATORIO	POST - OPERATORIO
1- Obstrucción Intestinal	Válvulus Colon Descente
2- Obstrucción Intest. Mecánica	Obst.Intest. x Bridas + Necrosis Intest.-
3- Obstrucción Intest. + Peritonitis + Hernia Ing.Izq.	Hernia de RICHTER Perforada + Absceso Pélvico.
4- Apendicitis? Invasión?	Apendicitis Perforada

5- Hernia Inguinal Incarcerada	Hernia Inguinal Estrangulada
6- Obstrucción Intestinal	Obstrucción Intestinal x Oridas - Peritonitis.
7- Obstrucción Intestinal	Volvulus del Ciego
8- Obstrucción Intestinal Adherencias.	Obstrucción Intestinal + Perforación Intestinal.

De la explicación anterior concluimos que se llegó a un diagnóstico razonable en 60 casos que constituyen un porcentaje de 93.75 %.

Solamente cuatro pacientes no llegaron a la meta de operaciones con impresiones clínicas acertadas; y su porcentaje es del 6.25%.

1- Apendicitis Aguda	Ruptura de quiste Luteínico del Ovario.
2- Embarazo a Término Estricción Pélvica	Ruptura Uterina.
3- Apendicitis Aguda	Quiste R. torcido del Ovario
4- Obstrucción Intest. baj	Adenitis Mesentérica.

C U A D R O N O 3

Diagnósticos: Pre-operario y Post-operario

DIAGNÓSTICO	Nº de CASOS	%
ACERTADO EXACTAMENTE	52	81.25
ACERTADO PARCIALMENTE	8	12.50
INCORRECTO	4	6.25
T O T A L E S	64	100.00

De todos los casos operados, sólo en uno de ellos no se justificó plenamente la ex-laración quirúrgica: Un quiste Luteínico del Ovario

de operación. Descripciones para el inventario de quinqueno pasado de un caso particular. Ver caso 1111.
 ón de la técnica de pliegue.

C U : d r o 1194

GRUPO	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
1-	00-22-13	F	Apandicitis + Absceso Apandicular	Apandicitis + Drenaje
2	00-83-71	F	Apandicitis Aguda	Apandicectomía
3-	00-30-24	F	Apandicitis Aguda	Apandicectomía
4	01-72-25	F	Apandicitis Aguda	Apandicectomía
5	00-29-49	M	Apandicitis Aguda	Apandicectomía
6	01-02-84	M	Apandicitis Aguda	Apandicectomía
7	01-17-57	M	Apandicitis Aguda	Apandicectomía
8	01-65-81	F	Apandicitis Aguda	Apandicectomía
9	01-23-01	M	Absceso Apandicular	Apandicectomía + Drenaje abs.
0	00-26-52	F	Apandicitis Retrocecal + Absceso	Apandicectomía + Drenaje abs.
1	00-29-06	M	Apandicitis Aguda + Abs. AP.	Apandicectomía + Drenaje Abs.
2	946-66	M	Apandicitis Perforación Ciego	Apandicectomía + suture Ciego
3	01-29-45	M	Apandicitis Perforada + Absceso	Drenaje Absceso Apandicular
4	01-73-07	M	Absceso Apandicular	Drenaje Absceso Apandicular
5	01-30-07	F	Absceso Apandicular	Drenaje Absceso Apandicular
6	00-08-48	F	Absceso Apandicular	Drenaje Absceso Apandicular

REGISTRO

CÓDIGO

SEXO

EDAD

DISEÑO

CATEGORÍA

REGISTRO	CÓDIGO	SEXO	EDAD	DISEÑO	CATEGORÍA
17	01-39-75	F	67	Abceso Apéndice	Drenaje Abceso Apéndice
18	01-95-17	F	32	Abceso Apéndice	Drenaje Abceso Apéndice
19	01-92-69	M	24	Apéndice Perforado Abceso Apéndice	Drenaje Abceso Apéndice
20	00-60-93	F	34	Embarazo Ectópico Der-Roto	Salpingectomía Der-Roto
21	00-06-59	F	25	Embarazo Ectópico Der-Roto	Salpingectomía Der-Roto
22	3953-66	F	23	Embarazo Tubo-Ovárico, Der-Roto	Salpingo-Coferectomía Der.
23	01-71-86	F	35	Embarazo cuerno uterino izq.	Resección Cuerno Uterino
24	00-61-73	F	35	Embarazo Tubario Izq. Roto	Salpingectomía Izq.
25	00-67-58	F	33	Embarazo-Cuerno Uterino Der.	Resección Cuerno Uterino
26	01-59-84	F	20	Embarazo Tubario Izq. no roto	Salpingectomía Izq.
27	00-92-42	F	2	Hernia Umbilical estrangulada	Cura de Hernia
28	01-61-02	F	44	Hernia Umbilical Estrangulada	Cura de Hernia + Resección Intest. I
29	7439-66	F	40	Hernia Crural Estrangulada	Cura Hernia + Resección Intest.
30	01-18-96	F	55	Hernia Crural Estrangulada	Cura de Hernia
31	01-47-80	M	28	Hernia de RICHTER Perforada + abceso Pélvico.	Laparotomía Excluyente, Resección Intest. - Drenaje.
32	01-39-82	M	18	Hernia Inguinal Der-Estrangul.	Cura de Hernia
33	00-53-99	F	51	Hernia Crural Estrangulada	Cura Hernia + Resección Intest.

REGISTRAR EDAD SEXO DIAGNOSTICO C F E R E N C I A S

34	00-22-24	15	F	Obstrucción Intestinal x Brides Lap. Explorador, Resc. Int.	
35	00-30-34	25	M	Úlcer. x Brides + Necrosis Intest. Resección Intestinal	
36	01-37-41	55	M	Obstrucción Intest. x Brides	Debridamiento.
37	01-31-36	42	M	Obst. Intest. x Brides + Perit.	Obstrucción + Dec. profusa
38	00-21-17	62	F	Obstrucción Intest. x Brides	Debridamiento.
39	11812-65	25	M	Obstrucción Intest. x Brides	Resección Intestinal
40	00-43-71	31	F	Torsión Gástrica x Adherencias	Libración de Adherencias
41	00-77-44	36	M	Ruptura Traumática Viscera Hgado	Sutura de Perforación a Ileon.
42	01-94-54	60	M	Perforación Espontanea de Yeyuno	Sutura de Perforación-Colelitiasis.
43	01-71-08	65	M	Perforación de Ileon, Hernia Inguinal Izquierda	Sutura de Perforación, Cura de Hernia.
44	01-29-65	30	M	Ruptura Traumática de Yeyuno	Sutura de Perforación
45	00-43-40	22	F	Pelvipеритонitis + Abs. Pélvico	Drenaje Abdominal.
46	01-61-07	34	F	Abs. Pélvico Post-piosalpinx	Drenaje Abdominal
47	00-63-39	70	F	Abs. Pélvico Post-Histerectomía	Drenaje
48	01-76-76	5	M	Invaginación Intestinal	Resección Manual
49	00-44-36	60	F	Invaginación Intestinal	Hemicolectomía Derecha

50	6903-66	79	F	Volvulus del Ciego	Cecopexia - Decompresión
51	00-03-24	33	M	Volvulus Ciego Descendente	Decompresión - Liberación Adherencias.
52	00-61-29	37	M	Fractura Pélvica - Rup. Vesical	Sutura de la Vejiga Urinaria
53	01-61-27	25	F	Ruptura quiste Luteínico	Sutura Uterina - Apéndiceotomía.
54	60-39-09	25	F	Colcistitis aguda	Colcistotomía
55	01-29-54	21	F	quiste Rebecido del Ovario	Extirpación Quiste y anexo O
56	01-03-04	43	M	Ulcera Duodenal Perforada	Sutura de Ulcera
57	01-70-04	10	M	Ulcera Péptica Perforada	Sutura de Ulcera de Ileon
58	00-29-28	69	F	Obst.Int. x Co. del Sigmoides	Ileo - Colectomía.
59	00-66-52	34	M	Adenitis Mesentérica	Laparotomía Exploradora
60	00-70-22	52	F	Ruptura de Vesícula Biliar Peritonitis Biliar	Colcistostomía
61	14309-71	71	M	Perforación Ciego-Apendicitis	Hemicolectomía Derecha
62	01-10-16	46	F	Transversa Aband. + Rupt.Uter.	Cesárea. Histerectomía
63	00-93-79	35	F	Ruptura Uterina	Cesárea Histerectomía
64	01-74-93	37	F	Utero de COUVEILHIER	Cesárea Histerectomía

Nota: Los casos marcados (*) fueron practicados por el autor.

Como se ha visto, se registraron 19 tipos diferentes de Patología

1- APENDICITIS AGUDA. Al igual que la mayoría de las series reportadas para pediatras y abdomen los agudos quirúrgicos, constituyó el grueso de la nuestra: 20 casos. De ellos, 7 de casos agudos, 9 como casos de absceso apendicular r.- 2 perforados + Absceso y 2 con perforación del ciego agudo.

En este grupo tuvimos una defunción: Un caso de perforación del ciego en el que se practicó Hemicolectomía derecha; en un paciente de 71 años de edad.

C U A D R O N O 5

P A D E C I M I E N T O S A P E N D I C U L A R E S

D I A G N O S T I C O	FRECUENCIA	%
APENDICITIS AGUDA	7	35
ABSCESO APENDICULAR	9	45
APENDICITIS PERFORADA	2	10
AP + PERFORACION DEL CIEGO	2	10
T O T A L	20	100

Paciente más joven 16 años

Paciente más viejo 71 años

Se ha de tener en cuenta el hecho de que se hizo apendicectomía en 4 casos de absceso apendicular sin cambio apreciable en la morbilidad.

2- EMBARAZO ECTÓPICO Ocupó el 2º lugar en frecuencia al igual que los hernias, con siete casos.

Cuatro ocurrieron en el lado derecho y 3 en el izquierdo. 4 se localizaron en los cuernos, 2 en los cuernos y uno, Tubo ovárico.

Solamente uno de ellos fué diagnosticado y curado antes de sufrir ruptura. Todos presentaron la triada sistemática de dolor abdominal bajo, hemorragia genital y masa palpable en uno de los cuernos.

No se hizo estudio anatómico en ninguno de los casos.

C U A D R O N O 6

E M B A R A Z O S E X T R A U T E R I N O S

REGISTRO	EDAD	PARIDAD	ESTADIA	CONDICION AL SALIR	TRANSFUSION
00-60-93	34	0	11 d	Curada	500 cc
00-06-59	25	0	25 d	Curada	500 cc
3953-66	23	0	12 d	Curada	750 cc
01-71-86	35	?	7 d	Curada	1.250 cc
00-61-73	35	3	1 d	Falleció	1.000 cc
00-67-58	33	?	8 d	Curada	2.250 cc
01-59-84	20	2	7 d	Curada	No

Llama la atención que tres pacientes eran nulíparas; en una de ellas la condición del mínimo del padecimiento fue Miometosis Ut rina Múltiple. En el resto de los pacientes no se demostró la etiología. No se consiguió el RN de partos en 2 de los pacientes múltiples.

Todos los pacientes cuyo embarazo extrauterino ya se había roto, necesitaron transfusiones en cantidades de 500 a 2.250 cc con un promedio aproximado de 1.000 cc.

En un caso se hizo el diagnóstico después de 16 días de permanecer ingresada la paciente. Se intervino y evolucionó satisfactoriamente.

Falleció un paciente; los restantes evolucionaron sin complicaciones.

El promedio de estancia fué de 16.1 días.

- 3- HERNIAS. 7 casos. Todas ellas estranguladas. En 4 pacientes fué necesario practicar resección intestinal por gangrena al no responder a la aplicación de compresas tibias durante 30 minutos. Los cuatro casos fueron intervenidos por el autor.

INSIDEN EN ADOO PGR HERMIAS ESTRAGULADS

REGISTRO	EDAD	SEXO	LOCALIZACION	ESTADO	CONFLUENCIAS	ESTADUAL S.LIR	RI
7439	40	F	Crural	8 d	No	Curado	SI
01-18-96	55	F	Crural	12 d	No	Curado	No
00-53-99	51	F	Crural	8 d	No	Curado	SI
01-47-80	28	M	Inguinal ***	22 d	SI ***	Curado	SI
01-39-82	18	M	Inguinal	8 d	No	Curado	No
00-92-42	2	F	Umbilical	8 d	No	Curado	No
01-61-02	44	F	Umbilical	11 d	No	Curado	SI

PACIENTE HAS COVER 2 AÑOS

PACIENTE HAS VIENE 55 AÑOS

R.I. RESECCION INTESTINAL

4- OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS O ADHERENCIAS. 7 casos. En todos ellos había signos manifiestos de peritonitis.

En 3 pacientes había historia anterior de intervenciones quirúrgicas: Una laparotomía por herida por frente de abdomen 15 meses antes en un paciente del sexo masculino y una apendicectomía 2 años previas en un joven de 16 años; el primero de ellos falleció a las 48 horas de operado por shock irreversible y desequilibrio hidroelectrolítico. Hubo otro paciente de 31 años a quien le fué practicada una colecistectomía por cálculos y quien no dió historia de emenores, presentando un aborto incompleto el 4º día post-operatorio. Diez días después, fué intervenido, por dolor abdominal alto acompañando de vómitos incoercibles, encontrándose torsión del estómago por adherencias previas. Posteriormente hizo una ventriculación y fístula infecciosa por lo que fué de nuevo intervenido. En total fué sometida a 4 intervenciones quirúrgicas y fué la paciente que mayor tiempo permaneció en el hospital, con una estancia de 75 días - Salió completamente curada.

En 4 pacientes hubo necesidad de practicar Resección Intestinal.

Tres pacientes fueron del sexo femenino y cuatro del masculino.

Las edades fluctuaron entre 15 - 62 años.

5- PERFORACION INTESTINAL - Ocurrieron 4 casos, cada uno de ellos con etiología particular - Todos del sexo masculino.

1- EDAD: 65 años. Paciente con hernia inguinal izquierda de 5 años de evolución, quien después de levantar carga pesada sintió que algo "le estalló" en el abdomen. La laparotomía reveló una perforación en el íleon.

2- EDAD 39 años. Paciente que recibió puntadas villantes en el abdomen que le produjeron una perforación del yeyuno.

3- EDAD 36 años. Este paciente sufrió caída de un árbol de caña, además de fractura del coccix, se encontraron 2 perforaciones de íleon.

4- EDAD 60 años - Paciente fué intervenido con Dg. de Absceso de Viscera Hueca - No había historia que orientara hacia la etiología. Al ser intervenido se encontró perforación del yeyuno, sin causa aparente exceptuando probablemente la madurez.

Hizo post-operatorio febril y fué reintervenido por sospecha de absceso subfrénico, el cual no se comprobó.

No hubo defunciones, aunque el último paciente lo fué por el Alta por exigencia de los familiares, cuando estaba en muy malas condiciones.

6- ABSCESO PELVICO - 3 casos - Todos del sexo femenino como ocurre más frecuentemente y también tuvieron etiologías diferentes.

1- EDAD 70 años. Dos semanas después de Histerectomía Vaginal, hizo cuadro abdominal agudo con fiebre elevada - Se drenó por vía abdominal. Cayó en estado tóxico infeccioso; fué oxigenado al alta por los parientes.

2- EDAD 34 años. Pielopneumia izq. que se resolvió y originó el absceso - Estuvo hospitalizada 74 días; ocupó el 2º lugar en permanencia. Fué reintervenida por Fístula Pélvica - cutánea. Curó completamente.

3- EDAD 22 años. Paciente decía ser virgen; pero se descubrieron maniobras coitivas con perforación de fornix vaginal derecho.

Hizo Pelviperitonitis + Abscesos Pélvicos Múltiples. Fué intervenida al 6º día.

Falleció al cabo de 14 días de ingreso, en Shock irreversible.

7- RUPTURA UTERINA - 2 casos. Esta patología se presenta como complicación obstétrica repentina en grandes múltiplos, y en aquellas con presentaciones anormales, desproporción feto pélvica, también en algunas que han sufrido operaciones uterinas vgr: cesáreas anteriores, especialmente clásicas; niótopomías.

manipulaciones intrauterinas como versiones y grandes extracciones o bien con maniobras instrumentales: Forceps y embriótomas.

En nuestros dos pacientes ocurrió de manera espontánea.

Caso No 1: Edad 48 a. G XIV para XIII. vivos 5. Llegó al hospital con presentación transversa: abandonada y ruptura uterina.

Se practicó cesárea histerectomía de inmediato. Feto muerto. Evolucionó sin complicaciones - Salió curada al cabo de 6 días. Se le transfundieron 1.500 cc. de sangre.

Caso Nº 2 - Edad 35 a. G V P IV vivos 3. Esta paciente fué ingresada con diagnóstico de Embarazo a Término, presentación cefálica, aparentemente sin mayores problemas.

En vista de que este tipo de pacientes son atendidos por el personal de enfermería, no tuvo otro control médico hasta 24 horas después en que le fué indicada una cesárea por caso de Desproporción Feto-pélvica y Útero Fetal. En la laparotomía se descubrió la ruptura, por lo que le fué practicada una Histerectomía. Feto muerto.

En los reportes de la hoja de enfermería se encontraron datos que hubieran permitido el diagnóstico, 7 horas antes de ser intervenida: Dolor abdominal intenso - Hemorragia vaginal y ausencia de fo-

Evolucionó sin complicaciones y salió curado al cabo de 10 días.
Se le transfundieron 750 cc de sangre.

Como es lo habitual en este padecimiento, ambos fetos estaban muertos al momento de la intervención.

6- INVAGINACIÓN INTESITAL. 2 casos. En ambos se hizo el Dg. preoperativamente al presentar signos de obstrucción intestinal y se sospechó, durante la Fase II del Derecho.

Los 2 pacientes fueron del sexo masculino.

Uno de ellos, un niño de 5 años fue intervenido, reduciéndose manualmente una invaginación íleon a ciego y colon ascendente.

Curó sin complicaciones.

El otro paciente, un anciano de 60 años, fue intervenido al 94 día de su ingreso !!!

Fue imposible reducir su invaginación íleon a ciego y colon ascendente, por lo que se le practicó hemicolectomía derecha con ileo transversostomía. Presentó desequilibrio hidroelectrolítico y signos de I.C.C.

Le fue dada el alta, en malas condiciones por exigencia de los -

9- VOLVULUS INTESTINAL. 2 casos. Se presenta con mayor frecuencia en el ciego como consecuencia de una anomalía congénita:

Persistencia del meso colon derecho.

Tuvimos un paciente de 76 años con esta patología. Se intervino se descomprimió el intestino delgado y grueso y se practicó Cecopexia. Persistió el cuadro obstructivo por lo que se reintervino, encontrándose sólo ineptitud fecal. Falleció el día 19 del post-operatorio.

En el otro paciente se realizó la torsión del colon descendente y se liberaron adherencias. Se complicó con infección de herida operataria; pero salió curado después de 29 días de estancia.

De los cuadros clínicos descritos a continuación sólo se tuvo un caso de cada uno.

10- RUPTURA ULSICAL. Paciente de 37 años a quien le cayó una cornata sobre la pelvis. Presentó fractura de ambas ramas ascendentes del pubis y ruptura de la vejiga urinaria, la cual le fue suturada. Se complicó con absceso retroúbico. Salió mejorado al día 30 días.

11- ULCERA TIFICA PERFORADA Masculino de 10 años de edad. Ingresó con cuadro clínico de Fiebre Tifoidal, comprobado por el Laboratorio. Al 13º día de enfermedad desarrolló un cuadro abdominal agudo con

tífica perforada de íleon terminal, la cual fué suturada en 3 planos, se complicó con fístula estercoreas; se reintervino 18 días después, practicándose cura de la fístula en el sitio de la perforación primitiva. Nuevamente persistió la fístula. En vista del mal estado general se dejó correr espontáneamente. Se le dió el alta, curado, después de 54 días de estancia hospitalaria.

Se le transfundieron 1875 cc. de sangre.

12- ULCERA PEPTICA PERFORADA. Masculino de 43 años. Historia de Síndrome ulcerooso de 3 años de evolución. Ingresó con abdomen agudo "Vientro de Madero" clásico - La Rx reveló gas bajo diafragma derecho. Fué intervenido 3 1/2 horas después, encontrándose úlcera perforada de cara anterior de 1a. porción del duodeno, la cual fué suturada en 3 planos, según la técnica recomendada por MADSEN para este tipo de afección. Evolucionó sin complicaciones y salió curado al cabo de 11 días.

13- PERFORACION DE VESICULA BILIAR. Femenino de 52 años. Ingresó con cuadro doloroso abdominal de hipocóndrio derecho; al 7º día desarrolló ictericia y signos fríos de peritonitis. En la laparotomía se encontró perforación de cara posterior de vesícula biliar, la cual contenía cálculos. Se practicó Colecistostomía.

El trayecto fistuloso biliar curó 3 semanas más tarde.

14- COLECISTITIS AGUDA. Femenino de 32 años. Cólico de Hipocondrio derecho + Vesícula Excluida. Operado 48 horas después del ingreso. Se practicó Colecistectomía. Se complicó con Infección de Herida Operatoria. Salió curado al cabo de 25 días de estancia.

15- OBSTRUCCION INTESTINAL POR ENRIERA. Femenino de 69 años. Cuadro oclusivo intestinal bajo de 4 días de evolución.

La Laparotomía reveló tenacidad dura que oculta la luz del sigmoides. Había estallamiento del colon en varias porciones. Se practicó Ileostomía y Colectomía. - El paciente falleció 14 horas después de la intervención.

16- QUISTE RETORCIDO DEL OVARIO. Paciente nulípara de 21 años de edad. Ingresó por dolor intenso en F.I.D. con defensa abdominal. Se operó con Diagnóstico de apendicitis aguda; resultando ser un quiste retorcido del ovario, derecho. Se extirpó. - Curó sin complicaciones en 9 días.

17- RUPTURA DE QUISTE OVARICO. Femenina 25 años, nulípara. Llegó con dolor agudo en F.I.D. con GLUBSA 3+ + leucocitosis moderada con neutrofilia. No se hizo evaluación ginecológica. Se pensó en apendicitis aguda. Se encontró un quiste luteínico roto del ovario derecho y ovario izquierdo; líquidico.

No hubo complicaciones. Estancia hospitalaria de 3 días.

- 18- ADENITIS MESENTERICA. Masculino, 34 años. Cuadro abdominal agudo con dilatación de los intestinos y niveles líquidos que se intervino por sospecha de invaginación intestinal. Únicamente se encontraron los ganglios mesentéricos muy hipertroficados y edematosos. Post - operatorio febril.

Permaneció 18 días en el hospital.

- 19- APUPLSIA UTERO-PLACENTARIA. Conocido también como Útero de COUVEILHIER. Paciente de 37 años - G XI PX vivos 10. En su último embarazo a término presentó hemorragia genital y tetania uterina.

Se intervino, encontrándose infiltrado hemorrágico de todo el útero y desprendimiento parcial de placenta. Feto muerto. Se practicó Cesárea Histerectomía. Curó sin complicaciones en 8 días.

FRECUENCIA DE PADECIEMIENTOS ABDOMINALES AGUDOS EN NIÑOS TRÁNSFERIDOS

P A T O L O G Í A	Nº C A S O S	%
1- AFECIONES APÉNDICULARES	20	31.20
2- HERNIA ESTRABOBLADA	7	10.92
3- EMBARAZO ECTÓPICO	7	10.92
4- OSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS	7	10.92
5- PERFORACIÓN INTESTINAL	4	6.24
6- ABCESSO PELVICO	3	4.68
7- RUPTURA UTERINA	2	3.12
8- INVAGINACIÓN INTESTINAL	2	3.12
9- VOLVULUS	2	3.12
10- RUPTURA VESICAL	1	1.56
11- ÚLCERA TIFICA PERFORADA	1	1.56
12- ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA	1	1.56
13- PERFORACIÓN DE VESÍCULA BILIAR	1	1.56
14- COLECISTITIS AGUDA	1	1.56
15- OBST. INTEST. POR CÁNCER	1	1.56
16- QUISTE RETORCIDO DEL OVARIO	1	1.56
17- QUISTE OVARICO ROTO	1	1.56
18- ADENITIS MESENTERICA	1	1.56
19- APOFLEJIA-UTERO-PLACENTARIA	1	1.56
T O T A L	64	100.00

MORBILIDAD. Veinticuatro pacientes (37.5%) presentaron complicaciones; reversibles la mayoría, aunque eventualmente llevaron a la muerte a 6 de ellos.

No consideramos como complicación los post-opererios febriles con temperaturas hasta 38.5 C., que se resolvieron sólo con tratamiento sintomático.

Como sucede en la mayor parte de las series quirúrgicas de urgencia, fueron las infecciones las que ocuparon el primer lugar en morbilidad, a pesar del uso casi rutinario de antibióticos, los cuales solo dejaron de usarse en 2 casos de embarazo ectópico roto; ya que el resto se trataba de casos infectados o potencialmente infectables.

A continuación detallamos el tipo de complicaciones:

C U A D R O N º 9

Morbilidad de 64 Laparotomías per Abdomen Abudo

C O M P L I C A C I O N	Nº	%
INFECCION HELICOBACTERIA	11	45.80
FISTULA ESTOMACAL	2	8.35
EFADO FEBRIL PROLONGADO	2	8.35
SHOCK IRREVERSIBLE	2	8.35
PERITONITIS GENERALIZADA	2	8.35
ABSCESO RETROPERITONEAL	1	4.16
FISTULA PELVICA ESTOMACAL	1	4.16
ICC + SHOCK IRREVERSIBLE	1	4.16
ICC PARALITICO PERISTALTICO	1	4.16
SHOCK TOXI-INFECTIVO	1	4.16

MORTALIDAD. Tuvimos que lamentar seis defunciones en nuestra serie con un porcentaje del 9.36 %

A tres pacientes (6.25%) les fue dada el alta por exigencia de los familiares cuando se encontraban en malas condiciones generales; - lo cual evidentemente redujo la mortalidad, ya que probablemente - hubiesen fallecido a pesar del tratamiento.

Caso Nº 1. A.T.A. de 69 años, sexo femenino. Registro 00-29-28

Diagnóstico: Obstrucción Intestinal por carcinoma del Sigmoides.

Operación: Ileostomía + Cecostomía.

Evolución: Fué intervenido 10 horas después de su ingreso. Presentó Hipotensión sostenida en el post-operatorio, falleciendo 6 horas más tarde.

Caso No. 2. T.J.C.V. Femenino de 22 años. Registro 00-43-90.

Diagnóstico: Pelviparí oñitis + Abscesos Pélvicos por maniobras abortivas.

Operación: Drenaje de Abscesos por vía abdominal.

Evolución: Ingresó seis días después de las maniobras abortivas. -- Fué intervenido el sexto día. Siguió un curso febril a pesar del uso de antibióticos en grandes dosis, incluyendo Kanamicina y ampicilina, falleciendo en Shock irreversible el 14º día de su ingreso.

Caso Nº 3. Femenino de 35 años. L.C. de G. Registro 00-64-73

Diagnóstico: Embarazo Tubario Izq. rot.

Evolución: Fue intervenida seis horas y media después del ingreso, aparentemente sin mayor dificultad. Durante la operación y post-operatorio inmediato se le puso un litro de D 5% y una transfusión de 1000 cc. Media hora después de concluida la operación la paciente cayó en shock por lo que de inmediato fué reintervenida, no encontrando ningún sangramiento en la cavidad. Fué entonces cuando el cirujano descubrió un edema gudo del pulmón, con ICC; de lo cual no se recuperó, falleciendo cuatro horas después de la segunda intervención.

Caso Nº 4: F.A.A. Masculino de 71 años. Registro 14389-64

Diagnóstico: Apendicitis perforada + Perforación del Ciego.

Operación: Hemicolectomía Derecha.

Evolución: Intervenido 12 horas después del ingreso. En el post-operatorio presentó shock irreversible del cual no se recuperó. Falleció 24 horas más tarde.

Caso Nº 5: J.R.C. Masculino de 25 años. Registro 11812-65

Diagnóstico: Obstrucción Intestinal por Adherencias + Necrosis Intestinal.

Operación: Resección Intestinal.

Evolución: Año y medio antes había sido operado por una herida penetrante de abdomen. Ingresó con cuadro obstructivo intestinal de 24 horas de evolución. Fué intervenido al 4º día de su ingreso, cuando ya había peritonitis generalizada y desequilibrio hidroelectrolítico, que lo causaron la muerte cuarenta y ocho horas más tarde.

CASO Nº 6: L.M.V. de S. Femenino de 76 años. Registro 6983-66

Diagnostico: Válvulus del Ciego.

Operación: Decompresión Intestinal + Cecopexia.

Evolución: Cuadro de Obstrucción Int. tinal de tres días de evolución fue intervenido veinticuatro horas después de su ingreso. Se encontró torsión del ciego. Se decomprimió el tracto intestinal y se fijó el ciego a pared abdominal posterior. Persistió la distensión - por lo que fue reintervenido dos semanas más tarde, por obstrucción de la angostación fecal. Cinco días después falló un desequilibrio hidroelectrolítico.

Este caso fué intervenido por el autor.

Cuadro de nut. trisuerterias (66.6%) ocurrieron en el sexo femenino; y dos (33.4%) en el masculino.

El 50% de los suertes ocurrió en pacientes de edad de 60 años.

RAÍOLOGÍA se practicó estudio radiológico en 21 de los 48 (43.75%); el cual consistió en Rx. simple de abdomen, excepto en un caso de cecistitis en que se demostró vesícula excluida. En 15 de los casos - fue de gran ayuda diagnóstica; en el resto, los apendicitis perforadas y un absceso pélvico, no contribuyeron al diagnóstico.

Debe mencionarse que por parte de Radiología, la lectura de las placas estuvo a cargo del personal médico de planta.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Se pudo demostrar la práctica poco recomendable de practicar, la mayoría de las veces, del laboratorio de Anatomía Patológica en el estudio de los riñones quirúrgicos, ya que sólo en 10 casos se tuvo el beneficio de la biopsia. No se practicó -

ESTANCIA HOSPITALARIA. El promedio de estancia fué de 17.62 días.

Cuarenta y siete pacientes permanecieron de uno a 20 días y diecisiete, 21 en adelante.

De los pacientes que fallecieron, y el que más tiempo tuvo de estancia, fue de veinte días.

C U A D R O N O 10

Estancia Hospitalari. de 64 pacientes de Abdomen Audo.

D I A S	Nº	%
1 a 10	25	39.0
11 a 20	22	34.5
21 a 30	10	15.5
31 ó más	7	11.0
T O T A L	64	100.0

MENOR ESTANCIA: 1 día

MAYOR ESTANCIA: 75 días.

CASOS PERSONALES: El autor intervino a 25 de los 64 pacientes con un porcentaje del 39 %; de los cuales:

17 = 68 % Evolucionaron sin complicaciones.

8 = 32 % Presentaron algún tipo de morbilidad, que le produjo la muerte a uno de los pacientes.

En el siguiente cuadro se describe la Patología encontrada, y el Nº de casos de cada uno.

P A T O L O G I A	Nº CASOS
1- AFECIONES APENDICULARES	5
2- HERNIAS ESTRANGULADAS	4
3- OBSTRUCCION INTESTINAL POR BRIDAS	4
4- EMBRAZO ECTOPICO	3
5- PERFORACION INTESTINAL	3
6- VOLVULUS DEL CIEGO	1
7- RUPTURA QUISTE LUTEINICO	1
8- ULCERA PEPTICA PERFORADA	1
9- ULCERA TIFICA PERFORADA	1
10- PERFORACION DE VESICULA BILIAR	1
11- RUPTURA UTERINA - T. ABANDONADA.	1
T O T A L	25

C O N C L U S I O N E S

- 1- Se revisan los expedientes clínicos de 64 pacientes operados por abdomen agudo en el Hospital "Sta. Bertrudis" de San Vicente.
- 2- Se hizo diagnóstico satisfactorio en el 93.75 % de los casos.
- 3- Se observaron 19 tipos diferentes de Patología.
- 4- Se encuentra que la Patología más frecuente fueron las afecciones apendiculares.
- 5- El autor intervino al 39 % de los pacientes, con una mortalidad de 4.16 %
- 6- Se practicó estudio Radiológico al 43.7% de los pacientes.
- 7- Se practicó estudio anatómopatológico al 15.9 % de las piezas quirúrgicas.
- 8- No se practicó ninguna autopsia.
- 9- La morbilidad general fue del 37.5 %
- 10- La mortalidad general fue de 9.36 %
- 11- El promedio de estancia hospitalaria fue de 17.6 días

R E C O M E N D A C I O N E S

- 1- Excitar a las autoridades de Salud Pública a fin de dotar a los Hospitales Departamentales de personal médico Residente en número adecuado para atender las crecientes demandas de servicios de salud.
- 2- Equipar a los hospitales existentes con material quirúrgico moderno, para llevar a cabo las intervenciones requeridas, especialmente las de urgencia.
- 3- Establecer sistemáticamente laboratorios competentes, Banco de Sangre y Gabinetes de Rx en los Centros de Salud, ya que la carencia de servicios incompleta; lo cual recarga el trabajo de los hospitales, centrales, a donde son referidos los pacientes que no son atendidos por falta de medios adecuados.
- 4- Sugerir a las autoridades decedentes un entrenamiento intensivo en intervenciones quirúrgicas de urgencia a los estudiantes que van a hacer su año de Servicio Social.
- 5- Hacer un estudio Radiológico sistemático a todo paciente con cuadro abdominal agudo.
- 6- Estimular el estudio Anatomopatológico de todas las piezas quirúrgicas extirpadas.

B I B L I O G R A F I A

- 1- CHRISTOPHER, FREDERICK. Text Book of Surgery edited by Joyal Davis, 8 ed. Philadelphia, Saunders 1964. 1481 p.
- 2- CHRISTMAN, FEDERICO E. Clínica Quirúrgica, 3a. Ed. Buenos Aires, Librería Científica Vallardi, 1961. 799 p.
- 3- DELLA TORRE MAGAÑA, José. Abdomen Agudo. Universidad de El Salvador. Facultad de Medicina, 1961. (Tesis Doctoral mimeografiada)
- 4- DIAZ DE ESCALANTE, VIDUA. Abdomen Agudo Quirúrgico en el niño. Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina, 1965. - (Tesis Doctoral mimeografiada).
- 5- GAMERO BRELLEVA, ALEJANDRO. Mortalidad y Morbilidad en Cirugía de Urgencia. Abdominal y Torácica. Arch. Col. Méd. El Salvador. Pags.: 1 - 10 1967
- 6- HARKINS, HENRY W., SURGERY, Principles en Practice. 2nd. ed. - Philadelphia, Lippincott. 1961. 1595 p.
- 7- INTERIANO, MARIO FR BULLO. Cirugía Abdominal Electiva y de Urgencia en el Centro de Salud de la Unión. Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina, 1965. (Tesis Doctoral mimeografiada).

- 8- KEELE, DEBETH D. Intraabdominal Crisis. Washington D.C., Butterworths 1961. 397 p.
- 9- MENDUR, HENRI. Diagnostique Urgente; Abdomen, 3e. ed. Paris, -- Masson et Cie 1960. 1119 p.
- 10- PAVLOWSKY, ALEXANDRE J. Abdomen Agudo Quirúrgico, 4a. ed. Buenos Aires, López & Etcheguyón, 1947. 745 p.
- 11- WARREN, RICHARD. Surgery. Philadelphia, Saunders 1963. 1397 p.