

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
HONDURAS FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS\*

# CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIA

EN EL HOSPITAL «SANTA TERESA., DE COMAYAGUA

## TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER

JULIO CESAR VIJIL OSORIO

PARA OPTAR EL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA



TEGUCIGALPA, D. C.

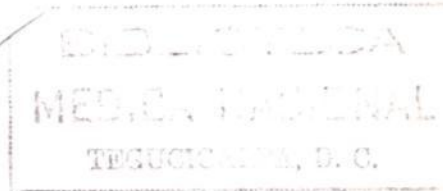
HONDURAS, C. A.

- 19 6 7 -

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

*Dr. Francisco A. Osorio*  
*OK*



# CIRUGIA ABDOMINAL DE URGENCIA

EN EL HOSPITAL «SANTA TERESA», DE COMAYAGUA

## TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER

**JULIO CESAR VIJIL OSORIO**

PARA OPTAR EL TITULO DE

**DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**



TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

— 1967 —

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS**

**RECTOR..... INGENIERO ARTURO QUESADA**

**SECRETARIO..... ABOGADO ADOLFO LEON GOMEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**DECANO..... DOCTOR JORGE HADDAD QUIÑONEZ**

**SECRETARIO..... DOCTOR MARIO ALFREDO ZAMBRANA**

**TRIBUNAL EXAMINADOR:**

**Doctor Manuel Sequeiros**

**Doctor Francisco León Gómez**

**Doctor Francisco Montes G.**

**PADRINOS:**

**Doctor Miguel Angel Hernández C.**

**Doctor Alfredo León Gómez**

**Doctor Armando Flores Fiallos**

**SUSTENTANTE:**

**BR. JULIO CESAR VIJIL OSORIO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS**

**RECTOR.....INGENIERO ARTURO QUESADA**

**SECRETARIO.....ABOGADO ADOLFO LEON GOMEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**JUNTA DIRECTIVA**

**DECANO..... DR. JORGE HADDAD QUIÑONEZ**

**VICE-DECANO..... DR. ARMANDO FLORES FIALLOS**

**SECRETARIO..... DR. MARIO ALFREDO ZAMBRANA**

**PRO-SECRETARIO..... DR. GUILLERMO OVIEDO**

**VOCAL..... DR. ASDRUBAL RAUDALES A.**

**VOCAL..... DR. VIRGILIO BANEGAS M.**

**VOCAL..... BR. EDUARDO TABORA F.**

**VOCAL..... BR. REYNALDO SALVADOR PAZ**

**VOCAL..... BR. SALVADOR DIAZ ZELAYA**

**VOCAL..... BR. FAUSTO JUSTINIANO CRUZ**

*Dedico esta Tesis:*

**A la memoria de mi Padre: JULIO CESAR VIJIL PINEDA (Q.D.D.G.),**  
como un eterno homenaje por sus innumera-  
bles sacrificios realizados para la corona-  
ción de mi carrera, y por sus consejos que  
me guían por la senda del bien.

**A mi adorada Madre: DYDIA OSORIO VDA. DE VIJIL,** como un  
eterno tributo por sus múltiples sacrificios  
y desvelos que me ha prodigado para ver  
realizado uno de sus más grandes ideales.

**A mis Hermanos: Ilse Lina, Saúl Cornelio, Luis Gonzalo, Ra-  
faela, Pedro Alejandro,** con todo cariño y  
aprecio.

**A mis Tías: Elia, Josefa y Lupe,** con cariño.

**A mis demás seres queridos: Con todo afecto.**

**A mis Maestros: Que me condujeron por el camino de la  
ciencia, eternamente agradecido.**

**A mis amigos y compañeros: Con estimación y aprecio.**

HONORABLE SEÑOR RECTOR:

HONORABLE SEÑOR DECANO:

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR:

DISTINGUIDA CONCURRENCIA:

Con el debido respeto que merecéis, tengo la grata satisfacción de presentar ante Vosotros, este Trabajo de TESIS, cuyo título es: "CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIA EN EL HOSPITAL "SANTA TERESA", DE COMAYAGUA", y el cual constituye el resultado de las observaciones y modestas experiencias personales en este campo de la Cirugía, adquiridas durante el año de mi Servicio Médico Social en las Salas de Cirugía, Maternidad, Pediatría y Sala de Operaciones de dicho centro.

Fueron dos los motivos principales que influyeron en mi ánimo para la realización de este Trabajo, a saber:

V—En nuestro medio, la Cirugía Abdominal de Urgencia es una de las prácticas de la Cirugía General que se realiza con mayor frecuencia. Todo Cirujano General que presta sus servicios en Hospitales de Beneficencia, conoce la frecuencia con que se presentan los cuadros patológicos que imponen la intervención quirúrgica abdominal inmediata como la medida más importante de su tratamiento; y

2<sup>o</sup>—Dar a conocer la manera cómo hemos actuado ante la presencia de estos cuadros. A este respecto, debo manifestar que no ha sido mi objeto dar enseñanzas o pautas a seguir a nadie, puesto que el personal Médico que ha laborado en el Hospital "SANTA TERESA", de Comayagua, no somos ninguna autoridad en los diversos campos de la Medicina, sino mostrar a quienes puede interesar, un aspecto general de los casos atendidos.

Este Trabajo de TESIS se basa en el estudio y tratamiento de 50 casos en que tuvimos que practicar la Operación quirúrgica abdominal de Urgencia, como tratamiento primordial, casos que se presentaron entre el 9 de Abril de 1965 y el 31 de Marzo de 1966.

Al llevar a cabo este trabajo, he puesto en él mi buena voluntad, dedicación y empeño, esperando que sepan dispensar las fallas cometidas, todas involuntarias, las cuales no son más que el reflejo de mi poca experiencia.

Es motivo de gran satisfacción para mí, poder manifestar en estos párrafos, mi más sentido agradecimiento al Personal Médico que ha laborado o labora todavía en el Hospital "SANTA TERESA", de Comayagua, con la contribución de sus experiencias se me facilitó grandemente este estudio, y son ellos. Drs. Miguel Ángel Mejía M., Leonel Bados M., José David Pineda E.; Drs. Infs. Francisco Nelson G., Vicente Hernández C. y Sady Berlío S., compartiendo con ellos nuestros triunfos y reveses en la causa de la Medicina: Salvar vidas humanas.

Quiero también expresar mi más sincero agradecimiento y cariño a todo el Personal de Enfermería de dicho Hospital, que contribuyó, en la medida de su capacidad, a llevar a cabo esta realización.

Tengo la esperanza de que este Trabajo de TESIS, escogido para mi Doctorado, sea revisado por los Médicos que se dedican a las Prácticas de la Cirugía General y de la Obstetricia, pues son ellos los llamados a solucionar estos cuadros patológicos, muchos de los cuales son muy impresionantes, constituyendo, todos, verdaderas emergencias quirúrgicas.

# ÍNDICE

## PRIMERA PARTE

Introducción.  
Análisis General del Medio Ambiente en que Laboramos.  
Presentación de Casos y Comentarios Clínicos:  
Heridas Penetrantes de Abdomen por Arma de Fuego.  
Heridas Penetrantes de Abdomen por Arma Blanca.  
Traumatismo Intra-abdominales Cerrados.  
Distocias por Desproporción Cefalopélvica.  
Distocias por Presentación Transversa.  
Distocias por Inercia Uterina.  
Placenta Previa.  
Desprendimiento Prematuro de Placenta.  
Apendicitis Aguda.  
Obstrucción Intestinal.  
Hernia Inguinal Estrangulada  
Embarazo Ectópico.

## SEGUNDA PARTE

Resumen.  
Conclusiones.  
Recomendaciones.



# PRIMERA PARTE

## **Análisis General del Medio en que nos Desenvolvemos**

El Hospital "SANTA TERESA", de Comayagua, está catalogado, por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el tercer lugar entre los Hospitales Departamentales. Sin embargo, no cumple a cabalidad con el trabajo que se le ha encomendado.

En primer lugar, el presupuesto anual que se le ha asignado al Hospital "SANTA TERESA", no basta para el mantenimiento y funcionamiento de las diversas dependencias de dicho Centro.

El Laboratorio no cuenta con todo el equipo necesario para verificar los exámenes que se deben hacer en un Hospital, de manera que no se practican exámenes de química sanguínea, cuyo resultado es muy importante en muchos cuadros patológicos. Tampoco se verifican pruebas de funcionamiento hepático, cultivos y antibiogramas.

El Hospital cuenta con un modesto Banco de Sangre, que no tiene un fondo económico permanente para la adquisición de sangre, a lo cual se agrega el hecho de que en muchos casos, los pacientes son muy pobres para poder comprar la sangre y sus familiares no pueden donarla por la misma causa o porque se encuentran enfermos.

Por otra parte, el Departamento de Anestesia tiene una sola máquina de anestesia, deficiente, pues solamente permite el empleo de Ether u óxido nitroso.

A lo anteriormente expuesto, se suma la creciente afluencia de pacientes al Hospital "SANTA TERESA", procedentes

de la zona que le corresponde cubrir a dicho Centro, y que comprende los Departamentos de Comayagua, La Paz e In-tibucá.

La mayor parte de los pacientes que ingresan al Hospital en estado de gravedad, llegan en este estado debido, en parte, a que proceden de lugares prácticamente aislados, sin vías de comunicación, perdiendo así un tiempo precioso en presentarse al Hospital, y por otra parte, algunos de los pacientes han sido "tratados" por personas ajenas a la Medicina (parcheros, comadronas, etc.), que dificultan considerablemente la labor del Médico.

# INTRODUCCIÓN

No se conoce una definición precisa de la Cirugía Abdominal de Urgencia; sin embargo, se puede definir así: Cirugía Abdominal de Urgencia es la que el cirujano se ve obligado a practicar inmediatamente, como la medida más importante del tratamiento de la afección que la impone.

La Cirugía Abdominal de Urgencia no constituye una rama especial de la cirugía general, puesto que los procesos patológicos en los cuales se practica, no corresponden a un aparato determinado. Es así cómo la intervención quirúrgica abdominal inmediata se practica en afecciones del aparato digestivo, en trastornos que corresponden al campo de la Obstetricia y de la Ginecología, en procesos patológicos del aparato urinario y del bazo. Con lo anteriormente expuesto se comprende, pues, que son muchos los cuadros patológicos en los cuales está indicada la Cirugía Abdominal de Urgencia, de manera que el cirujano debe tener no sólo una idea exacta de la clínica de estos procesos, sino sobre todo, tener en mente un esquema muy claro del modo de obrar, saber la conducta a seguir en cada caso. En muchos de estos cuadros, la intervención del médico ha de ser rápida y decisiva, pues de ella depende la vida del paciente; en pocos minutos, un Cirujano que siga una marcha programada y segura, puede salvar la vida de un paciente con rotura traumática del hígado o de una paciente embarazada con placenta previa que amenazaban con desangrarse, en casos como éstos, en unos pocos minutos de titubeo o de duda puede escapársenos para siempre una vida humana; la actuación del médico debe ser rápida, serena y segura.

También es muy importante tener siempre en mente las complicaciones que se observan en la Cirugía Abdominal de Urgencia, ya sea en el período preoperatorio, transoperatorio o postoperatorio. Las más temibles son el Shock por hemorra-

gia y la peritonitis. Ambas complicaciones pueden ser debidas al mismo proceso patológico que se trata o bien a la técnica operatoria defectuosa. En todo caso, el cirujano debe de tratar de impedir su aparición, tratando debidamente la lesión que pueda causarlos, transfundiendo sangre completa al paciente, mediante la administración profiláctica de antibióticos. Una vez que se han establecido, deben de tratarse enérgicamente; el Shock mediante transfusiones de sangre completa administración de medicamentos que mantengan la presión arterial normal, posición de Traendelemburg; la peritonitis mediante la administración intensiva de antibióticos de amplio espectro, restitución de líquidos y electrolitos, de acuerdo con los datos que suministre el examen de química sanguínea; de ser posible, hay que hacer el cultivo de las secreciones en busca del germen o gérmenes patógenos e investigar su sensibilidad a los antibióticos (antibiograma).

Los 50 casos en que practicamos la Cirugía Abdominal de Urgencia y en los cuales se basa este trabajo de TESIS, comprendieron heridas penetrantes de abdomen por arma de fuego, heridas penetrantes de abdomen por arma blanca, traumatismos intra-abdominales cerrados, distocias por desproporción cañalo pélvica, distocia por presentación transversa, distocia por inercia uterina, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, apendicitis aguda, obstrucción intestinal, hernia inguinal estrangulada y embarazo ectópico.

En el cuadro N<sup>o</sup> 1 están clasificadas las afecciones tratadas según el diagnóstico, número de casos y porcentajes. En el cuadro N<sup>o</sup> 2 están clasificadas según la edad, número de casos y porcentajes. En el cuadro N<sup>o</sup> 3 *están* clasificadas según el sexo y el número de casos.

### CUADRO Nº 1

#### EMERGENCIAS ABDOMINALES QUIRURGICAS CLASIFICADAS SEGUN SU DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
Heridas Penetrantes de Abdomen y Traumatismos Abdominales Cerrados .....	17	34%
Distocias y Hemorragias del Tercer Trimestre del Embarazo que condujeron a Operación Cesárea .....	16	32%
Obstrucción Intestinal .....	6	12%
Hernias Estranguladas .....	2	4%
Apendicitis Aguda .....	8	16%
Embarazos Ectópicos .....	1	2%
TOTAL .....	50	100%

## CUADRO Nº 2

### EMERGENCIAS ABDOMINALES QUIRURGICAS CLASIFICADAS SEGUN LA EDAD

E D A D	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
0 ..... 10 Años	2	4%
10 ..... 20 Años	19	38%
20 ..... 30 Años	13	26%
30 ..... 40 Años	8	16%
40 o más años .....	8	16%
T O T A L.....	50	100%

### CUADRO Nº 3

#### EMERGENCIAS ABDOMINALES QUIRURGICAS CLASIFICADAS SEGUN EL SEXO

<b>D I A G N O S T I C O</b>	<b>Sexo Femenino Nº de CASOS</b>	<b>Sexo Masculino Nº de CASOS</b>
Heridas Penetrantes de Abdomen y Traumatismos Abdominales .....	0	17
Distocias y Hemorragias del Tercer Trimestre del Embarazo que Condujeron a Operación Cesárea .....	16	0
Obstrucción Intestinal .....	2	4
Hernias Estranguladas .....	1	1
Apendicitis Aguda .....	3	5
Embarazos Ectópicos .....	1	0
<b>T O T A L.....</b>	<b>23</b>	<b>27</b>



## **TRAUMATISMOS ABDOMINALES**

Atendimos 17 casos de Traumatismos abdominales, es decir, 34% del total de casos.

Respecto a la edad de los pacientes, sólo un caso correspondió a un niño de 11 años de edad, los demás casos correspondieron a pacientes de edad adulta. En lo que se refiere al sexo, todos los casos correspondieron a pacientes del sexo masculino; como puede apreciarse en el cuadro N<sup>o</sup> 4, en 9 casos se trató de heridas penetrantes de abdomen por arma de fuego, en 6 casos por arma blanca y en 2 casos, se trató de traumatismos abdominales cerrados. En el mismo cuadro están anotados los órganos lesionados y el número de casos en que estaba lesionado cada uno de dichos órganos. Como es de suponer, algunos pacientes sufrieron lesiones de dos o más órganos.

A continuación hago una descripción por separado de los casos de Traumatismos abdominales, según los grupos antes mencionados.

### **HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN POR ARMA DE FUEGO**

Como antes mencioné, atendimos nueve casos que correspondieron todos a pacientes de edad adulta y del sexo masculino.

De los nueve (9) casos atendidos, describo seis en una forma global y describo detalladamente tres casos por considerarlos de mayor importancia en cuanto a la gravedad de las lesiones y del estado de los pacientes.

La mayor parte de los pacientes ingresaron al Hospital 24 horas después de sufrir las lesiones, únicamente dos casos se presentaron 8 horas después de ser lesionados. La mayor parte de los pacientes no pudieron especificar el calibre de los proyectiles. Todos refirieron dolor en la región abdominal correspondiente al orificio de entrada del proyectil y hemorragia externa moderada.

Al examen físico: La presión arterial de los pacientes osciló entre cifras de 100/60 y 120 80. El pulso, entre cifras de 75 y 100 por minuto. La respiración varió entre cifras de 20 y 25 por minuto; la temperatura registró cifras que variaron entre 37°C. y 38°C.

Los signos positivos: En los seis pacientes se apreció el orificio de entrada del proyectil que en tres casos estaba localizado en la región umbilical, en dos casos en el hipocondrio izquierdo a dos y tres centímetros por debajo del borde costal izquierdo y en un caso estaba localizado en la fosa ilíaca derecha. Ninguno de los pacientes presentaba orificio de salida del proyectil. A la palpación había dolor en la región abdominal lesionada; en cuatro casos había resistencia de la pared abdominal y signo de rebote positivo. A la percusión del abdomen se encontró timpanismo generalizado moderado con franca disminución del área de la matidez hepática en los cuatro casos últimamente mencionados.

Los ruidos intestinales se encontraron normales en dos casos, disminuidos en su frecuencia e intensidad en dos casos y abolidos en dos casos.

*EXAMENES DE LABORATORIO:* El examen Hematológico informó: Anemia moderada en todos los casos. El examen de orina fue normal en los seis pacientes. Tipo sanguíneo ORh positivo en cuatro, ARh positivo en dos. La radiografía simple del abdomen reveló presencia de gas libre en la cavidad peritoneal en todos los casos; en cuatro casos informó además dilatación ligera y edema de las Asas del Intestino Delgado con borramiento de la línea del Psoas.

*TRATAMIENTO PRE-OPERATORIO:* En los 6 pacientes se indicó: nada por boca, sonda Nasogástrica y succión continua, Antitoxina Tetánica 3000 U.I.M., penicilina 600,000 U. I.M. ; suero Glucosado al 10% 1.000 ce. -f- Terramicina 250 mgs. I.V. a 45 gotas por minuto; Novalgina 1 Ampolla I.M.; preparar región abdominal para operación quirúrgica. Fueron operados a más tardar dos horas después de su ingreso al Hospital. Medicación Pre-Anestésica: Demerol 50 mgs. I.M. Esco-polamina 1 Ampolla I.M.

*OPERACIÓN:* En 3 de los pacientes se practicó Laparotomía exploradora, haciendo incisión paramediana derecha en 3 pacientes; en 2 pacientes se hizo incisión paramediana supraumbilical izquierda, y en 1 paciente, incisión paramediana infraumbilical derecha. Se abrió la pared abdominal incindiendo piel y tejido celular subcutáneo, se pinzaron los vasos sanguíneos seccionados y se ligaron con Cat-gut simple; se colocaron seguidamente segundos campos, se incindió la fascia anterior en la misma dirección, separando el músculo recto anterior del lado correspondiente a la incisión hacia afuera de la línea media; se hizo hemostasia en la forma acostumbrada; luego se pintó la fascia posterior y el peritoneo parietal anterior, mediante 2 pinzas Kelly, incidiéndolo seguidamente en la misma dirección; primero con bisturí y luego con tijeras rectas. Se exploró la cavidad abdominal, encontrándose material intestinal libre en la cavidad peritoneal en todos los casos; en cuatro casos se encontró secreción seropurulenta en cantidades moderadas y placa de fibrina en formación en las Asas del Intestino Delgado y en el Intestino Grueso. En todos los casos había sangre en cantidades moderadas en la cavidad peritoneal.

Las lesiones encontradas fueron las siguientes: en un caso se encontraron 10 perforaciones en el íleon terminal con necrosis de un segmento intestinal de 10 cms. de longitud; otro de los pacientes tenía 2 perforaciones en un asa del íleon proximal con destrucción de un segmento del mismo de aproximadamente 6 centímetros de longitud y además una perforación en la cara anterior y otra perforación en la cara posterior del estómago y dos perforaciones en el Colon transversal, una en su cara anterior y otra en su cara posterior. En otro paciente encontramos una perforación en el Colon transversal, dos perforaciones en el yeyuno y una herida pequeña en el lóbulo izquierdo del hígado; en el otro caso nos encontramos con una perforación de la cara anterior y otra perforación en la cara posterior del estómago, 4 perforaciones en el Colon transversal y descendente, un segmento del yeyuno de 6 centímetros de longitud, casi destruido por completo. Por último

había lesiones del Epíplón en los seis casos y del mesenterio en cuatro casos.

A los pacientes que presentaron segmentos o asas intestinales destruidos o muy lesionados, se les practicó la resección intestinal con enteroanastomosis termino-terminal, siguiendo la técnica clásica, es decir, se aisló el intestino lesionado con compresas humedecidas en agua tibia; se colocaron dos clamps cubiertos con tubos de goma en sus ramas, en cada extremo del segmento intestinal lesionado sobre el tejido sano; dichas pinzas comprendieron intestino y mesenterio, colocadas formando ángulo de 45° entre sí, teniendo cuidado en dejar buena circulación sanguínea en los cabos intestinales. Se seccionó el intestino y el mesenterio entre las pinzas con bisturí, eliminándose el tejido extirpado, se limpiaron los cabos con compresas calientes, las cuales también se eliminaron; luego se procedió a hacer la anastomosis terminoterminal; primero se hizo sutura que comprendió las capas muscular y serosa del intestino en su pared posterior, uniendo ambos cabos intestinales, mediante puntos continuos con seda quirúrgica 00 y se fijan los extremos de la seda con pinzas Kelly; luego se practicó sutura que comprendió las tres capas intestinales en su pared posterior, mediante puntos entrelazados con Cat-gut crómico 00; dicha sutura se continuó en la pared anterior mediante la técnica de Connell, siempre con Cat-gut crómico 00 hasta llegar al sitio donde se comenzó la mencionada sutura, que fue en el borde antimesentérico, anudándose los extremos del Cat-gut. Después se quitaron los clamps, pinzándose los vasos sanguíneos del mesenterio seccionados mediante pinzas Kelly. Se continúa la sutura seromuscular en la pared anterior del intestino mediante puntos continuos y siempre con seda quirúrgica 00, invaginándose la sutura anterior; para reparar las perforaciones en la cara posterior del estómago, se abrió primero la trascavidad de los epiplones incindiendo el epiplón gastrocólico para localizar la lesión; una vez localizada la perforación, se suturó en la misma forma antes mencionada, después se suturó la incisión practicada en el epiplón gastrocólico con puntos continuos de Cat-gut crómico 00.

En los pacientes que se encontró perforaciones en el Intestino Delgado y Grueso, se practicaron enterrorrafías, es decir, se aisló el campo con compresas húmedas calientes, se rectificaron los bordes de las heridas, dándoles a éstas una dirección perpendicular al eje longitudinal del intestino; se practicó sutura que comprendió las tres capas intestinales mediante puntos continuos entrelazados con Cat-gut crómico 00; luego se hizo sutura seromuscular con puntos continuos de seda quirúrgica 00 invaginando la sutura anterior.

En el paciente que presentó herida en el hígado, se le colocó primero un fragmento de surgicel entre los bordes de la herida, luego se suturó la herida con puntos de colchonero usando Cat-crómico 00.

Las lesiones del epiplón se trataron de la manera siguiente: las porciones necrosadas fueron extirpadas, colocando primero pinzas Kelly y seccionando luego con bisturí o tijeras; después se aplicaron puntos de transfixión con Cat-gut crómico 00. Las heridas simples sin necrosis del epiplón: se ligaron los vasos sanguíneos seccionados mediante puntos de transfixión con Cat-gut crómico 00, luego se suturaron las heridas mediante puntos continuos con Cat-gut crómico 00.

Por último, las heridas en el mesenterio se trataron mediante sutura de las mismas con puntos continuos usando Catgut crómico 00. En ninguno de los casos encontramos lesión de vasos sanguíneos mesentéricos de importancia.

Terminada la reparación quirúrgica de las lesiones en los órganos antes mencionados, se procedió a irrigar la cavidad peritoneal con suero fisiológico tibio y se aspiró nuevamente; luego se dejó una ampolla de Terramicina de 250 mgs. diluida en 20 cc. de suero Fisiológico en la cavidad peritoneal; estos procedimientos se hicieron en todos los casos. Después se procedió a cerrar la cavidad abdominal por planos; Peritoneo Parietal y fascia posterior mediante sutura continua con Catgut crómico 00; fascia anterior con puntos separados usando seda quirúrgica 00; tejido celular subcutáneo con puntos se-

parados de Cat-gut simple y piel mediante puntos separados de colchonero con hilo de algodón.

Durante la operación a todos los pacientes se les continuó transfundiendo el suero glucosado al 10%, 1.000 ce. más Terramicina 250 mgs. I.V. indicado en el Pre-operatorio; además se les transfundió Solución 1/6 molar de Lactato de Sodio en cantidades que variaron entre 250 ce. y 500 ce I.V. gota a gota. En cuatro casos se transfundió sangre 500 ce más Be-nadril 2 ce I.V. a 45 gotas por minuto y a dos pacientes se les transfundió 1.000 ce de sangre. Anestesia Pentotal 1 gramo. I.V. Ether mediante intubación endotraqueal, 02 y Que-licín como relajanta muscular en suero glucosado al 5% I.V. gota a gota. El estado general, al salir de la Sala de Operaciones, fue satisfactorio en cuatro pacientes y regular en dos pacientes.

La presión arterial varió entre cifras de 100/60 y 110/70 en cuatro pacientes y en dos pacientes fue de 90/60. El pulso varió entre 90X<sub>1</sub> y 100X<sub>1</sub>, y la respiración varió entre 22X<sub>1</sub>; y 26X<sub>1</sub>

*TRATAMIENTO POST OPERATORIO:* En los seis pacientes se indicó: nada por boca, sonda nasogástrica y succión continua, la cual se mantuvo durante 3 a 4 días en los pacientes a quienes se les practicó gastrorrafia o resección intestinal con enteroanastomosis y durante 2 o 3 días en los pacientes a quienes se les practicó enterorráfias, según la evolución del paciente en cada caso en particular; la cantidad de líquido extraída por la succión gástrica continua varió entre 150 ce y 300 ce diarios. Se les indicó sueros por vía intravenosa 3,500 ce en total diariamente, repartidos entre sueros Glucosado, Fisiológico y Mixto, agregándose a los sueros CLK 20 Mil Eq. diarios, complejo B1 ce diario, Vitamina C. 500 mgs. diarios, Terramicina 500 mgs. diarios, Penicilina 600.000 U.I.M. diariamente; Estreptomicina 1 gm. I.M. cada día; Novalgina 1 ampolla I.M. c. seis horas P/R/N. por dolor, los signos vitales se controlaron cada VA hora hasta que se normalizaron. En cuatro pacientes la evolución post-operatoria fue

satisfactoria, únicamente presentaron ligera distensión abdominal durante dos días, tres de los pacientes, la cual desapareció al tercer día después de indicárseles sonda rectal alta. Se percibieron ruidos intestinales al tercer día del post-operatorio, por lo cual se comenzaron a disminuir gradualmente los sueros, indicándoseles dieta líquida, la cual se aumentó el cuarto día post-operatorio. La curva térmica se normalizó entre el 4º y 5º días post-operatorios. Salieron del hospital entre el 9º y 10º días después de su ingreso, en buen estado general. Se les indicó complejo B. 1 ce. I.M. diario y Ferrínicum 1 tableta tres veces al día durante 10 días. Los otros 2 pacientes fallecieron, uno de ellos fue al que se encontró 10 perforaciones en el íleon terminal con necrosis de un segmento intestinal de 10 cms. de longitud y el otro paciente fue el que presentó dos perforaciones en el estómago, un segmento del yeyuno de 6 cms. de longitud casi destruido por completo, dos perforaciones en el Colon transversal y dos perforaciones en el Colon descendente. Al salir de la sala de operaciones, el estado general de ambos pacientes fue regular, con P.A. de 90/60, pulso de 100 X; y respiración de 25 X; y 26 X; respectivamente. Presentaron distensión abdominal acentuada desde el primer día del post-operatorio, que no cedió con la Succión Gástrica continua y sonda rectal alta.

La curva termina se mantuvo entre 39 5'c y 40 0c. en el post-operatorio. Se les transfundieron los sueros antes mencionados con los otros medicamentos y además solución 1/6 Molar de Lactato de Sodio, 250 ce. I/V gota a gota cada día. La herida operatoria presentó supuración abundante en los dos casos. Se les administró Penicilina 600.000 U.I.M. c. 12 horas, Estreptomyciná lmg. I.M. c. 12 horas. Se les transfundió sangre 500 ce. I.V. a 45 gotas por minuto. En el segundo día post-operatorio se agregó celestone 1 ampolla diaria a los sueros. El estado general de estos pacientes empeoró el segundo día post-operatorio, agravándose progresivamente. Presentaron intensa resistencia de la pared abdominal y signo de rebote muy acentuado. Fallecieron 4 y 5 días después de ser operados, respectivamente.

Debido a su importancia en cuanto a la gravedad de las lesiones y del estado general de los pacientes y de las operaciones practicadas, he creído conveniente hacer una descripción individual de tres casos de herida penetrante de abdomen por arma de fuego.

*CASO N° 1.*—Paciente de 18 años de edad, de sexo masculino, soltero, zapatero, residente en Comayagua. Fue llevado al Hospital "SANTA TERESA" por su padre, quien refirió que hacía aproximadamente 30 minutos había recibido el paciente una herida por arma de fuego, ignorando el calibre del proyectil, el cual penetró en la base del Hemitórax derecho, cara anterior; refirió, además, que el paciente había ingerido regular cantidad de bebidas alcohólicas. No pudo proporcionar más datos.

*Al Examen Físico:* Paciente en estado de ebriedad, semi-inconsciente, que respondió a los estímulos externos, no cooperó al interrogatorio. P. A. 60/40; pulso: Filiforme y de 110 X; Respiración: 22 X; temperatura axilar: 36°8' C. Signos positivos: Sudoración moderada, palidez generalizada moderada y ligera frialdad generalizada. Corazón: Frecuencia cardíaca de 110 X minuto. Pulmones: nada de particular; abdomen: se aprecia orificio de entrada del proyectil en la cara anterior del 9° espacio intercostal derecho, a 5 cms. por fuera del borde esternal derecho. No se encontró orificio de salida. Dolor a la exploración en la región lesionada, el resto del abdomen no fue doloroso. Matidez hepática dentro de límites normales. El resto del examen abdominal fue negativo.

*DATOS DE LABORATORIO:* El examen hematológico reveló anemia moderada; el examen de orina fue normal. Tipo sanguíneo O.rh. positivo. La radiografía del tórax reveló únicamente elevación de la cúpula diafragmática derecha, sin otra patología. La radiografía simple del abdomen informó notable elevación de la cúpula diafragmática derecha, no se observaron niveles líquidos; ligera distensión de asas de intestino delgado; presencia de gas libre bajo cúpula diafragmática derecha.



*TRATAMIENTO PRE-OPERATORIO:* Sangre 500 ce. I.V. a 55 gotas por minuto; suero glucosado al 10% 1.000 ce. -f-oradexón 1 ampolla -4- terramicina 250 miligramos I.V. a 45 gotas por minuto. Posición de Traendelemburg; control de signos vitales cada quince minutos. Penicilina 6000,000 U.I.M.— Estreptomina 1 gramo I.M. Antitoxina Tetánica 3,000 U.I.M. Nada por boca. Sonda Nasogástrica y succión continua. Preparar abdomen para operación quirúrgica. Fue operado 2 horas después de su ingreso. Medicación pre-anestésica: Deme-fol 50 mgs. I.M. y atropina 1 ampolla I.M. Entró a la Sala de Operaciones con P.A. 90/60, pulso 110 X; Respiración: 22 X;

*OPERACIÓN:* Se practicó laparotomía exploradora, haciendo incisión paramediana supra-umbilical derecha; se abrió cavidad abdominal por planos, siguiendo la técnica acostumbrada, antes mencionada. Al abrir la cavidad abdominal se encontró una cantidad aproximada de 500 ce de sangre libre en la cavidad peritoneal, la cual se aspiró; al explorar el hígado, nos encontramos con una herida en su cara superior con destrucción considerable de la misma, sangrante, un coágulo sanguíneo de gran tamaño entre el hígado y el diafragma y una pequeña herida en la cúpula diafragmática derecha que alojaba el proyectil. Se retiró el coágulo sanguíneo; se aspiró nuevamente; colocamos un fragmento de Surgicel entre los labios de la herida del hígado y se reparó ésta, mediante puntos de sutura de colchonero con Cat-gut crómico 00, después de lo cual cesó la hemorragia; luego se suturó la cápsula hepática sobre la sutura anterior, con puntos continuos usando Cat-gut crómico 00. Se revisó la herida en el diafragma y se eliminó el proyectil, comprobando que la herida no pasó al lado torácico del diafragma; reparamos la herida diafragmática con sutura de puntos continuos usando Cat-crómico 00; luego procedimos a revisar el resto de la cavidad peritoneal, no encontrando otra patología. Se irrigó la cavidad abdominal con suero fisiológico tibio y se aspiró nuevamente; dejamos instalada 1 ampolla de 250 mgs. de terramicina diluida en 20 ce de Suero Fisiológico en la cavidad peritoneal. Después procedimos a cerrar la pared

abdominal por planos, según la técnica clásica. Durante la operación se terminó de transfundir la sangre indicada, se continuó transfundiendo el suero glucosado al 10% antes indicado y se le comenzó a transfundir solución 1/6 Molar de Lactato de Sodio, 250 ce. I.V. a 45 gotas por minuto; Anestesia: Pen-thotal 1 gm. I.V. Ether mediante técnica endotraqueal 02, Que-licín en Suero Glucosado al 5% I.V. gota a gota. El paciente salió de sala de operaciones en estado general satisfactorio con P.A. 110/70, pulso: 110 X" y respiración 22 X".

*TRATAMIENTO POST-OPERATORIO:* Continuó con succión continua durante los primeros cuatro días del post-operatorio, la cual extrajo entre 200 y 250 ce. de líquido diariamente. Suero por vía intravenosa 3.500 ce en total diariamente, repartidos entre suero glucosado al 10%, Fisiológico, Mixto y Ringer Lactado; CIK 20 MIEq. diarios, Terramicina 250 mgs. diarios, Complejo B1 ce y Vitamina C 500 miligramos diarios en los sueros. Penicilina 600.000 U.I.M. y Estreptomina 1 gramo I.M. diariamente. Anaroxil 1 ampolla I.M. cada 12 horas. Control de signos vitales cada 30 minutos. El segundo día post-operatorio se le transfundió nuevamente sangre 500 ce. -f- Benadril 2 ce. I.V. a 50 gotas por minuto. Se movilizó en cama el segundo día post-operatorio y se levantó al tercer día. El cuarto día post-operatorio presentó ruidos intestinales casi normales, por lo cual se le indicó dieta líquida suspendiéndose la sonda naso-gástrica y la succión continua y se le disminuyeron los sueros a 2.000 ce. en total diarios. No presentó distensión abdominal. El quinto día post-operatorio defecó, las heces de consistencia blanda, se le indicó entonces dieta blanda y líquidos abundantes por boca y se suspendieron los sueros. El séptimo día, dieta corriente, se le quitaron puntos alternos, los cuales se terminaron de quitar el octavo día post-operatorio. La curva térmica presentó elevación hasta 37°8' C. durante los primeros días del post-operatorio, después se normalizó. El paciente salió del Hospital en buen estado general 10 días después de su ingreso.

CASO N<sup>o</sup> 2.—Paciente de 25 años de edad, sexo masculino, casado, labrador, residente en Ocotes Caídos, Depto. de Comayagua. Llegó al Hospital acompañado de sus padres, refiriendo los siguientes datos: Hace cuatro horas sufrió dos heridas por arma de fuego, penetrando un proyectil en la cara anterior de la base del Hemitórax izquierdo sin orificio de salida, el otro proyectil penetró en el Hipocondrio derecho con orificio de salida en la región lumbar derecha; después de sufrir las heridas, tuvo una micción con franca hematuria. Dificultad para respirar.

*Al Examen Físico:* Paciente ligeramente disneico, en regular estado general. P.A. 100/60. Pulso: 100 X'. Respiración: 40 X'. Temperatura 37<sup>o</sup>8' C. Signos positivos: Corazón: con frecuencia de 100 X', el apex en quinto espacio intercostal izquierdo a 2 cms. por dentro de la línea medio-clavicular. Pulmones: Disminución de las vibraciones vocales, matidez a la percusión y disminución del murmullo vesicular en la base del Hemitórax izquierdo. Se aprecia orificio de entrada de proyectil en el quinto espacio intercostal izquierdo, a nivel de la línea axilar anterior. Abdomen orificio de entrada de proyectil en el Hipocondrio derecho, a 3 centímetros por debajo del borde costal derecho, línea axilar anterior, con orificio de salida en la región lumbar derecha. Hay dolor a la palpación en todo el abdomen. No hay resistencia de pared abdominal ni signo de rebote. Ruidos intestinales normales. En el momento de practicársele el examen físico, el paciente presentó una micción sanguinolenta.

*Daños de Laboratorio:* El examen de orina reveló la presencia de abundantes eritrocitos; el examen hematológico informó anemia moderada; tipo sanguíneo: 0 Rh positivo. La radiografía del Tórax: hemoneumotórax en base hemitórax izquierdo, con desplazamiento ligero del mediastino hacia la derecha. La radiografía simple del abdomen: Presencia de gas libre bajo la cúpula diafragmática derecha. Se le practicó pie-lograma descendente de urgencia, informando lo siguiente: Riñon derecho no visible, riñon y pelvis renal izquierdos, así como los uréteres y vejiga de aspecto normal.

*Tratamiento Pre-Operatorio:* Nada por boca, sonda naso-gástrica y succión continua. Suero glucosado al 10% 1.000 cc. más Ambravena 250 mgs. I.V. a 50 gotas por minuto. Penicilina 600.000 U.I.M. Antitoxina tetánica 3.000 U.I.M. Control de signos vitales cada 15 minutos. Preparar hemitórax izquierdo para Toracotomía cerrada y región abdominal para operación quirúrgica. Fue operado tres horas después de su ingreso. Medicación Pre-anestésica: Demerol 100 mgs. I.M. y Escopolamina 1 ampolla I.M.

*OPERACIÓN:* Se practicó una incisión paralela a la duodécima costilla derecha a 2 centímetros por abajo de ésta, desde el ángulo costovertebral derecho hasta 4 centímetros por arriba de la cresta ilíaca derecha, seccionando piel y tejido celular subcutáneo; se hizo hemostasia; luego se cortaron los músculos dorsal ancho y oblicuos mayor y menor y la fascia lumbodorsal para descubrir el tejido adiposo retroperitoneal; se practicó hemostasia con puntos de transfixión, usando Catgut crómico 00. Se cortó y se apartó la fascia pedrenal, quedando a la vista el tejido adiposo perirenal. Haciendo con cuidado el despegamiento con el bisturí y los dedos, se dejó libre el riñón, ligando todos los vasos sanguíneos sangrantes; a continuación se aisló el uréter derecho, se tomó entre dos pinzas Kelly grandes y se seccionó, ligándose los cabos ureterales con puntos de transfixión, usando seda quirúrgica 00. Usando disector de torunda de gasa, se separó el tejido alrededor del pedículo renal; se pinzó el pedículo usando dos pinzas Kelly grandes, a 3 cms. de distancia se pusieron otras dos pinzas Kelly grandes; luego seccionamos el pedículo entre las pinzas proximales y distales; aplicamos ligadura en los cabos del pedículo renal con Cat-gut crómico 00 y se quitó una pinza en cada cabo; después se hicieron puntos de transfixión con seda quirúrgica 00 en cada uno de los cabos del pedículo y se quitaron las otras pinzas. Se terminó de aislar el riñón de los tejidos vecinos haciendo hemostasia con puntos de transfixión con Cat-gut crómico 00. El riñón estaba destruido en su mayor parte y sangrante. Se colocó tubo de Penrose en la fosa renal

y se procedió a cerrar la herida operatoria por planos, usando Cat-gut crómico 00 en el tejido muscular, seda quirúrgica 00 en la fascia, Cat-gut simple en el tejido celular subcutáneo e hilo de algodón en la piel, siguiendo la técnica acostumbrada. Se fijó el tuto de Penrose a la piel con un punto de hilo de algodón; seguidamente procedimos a hacer la Toracotomía cerrada: A nivel del 8° E.I.I. en la línea axilar media hicimos incisión de 2 centímetros, introduciéndose el tubo por la incisión y se fijó por puntos de hilo. Durante la operación se le continuó transfundiendo el suero glucosado al 10% indicado anteriormente, se le transfundió solución 1/6 molar de Lactato de Sodio 250 ce. I.V. a 45 gotas por minuto y sangre 500 ce. más Benadryl 2 .ce. I.V. a 45 gotas por minuto. Anestesia: Pentotal 1 gm. I.V., Ether mediante técnica endotra-queal, Quelicín en suero glucosado al 5% I.V. gota a gota, O2. Salió de Sala de Operaciones en estado general regular. P. A.: 90%50; P: 100 X'; respiración: 30 X'.

*Tratamiento Post-Operatorio:* Continuó con nada por boca y succión gástrica continua durante el primer día post-operatorio. Suero Glucosado al 10% 1.000 ce. más Ambravena 250 mgs. I.V. a 45 gotas por minuto; Suero Mixto 1.000 ce más complejo B1 ce más; Vitamina C. 500 mgs. I.V. a 45 gotas por minuto. El primer día post-operatorio se le transfundió nuevamente sangre 500 ce I.V. a 45 gotas por minuto; solución Ringer lactada 1.000 ce I.V. a 45 gotas por minuto. Penilicina 600.000 U.I.M. y Estreptomina 1 gramo I.M. diarios. Noval-gina 1 ampolla I.M. c/6 horas P.R.N. por dolor.

Control de signos vitales cada 15 minutos. Dicynone 1 ampolla I. M. c/8 horas durante el primer día post-operatorio. El segundo día post-operatorio habían ruidos intestinales, se le indicó dieta líquida y se suspendió el suero Ringer Lactado. El tercer día post-operatorio defecó, se le indicó dieta corriente. El segundo día post-operatorio se le movilizó el tubo de Penrose, y se quitó al tercer día. Los puntos de sutura de piel se quitaron alternos al séptimo día post-operatorio y se terminaron de quitar al día siguiente. El tubo de la Toracoto-

mía se mantuvo conectado a los frascos para drenaje durante 3 días, después se le cerró durante 2 días, se le tomó radiografía nueva de Tórax, observándose en ésta franca mejoría, por lo cual se retiró el tubo suturándose la herida; la Toraco-tomía cerrada obtuvo 200 cc. de sangre durante los tres días. La evolución post-operatoria fue satisfactoria; los signos vitales) se normalizaron tres días después de operado. Salió del Hospital 10 días después de la operación, en buen estado general.

*CASO N° 3.*—Paciente de 20 años de edad, sexo masculino, casado, jornalero, residente en Comayagua; se presentó en el Hospital acompañado de un hermano, refiriendo los síntomas siguientes: Hacía aproximadamente 40 minutos había sufrido herida por arma de fuego, penetrándole el proyectil en el lado izquierdo de la región epigástrica, sin orificio de salida; refirió dolor en la región lesionada; dificultad para respirar que se acentuó progresivamente.

*Al Examen Físico:* Paciente en regular estado general, quejándose de dolor en región epigástrica. P.A.: 90/60; pulso: 100 X'; respiración 24 X'; Temperatura: 36<sup>o</sup> 7 c. Signos positivos: Disnea franca. Corazón: Frecuencia cardíaca 100 X'. Apex en 5° E.I.I. a 3 cms. por dentro de la línea medio-clavicular. Pulmones: disminución de las vibraciones vocales, matidez y disminución del murmullo vesicular en la base del Hemitórax izquierdo. Abdomen: Simétrico plano, orificio de entrada del proyectil en lado izquierdo del epigastrio, sin orificio de salida; dolor a la palpación profunda en dicha región y en hipocondrio izquierdo; no había resistencia de la pared ni signo de rebote. Ruidos intestinales: normales. Puño-percusión do-lorosa en Hipocondrio izquierdo.

*Datos de Laboratorio:* El examen Hematológico reveló anemia moderada. Tipo sanguíneo O.rh positivo. El examen de orina fue normal.

La radiografía del Tórax informó hemoneumotórax en base pulmonar izquierda. La radiografía simple del abdomen

reveló presencia de gas libre en cavidad peritoneal y ligera dilatación de asas intestinales delgadas.

*Tratamiento Pre-Operatorio:* Nada por boca. Sonda nasogástrica y succión continua. Suero Glucosado al 10% 1.000 ce. más Ambravena 250 mgs. I.V. a 55 gotas por minuto. Dicy-none 1 ampolla I.V. Control de signos vitales cada 15 minutos. Penicilina 600.000 U.I.M. Estreptomina 1 gm. I.M. Antitoxina tetánica 3,000 U.I.M. Preparar abdomen para operación quirúrgica. Fue operado 2 horas después de su ingreso al hospital. Medicación Pre-anestésica: Demerol 50 mgs. I.M. y atropina 1 ampolla I.M. Antes de ser llevado a la sala de operaciones se le comenzó a transfundir sangre 500 ce. más Benadryl 2 ce. I.V. a 55 gotas por minuto. Entró a la sala de operaciones con los mismos signos vitales.

*OPERACIÓN:* Se le practicó Laparotomía exploradora, haciéndose incisión paramediana izquierda supraumbilical; se abrió la cavidad abdominal por planos, según la técnica acostumbrada. El primer órgano que se exploró fue el bazo, pues se sospechó lesión del mismo por la cantidad considerable de sangre libre en la cavidad peritoneal, aproximadamente 500 ce; dicho órgano estaba estallado. Dada la incomodidad de la incisión practicada, se complementó ésta con una incisión transversal, partiendo de su extremo inferior, hacia la izquierda, seccionando el músculo recto izquierdo del abdomen, por planos. Se aspiró la sangre, luego se introdujeron compresas calientes en la región esplénica. Se pinzaron los vasos sanguíneos entre el estómago y el vaso, ligándose con puntos de transfixión, usando Cat-gut crómico 00. Después seccionamos las adherencias entre el vaso y el peritoneo parietal posterior entre pinzas Kelly grandes y se ligaron con puntos de transfixión de Cat-gut crómico 00. Exteriorizamos el vaso hacia la herida operatoria; se exploró su cara posterior, separamos la cola del Páncreas del pedículo esplénico, usando disectores de torunda de gasa y pinzando los vasos sanguíneos sangrantes, los cuales se ligaron en la misma forma. Luego se pinzaron los vasos sanguíneos del pedículo esplénico uno por uno y se

seccionaron entre las pinzas, ligándose los extremos distales al órgano con puntos de transfixión, usando seda quirúrgica 00. Se retiraron las compresas introducidas anteriormente y se aspiró nuevamente, dejándose un fragmento de Surgicel en la fosa esplénica. Identificamos una herida en la cúpula dia-fragmática izquierda, por encima del área esplénica, la cual atravesó el diafragma y la pelura parietal izquierda; se suturó la herida pleural con puntos continuos de Cat-gut crómico 00; luego suturamos el diafragma y el peritoneo parietal en la misma forma con Cat-gut crómico 00. Encontramos dos perforaciones en el estómago, una en su cara anterior y otra en su cara posterior, cerca de la curvatura mayor, y dos perforaciones en el colon transverso, una en su cara anterior y posterior; tanto las perforaciones del estómago como las del colon, se suturaron según la técnica descrita en los casos ante-fiores. Se revisó el resto de la cavidad abdominal, no encontrándose otra patología; se irrigó la cavidad abdominal con suero fisiológico tibio y se aspiró nuevamente; instilamos 250 mgs. de terramicina diluida en 20 ce. de suero Fisiológico en la cavidad abdominal. Se cerró la herida operatoria, por planos, según la técnica clásica. Seguidamente practicamos la to-iacotomía cerrada haciendo una incisión de 2 centímetros de longitud en el Hemitórax izquierdo, a nivel del octavo espacio intercostal en la línea axilar media, ntroduciéndose el tubo por dicha herida y fijándose a la piel con puntos de hilo de algedón.

Durante la operación se terminó de transfundir el suero Glucosado al 10% y la sangre 500 ce. indicados anteriormente; se le comenzó a transfundir solución 1/6 molar, de Lactato de Sodio 250 ce. I.V. a 5 gotas por minuto y nuevamente sangre 500 ce. más Benadryl 1 ce I.V. a 45 gotas por minuto. Anestesia: Pentotal 1 gramo I.V. Ether por intubación endo-traqueal, Quelicín en Suero Glucosado al 5% I.V. gota a gota, 02. El paciente salió de la Sala de Operaciones en estado general satisfactorio con P.A. 100/70; pulso: 100 X' y Respiración 30 X'.

*Tratamiento Post-Operatorio:* Nada por boca y succión —



gástrica continua durante 3 días. Suero Glucosado al 10% 1,000 ce. más Ambravena 250 mgs. I.V. gota a gota; Suero Mixto 1.000 ce. más ClK 20 MIEq. I.V. gota a gota; Suero Fisiológico 1.000 ce. + complejo B1 ce -f- Vitamina C 500 mg. I.V. gota a gota; solución 1/6 Molar de Lactato de Sodio 250 ce. I.V. gota a gota. Penicilina: 600.000 U.I.M. Estreptomina 1 gramo I.M. Dicynone 1 ampolla I.M. cada 8 horas, durante el primer día post-operatorio. Novalgina 1 ampolla c/6 horas I.M. P.R.N. por dolor. Control de signos vitales cada 30 minutos hasta normalizarse. El cuarto día post-operatorio se percibieron ruidos intestinales, se le suspendió la succión continua y le indicamos dieta líquida. Al día siguiente, dieta blanda en cantidades progresivas durante dos días más, después se le indicó dieta corriente. Los sueros se disminuyeron gradualmente, suspendiéndose el quinto día post-operatorio. La succión gástrica obtuvo entre 200 y 250 ce diarios de líquido. El tubo de la To-racotomía se mantuvo conectado a la succión durante cuatro días; se cerró durante dos días, se hizo control radiográfico del Tórax, apreciándose franca mejoría; se quitó el tubo el séptimo día post-operatorio. Este día se le quitaron puntos alternos y se quitaron al día siguiente. Presentó fiebre hasta de 38° C. durante el 2<sup>o</sup> y 3er. días post-operatorios, desapareciendo al día siguiente. La evolución post-operatoria fue satisfactoria y salió del Hospital 11 días después de su ingreso en buen estado general.

**CUADRO No. 4**  
**LAPAROTOMIAS EXPLORADORAS CLASIFICADAS SEGUN DIAGNOSTICO Y ORGANOS LESIONADOS**

No. DE CASOS	DIAGNOSTICO	ORGANOS LESIONADOS								
		Intestino delgado, No. de casos.	Intestino grueso No. de casos.	Estómago No. de casos.	Higado No. de casos.	Sazo No. de casos.	Diafragma No. de casos.	Riñón No. de casos.	Epipión No. de casos.	Mesenterio No. de casos.
9	<i>Herida penetrante abdomen por arma de fuego.</i>	6	3	3	2	1	2	1	7	6
6	<i>Herida penetrante abdomen por arma blanca.</i>	6	0	0	0	0	0	0	6	0
2	<i>Traumatismos abdominales cerrados</i>	2	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>17</b>	<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>6</b>

## HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN POR ARMA BLANCA

Como antes mencioné, atendimos 6 pacientes con heridas penetrantes de abdomen por arma blanca.

Todos los casos correspondieron a pacientes del sexo masculino; en cuanto a la edad de los pacientes, un caso correspondió a un niño de 11 años de edad, y cinco casos correspondieron a pacientes de edad adulta. Como puede apreciarse en el Cuadro N° 4, los seis pacientes presentaron lesiones en el intestino delgado y el epiplón únicamente. Ingresaron al Hospital entre 2 y 4 horas después de sufrir la lesión; los instrumentos traumatizantes fueron navajas o puñales pequeños; todos refirieron dolor en la zona lesionada del abdomen y hemorragia externa moderada.

*Al Examen Físico:* Los seis pacientes fueron internados en buen estado general. La presión arterial presentó cifras que variaron entre 110/60 y 120/70. El pulso varió entre 85 y 100 por minuto; la respiración osciló entre 22 y 25 X'. La temperatura varió entre 37° c. y 38° 5' C. Signos positivos: se apreció herida en región aüdominal; en tres casos la herida estaba localizada en la región umbilical; en un caso en el naneo derecho y en otro estaba localizado en el Hipocondrio izquierdo. En otro paciente estaba localizada la herida en la fosa ilíaca izquierda. Por otra parte, cuatro pacientes presentaron procidencia del intestino delgado. La hemorragia externa fue de poca cantidad en todos los casos. Dolor a la palpación de la región abdominal lesionada. En ningún caso apreciamos resistencia de pared abdominal ni signo de rebote. La percusión fue normal y se percibieron ruidos intestinales normales en todos los casos.

*Datos de Laboratorio:* El examen hematológico reveló anemia moderada en todos los casos. Tipo sanguíneo: Tipo O Rh positivo en cuatro pacientes, Tipo A Rh positivo en un paciente y Tipo B Rh positivo en el otro paciente. El examen de orina fue normal en todos los casos.

La radiografía simple del abdomen reveló la presencia de gas libre en la cavidad peritoneal en todos los casos.

*Tratamiento Pre-Operatorio:* Nada por boca. Sonda Naso-gástrica y succión continua; Penicilina: 600.000 U.I.M. Antitoxina tetánica 3.000 U.I.M. Estreptomina 1g. I.M. Suero Glucosado al 10% 1.000 ce. + Terramicina 250 mgs. I. V. gota a gota.

Preparar región abdominal para operación quirúrgica. La operación abdominal se practicó a más tardar 2 horas después del ingreso de los pacientes al Hospital. Medicación pre-anestésica: En el paciente de 11 años de edad, se indicó Demerol 30 mgs. y Atropina Vz ampolla I.M. En los demás pacientes se indicó Demerol 50 mgs. y Atropina 1 ampolla I.M.

*OPERACIÓN:* En todos los casos se abrió la pared abdominal por planos, según la técnica acostumbrada. En cuatro casos practicamos incisión paramediana infraumbilical derecha, en un caso hicimos incisión paramediana supraumbilical izquierda, y en un caso, incisión paramediana infraumbilical izquierda. Encontramos material intestinal libre en cavidad abdominal en cantidad moderada en todos los casos, la hemorragia interna también fue moderada. Se aspiró el material intestinal y la sangre libre en la cavidad peritoneal.

Como indiqué anteriormente, en todos los casos había lesión del Epiplón y del intestino delgado; en los pacientes que presentaron procidencia del epiplón mayor, se practicó la resección del fragmento epiploico sin introducir éste en la cavidad peritoneal, siguiendo la técnica antes descrita; las heridas en el epiplón se suturaron en la misma forma, con Cat-gut crómico 00. Dos pacientes presentaron un fragmento del intestino delgado, hasta 5 cms. de longitud, bastante lesionado, por lo cual decidimos practicar la resección intestinal, siguiendo la misma técnica. Cuatro pacientes presentaron 1 a 2 perforaciones en el intestino delgado; se le practicó enterografía siguiendo la técnica antes mencionada.

Después de revisar el resto de la cavidad abdominal y no encontrando otras lesiones, cerramos la herida operatoria por planos, siguiendo la técnica clásica. En todos

les casos irrigamos la cavidad abdominal con suero Fisiológico tibio, aspirando nuevamente; instilamos también terramicina 250 mgs. en 20 ce. de Suero Fisiológico en la cavidad perito-neal. En todos los casos se transfundieron durante la operación, sangre 500 ce.; se continuó transfundiendo el Suero Glu-cosado al 10% indicado anteriormente, Solución 1/6 Molar de Lactato de Sodio 250 ce. I.V. gota a gota. Anestesia: Penthotal 0.5 gm. I.V. en el paciente de 11 años de edad y 1 gm. I.V. en los demás pacientes; Ether por intubación endotraqueal, Quelicín en Suero Glucosado al 5% I.V. gota a gota, 02. Los pacientes salieron de la Sala de Operaciones en buen estado general con signos vitales normales.

*Tratamiento Post-Operatorio:* Tanto el tratamiento como la evolución en el período post-operatorio, fueron iguales que en los pacientes a quienes se les practicó enterorrafias y resecciones intestinales por lesiones intestinales producidas por arma de fuego. Salieron del hospital en buen estado general, 10 días después de su ingreso.

#### TRAUMATISMOS ABDOMINALES CERRADOS:

*Traumatismos Abdominales Cerrados:* Únicamente se presentaron dos casos de traumatismo abdominal cerrado. Los dos casos correspondieron a pacientes de edad adulta y del sexo masculino. Por otra parte, los dos pacientes ingresaron al Hospital 4 y 5 días después de sufrir el traumatismo, respectivamente. Uno de los pacientes sufrió un puntapié en la parte inferior de la región epigástrica; acusó dolor en todo el abdomen, intenso y continuo; además, náuseas y vómitos de tipo alimentario; los dos últimos vómitos fueron sanguinolentos, con coágulo sanguíneos negruzcos. El otro paciente sufrió caída de un camión, recibiendo el traumatismo directamente en la región abdominal, con laceraciones cutáneas en la cara y los muslos; se quejó de dolor abdominal intenso y continuo; ese día había ingerido regular cantidad de bebidas alcohólicas,, habiendo cooperado muy poco al interrogatorio.

*Al Examen Físico:* El estado general de los pacientes a su ingreso fue bueno. Los signos vitales fueron normales. Signos Positivos: Dolor acentuado a la palpación abdominal superficial y profunda; resistencia moderada de pared abdominal, con signo de rebote esbozado. La percusión no reveló alteración. Ruidos intestinales disminuidos en su intensidad.

La radiografía simple del abdomen reveló la presencia de aire libre en la cavidad peritoneal, así como niveles líquidos en ambos pacientes.

*Tratamiento Pre-Operatorio:* En los dos pacientes se indicó el mismo tratamiento preoperatorio, anotado anteriormente. Se les practicó la operación quirúrgica abdominal dos horas después de su ingreso. Medicación Pre-anestésica: De-merol 50 miligramos I.M. y atropina 1 ampolla I.M.

*OPERACIÓN:* Se les practicó Laparotomía exploradora mediante incisión paramediana supraumbilical derecha en un caso, y mediante incisión paramediana larga en el otro caso, abriéndose la cavidad abdominal por planos, conforme a la técnica clásica. En ambos pacientes encontramos moderada cantidad de material intestinal y pequeña cantidad de sangre libre en la cavidad peritoneal, que se aspiraron. En un caso encontramos dos perforaciones en el yeyuno en su parte distal, de bordes irregulares; se rectificaron los bordes de las heridas, dirigiéndose éstas en sentido perpendicular al eje longitudinal del intestino; luego procedimos a practicar la sutura (entero-rrafia) de las perforaciones, siguiendo la técnica antes mencionada. En el otro paciente encontramos un segmento de 15 cms. de longitud del íleon proximal destruido y necrótico, dos perforaciones en el íleon terminal, de bordes irregulares, y un segmento de 10 cms. de longitud del íleon terminal, también destruido y necrótico. Practicamos la resección de los dos segmentos intestinales destruidos antes mencionados, seguida de enteroanastomosis término-terminal en la forma antes descrita; las dos perforaciones en el íleon terminal se repararon en la misma forma. Se revisó el resto de la cavidad abdominal, no encontrándose otra patología. Seguidamente irrigamos la ca-

vidad peritoneal con suero Fisiológico tibio y se aspiró. En estos casos también instilamos Terramicina 250 mgs. disuelta en 20 ce. de suero Fisiológico en la cavidad peritoneal. Luego procedimos a cerrar la herida operatoria por planos, según la técnica clásica. Durante la operación se continuó transfundiendo el suero Glucosado indicado anteriormente; además se transfundió sangre 500 ce. más Benadryl 2 ce. I.V. a 50 gotas por minuto en ambos casos, y se les comenzó a transfundir solución 1/6 molar de Lactato de Sodio 250 ce. I.V. a 45 gotas por minuto.

*Anestesia:* Pentotal 1 gm. I.V. Ether mediante la técnica endotraqueal, Quelicín en suero Glucosado al 5% I.V. gota a gota. 02.

Los pacientes salieron de la sala de operaciones en estado general satisfactorio, con signos vitales normales.

*Tratamiento Post-Operatorio:* En ambos casos seguimos el tratamiento Post-Operatorio que se indicó en los pacientes a quienes les practicamos resención intestinal con enteroanostomosis término-terminal y enterorrafía, debido a que la evolución de los pacientes en el período post-operatorio fue prácticamente la misma, es decir, satisfactorio. Salieron del Hospital en estado general bueno, 10 días después de su ingreso.

La radiografía fetopélvica reveló los siguientes datos: El diámetro anteroposterior mesopélvico varió entre 9 y 9.5 cms. en tres pacientes, el diámetro mesopélvico transverso (interespinoso o biciático) varió entre 8 y 9 cms. en dos pacientes; una paciente tenía diámetro mesopélvico transverso de 8.5 cms. y el diámetro mesopélvico anteroposterior de 10.5 cms.

*Distocia por presentación transversa:*

Dos casos correspondieron a pacientes multíparas y un caso a una paciente primigrávida, cuyas edades fueron de 25, 23 y 14 años, respectivamente, solteras, dedicadas a oficios domésticos. Al ingresar al Hospital, las tres pacientes presentaban embarazo a término y se encontraban en trabajo de parto desde hacía 6 a 8 horas. En los tres casos se trató de presentación transversa, A.I.D.A. Los latidos fetales presentaron una frecuencia de 104 X'. El borramiento del cuello uterino varió entre 40 y 50% y la dilatación del mismo osciló entre 3 y 4 cms.; la presentación se encontró en primer plano. La bolsa de las aguas se encontró íntegra en todos los casos. Las contracciones uterinas se presentaron cada 2 a 3 minutos. Los signos vitales fueron normales en las tres pacientes.

*Datos de Laboratorio:* El examen hematológico reveló anemia ligera en las tres pacientes. Tipo sanguíneo: ORh positivo en los tres casos. El examen de orina fue normal. La radiografía fetopélvica confirmó la presentación transversa en los tres casos. Los diámetros pélvicos se encontraron normales.

*Distocia de Contracción:*

Los tres casos correspondieron a inercia uterina en pacientes grandes multíparas, con edad de 42, 40 y 39 años, solteras y dedicadas a oficios domésticos. Ingresaron al Hospital con embarazo a término, en trabajo de parto que había comenzado entre 6 y 8 horas antes de su ingreso, refiriendo contracciones uterinas cuya frecuencia e intensidad no aumentaban. En las tres pacientes se comprobó presentación Cefálica, O.I. I.A. La frecuencia de los latidos fetales fue de 120 X' en los



tres casos. El borramiento del cuello uterino osciló entre 40 y 60% y su dilatación varió entre 3 y 4 cms., la presentación se encontró entre el primero y segundo planos. La bolsa de las aguas se encontró íntegra en las tres pacientes. Presentaron una contracción uterina cada 7 a 8 minutos. Los signos vitales fueron normales en las tres pacientes.

*Datos de Laboratorio:* El examen hematológico reveló anemia moderada en los tres casos. Tipo sanguíneo 0 Rh positivo en las tres pacientes. El examen de orina fue normal en dos pacientes, revelando indicios de albúmina en una paciente.

*Placenta Previa:*

Un caso correspondió a una paciente de 28 años de edad, múltipara; otro caso correspondió a una paciente de 32 años de edad, múltipara también, y el otro caso a una paciente de 40 años de edad, múltipara. Se trató de pacientes solteras, dedicadas a oficios domésticos, residentes en medios rurales. En dos casos la edad del embarazo era 8 meses y en un caso de 34 semanas. Al ingresar al Hospital refirieron aparición de hemorragia vaginal hacía 5 a 6 horas; la hemorragia se presentó en forma súbita, siendo abundante, sin coágulos sanguíneos; negaron dolor en el abdomen y región lumbar; la hemorragia aumentó durante el traslado de las pacientes al Hospital; refirieron también debilidad general creciente, sensación de mareo continuo. Por el examen abdominal se diagnosticó presentación cefálica O.I.I.A. en dos casos, y O.I.D.A. en un caso.

El foco fetal presentó una frecuencia entre 130 y 150 latidos por minuto. No se apreciaron contracciones uterinas. La P.A. varió entre 70/50 y 80/60; el pulso osciló entre 100 y 110 X'; la respiración fue de 22 a 24 X' y la temperatura osciló entre 36°5' y 36°8'C. El tacto vaginal se practicó cuando las pacientes y el equipo de la Sala de Operaciones se encontraban listos para operación cesárea de urgencia.

*Datos de Laboratorio:* El examen hematológico reveló anemia moderada en las tres pacientes. Tipo Sanguíneo 0 Rh positivo en dos pacientes y A Rh positivo en una paciente. El examen de orL:a fue normal en las tres pacientes.

*Desprendimiento prematuro de placenta:*

Solamente atendimos un caso de desprendimiento prematuro de placenta que correspondió a una paciente de 38 años de edad, múltipara, casada, dedicada a oficios domésticos y residente en Comayagua. Ingresó al Hospital con embarazo de 35 semanas de edad, refiriendo que hacía aproximadamente 30 minutos le apareció hemorragia vaginal en cantidad moderada, expulsando sangre negruzca con coágulos sanguíneos de pequeño tamaño; al mismo tiempo le apareció dolor intenso en la mitad inferior del abdomen y en la región dorsolumbar continuo, cuya intensidad había aumentado progresivamente. Debilidad general moderada, ligera sensación de mareo continuo. No dio otro dato de importancia. Mediante el examen abdominal se comprobó presentación cefálica O.I.I.A.; había contracción uterina acentuada, con pequeños momentos en que disminuía ligeramente; la palpación del útero fue bastante dolorosa. El foco fetal se percibió con una frecuencia de 180 latidos por minuto, bastante débiles.

El tacto vaginal decidimos practicarlo antes de la operación cesárea, cuando la paciente y el equipo de Sala de Operaciones estuvieron listos para dicha operación. P.A.: 100/60, Pulso: 100 X', Respiración: 22 X', Temperatura: 37°C.

*Datos de Laboratorio:* El examen hematológico reveló anemia de grado moderado. Tipo sanguíneo: 0 Rh positivo. El examen de orina informó albúmina positiva -|—|.

*Tratamiento Pre-Operatorio:* En todos los casos se indicó nada por boca. Suero glucosado al 10% 1.000 cc. I.V. gota a gota. A las pacientes con inercia uterina se administró Pitocín 10 unidades en el suero glucosado al 10% antes anotado, por vía intravenosa a 30 gotas por minuto; esperamos una hora para que las contracciones uterinas fueran normales; no obteniéndose resultado favorable y teniendo en cuenta que los latidos fetales disminuyeron en frecuencia, decidimos practicar la operación cesárea, previa medicación anestésica. A las pacientes con placenta previa y desprendimiento prematuro de — 47 —

placenta se les comenzó a transfundir sangre 500 cc. más Be-nadryl 2 cc. I.V. a 60 gotas X', en vista de que la hemorragia vaginal se acentuó después de ingresar al Hospital. En todas las pacientes se preparó la región abdominal y genital para operación cesárea, dejándoseles sonda uretral. A excepción de las pacientes con inercia uterina, que fueron operadas 2 horas y 30 minutos después de su ingreso, en las demás pacientes se practicó la cesárea a más tardar 1 hora y media después de su ingreso al Hospital. Medicación pre-anestésica: Demerol 50 mgs. I.M. y Atropina 1 ampolla I.M. En los casos de placenta previa se registraron los signos vitales inmediatamente antes de la operación, dando las siguientes cifras: P.A.: varió entre 80/60 y 90/70; el pulso varió entre 100 y 110 X'; la respiración osciló entre 22 y 24 X'. En los demás casos los signos vitales inmediatamente antes de la operación fueron normales.

*OPERACIÓN:* Antes de iniciar la operación, y estando las pacientes en la mesa de la Sala de Operaciones, se practicó el tacto vaginal en los casos de placenta previa y en el caso de desprendimiento prematuro de placenta; en los primeros se comprobó placenta previa parcial, aumentando considerablemente la hemorragia al practicar el tacto, se aumentó entonces la velocidad de transfusión de la sangre a 70 gotas por minuto y se colocaron las pacientes en posición de Traende-lemburg. En el caso de desprendimiento prematuro de placenta, el tacto vaginal aumentó moderadamente la hemorragia. En todas las pacientes se practicó cesárea segmentaria. Se hizo incisión mediana infraumbilical, cortando piel y tejido celular subcutáneo, pinzándose los vasos sanguíneos seccionados con pinzas Kelly; luego incidimos fascia anterior en la misma dirección y después fascia posterior y peritoneo parietal anterior. En el caso de desprendimiento prematuro de placenta, encontramos el cuerpo uterino con dos zonas de coloración oscura, localizadas en el fondo y la pared anterior, de 3 a 4 cms. de diámetro cada una; el resto del útero presentó aspecto normal. Localizamos el segmento inferior del útero y se hizo incisión transversal a este nivel, incindiendo el peritoneo que

cubre el cuerpo uterino; se separó la vejiga; luego incindimos el músculo uterino en la misma dirección con bisturí, en una longitud de 3 cms., ampliándola con los dedos; luego cortamos la bolsa de las aguas, aspiramos el líquido anmiótico y extrajimos el feto; se le aplicaron dos pinzas Kelly grandes en el cordón umbilical a 5 cms. de la pared abdominal del feto, y se cortó el cordón entre las pinzas. Se extrajeron la placenta y las membranas, comprobándose el diagnóstico en los casos de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta; inmediatamente se administró Pitocín 5 U.I.V. directamente. Exteriorizamos la matriz en vías de involución; cerramos la herida operatoria del Útero, comenzando con puntos separados en X de Cat-gut crómico 00 y comprendiendo el miómetrio y en-dómetrio, hasta que desapareció la hemorragia a nivel de la herida. Luego suturamos el peritoneo visceral con puntos continuos de Cat-gut crómico 00. Se aspiró la sangre libre en la cavidad peritoneal y se colocó el útero en situación normal. Después suturamos por planos, según la técnica clásica, la herida operatoria de la pared abdominal.

Durante la operación se transfundió 1 pinta de sangre a todas las pacientes; en los casos de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, se terminó de transfundir la sangre indicada anteriormente y se comenzó a transfundir otra pinta de sangre I.V. a 60 gotas por minuto. Anestesia: Presu-ién 1 mg. I.V., 02 mediante mascarilla. Las pacientes salieron de la Sala de Operaciones en buen estado general, con signos vitales normales. El niño de la paciente con desprendimiento prematuro de la placenta murió pocos minutos después de la cesárea, a pesar de los esfuerzos que se hicieron por salvarle la vida.

*Tratamiento Post-Operatorio:* Se terminó de transfundir la sangre. Methergín 1 ampolla I.M. cada 6 horas N<sup>o</sup> 2. Penicilina 600.000 U.I.M. q.d. Control de signos vitales cada 30 minutos. Vigilancia por hemorragia. Novalgina 1 ampolla I.M. cada 6 horas P.R.N. por dolor. Cateterismo vesical cada 8 ho-

ra si no orinaba espontáneamente. Suero mixto 1.000 ce. I.V. a 50 gotas por minuto. Suero Fisiológico 1.000 ce. I.V. a 45 gotas por minuto. El segundo día post-operatorio se movilizaron en cama y se les indicó dieta líquida, disminuyéndose los sueros a 2.000 ce. I.V. gota a gota. El tercer día pos-operatorio se levantaron, se les indicó dieta líquida, disminuyéndose los sueros a 1.000 ce. I.V. gota a gota. El cuarto día post-operatorio se levantaron, se les indicó dieta blanda y se suspendieron los sueros. Las pacientes defecaron entre el segundo y el tercer día del post-operatorio. La evolución en el período post-operatorio fue satisfactoria; los signos vitales permanecieron normales, presentaron escasa hemorragia vaginal durante el primer y segundo día post-operatorio, que desapareció. La curva térmica se mantuvo normal. A partir del cuarto y quinto días post-operatorios, se les indicó dieta corriente. No presentaron distensión abdominal. Se les quitaron los puntos de sutura de piel alternos el séptimo día post-operatorio y se terminaron de quitar al día siguiente. Salieron del Hospital 9 días después de su ingreso, en buen estado general.

### CUADRO Nº 6

#### OPERACIONES CESAREAS CLASIFICADAS SEGUN EL DIAGNOSTICO

D I A G N O S T I C O	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
Desproporción Céfalopélvica .	6	37.50%
Placenta Previa .....	3	18.75%
Distocias de Partes Blandas ..	3	18.75%
Presentación Transversa .....	3	18.75%
Desprendimiento Prematuro de Placenta .....	1	6.25%
T O T A L.....	16	100.00%

## APENDICITIS AGUDA

Se presentaron 8 casos de apendicitis aguda, es decir, el 16% del total de emergencias abdominales tratadas quirúrgicamente. De estos 8 casos, 5 se presentaron en pacientes del sexo masculino y 3 en pacientes de sexo femenino. En cuanto a la edad de los pacientes, 3 casos correspondieron a pacientes cuya edad osciló entre los 11 y 13 años, dos casos a pacientes cuya edad osciló entre los 18 y 20 años, 1 caso a un paciente de 22 años, un caso a un paciente de 26 años y 1 caso a un paciente de 43 años.

De los 8 casos antes mencionados, en 4 pacientes se confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda sin complicaciones, y en 4 pacientes se trató de apendicitis aguda complicada. A continuación describo los casos de apendicitis aguda no complicada y después los casos de apendicitis complicada.

### *Apendicitis aguda no complicada;*

Podría hacer una descripción en general de los 4 casos de apendicitis aguda no complicada, ya que presentaron prácticamente el mismo cuadro clínico y la misma evolución, pero describo dos casos en particular, debido más que todo, a que se trata de dos pacientes en edad escolar.

*CASO N<sup>o</sup> 1.*—Paciente de 11 años de edad, sexo masculino, escolar, residente en La Paz. Se presentó al Hospital SANTA TERESA, acompañado de su padre; seis horas antes de su ingreso le había aparecido dolor acentuado en la región peri-umbilical, el cual se irradió y se localizó en la fosa ilíaca derecha, de intensidad creciente. Al mismo tiempo notó fiebre de intensidad moderada, sin escalofrío precedente. Dos vómitos de tipo alimentario en cantidad moderada; no manifestó otro síntoma positivo.

*Al Examen Físico:* Presión arterial de 100/60. pulso de 80 por minuto. Temperatura de 38<sup>o</sup>2' C. y respiración de 22 por minuto. Signos positivos: dolor acentuado a la palpación

superficial y profunda en fosa ilíaca derecha, con ligera resistencia de pared abdominal y signo de rebote ligeramente positivo en la misma región. Tacto rectal doloroso en el lado derecho.

*Datos de Laboratorio:* Examen de orina normal, el examen Hematológico reveló ligera anemia y leucocitosis de 14.800 gb. m.m.3 con Neutrofilia de 82%. Tipo sanguíneo: A rh positivo.

*Tratamiento Pre-Operatorio:* Se suprimieron las ingestas, Suero Glucosado al 10% 1.000 ce. más 1 ampolla de Ambravena; commel 1 ampolla I.M. Se preparó la región abdominal para operación quirúrgica. Se operó 2 horas después de su ingreso. Medicación pre-anestésica: Demerol 30 mgs. I.M. y Escopolamina Vi ampolla I.M.

*OPERACIÓN:* Se practicó incisión paramediana infraumbilical derecha, cortando piel y tejido celular subcutáneo. Se hizo hemostasia. Se colocaron segundos campos, se incide fascia anterior en la misma dirección, reclinando el músculo recto anterior del abdomen hacia afuera de la línea media. Luego se incide fascia posterior y peritoneo parietal en la misma dirección. Se procede a revisar la cavidad abdominal, comenzando en la fosa ilíaca derecha, encontrándose el apéndice vermiforme normalmente situado en el ciego, engrosado y alargado, con hiperemia intensa, no perforado. Se procede a practicar la apendicectomía; se corta el mesoapéndice entre pinzas Kelly, haciendo luego sutura con puntos de transfixión usando Cat-gut crómico 00 en el mismo y separándolo así del apéndice. Se procede luego a hacer sutura en sorjete alrededor de la base del apéndice con seda quirúrgica 00, fijando los extremos de la seda con pinzas Kelly, a 1cm. de la base del mismo; se liga después con seda 00 a 0.5 cm. por debajo de la pinza Kelly, se secciona con bisturí entre la pinza Kelly y la ligadura y se elimina. Se aplica yodo y alcohol en el muñón apendicular, luego se fija éste con pinza Kelly, se ajusta la sutura en sorjete practicada previamente y se anuda,



quedando el muñón apendicular debajo de dicha sutura. Se revisó el resto de la cavidad abdominal y sus órganos, no encontrándose otra patología. Después se cierra la pared abdominal por planos: peritoneo y fascia posterior con sutura continua, usando Cat-gut crómico 00; fascia anterior con sutura en puntos separados, usando seda 00; tejido celular subcutáneo con Cat-gut simple en puntos separados y piel con sutura en puntos de colchonero, usando hilo de algodón. Anestesia: Pentotal 0.5 gm. I.V. Ether mediante la técnica endotraqueal, Quelicín como relajante muscular en suero glucosado al 5% I.V. gota a gota. El paciente sale de Sala de Operaciones en buenas condiciones. Presión arterial: 100/60; pulso: 88 X', respiración: 24 X'. Durante la operación se transfundió sangre 250 ce. I.V. a 35 gotas por minuto.

*Tratamiento Post-Operatorio:* Se terminó de pasar el suero glucosado al 10% con 1 ampolla de Ambravena I.V.; suero Fisiológico 1.000 ce. I.V. y suero Mixto 500 ce. IV. para las primeras 24 horas; además nada por boca. Penicilina 600.000 U.I.M. conmel V2 ampolla I.M. cada 6 horas P.R.N. por dolor. Control de signos vitales cada hora durante las primeras 12 horas. Vigilancia estricta. La evolución post-operatoria fue satisfactoria. Se movilizó en cama al día siguiente de la operación, se suprimieron los sueros en forma gradual. El segundo día post-operatorio se levantó y se le indicó dieta líquida. Al tercer día post-operatorio se le suprimieron los sueros. Continuó con Penicilina 600.000 U.I.M. cada día. El cuarto día, dieta blanda. Después, dieta corriente. Se le quitaron los puntos de sutura de piel, al séptimo día post-operatorio y se le dio de alta, habiendo salido del Hospital en buen estado general.

*CASO N<sup>o</sup> 2.*—Paciente de 13 años de edad, sexo femenino, escolar, residente en Comayagua, se presentó al Hospital, acompañada de sus padres, quienes refirieron la siguiente sintomatología: Hace cinco días, le apareció un dolor en hipocondrio derecho de tipo continuo y de intensidad moderada. Al parecer no presentó otra sintomatología. Al día siguiente, el dolor se irradió y se localizó en fosa ilíaca derecha, haciéndose más

intenso; ese mismo día le apareció fiebre de intensidad moderada, acompañándose de ligero malestar general no definido. Continuó con esta sintomatología que se acentuó en forma progresiva. El día anterior a su ingreso al Hospital el dolor y la fiebre se habían acentuado notablemente, presentando además náuseas y dos vómitos de tipo alimentario; el dolor localizado siempre en la fosa ilíaca derecha, no refiriendo otro síntoma positivo.

Examen Físico: Presión arterial 100/70; pulso: 110 X', T. 38<sup>9</sup>' C; R. 22' Signos positivos: dolor intenso a la palpación superficial y profunda en fosa ilíaca derecha, con signo de rebote insinuado en la misma región. Tacto rectal doloroso en el lado derecho.

*Datos de Laboratorio:* Examen de orina: normal. Examen Hematológico: reveló anemia ligera, leucocitosis de 12.600 g.b. por m<sup>3</sup>, con neutrofilia de 82%. Tipo sanguíneo: 0 Rh positivo.

*Tratamiento Pre-Operatorio:* Nada por boca, suero gluco-sado al 10% 1.000 ce. más 1 ampolla de Ambravena I.V. gota a gota, novalgina 1 ampolla I. M. Preparar región abdominal para operación quirúrgica. Se operó 3 horas después de su ingreso. Medicación pre-anestésica: Demerol 50 mgs. I.M. y escopolamina 1 ampolla I.M.

*OPERACIÓN:* Se practicó apendicectomía siguiendo la técnica descrita en el caso anterior. Se encontró el apéndice un tanto alargado y considerablemente engrosado e hiperémico, *en posición normal en el ciego.* En el resto de la cavidad abdominal no se encontró otra patología. Anestesia: Pentotal Vi gm. I.V. Ether mediante técnica endotraqueal, Quelicín como relajante muscular en suero I.V. gota a gota 02. La paciente salió de Sala de Operaciones en buenas condiciones: P.A. 100/60; pulso: 80 X'; respiración: 22 X'. No hubo necesidad de transfundir sangre durante la operación.

*Tratamiento Post-Operatorio:* Se terminó de pasar el suero glucosado al 10% 1.000 ce. más 1 ampolla de Ambravena

I.V. gota a gota; además se le indicaron suero fisiológico 1.000 ce. I.V. gota a gota, suero mixto 500 ce. I.V. gota a gota, para las primeras 24 horas. Respecto a las otras indicaciones postoperatorias, se siguieron las anotadas en el caso anterior. La evolución fue satisfactoria en el Post-operatorio. Se le quitaron puntos de sutura de piel al séptimo día post-operatorio y se le dio de alta. Salió del Hospital en buen estado general.

Los otros dos casos de apendicitis aguda no complicada presentaron prácticamente el mismo cuadro clínico y la misma evolución post-operatoria. Se trató de un paciente de 19 años de edad, soltero, labrador, presidiario en el Centro Penal de Comayagua y una paciente de 22 años de edad, casada, dedicada a oficios domésticos, residente en La Paz. Ambos pacientes se presentaron al Hospital, refiriendo dolor en la fosa ilíaca derecha, continuo, de intensidad creciente, con irradiación al muslo derecho. Fiebre de intensidad moderada, continua, náuseas y vómitos de tipo alimentario. No refirieron otra sintomatología.

En el primer paciente la sintomatología comenzó 3 días antes de su ingreso al Hospital; en el segundo caso la sintomatología comenzó 2 días antes de su ingreso.

*Al Examen Físico:* Presentaron signos vitales normales, con excepción de temperatura elevada, de 38<sup>o</sup>5' C. y 38<sup>o</sup>7'C, respectivamente. Los signos positivos encontrados fueron dolor intenso a la palpación superficial y profunda en la fosa ilíaca derecha con resistencia moderada de la pared abdominal a ese nivel. Tacto rectal doloroso en el lado derecho. El resto del examen físico fue negativo.

*Datos de Laboratorio:* Examen de orina: normal; hemato-lógico reveló ligera anemia y leucocitosis en ambos casos, de 13.600 y 12.700 g.b. por mm<sup>3</sup>., respectivamente, con Neutro-filia de 81 y de 82%. Tipo sanguíneo 0 Rh positivo en ambos casos.

*Tratamiento Pre-Operatorio:* Nada por boca. Suero gluco-sado al 10% 1.000 ce. más 1 ampolla de Terramicina de 250

mgs. I.V. gota a gota, iiovalgina 1 ampolla I.M. Preparación de región abdominal para operación quirúrgica. Fueron operados 2 horas después de su ingreso. Medicación pre-anestésica: Demerol 50 mgs. I.M. y escopolamina 1 ampolla I.M.

*OPERACIÓN:* A los dos pacientes se les practicó apendicectomía, siguiendo la misma técnica descrita anteriormente. Se les encontró el apéndice vermicular, engrosado, alargado y con hiperemia acentuada. Anestesia: Pentotal 1 gm. I.V. Ethev mediante técnica endotraqueal. Quelicín como relejante muscular en suero glucosado al 5% I.V. gota a gota, 02. Salieron de Sala de Operaciones en buen estado general, con signos vitales normales.

*Tratamiento Post-Operatorio:* Se le indicó terminar de pasar el suero glucosado indicado y además suero mixto 1.000 ce. y suero fisiológico 1.000 ce. I.V. gota a gota para las primeras 24 horas. Nada por boca. Penicilina 600.000 U.I.M. q.d. Noval-gina 1 ampolla I.M. c. 6 horas P.R.N. por dolor. Control de signos vitales cada hora, vigilancia. El segundo día post-operatorio se les transfundieron 2.000 ce. de líquidos por vía intravenosa, dieta líquida, se movilizaron en cama. El tercer día post-operatorio se les suprimieron los sueros, dieta blanda, se levantaron. El quinto día, dieta corriente continuaron con penicilina. Se quitaron los puntos de sutura de piel el séptimo día post-operatorio. Salieron en buen estado general.

#### *Apenaicitis Aguda Complicada:*

A continuación describo los casos de apendicitis aguda complicada. Dos de los pacientes presentaron apendicitis aguda perforada con peritonitis generalizada, los otros dos pacientes presentaron apendicitis aguda perforada con absceso periapendicular.

*CASO N? 1.*—Paciente de 12 años de edad, sexo masculino, escolar, residente en Cañe, Depto. de La Paz. Se presentó a la Emergencia del Hospital, acompañado de su padre, quien refirió la siguiente sintomatología: Hace 7 días le apareció

dolor en región supraumbilical, continuo; pocas horas después de su aparición, el dolor se irradió a la fosa ilíaca derecha, haciéndose más intenso. Fiebre de intensidad considerable, continua. Náuseas y vómitos alimentarios, acuosos, amarillentos, en número de 4 a 5 diarios. Hacía dos días el dolor se generalizó a todo el abdomen, volviéndose más intenso; la fiebre se hizo más intensa, con decaimiento franco del estado general. Además no defeca desde hace 2 días, notando distensión acentuada del abdomen.

*Examen Físico:* Paciente bastante decaído, estado general, deficiente, pálido, deshidratación grado I.P.A.: 90/50, Pulso: 120 X', temperatura: 39°C; respiración: 22 X'. Signos positivos: Corazón frecuencia cardíaca de 120 X'. Abdomen: Presentó distensión acentuada, inmóvil con los movimientos respiratorios; dolor a la palpación superficial y profunda en todo el abdomen; resistencia generalizada de la pared abdominal; signo de rebote positivo. A la percusión hay timpanismo acentuado. A la auscultación no se perciben ruidos intestinales; tacto rectal doloroso en lado derecho y cara anterior, ampolla rectal vacía.

*Datos de Laboratorio:* El examen hematológico reveló anemia moderada, leucocitosis de 15.400 g.b. x mm<sup>3</sup>, con neutro-filia de 86%. El examen de orina fue normal. Tipo sanguíneo O.Rh positivo. La radiografía simple de abdomen reveló dilatación y edema acentuados de asas intestinales, niveles líquidos; no se observó presencia de gas libre en la cavidad abdominal.

*Tratamiento Pre Operatorio:* Suero glucosado al 5% 1.000 ce. más Abrevina 250 mgs. I.V. a 30 gotas por minuto, solución 1/6 molar de Lactato de Sodio 250 ce. I.V. a 30 gotas por minuto, sangre 500 ce. más Benadryl 2 ce. I.V. a 30 gotas X', Penicilina 600.000 U.I.M.; Estreptomina 1 gm. I.M. Sonda nasogástrica y succión continua. Novalgina 1 ampolla I.M. Se preparó la región abdominal para operación quirúrgica. Nada por boca. Fue operado 6 horas después de su ingreso. Medi-

cación pre-anestésica: Demerol 50 mgs. I.M. y Escopolamina 1 ampolla I.M.

*OPERACIÓN:* Se practicó laparotomía exploradora, haciendo incisión paramediana infraumbilical derecha, siguiendo la técnica acostumbrada por planos. Se encontró cantidad considerable de secreción purulenta amarillenta, la cual se aspiró. Debido a la distensión intensa de las asas intestinales, no podía explorarse la cavidad abdominal, por lo cual se hizo una enterostomía y se aspiró intestino, con lo cual disminuyó considerablemente la distensión de las asas; luego se hizo sutura de la incisión de enterostomía que se hizo en el íleon proxi-mal practicando primero sutura que comprendió 3 capas intestinales con puntos continuos de Cat-gut crómico 00, después sutura seroserosa con seda quirúrgica 00, cubriendo la sutura anterior. Se siguió explorando cavidad abdominal, encontrándose adherencias y placas de fibrina entre las asas intestinales. Se localizó el apéndice vermicular, el cual se encontró prácticamente destruido en toda su longitud, engrosado y necrótico; el mesoapéndice se encontró necrótico y parcialmente despegado del apéndice. Se separó por completo el mesoapéndice del apéndice, incindiéndolo entre pinzas Kelly y haciendo puntos de transfixión con Cat-gut crómico 00; luego se reseco la parte dañada del mesoapéndice cortando entre pinzas Kelly y después puntos de transfixión con Cat-gut crómico 00. Se procedió luego a practicar la Apendicectomía, primero se hizo sutura en sorjete alrededor de la base del apéndice con seda quirúrgica 00, se colocó pinza Kelly por arriba de la ligadura, se cortó el apéndice entre la pinza y la ligadura y se elimina; se aplica yodo y alcohol en el muñón apendicular, luego se invagina éste, se ajusta la sutura en sorjete y se anuda. Se termina de aspirar secreción purulenta de la cavidad abdominal. Se explora el resto del abdomen, no encontrándose otra patología. Se irriga cavidad con suero Fisiológico tibio y se aspira nuevamente. Se deja 1 ampolla de Ambravena disuelta en 20 cc. de suero Fisiológico irrigándola en la cavidad abdominal. Se cierra pared abdominal por planos en la forma acostumbrada.

**Anestesia:** Pentotal 1/2 gramos I.VI. Ether mediante técnica endotranqueol, Quelicín en Suero I.V. gota como relajante muscular, 02. El paciente sale de Sala de Operaciones en buenas condiciones generales. PA: 100/60; pulso 110X'; respiración 24X'. Durante la operación se terminaron los sueros indicados anteriormente y la sangre; comenzándose a transfundir 250 ce. de sangre con Benadryl 1 ce. I.V. a 30 gotas X' y Suero Mixto 1.000 ce. más CLK 20 mleq I.V. a 30 gotas por minuto.

**Tratamiento Post-operatorio:** Se terminan de pasar Sueros indicados; Suero Fisiológico 500 ce. I.V. a 30 gotas por minuto; Suero 1/6 molar de lactado de sodio 250 ce. I.V. a 30 gotas por minuto, para las primeras 24 horas. Se continuó la succión gástrica continua durante los 3 días primeros del Post-operatorio, sonda rectal durante los primeros 4 días. El segundo, tercero y cuarto día se le indicaron 3.000 ce. 2.500 ce. y 2000 ce. de líquidos por vía intravenosa diariamente, con CLK 20 MIEq. diarios y Ambravena 1 ampolla de 250 mgs. diaria. Se continuó Penicilina 600.000 U.I.M. diarios y Estreptomina 1 gm. I.M. diario. El tercer día post-operatorio la distensión abdominal había disminuido considerablemente, por lo cual se retiró la sonda nasogástrica, continuándose nada por la boca y sonda rectal. Sólo hubo necesidad de catererismo versical durante el primer día post-operatorio; después orinó espontáneamente. El cuarto día post-operatorio defecó, se retiró la sonda rectal y se le indicó dieta líquida. El sexto y séptimo día se le indicó dieta blanda, después dieta corriente. La curva termina evolucionó en disminución, desapareciendo el octavo día. Se quitaron puntos alternos entre el séptimo y octavo día post-operatorio. Salió del Hospital 10 días después de su ingreso en buen estado general, indicándosele vitaminas y minerales 1 cápsula diaria durante 20 días.

**CASO N° 2.**—Paciente de 43 años de edad, de sexo masculino, soltero jornalero, residente en Comayagua. Ingresó al Hospital, con la siguiente sintomatología: Hace seis días se le inició dolor en región del flanco derecho, el cual se irradió pocas horas después a la fosa ilíaca derecha, dolor de tipo cólico, de

mo relajante muscular en suero gota a gota I.V., 02. Durante la operación se terminaron de transfundir los sueros indicados. La Paciente salió de Sala de Operaciones en condiciones genérale^ satisfactorias PA' 100/70 pulso 100X'; Respiración: 26X\

Tratamiento Pfcst.Operatorio: Solución 1/6 molar de lac-tato de Sodio 300 ce. I.V. gota a gota. Suero Glucosado al 10% 500 ce. I.V. gota a gota para la, primeras 24 horas; sonda naso-gástrica y succión continua; sonda rectal alta. Se continuó con succión gástrica continua hasta el tercer día Post-operatorio; se mantuvo con sueros por vía intravenosa hasta el 4<? día Postoperatorio en que se suspendieron por completo; este día defecó, iniciándose dieta líquida y se retiró la sonda rectal. El 5<sup>9</sup> día post-operatorio se le indicó dieta blanda. Después dieta corriente. Se continuó con Penicilina 600.000 U.I.M. cada día, Estreptomicina 1 gm. I.M. diario. Acromicina 500 mgs. en Sueros I.VV diariamente durante los cuatro primeros días Post-operatorios. Se quitaron puntos alternos el 7<? día y se terminaron de quitar el 8<? día Post-operatorio. Salió del hospital 9 días después de su ingreso, en buen estado general, indicándosele vitaminas y minerales 1 cápsula diaria durante 20 días.

**CASO N? 4.**—Paciente de 26 años de edad, de sexo masculino, soltero, jornalero, residente en Comayagua. Refirió la siguiente sintomatología a su ingreso al Hospital: Hace tres días le apareció dolor en la fosa ilíaca derecha, dolor permanente, que se acentuó progresivamente sobre todo en las últimas 20 horas; al mismo tiempo le apareció fiebre, cuya intensidad también ha aumentado progresivamente, continua; no defeca desde hace aproximadamente 28 horas, ni ha expulsado gases por el recto. Ha presentado vómitos alimentarios en número de 4 hoy, precedidos de náuseas, acentuadas. Refiere cefalea moderada, debilidad general moderada.

**Examen Físico:** RA. 100/70; pulso: 96 X'; Respiración: 26X'; Temperatura 38% 9'C. Signos positivos: abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa ilíaca derecha; hay franca resistencia de pared abdominal y signo de rebote



positivo en esta región; signo del psoas positivo al lado derecho. A la percusión hay timpanismo moderado en cuadrante inferior derecho. Ruidos intestinales disminuidos en frecuencia e intensidad; tacto rectal doloroso en el lado derecho.

**Datos de Laboratorio:** El examen hematológico reveló anemia moderada, leucocitosis de 14,200 g.b. X mm<sup>3</sup> con neutro-filia de 83%. El examen de orina fue normal. Tipo sanguíneo 0 rh. positivo.

**Tratamiento Pre-operatorio:** Suero glucosado a 10% 1.000 ce. más Acromicina 500 mgs. I.V. gota a gota. Estreptomina 1 gm. I.M. Penicilina 600.000 U.I.M. Suero Fisiológico 1.000 ce. más CLK 20 MIEq. I.V. gota a gota. Preparar región abdominal para operación quirúrgica. Nada por boca. Novalgina 1 ampolla I.M. Fue operado 6 horas después de su ingreso. Medicación pre-anestésica: Demerol 50 mgs. I.M. y escopolamina 1 ampolla I.M.

**OPERACIÓN:** Se efectuó laparotomía exploradora, abriendo la cavidad abdominal mediante incisión paramediana infra-umbilical derecha, siguiendo la técnica acostumbrada. Se encontró colección de material purulento en la fosa ilíaca derecha, rodeada de adherencias serofibrinosas; se aspiró dicha colección purulenta. El apéndice vermicular se encontró bastante engrosado y alargado, perforado en su extremidad distal; el mesoapéndice engrosado; se practicó la Apendicectomía siguiendo la misma técnica. Se exploró el resto de la cavidad abdominal, encontrándose distensión moderada del íleon terminal; no se encontró otra patología. Se irrigó la fosa ilíaca derecha con Suero Fisiológico tibio y se aspiró nuevamente. Se dejó en dicha región 500 mgs. de Acromicina disuelta en 20 ce. de Suero Fisiológico. Se cerró pared abdominal por planos en la forma acostumbrada. Anestesia: Pentotal 1 gm. I.V.; Ether mediante tubo endotraqueal, Quelicín en Suero gota a gota, 02. Durante la operación se terminaron de transfundir los Sueros indicados. Se le transfundió sangre 350 ce. I.V. gota a gota y se comenzó a transfundir solución 1/6 molar de Lactato de Sodio

500 ce. I.V. gota a gota. El paciente salió de Sala de Operaciones en estado general bueno, P. O. 110/79; Pulso: 90 X'; Respiración: 24 X'.

**Tratamiento Post-operatorio:** Se terminó de pasar la solución 1/6 Molar de Lactato de Sodio I.V. gota a gota. Se indicaron por vía intravenosa: Suero mixto 1.000 ce. y Suero Gluco-sado al 10% 500 ce.; succión gástrica continua, sonda rectal alta, nada por boca; Novalgina 1 ampolla I.M. c/6 horas P.R.N. por dolor.

La succión gástrica continua se suspendió el segundo día Post-operatorio; este día se continuó con sonda rectal y se indicó Prostigmina 1 ce. I.M. Al tercer día Post-operatorio defecó por lo cual se suspendió la sonda rectal, se indicó dieta líquida y se suspendieron los Sueros en forma gradual. El cuarto día Post-operatorio se indicó dieta blanda, después dieta corriente. Se continuó con Penicilina 600.000 U.I.M. diarios; Acromicina 500 mgs. en Suero, diariamente hasta el cuarto día; Estreptomicina 1 gm. I.M. q.d. Se quitaron puntos alternos el 7° y 8° días Post-operatorios. Salió del Hospital 10 días después de su ingreso en buen estado general.

## **OBSTRUCCIÓN INTESTINAL**

Tuvimos seis casos de obstrucción intestinal en total. Respecto a la edad de los pacientes, dos casos se presentaron en pacientes en edad pre-escolar, uno de 2 años y el otro de 4 años de edad, y cuatro casos en pacientes de edad adulta. En cuanto al sexo de los pacientes, se trataron de dos casos en pacientes del sexo femenino y cuatro casos en pacientes del sexo masculino. En lo que se refiere a la etiología de los casos de obstrucción intestinal que atendimos, dos casos fueron causados por áscaris y cuatro casos fueron causados por bridas postoperatorias. Por otra parte los dos casos de obstrucción intestinal causados por áscaris, correspondieron a los dos pacientes de edad pre-escolar; y los cuatro casos que fueron causados por bridas Post-operatorias, correspondieron a pacientes adultos.

A continuación describo los casos de obstrucción intestinal causados por áscaris y por bridas Post-operatorias.

## OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ASCARIS:

**CASO N.º 1.**—Paciente de dos años de edad, del sexo masculino, residente en Comayagua; llegó al Hospital acompañado de su madre, quien refirió los síntomas siguientes: Hace tres días le aparecieron vómitos alimentarios, habiendo presentado cuatro vómitos el primer día, en cantidad moderada. Ese mismo día notó distinción abdominal, que se ha intensificado progresivamente. Hace tres días también notó la ausencia de defecaciones, persistiendo así hasta el día de su ingreso al Hospital; no precisa si ha expulsado gases P<sup>o</sup>r el recto. Los vómitos se han hecho más intenso últimamente, expulsando todo lo que ingiere inmediatamente después; según la madre, el niño se queja de dolor abdominal difuso, al parecer de tipo cólico, presentado exacerbaciones frecuentes que alternan con períodos cortos de calma. Lo nota inquieto con llanto casi continuo, con mucosas bastante secas.

Pulso: 120X'; Respiración 36X'; T. 37 o. C; Peso 34 libras. Signos positivos: frecuencia cardíaca de 120 X'. Abdomen: simétrico, con distensión muy acentuada; dolor a la palpación en todo el abdomen, con resistencia ligera de pared abdominal; no parece haber signo de rebote. A la percusión hay timpanismo generalizado intenso. A la auscultación se perciben ruidos intestinales aumentados en frecuencia, 10 X' y aumentados en intensidad. Tacto rectal comprobó ampolla rectal vacía.

### DATOS DE LABORATORIO

El examen hematológico reveló anemia moderada, únicamente; el examen de orina fue normal. Tipo sanguíneo 0, Rh positivo. La radiografía simple del abdomen edema moderado y distensión intensa de asas del intestino delgado.

**Tratamiento Pre-operai'orio:** Nada por boca; sonda nasogás-trica y succión gástrica continua; Suero Glucosado al 5% 300 ce; Suero Fisiológico 200 ce; solución 1/6 molar de Lactato de Sodio 100 ce. y CLK 8 MIEq. mezclados I.V. a 35 gotas por minu-

to. Penicilina 400.000 I.M. Se preparó la región abdominal para operación quirúrgica. Fue operado 2 horas después de su ingreso. Medicación pre-anestésica: Demerol 20 mgs. I.M. y Atropina 1/3 de ampolla I.M.

Operación: Se practicó laparotomía exploradora, abriendo cavidad abdominal mediante incisión mediana infraumbilical y siguiendo la técnica acostumbrada. Al incidir el peritoneo parietal anterior, se produjo salida brusca de asas de intestino delgado muy dilatadas; se exploró el intestino delgado, encontrándose el sitio de la obstrucción a nivel del íleon terminal, más allá del cual las asas intestinales se encontraban normales; por palpación directa del asa obstruida, se percibió un nudo de áscaris; se hizo luego enterostomía en dicha asa, en su borde antimesentérico; se extrajeron mediante pinzas Kelly, 78 áscaris de tamaño variable que obstruían por completo el intestino; luego se aspiró el intestino dilatado, lográndose disminuir considerablemente la distensión. Se procedió a cerrar la enterostomía, haciéndose primero sutura que comprendió las tres capas intestinales, mediante puntos continuos de Cat-gut crómico 00. Después sutura seromuscular con seda quirúrgica 00 invaginándose la sutura anterior. Se exploró el resto de la cavidad abdominal no encontrándose otra patología. Se suturó pared abdominal por planos, según la forma acostumbrada. Durante la operación se terminó de transfundir la fórmula de Sueros indicados y se comenzó a transfundir nuevamente con las mismas cantidades I.V. para pasar en 12 horas; se transfundió sangre 259 ce. más Benadryl 1/2 ce. I.V. a 25 gotas X'.

Anestesia: Penthotal 150 mgs. IV. Ether mediante inhalación directa con mascarilla gota a gota, 02. El paciente salió de Sala de Operaciones en estado general satisfactorio, pulso 110X', Respiración 30 X'.

Tratamiento Post-operatorio: Se continuó succión gástrica continua durante 2 días, se transfundieron en la misma forma por vía intravenosa, 1.200 ce. en total diariamente durante 3 días; sonda rectal durante 2 días. Penicilina 400.000 U.I.M. Te.

rramicina 250 mgs. diarios en Sueros durante 3 días. Novalgi-r-a 1/2 ampollas I.M. cada 6 horas P.R.N. por dolor. El tercer día Post-operatorio defecó el paciente y se le suspendió la sonda rectal; el cuarto día Postoperatorio se le indicó dieta líquida y se suspendieron los Sueros. El quinto día se le inició dieta blanda en pequeñas cantidades aumentándolas progresiva\* mente. Se le quitaron puntos alternos el séptimo día, y se le terminaron de quitar el 8<sup>o</sup> día Post-operatorio. Salió del Hospital 10 días después de su ingreso, en buen estado general.

**CASO N° 2.**—Paciente de 4 años de edad, de sexo femenino, residente en la Aldea "Las Crucitas", San Jerónimo, Departamento de Comayagua. Llegó al Hospital, acompañada de su madre, quien manifestó los siguientes síntomas: hace dos días le apareció dolor abdominal, difuso, tipo cólico, presentando vómitos de tipo alimentario; expulsa los alimentos poco después de ingerirlos; refiere también que ha expulsado cuatro ascaris por la boca. Fiebre moderada, intermitente, seguida de sudoración moderada que apareció al mismo tiempo con el dolor abdominal; no ha defecado ni ha expulsado gases por el recto desde hace tres días; con frecuencia expulsa ascaris por el recto, desde hace aproximadamente seis meses.

Examen Físico: Paciente en estado general regular, inquieta, quejándose de dolor en abdomen; presenta sequedad acentuada de mucosas. Pulso: 110X'; Respiración: 32X'; Temperatura: 38.5°C; Signos positivos: frecuencia cardíaca 110X'; Abdomen simétrico, presentando moderada distensión; hay dolor a la palpación en todo el abdomen, no hay resistencia de pared abdominal ni signo de rebote. Se palpa tumoración inmediatamente por debajo del ombligo, de forma cilíndrica, de unos 7 cms. de longitud por unos 4 cms. de ancho, dispuesta en sentido transversal, bastante dolorosa, poco móvil, de consistencia dura, independiente de la pared abdominal. A la percusión hay timpanismo moderado generalizado. Ruidos intestinales aumentados en frecuencia, 12 X' y aumentados en su intensidad; al efectuar el tacto se encuentra ampolla rectal vacía.

**Dates de Laboratorio:** El examen hematológico reveló anemia moderada; el examen de orina fue normal; tipo sanguíneo 0Rh. positivo. La radiografía simple del abdomen informó edema ligero y distensión acentuada de asas del intestino delgado; opacidad de límites difusos en región infraumbilical.

**Tratamiento Preoperatorio.**—Nada por boca; sonda nasogástrica y succión continua; Suero Glucosado al 5% 300 ce; Suero Fisiológico 200 ce; Solución 1/6 molar de Lactato de Sodio 100 ce. y CLK 10 MIEq. mezclados por vía intravenosa a 30 gotas XT; Penicilina 400.000 U.I.M. Preparar región abdominal para operación quirúrgica. Fue operada 3 horas después de su ingreso al Hospital. Medicación Preanestésica: Demerol 25 mgs. 1 M., Escopolamina 1/2 ampolla I.M. y Fenegan 1/2 ampolla I.M.

**OPERACIÓN:** Se realizó Laparotomía exploradora, practicando incisión paramediana infraumbilical derecha y abriendo la cavidad abdominal según la técnica acostumbrada. Al explorar el intestino delgado se encontró dilatación acentuada de sus asas hasta la porción media del íleon, más allá del cual las asas eran normales; en el punto mencionado del íleon, se encontró una asa completamente ocupada por un nudo de ascáris, que obstruían por completo el intestino. Se hizo enterostomía en el borde antimesentérico de dicha asa en sentido transversal, en relación a su eje longitudinal; se extrajeron 93 ascáris mediante pinza Kelly; luego se aspiró el intestino, logrando disminuir considerablemente la dilatación del intestino. Se cerró la enterostomía practicando las suturas en la misma forma que el caso anterior. Se exploró el resto de la cavidad abdominal no encontrándose otra patología. Se cerró pared abdominal siguiendo la misma técnica. Durante la operación se terminó de transfundir la misma mezcla para pasarla en 12 horas; también se transfundió sangre 250 ce. más Benadryl 1 ce. I.V. a 30 gotas X'. Anestesia: Pentotal 250 mgs. I.V., Ether por inhalación directa mediante mascarilla gota a gota, O<sub>2</sub>. El paciente salió de Sala de Operaciones en buen estado general. Pulso: **100 X?**; Respiración: 30 X'.

**Tratamiento Post-operatorio.**—La evolución Post-operatoria fue prácticamente igual que el caso anterior; se mantuvo con los Sueros anotados durante los tres primeros días, suprimiéndose los gradualmente. Dieta líquida el tercer día Post-operatorio; el cuarto día Postoperatorio se le indicó dieta blanda, después dieta corriente. Succión gástrica continua, durante los dos primeros días Post-operatorios y sonda rectal. Penicilina 400.000 U.I.M.; Terramicina 250 mgs. en Sueros. Se quitaron puntos el séptimo día Post-operatorio. Salió del Hospital 9 días después de su ingreso, en estado general bueno.

### **OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS POST-OPERATORIAS**

**CASO N° 1.**—Paciente de 29 años de edad, de sexo femenino, casada, de oficios domésticos, residente en Comayagua. Llegó a la Emergencia del Hospital refiriendo la sintomatología siguiente: El día de ayer por la noche le apareció dolor abdominal agudo, generalizado en todo el abdomen, de tipo cólico, frecuente, de intensidad que ha aumentado progresivamente. Pocas horas después de la aparición del dolor comenzó a presentar vómitos, al principio de tipo alimentario, después acuosos, de color amarillento, fétidos y en cantidad considerable, habiendo presentado 6 vómitos hasta el momento. No ha defecado ni expulsado gases por el recto desde hace aproximadamente 28 horas. El día de hoy le apareció fiebre, de intensidad moderada, continua. Acusa debilidad general creciente. Hace cuatro meses le practicaron apendicetomía en este Hospital, en operación selectiva, por apendicitis crónica.

**Examen Físico:** Paciente en estado general regular, un tanto decaído, quejándose de dolor abdominal, difuso, tipo cólico. P.A.: 110/70; Pulso: 90X'; Respiración: 29X'; Temperatura: 37.9C. Signos positivos: mucosas se aprecian secas. Abdomen: Simétrico, moderadamente distendido, se perciben ruidos hidro-aéreos ligeros; dolor acentuado a la palpación superficial y profunda en todo el abdomen; hay ligera resistencia de pared ab-

dominal, no hay signo de rebote. A la percusión hay timpanismo moderado en todo el abdomen. Ruidos intestinales aumentados en su frecuencia, 11X'; e intensidad. Al practicar el tacto rectal se encuentra la ampolla rectal vacía.

Datos de Laboratorio: El examen hematológico solamente informó anemia ligera; el examen de orina fue normal; tipo sanguíneo 0 Rh. positivo.

La radiografía simple del abdomen: Edema moderado de las asas del intestino delgado con notable distensión de las mismas; se nota una asa de 12 cms. de longitud dispuesta en forma semi-circular con gran distensión y edema de la misma.

Tratamiento Pre-operatorio: Nada por boca, sonda nasogástrica y succión continua. Suero Glucósido al 10% 1.000 cc. más Terramicina 250 mgs. IV. gota a gota. Penicilina: 600.000 U.I.M. Buscapina compositum 1 ampolla I.V. lenta. Preparar región abdominal para operación quirúrgica. Fue operado 4 horas después de su ingreso al Hospital. Medicación Pre-anestésica: Demerol 50 mgs. I.M., escopolamina 1 ampolla I.M. y Benadryl 50 mgs. I.M.

OPERACIÓN: Se efectuó laparotomía exploradora, practicando incisión paramediana infraumbilical derecha.; se abrió la cavidad abdominal plano por plano, siguiendo la forma acostumbada. Se encontraron numerosas adherencias entre el Peritoneo parietal anterior y el epiplón mayor; se cortaron entre pinzas Kelly y se ligaron con puntos de transfixión usando Catgut crónico 00. Al continuar la exploración se encontraron otras bridas entre las asas del intestino delgado, las cuales se cortaron y se ligaron en la misma forma. Continuando la exploración, encontramos un vólvulo que afectaba un segmento de 15 cms. de longitud del íleon terminal, con necrosis intensa de dicho segmento; el vólvulo estaba producido por bridas. Se cortaron y ligaron las bridas siguiendo la misma técnica, luego se procedió a practicar la resección del segmento intestinal lesionado. Durante la operación la presión arterial descendió a 60/40; se colocó en posición de Trendelenburg, se le comen-



zó a transfundir sangre 500 ce. más Benadryl 2 ce. I.V. a 60 gts. X'. La presión arterial permaneció en las cifras anotadas durante 5 minutos, después comenzó a ascender hasta llegar a cifras de 90/60, 15 minutos después. Se le terminó de transfundir el Suero Glucosado indicado y se comenzó a transfundir solución 1/6 molar de Lactato de Sodio 500 ce. más CLK 20 MIEq. I.V. gota a gota, Anestesia: Pentotal 1 gm. IV., Ether por medio de tubo endotraqueal, Quelicin en Suero IV. gota a gota, O<sub>2</sub>. El paciente salió de Sala de Operaciones en regular estado general. P.A. 90/60; Pulso: 110X'; Respiración: 22X'.

Tratamiento Post-operatorio: Se terminó de transfundir la sangre y la solución 1/6 molar de Lactato de Sodio antes indicado<sup>1</sup>; Suero Fisiológico 1.000 ce. más Terramicina 250 mgs. I.V. gota a gota. Suero mixto 1.000 ce. IV. gota a gota. Nival-gina 1 ampolla I.M. c/6 horas. N<sup><?</sup> 2 ampollas. Control de signos vitales cada 15' hasta normalizarse; continuó con sonda naso-gástrica y succión continua durante los tres primeros días del Post-operatorio; se continuó con Sueros Glucosado al 10% Mixto y Fisiológico en total de 3.500 ce. diarios durante los tres primeros días del Post-operatorio; la succión gástrica continua obtenía de 200 a 250 ce. de líquido diarios. Se indicó CLK 20 MIEq. diarios en los Sueros. Se movilizó en cama el segundo y tercer días Post-operatorios. El cuarto día Postoperatorio se le disminuyeron los Sueros a 2.000 ce. I.V. gota a gota; se le retiró la succión continua, se levantó de la cama por momentos se le indicó dieta líquida en pequeña cantidad. El quinto día Post-operatorio se le administró Suero Glucosado al 10% 1.000 ce. I.V. gota a gota, se aumentó la ingestión de líquidos. El sexto día Post-operatorio se le suspendieron los Sueros y se indicó dieta blanda. Continuó con Penicilina 600.000 I.M. cada día. Terramicina 250 mgs. diarios en Sueros hasta que éstos se suspendieron. El séptimo día del Post-operatorio se le indicó dieta corriente y se le quitaron puntos alternos, los cuales se terminaron de quitar el día siguiente. La evolución Post-operatoria; no presentó distensión abdominal después que se le suspendió la succión gástrica continua. La curva térmica ascendió hasta

38.5°C el segundo día Post-operatorio, luego descendió y se normalizó el quinto día Post-operatorio. Salió del Hospital en buen estado general diez días después de su ingreso. Se le indicó vitaminas y minerales 1 cap. diaria durante 20 días.

Los otros 3 casos de obstrucción intestinal causada por bridas Post-operatorias los describo en conjunto, ya que tuvieron la misma etiología, se encontraron durante la operación los mismos hallazgos patológicos; se siguió la misma conducta quirúrgica y tuvieron prácticamente igual evolución Post-operatoria. Los 3 casos correspondieron a pacientes de edad adulta, de 18, 30 y 72 años de edad, respectivamente; todos del sexo masculino, jornaleros residentes en comunidades suburbanas. A uno de los pacientes se le había practicado apendicectomía en operación selectiva por ependicitis crónica, hacía 6 meses. A otro de los pacientes se le había practicado Colectomía en operación selectiva hacía 8 meses, por colecistitis crónica calculosa; por último al otro paciente se le había practicado dos resecciones intestinales y dos enterorrafias en una misma intervención quirúrgica, debido a traumatismo abdominal cerrado, hacía un mes y 12 días; este caso fue descrito anteriormente entre los casos de traumatismos abdominales cerrados.

Los 3 pacientes presentaron los mismos síntomas y signos de obstrucción intestinal: dolor abdominal difuso, tipo cólico, intenso y frecuente; vómitos alimentarios al principio, después acuosos, amarillentos y fétidos; ausencia de defecaciones y de expulsión de gases por el recto; febrícula, ligera debilidad general.

Los signos vitales fueron normales. Los tres casos presentaron ligero grado de deshidratación y los mismos signos positivos: distensión abdominal moderada, dolor a la palpación superficial y profunda del abdomen; ligera resistencia de pared abdominal sin signo de rebote; timpanismo generalizado moderado; ruidos intestinales aumentados en frecuencia e intensidad; ampolla rectal vacía.

Datos de Laboratorio: Únicamente revelaron anemia ligera en los tres casos. La radiografía simple del abdomen informó dilatación considerable de asas del intestino delgado, con edema moderado de las mismas.

Tratamiento Pre-operatorio: Se siguió la misma conducta descrita en el caso anterior para los tres pacientes. Fueron operados el mismo día de su ingreso al Hospital. Medicación Pre-anestésica: Demerol 50 mgs. I.M. y Atropina 1 ampolla I.M.

**OPERACIÓN:** A los tres pacientes se les practicó incisión paramediana infraumbilical derecha, abriendo cavidad abdominal por planos según la técnica clásica. Se comprobó la presencia de bridas entre el epiplón mayor y asas del intestino delgado y bridas entre las asas del intestino delgado, que producían obstrucción del mismo, en el íleon proximal y terminal, por aco-dadura de las asas. Se hizo extirpación de bridas, siguiendo la técnica descrita. No se encontró otra patología. La pared abdominal se cerró por planos, siguiendo la técnica clásica. Durante la operación se dieron las mismas indicaciones, pero a un paciente se le administró sangre 500 cc. I.V. por haber presentado descenso moderado de la presión arterial, a 80/60. Anestesia: Pentotal 1 gm. I.V., Ether mediante intubación endo-traqueal, Quelicín en Suero gota a gota, O<sub>2</sub>. Salieron de Sala de Operaciones en buenas condiciones generales.

Tratamiento **Post-operatorio:** En los tres pacientes se siguió la misma conducta Post-operatoria descrita en el caso anterior, es decir, los mismos Sueros, antibióticos, Succión Gástrica continua durante dos días. La dieta se inició también con líquidos, luego dieta blanda y después dieta corriente. La evolución Post-operatoria fue satisfactoria en los tres casos. Se quitaron puntos alternos el séptimo día Post-operatorio y se terminaron de quitar el día siguiente. Salieron del Hospital en buen estado general, 9 días después de su ingreso.

## HERNIAS ESTRANGULADAS

Solamente dos casos de Hernia Estrangulada, es decir, el 4% del total de casos en que se practicó Cirugía Abdominal de Urgencia. En un caso se trató de Hernia Inguinal izquierda, correspondiendo a una paciente del sexo femenino. En el otro caso se trató de Hernia Inguinal derecha, correspondiendo a paciente de sexo masculino. Por otra parte, los dos casos correspondieron a pacientes de edad adulta. Los dos pacientes refirieron, al ingresar al Hospital, que desde hacía varios años, les había aparecido pequeña tumoración en la región inguinal antes mencionada, al principio de pequeño tamaño, que aumentó progresivamente, descendiendo hasta la parte superior del escroto en el caso del sexo masculino. Dicha tumoración no era ú olorosa, se reducía con ligera presión sobre la región o al adoptar la posición horizontal, apareciendo nuevamente con los esfuerzos. Hacía aproximadamente dos días que dicha tumoración se había vuelto muy dolorosa, tensa y no reducible; ambos pacientes refirieron no haber defecado en las últimas 24 horas antes, de llegar al Hospital. No refirieron otros síntomas.

**Al examen físico:** Los pacientes se encontraron en buen estado general, con signos vitales normales; excepto fiebre de 38° C, en ambos casos. Signos positivos: Dolor abdominal a la palpación, sobre todo en la fosa ilíaca del lado correspondiente a la tumoración. Ligera resistencia de pared abdominal, sin signo de rebote; la percusión abdominal fue normal. Ruidos intestinales aumentados en intensidad. Tumoración en región inguinal antes mencionada, que descendía hasta la parte superior de la bolsa testicular del lado correspondiente, respectivamente, tensa, muy dolorosa, no reducible, con ligero aumento de la temperatura local. Ampolla rectal vacía.

**Datos de Laboratorio:** El examen hematológico reveló anemia moderada en ambos casos, y Leucocitosis de 12.300 g.b. X mm<sup>3</sup> y de 12.800 g.b.X mm<sup>3</sup> respectivamente. El tipo sanguíneo de los dos pacientes correspondió al tipo 0 Rh. positivo. El examen de orina fue normal. La radiografía simple del abdomen

reveló presencia de niveles líquidos y borramiento de la línea del psoas, moderado, en ambos lados.

**Tratamiento Pre-operatorio:** Nada por boca. Suero Gluco-sado al 10% 1.000 cc. más Terramicina 250 mgs. I.V. a 55 gotas X'. Novalgina 1 ampolla I.M. Buscapina 1 ampolla I.V. Preparar la región abdominal y genitocrurales para operación quirúrgica. A los dos pacientes decidimos practicarles intervención quirúrgica inmediatamente y fueron operados una hora después de su ingreso. Medicación preanestésica: Demerol 50 mgs. I.M. y Atropina 1 ampolla I.M.

**OPERACIÓN:** Procedimos en primer lugar a practicar la herniorrafia inguinal en ambos casos, haciendo incisión desde 2 cms. por dentro de la espina ílica antesuperior hasta la espina del pubis, en el lado correspondiente a la tumoración; se se incindió piel y tejido celular sub-cutáneo y se hizo hemostasia en la forma acostumbrada. Luego incidimos fascia en la misma dirección, abriendo el anillo superficial del conducto inguinal; se hizo hemostasia nuevamente; aislamos el saco hermano del cordón espermático y del ligamento redondo, respectivamente. Abrimos el saco hemiario, saliendo cantidad moderada de secreción purulenta, fétida, que se aspiró. El segmento de intestino delgado comprendido en el saco hemiario se encontró bastante lesionado y con una perforación en el caso del sexo masculino^ en el -;aso del sexo femenino se encontró una perforación en el segmento del intestino delgado herniatfo. Se procedió luego a cerrar el saco hemiario mediante sutura en sorjete con seda Quirúrgica 00, a nivel del anillo inguinal. Luego procedimos a cerrar el orificio hemiario, uniendo mediante puntos de sutura separados con seda quirúrgica 00 el ligamento inguinal al tendón conjunto. Luego cerramos fascia, con puntos separados de seda quirúrgica 00, dejando por debajo de la misma el cordón espermático y el ligamento redondo, respectivamente. Después suturamos tejido celular sub-cutáneo y piel en forma clásica. En los dos casos, el saco hemiario se encontraba por fuera de los vasos epigástricos. Seguidamente procedimos a practicar incisión paramediana infraumbilicalidad en

el lado correspondiente a la hernia, en los dos casos. Se abrió la cavidad abdominal por planos, siguiendo la técnica acostumbrada. Se encontró secreción purulenta y sangre en pequeña cantidad, libres en la cavidad peritoneal, que se aspiraron. Se exteriorizaron los fragmentos intestinales lesionados. En la paciente solamente hubo necesidad de reparar la perforación intestinal (enterorrafia) en la forma acostumbrada, comprobándose que el resto del fragmento intestinal lesionado adquirió coloración normal al aplicársele compresas húmedas calientes. En el paciente tuvimos que practicar la resección del fragmento intestinal lesionado, seguida de enteroanastomosis término-terminal, siguiendo la técnica acostumbrada. Se revisaron los demás segmentos intestinales y el resto de la cavidad abdominal, no encontrándose otra patología. Irrigamos la cavidad peritoneal con Suero Fisiológico tibio y se aspiró. También instilamos Terra-micina 250 mgs. en 20 de Suero Fisiológico en la cavidad peritoneal.

Después cerramos la herida operatoria por planos, según la técnica clásica. Durante la operación se continuó transfundiendo el Suero Glucado al 10% indicado antes, se comenzó a transfundir solución 1/6 molar de Lactato de Sodio 250 cc. I.V. a 45 gotas X'. Los pacientes salieron de la Sala de Operaciones en buen estado general con signos vitales normales.

Anestesia: Pentotal 1 gm. I.V., Ether mediante técnica en-dotraqueal, Quelicín en Suero Glucosado al 5% I.V. gota a gota, 02.

**Tratamiento Post-operatorio:** El tratamiento Post-operatorio fue igual, en ambos casos, que en los pacientes a quienes se les practicó enterorrafia o resección intestinal con enteroanastomosis. La evolución Post-operatoria fue satisfactoria y salieron del Hospital en buen estado general 10 días después de ser operados.

## EMBARAZO ECTOPICO

Solamente se presentó un caso de embarazo ectópico roto, en una paciente de 32 años de edad, casada, dedicada a oficios domésticos. Al ingresar al Hospital refirió los siguientes datos: Hace dos meses y 16 días le apareció su última menstruación, relatando relaciones sexuales previas; refiere dolor en fosa ilíaca izquierda, que apareció hace cuatro días, continuo, de intensidad creciente, con sensación de peso en la región mencionada; el dolor no se calma en ninguna posición. El día de hoy le apareció hemorragia vaginal, en pequeña cantidad, sin expulsar coágulos sanguíneos. Debilidad general desde hace aproximadamente 2 horas, con sensación de mareo creciente y continuo. Antecedentes de importancia: seis embarazos anteriores con cinco partos normales y un aborto. Tratada por salpin-gitis bilateral en dos ocasiones.

Examen físico: Paciente un tanto pálida, con ligera sudoración generalizada, intranquila. PA: 70/40; Pulso: 110 X'; Respiración 23 X', Temperatura: 36?.7'C. Signos positivos: Corazón con frecuencia de 110 X'; Abdomen simétrico, con abundante penículo adiposo; dolor acentuado a la palpación superficial y profunda en fosa ilíaca izquierda, con resistencia de la pared abdominal, sin signo de rebote, que impide la exploración adecuada del abdomen. La percusión y auscultación abdominal fueron normales. Examen ginecológico: Vulva de aspecto normal; vagina con escasa cantidad de sangre,; cuello uterino con ligero aumento de tamaño y ligero reblandecimiento, con orificios externo e interno cerrados. Cuerpo uterino de tamaño normal. Hay dolor al tacto en el fondo del saco lateral izquierdo, que se acentúa con la movilización del cuello uterino; a la palpación abdominal combinada el dolor en dicha región es más intenso, percibiéndose una masa de límite, difusos en el mismo lado, muy dolorosa. Los anexos del lado derecho son normales. Tacto rectal es doloroso en el lado izquierdo.

**Datos de Laboratorio:** El examen hematológico informó ane-

mia moderada. Tipo sanguíneo 0 Rh positivo. El examen de orina por gravindex fue negativo, siendo normal también en los demás aspectos.

Tratamiento Pre-operatorio: Sangre 500 ce. más Benadryl 2 ce. I.V. a 60 gts. X'. Posición de Traendelemburg. Nada por boca. Control de signos vitales cada 15 minutos. Preparar región abdominal para operación quirúrgica. Cateterismo vesical. Fue operada 1 hora después de su ingreso. Medicación Pre. anestésica: Demerol 50 mgs. I.M. y Atropina 1 ampolla I.M. Entró a Sala de Operaciones con PA: 90/70; Pulso 110X'; Respiración 23X'.

**OPERACIÓN:** Se practicó incisión paramediana infraumbilical izquierda, abriéndose la cavidad abdominal por planos, según la técnica clásica. Al abrir el peritoneo parietal anterior, se encontró considerable cantidad de sangre, aproximadamente 350 ce. y coágulo, sanguíneos libres en la cavidad abdominal. De inmediato localizamos la trompa uterina del lado izquierdo y se exteriorizó, encontrándose aumentada de volumen, parcialmente destruida, con el producto de la gestación por fuera y adherida en parte a la misma. Procedimos a practicar la Sal-pinfectomía izquierda; se aplicaron pinzas Kelly grandes en el mesosalpinx entre el ovario y la trompa uterina; de inmediato cesó la hemorragia;<sup>1</sup> luego seccionamos la trompa lesionada por encima de las pinzas Kelly grandes colocadas y se eliminó junto con el huevo. Se ligó el cabo de la trompa con punto de transfixión de Cat.gut crómico 00. Después se saturó el mesosalpinx con puntos de transfixión de Cat-gut crómico 00 y se fijó al cabo de la trompa. Se aspiró la sangre. Los anexos del lado derecho se encontraron normales. Cerramos la cavidad abdominal por planos, siguiendo la técnica clásica. Durante la operación se terminó de transfundir la sangre indicada anteriormente y se comenzó a transfundir nuevamente sangre 500 ce. más Benadryl 2 ce. I.V. a 60 gotas X' y Suero Glucosado a 10% 500 ce. más Celestone 1 ampolla I.V. a 45 gotas X'.



Anestesia: Pentotal 1 gm. I.V., Ether por intubación endo-traqueal, Quelicin en Suero Glucosado al 5% I.V. gota a gota, 02. La paciente salió de Sala de Operaciones en estado general satisfactorio, con PA: 100/60, Respiración 22X', Pulso: 110 X'.

**Tratamiento Post-operatorio:** Se terminó de transfundir el suero glucosado al 10% 500 ce. con 1 ampolla de Celestone I.V. a 45 gotas X' y la sangre 500 ce. I.V. a 60 gotas X', iniciados durante la operación. Penicilina 600.000 U. diarias I.M. Nada por boca. Novalgina 1 ampolla I.M. cada 6 horas P.R.N. por dolor. Control de signos vitales cada 30 minutos. Vigilar por hemorragia. Los signos vitales se normalizaron 8 horas después de la operación. La evolución post-operatoria fue satisfactoria: No presentó fiebre, se movilizó en cama al día siguiente de ser operada y se levantó en el segundo día post-ope. ratorio. Se le indicó dieta líquida este día, defecó al tercer día post-operatorio, indicándosele entonces dieta blanda, y después dieta corriente a partir del quinto día post-operatorio, disminuyendo los sueros gradualmente hasta suspenderlos cuando se le indicó dieta blanda. Se le quitaron puntos alternos al séptimo día post-operatorio y se terminaron de quitar el día siguiente. Salió en buen estado general del Hospital, 10 días después de su ingreso.

## **SEGUNDA PARTE**

## RESUMEN

Durante el año de mi Servicio Médico Social en el Hospital "SANTA TERESA", de Comayagua, comprendido entre el 9 de Abril de 1965 y el 31 de Marzo de 1966, atendimos 50 casos en los cuales se practicó la Cirugía Abdominal de Urgencia como la medida más importante de su tratamiento.

Los cuadros patológicos fueron los siguientes:

Heridas penetrantes de abdomen por arma de fuego	9 casos
Heridas penetrantes de abdomen por arma blanca ..	6
Traumatismo intra-abdominal cerrado .....	2 „
Distocia por desproporción céfalo-pélvica .....	6 „
Distocia por inercia uterina .....	3 „
Distocia por presentación transversa o de hombros	3 „
Placenta previa .....	3 „
Desprendimiento prematuro de placenta .....	1 „
Apendicitis Aguda .....	8 „
Obstrucción intestinal por bridas post-operatorias ..	4 „
Obstrucción intestinal por ascaris lumbricoides .....	2 „
Hernia Inguinal estrangulada .....	2 „
Embarazo Ectópico (tubarío) .....	1 „

Prácticamente todos los pacientes presentaron anemia secundaria de grado moderado o ligero.

En todos! ¡los casos se hizo el tratamiento pre-operatorio correspondiente.

La medicación preanestésica que se aplicó fue a base de Demerol y Atropina o Escopolamina.

De acuerdo con los cuadros patológicos y las lesiones encontradas, las Operaciones quirúrgicas que se practicaron fueron las siguientes: Laparotomías Exploradoras, gastrorrafías, enterorrafías, resecciones intestinales con enteroanastomosis término-terminal, hepatorrafías, esplenectomía, refrectomía, suturas o resecciones parciales del epiplón mayor, suturas de heridas del mesenterio, suturas de heridas del diafragma, cesáreas segmentarias, apendicectomías, extirpación de bridas post-operatorias, enterostomías seguidas de enterorrafías en los casos de obstrucción intestinal por ascaris, herniorrafías inguinales y salpingectomía.

En la anestesia se emplearon Pentotal, Ether, Presurén, Quelicín y Oxígeno. No se presentó ningún accidente anestésico.

En 48 de los pacientes tratados, la evolución en el período post-operatorio fue satisfactoria, habiendo salido del Hospital en buen estado general. Los otros dos pacientes, que habían sufrido herida penetrante de abdomen por arma de fuego, con lesiones en estómago, intestino delgado e intestino grueso, presentaron el cuadro de peritonitis aguda generalizada, y a pesar de los esfuerzos que se hicieron, murieron entre el tercero y el cuarto días del período post-operatorio.

## CONCLUSIONES

- 1'— Dentro del campo de la Cirugía Mayor que se realiza en el Hospital "SANTA TERESA", de Comayagua, la Cirugía Abdominal de Urgencia es una de las prácticas que se lleva a cabo con mayor frecuencia.
- i
- 2^—En todos los casos se trató de verdaderas emergencias quirúrgicas.
- 3"—En pacientes del sexo masculino, la operación más frecuentemente practicada fue la Laparotomía Exploradora seguida de la cirugía reconstructiva o supresiva, impuesta por traumatismos intra-abdominales (34% del total de casos).
- 4<?—En pacientes de sexo femenino, la operación cesárea fue la intervención quirúrgica practicada con mayor frecuencia (32% del total de casos).
- 5<sup>9</sup>—Los cuadros patológicos más graves que se observaron en pacientes del sexo masculino, fueron los causados por heridas penetrantes de abdomen por arma de fuego.
- 6<sup>9</sup>—En pacientes de sexo femenino los casos más graves fueron los de placenta previa.
- 7<sup>9</sup>—Las complicaciones fueron el shock por hemorragia y la peritonitis aguda generalizada.
- 8<?—No se presentó ningún accidente anestésico.
- 9?—De los 50 casos tratados, tuvimos que lamentar 2 defunciones, es decir, que el índice de mortalidad fue de 4%.

## RECOMENDACIONES

- 1°—Dotar de mejores equipos de Laboratorio y de Anestesia a los Hospitales Departamentales, para que contribuyan a dar un carácter más científico a la labor realizada en dichos centros.
- 2^—Fomentar el establecimiento de Patronatos que colaboren en el mantenimiento y funcionamiento de los Hospitales de Beneficencia.
- 3<sup>9</sup>—Intensificar, por todos los medios de divulgación, las campañas que hagan conciencia en el pueblo de la necesidad de donar sangre en los Hospitales Departamentales, ya que este elemento es el medio de salvación de muchas vidas humanas de escasos o nulos recursos económicos.
- 4<sup>9</sup>—Crear plazas para Trabajadores Sociales en los Hospitales dependientes del Estado, pues resolverían muchos problemas que a diario se suscitan en los Centros mencionados.
- 5<sup>9</sup>—Insistir en que las autoridades correspondientes castiguen con todo el peso de la ley a las personas que, carentes de los conocimientos de la medicina, se dedican a la práctica ilegal y empírica de la misma, dificultando la labor del médico.