

11209
2 y 79

ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
HOSPITAL GENERAL S.S.A.
ACAPULCO GRO.
ANALISIS DE 111 CASOS



TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
QUE PARA RECONOCIMIENTO UNIVERSITARIO
EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL
PRESENTA.

DR. ARTEMIO SANCHEZ BERNAL

TITULAR DEL CURSO

DR. LUIS REY DOMINGUEZ

JEFE DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA

DR. JOSE LUIS BALANZAR

U.N.A.M.

FEBRERO DE 1985.

FALLA EN ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE GENERAL

	<u>Pág.</u>
I. Introducción	1
II. Material y método	2
III. Resultados	3
Grupo I. Síndrome infeccioso	3
Edad y Sexo	3
Tiempo de evolución de los síntomas	3
Signos y síntomas	3
Tratamiento antes de su ingreso	3
Estudio radiológico	10
Laboratorio	10
Hallazgos operatorios	11
Procedimiento quirúrgico	12
Complicaciones postoperatorias	12
Estancia postoperatoria	12
Motivo de egreso; cirujano	17
Grupo II. Síndrome de bloqueo intestinal	19
Etiología	19
Edad y sexo	19
Tiempo de evolución de los síntomas	19
Signos y síntomas	19
Tratamiento antes de su ingreso	23
Hallazgos operatorios	23
Estancia postoperatoria	26
Complicaciones postoperatorias	26
Motivo de egreso; cirujano	31
Grupo III. Síndrome traumático	32
Etiología	32

	Pág.
Edad y sexo	32
Tiempo entre el accidente y su ingreso	32
Signos y síntomas	32
Hallazgos operatorios	35
Procedimiento quirúrgico	38
Complicaciones postoperatorias	38
Estancia postoperatoria	38
Motivo de egreso; cirujano	38
IV. Discusión	42
V. Conclusiones	57
VI. Bibliografía	59

INDICE DE CUADROS

		<u>Pág.</u>
Cuadro No.	1 Etiología y sexo	4
Cuadro No.	2 Síndrome infeccioso	5
" "	3 Edad pediátrica	6
" "	4 Tiempo de evolución de los síntomas	7
" "	5 Signos y síntomas	8
" "	6 Tratamiento antes del ingreso	9
" "	7 Procedimiento quirúrgico	13
" "	8 Complicaciones postoperatorias	14
" "	9 Complicaciones postoperatorias	15
" "	10 Estancia postoperatoria	16
" "	11 Motivo de egreso; cirujano	18
 Síndrome de bloqueo intestinal		
Cuadro No.	12 Etiología	20
" "	13 Edad pediátrica y sexo	20
" "	14 Tiempo de evolución de los síntomas	21
" "	15 Signos y Síntomas	22
" "	16 Tratamiento antes del ingreso	24
" "	17 Estancia postoperatoria	27
" "	18 Complicaciones postoperatorias	28
" "	19 Complicaciones postoperatorias	29
" "	20 Motivo de egreso; cirujano	30
 Síndrome traumático		
Cuadro No.	21 Etiología y sexo	33
" "	22 Edad pediátrica	33
" "	23 Signos y síntomas	34
" "	24 Hallazgos operatorios	36
" "	25 Procedimiento quirúrgico	37

Pág.

Quadro No. 26	Complicaciones postoperatorias	39
" "	27 Complicaciones postoperatorias	39
" "	28 Motivos de egresos; cirujano	40

INTRODUCCION

A principio de este siglo se introdujo la expresión " - "Abdomen agudo" o síndrome abdominal agudo. Se emplea para - designar un determinado número de padecimientos que tienen - en común: su aparición brusca, repentina en una persona sana y la manifestación principal es el dolor abdominal, que re - quiere diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico oportuno - (18).

Ocurre en todas las edades de la vida, en el niño pare - ce más adecuado la designación de "Urgencias abdominales - (13) y es la urgencia más frecuente a la cual se enfrenta el cirujano general de niños, en hospitales de segundo nivel de atención médica (16, 20).

La etiología es muy variada, depende del clima, el ni - vel socioeconómico y el estado nutricional. Las diferentes - entidades parecen relacionarse con algunas excepciones, a - los grupos de edad pediátrica, observándose con mayor frecuen - cia los síndromes de bloqueo intestinal, infeccioso y/o para - sitario traumático y tumoral (13, 16, 20).

En el Hospital General de Acapulco, el residente de Ci - rugía General, durante su entrenamiento con mucha frecuencia se enfrenta con esta urgencia quirúrgica, por lo cual se hi - zo este estudio retrospectivo, con el objeto de tener un co - nocimiento aproximado de la frecuencia de esta entidad, ana - lizando diversos parámetros clínicos de los pacientes que - ingresarán al servicio de urgencias pediátricas, valorando - los distintos procedimientos quirúrgicos en relación a los - hallazgos operatorios así como los resultados. Determinando - las principales causas que dieron origen a una complicación y

que son factibles de preveer, para disminuir la mortimortalidad.

MATERIAL Y METODO

Se revisarán 111 expedientes clínicos de pacientes que ingresarán al servicio de urgencias pediátricas del Hospital General de Acapulco Gro., dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. A los cuales se les hizo el diagnóstico de un abdomen agudo y se les practicó una laparatomía. En un periodo de 4 años, comprendido entre enero de 1981 y diciembre de 1984. Se hace notar que no se conto con todos los expedientes, de los pacientes que ingresarón, con esta entidad durante ese periodo.

Se formaron 3 grupos: El primer grupo de 67 niños que obtuvieron una infección y / o parasitosis; el segundo grupo de 33 pacientes con bloqueo intestinal y el tercer grupo de 11 pacientes con abdomen agudo de origen traumático, cada uno de los casos, fueron analizados tomando en cuenta los siguientes parametros: edad y sexo, tiempo de evolución de los síntomas, para el grupo con abdomen agudo traumático el tiempo transcurrido entre el accidente y su ingreso al servicio de urgencias, si recibieron tratamiento médico o empírico antes de su ingreso, manifestaciones clínicas, para el primer grupo se toma en cuenta los datos de biometría hemática y radiología, hallazgos operatorios, procedimiento quirúrgico, tiempo de estancia postoperatoria, complicaciones, médico que práctico la operación y el motivo de ingreso.

RESULTADOS

Grupo I. Síndrome infeccioso: Fueron 67 casos (60.3%), - 29 casos (43.28) de apendicitis complicada, 18 casos (26.8%) de apendicitis no complicada, en 3 niños se les practicó laparotomía y la apéndice estaba aparentemente sana de perforación intestinal por fiebre tifoidea fueron 8 casos (11.9%), - 1 caso con peritonitis generalizada probablemente por fiebre tifoidea, 7 casos (10.4%) de absceso hepático y 1 caso al cual se le hizo el diagnóstico de adenitis mesenterica.

Sexo y edad: de los 67 casos de este grupo, 31 (46.2%) eran de sexo femenino y 36 (53.7%) de sexo masculino.

Es más frecuente en la edad escolar (47 casos) y pre escolar (18 casos), el absceso hepático se encontró en dos lactantes.

Tiempo de evolución de los síntomas: de 3 días 14 casos de apendicitis complicada, de 13 a 24 horas fueron 7 casos de apendicitis no complicada y solo 3 casos de apendicitis complicada, de 6 a 10 días 3 casos de apendicitis complicada, 2 de perforación intestinal por fiebre tifoidea y 2 casos de absceso hepático, 5 de los pacientes con perforación intestinal por fiebre tifoidea fué de 11 a 15 días. Solo 3 casos, - la evolución fue menor de 12 horas, correspondiendo al grupo de apendicitis no complicada, se observaron 2 casos de absceso hepático con más de 45 días de evolución.

Signos y síntomas: en el cuadro No. 5 se aprecian los síntomas más frecuentes, siendo el dolor abdominal el más constante (en 65 casos), fiebre en 62 casos, vómito en 54 casos y datos de irritación peritoneal en 38 casos .

Tratamiento antes de su ingreso: de los 67 pacientes -

CUADRO No. 1
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
ETIOLOGIA Y SEXO

Etiología	No. de casos (%)		S e x o (%)	
			F.	M.
Infección y/o Parásitos	67	(60)	36(32)	31(27)
Bloqueo Intestinal	33	(29)	26(23)	7(6)
Traumático	11	(9)	9(8)	2(1)
TOTAL	111	(100)	71(63)	40(36)

Quadro No. 2
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME INFECCIOSO

Etiología	No. de casos	s e x o	
		F.	M.
Apendicitis no complicada	18	9	9
Apendicitis complicada	29	11	18
Apendice normal	3	2	1
Perforación intestinal por fiebre tifoidea	8	4	4
Peritonitis por fiebre tifoidea	1	0	1
Abseso hepático	7	4	3
Adenitis mesenterica	1	1	0
TOTAL	67 (100%)	31 (46%)	36(53%)

Cuadro No. 3
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME INFECCIOSO
Edad pediatrica

	No. de casos.
Recién nacido.	0
Lactante.	2 (2%)
Pre - escolar.	18 (26%)
Escolar.	47 (70%)
TOTAL	67 (100%)

Quadro No. 4

ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA

SINDROME INFECCIOSO

Tiempo de evolución de los síntomas

	No. de casos
Menos de 12 hrs.	3
13 a 24 "	11
25 a 48 "	9
3 Días	17
4 "	2
5 "	3
6 a 10 Días	9
11 a 15 "	9
Más de 15 días	4
TOTAL	67

Quadro No. 5
Abdomen Agudo En Pediatria
Sindrome Infeccioso
Signos y síntomas

	No. de pacientes
Dolor abdominal	65
Fiebre	62
Vómito	54
Rígidez muscular	38
Hiperestesia e hiperbaragesia	29
Evacuaciones diarreicas	23
Distensión abdominal	22
Tacto rectal positivo	22
Síntomas generales	20
Constipación	19
Psoas y obturador positivo	14
Tumor palpable	13
Ausencia de ruidos peristálticos	9
Hepátomegalia	4
Borramiento de área hepática	2

Cuadro No. 6
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME INFECCIOSO
Tratamiento antes del ingreso

	Empirico	Médico
Apendicitis no complicada	4	4
Apendicitis complicada	1	24
Apendice normal	0	2
Perforación intestinal por fiebre tifoidea	0	1
Peritonitis por fiebre tifoidea	0	1
Abceso hepático	0	7
Adenitis mesenterica	0	0
TOTAL	5 (7.4%)	42 (62.6%)

62.6% acudieron cuando menos una vez a consulta médica y sólo 5 casos (7.4%) recibieron tratamiento empirico, el 82% de los casos con apendicitis complicada recibieron tratamiento médico y 50% de los que tenían perforación intestinal por fiebre tifoidea. A todos los pacientes con absceso hepático se les dio tratamiento médico antes de su ingreso.

Estudio radiológico: se le práctico solo a 34 pacientes en el preoperatorio consignando de acuerdo a la frecuencia los principales signos radiológicos, siendo los más frecuentes niveles hidroaereos (31 casos), borramiento total o parcial de ambos psoas (23 casos) es el dato más frecuente de apendicitis aguda, aumento del espacio interasa (10 casos), borramiento de la línea preperitoneal y escoliosis antialgíca (6 casos), aire libre subdiafragmático se reporto en 5 de los pacientes con perforación intestinal por fiebre tifoidea. Otros signos menos frecuentes pero que se presentaron cuando menos una vez: dilatación de asas intestinales, hepatomegalia, imagen en vidrio despulido, derrame pleural e imagen de fecalito (1 caso de apendicitis no complicada).

Laboratorio: la biometría fué el estudio más constante (32 casos), se consignaron los datos anormales: 7 casos de apendicitis no complicada tenían leucocitosis de 15 a 20,000 6 casos de apendicitis complicada tenían leucocitosis de 10 a 15,000 y 6 casos de 15, a 20,000 y más de 20,000 sólo 4 casos, la mayoría tenía neutrofilia y bandemia, 3 pacientes de perforación intestinal con leucocitosis de 10- 15,000 y sólo 1 caso leucopenia. De los pacientes con absceso hepático 2 tenían leucocitosis de 10 a 15,000 y 2 más de 20,000, eosinofilia en 2 casos y linfocitosis en 3. El paciente con adenitis

mesenterica con leucicitosis de 15-20,000 con baddemia.

La reacción de Widal se le práctico a 2 pacientes con perforación intestinal por fiebre tifoidea, resultado positivo (a dilución mayor de 1:80). A un paciente con absceso hepático se le práctico pruebas de funcionamiento hepático, reportando fosfatasa alcalina, TGP y TGO elevadas y prolongación de T.P.

Hallazgos operatorios: de los pacientes con apendicitis no complicada, 14 en fase catarral y 4 en fase edematosa. En el grupo con apendicitis complicada, 14 desarrollaron absceso apendicular, 11 perforación con peritonitis y 4 en fase gangrenosa con peritonitis localizada, de los tres casos con apéndice aparentemente normal, a uno se le encontró datos de tiflitis y dos con ganglios mesentericos aumentados de tamaño. Tres de los pacientes con perforación intestinal por fiebre tifoidea la perforación era única en el borde antimesentérico con peritonitis leve, tres con peritonitis moderada, peritonitis severa 1 caso y sólo un caso con múltiples perforaciones y placas de Peyer con inminencia de perforación, el paciente con peritonitis se le encontró ileitis, placas de Peyer con inminencia de perforación y poca reacción peritoneal.

De los pacientes con absceso hepatico, 4 tenían absceso único del lóbulo derecho, 1 caso con absceso en el lóbulo izquierdo, 1 caso con absceso en el lóbulo derecho roto y absceso sufrenico, absceso en lóbulo izquierdo roto y sellado. 1 caso.

El paciente operado de adenitis mesenterica, tenía ganglios aumentado de tamaño y apéndice macroscopicamente sana.

Procedimiento quirúrgico: se practicó apendicectomía a 13 pacientes con apendicitis no complicada y a 5 se les dejó drenaje de cavidad después de la apendicectomía, a todos los pacientes con apendicitis complicada se les practicó apendicectomía y drenaje, los que tenían apéndice sana únicamente apendicectomía.

Enterorrafia, lavado y drenaje de cavidad en 5 casos con perforación intestinal, a 2 casos se le realizó ileostomía — lavado y drenaje; resección intestinal, anastomosis terminal, lavado y drenaje en 1 caso.

A los 7 pacientes con abseso hepático se les practicó drenaje a cielo abierto.

El paciente con adenitis mesenterica se le hizo apendicectomía y biopsia de ganglios mesentericos (no se conto con el resultado histopatológico).

Complicaciones postoperatorias: cuadro No. 8 se consignan las principales complicaciones de acuerdo a su frecuencia siendo la principal infección y dehiscencia de la herida, sangrado del tubo digestivo alto, abseso residual interasa y bloqueo intestinal por ascaris, abseso pelvico dehiscencia de herida quirúrgica y derrame pleural, 10 casos de apendicitis complicada presentaron cuando menos una de estas complicaciones — en tanto que solo un caso de apendicitis aguda no complicada se complicó, de los pacientes con perforación intestinal por fiebre tifoidea 5 presentaron complicaciones y 4 de absceso hepático.

Estancia postoperatoria: el 35% (24 casos) fué de 5 a 9 días, el 30% (21 Casos) de 10 a 19 días, de 20 a 30 días 6 -

Cuadro No. 7

ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA.

SINDROME INFECCIOSO

Procedimiento quirúrgico

	Apendicecto- mía	Apendicecto- mía y drenaje.	Drenaje a cielo abierto.	Enterorra- fia, lavado y drenaje.	Ileostomía lavado y - drenaje	Resección intestinal anastomosis (+)
Apendicitis no complicada.	13	5				
Apendicitis complicada.		29				
Apendice normal	3					
Perforación intestinal por fiebre tifoidea.	1			5	2	1
Peritonitis por fiebre tifoidea		Resección de placas de Peyer enterorrafia, lavado y drenaje.				
Absceso hepático			7			
Adenitis mesenterica	1					
TOTAL	18(26%)	34(50%)	7(10%)	5(7%)	2(2%)	1(1%)

CUADRO No. 8
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
Sindrome infeccioso
Complicaciones postoperatorias

	No. de casos
Apendicitis no complicada	1
Apéndicitis complicada	10
Apéndice normal	1
Perforación intestinal por fiebre tifoidea	5
Peritonitis por fiebre tifoidea	1
Absceso hepático	4
Adenitis mesenterica	0

Quadro No. 9
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
Sindrome infeccioso
Complicaciones postoperatorias

	Casos
Infeción y dehiscencia de herida	14
Sangrado de tubo digestivo alto	4
Absceso subfrenico	3
Hematoma de pared	2
Ileo persistente	1
Absceso residual interasa y bloqueo intestinal por ascaris	1
Absceso pelvico	1
Dehiscencia de herida quirurgica	1
Derrame pleural	1

Quadro No. 10
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME INFECCIOSO
Estancia postoperatoria

	No. de casos (%)	
Menos de 5 días	12	(17)
De 5 a 9 "	24	(35)
De 10 a 14 "	14	(20)
De 15 a 19 "	7	(10)
De 20 a 30 "	6	(8)
Más de 30 "	4	(5)

casos (8%), solo 4 casos más de 30 días, 2 de perforación - por fiebre tifoidea y 1 de apendicitis complicada, menos de 5 días 12 casos (17.9%) 7 de apendicitis no complicada y sólo 3 casos de apendicitis complicada.

Médico que practicó la cirugía y motivo de egreso: en el cuadro No. 11 se aprecia que el 98% (66 casos) egresaron por mejoría y solo 1 caso de perforación intestinal por fiebre tifoidea se egreso voluntariamente. En el 95% de los casos la cirugía fué practicada por médico residente de cirugía general y sólo el 4.4% por médico de base.

Grupo II. Síndrome de bloqueo intestinal: fueron 33 casos, de los cuales 12 pertenecieron al grupo de recién nacidos, lactantes 9 casos, preescolares 5 casos y escolares 7 casos. Predominando el sexo masculino con 26 casos, contra 7 casos de sexo femenino. La cual más frecuente fué la invaginación intestinal con 8 casos, estenosis congénita del píloro 7 casos, malformación anorectal 6 casos y 4 casos de bloqueo intestinal por ascaris, Bridas postquirúrgicas y hernia interna, tuberculis intestinal y divertículo de Meckel se presentó cuando menos un caso. (cuadro No. 12 y 13).

Tiempo de evolución de los síntomas: el 24% tenía una evolución de los síntomas más de 15 días, el 18% de 25 a 48 horas y solo el 9% menos de 24 horas, el 36% la evolución fué de 3 a 5 días. (Tabla No. 14). El promedio para los casos con estenosis congénita del píloro fué de 15 días, malformación anorectal 1.6 días, 4 días para el grupo de invaginación intestinal, bloqueo intestinal por ascaris 4.2. días y de 3.6 días para los pacientes con Bridas postquirúrgicas.

Signos y síntomas: los principales signos y síntomas se observan en la tabla No.15 notando que los cuatro síntomas más frecuentes son: vómito en 27 casos (81%), ausencia de evacuaciones en el 54% de los casos, distensión abdominal en 16 casos (48%) y dolor abdominal en 13 casos (39%) otros síntomas menos frecuentes peristaltismo visible, fiebres, oliva pilórica palpable (en 5 casos de estenosis pilórica) diarrea tumor abdominal palpable (en 3 pacientes con invaginación intestinal) evacuaciones sanguinolentas en 4 pacientes con invaginación intestinal. Otros síntomas menos frecuentes fué --

Cuadro No. 12
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME DE BLOQUEO INTESTINAL
Etiología

	No. de casos (%)	
Malformación anorrectal	6	(18)
Estenosis congénita de piloro	7	(21)
Atresia de intestino	1	(3)
Invaginación intestinal	8	(24)
Vólvulos	2	(6)
Bloqueo intestinal por ascaris	4	(12)
Bridas postquirúrgicas y hernia interna	3	(9)
Tuberculosis intestinal	1	(3)
Divertículo de Meckel	1	(3)
TOTAL	33	(100)

Cuadro No. 13
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME DE BLOQUEO INTESTINAL
EDAD PEDIATRICA Y SEXO

	No. de casos (%)		S e x o	
			F.	M.
Recién nacido	12	(36)	2	10
Lactantes	9	(27)	1	8
Pre-escolares	5	(15)	3	2
Escolares	7	(21)	1	6
TOTAL	33	(100)	7(21)	26(78)

Cuadro No. 14
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
BLOQUEO INTESTINAL
Tiempo de evolución de los síntomas

	No. de casos (%)	
Menos de 12 horas	1	(3)
De 13 a 24 horas	2	(6)
De 25 a 48 horas	6	(18)
3 días	5	(15)
4 días	2	(6)
5 días	5	(15)
6 a 10 días	4	(12)
Más de 15 días	8	(24)

Cuadro No. 15
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME DE BLOQUEO INTESTINAL
Signos y síntomas

	No. casos (%)	
Vómito	27	(81)
Ausencia de evacuaciones	18	(54)
Distensión abdominal	16	(48)
Dolor abdominal	13	(39)
Peristaltismo de lucha	9	(27)
Peristaltismo visible	7	(21)
Fiebre	5	(15)
Oliva pilórica palpable	5	(15)
Diarrea	4	(12)
Ausencia de ruidos peristálticos	4	(12)
Tumor abdominal	4	(12)
Evacuaciones sanguinolentas	4	(12)
Otros	7	(21)

ron intericia, perdida de peso, resistencia muscular y melea. na.

Tratamiento antes de su ingreso: de los 33 pacientes con este síndrome el 48% (16 casos) visitaron cuando menos una vez y recibieron tratamiento médico antes de su ingreso al hospital, 7 correspondieron a invaginación intestinal, dos casos de malformación anorrectal, bloqueo intestinal por ascaris y bridas postquirúrgicas dos casos, hipertrofia congénita del píloro, vólvulos y tuberculosis intestinal 1 caso de cada entidad se les dió tratamiento.

Hallazgos operatorios y procedimiento quirúrgicos: en el caso, diagnosticado como malformación anorrectal, se reportó probable agenesia de colon, hernia interna y dilatación de recto, practicóse ileostomía, dos casos diagnosticados como malformación baja se les hizo anoplastia, a los tres restantes con malformación alta se les efectuó colostomía transversa derecha.

A todos los pacientes con estenosis congénita del píloro la piloromiotomía de Freder-Ramstedt fué el procedimiento de elección.

En el niño con atresia de intestino, esta se encontró en fleon, se le practicó resección intestinal y anastomosis terminoterminal.

En el grupo de invaginación intestinal los hallazgos fueron: ganglios mesentericos aumentados de tamaño 1 caso; vólvulos de mesenterio, necrosis intestinal 1 caso; necrosis fleocolica 1 caso; invaginación fleocolica, zona de necrosis en transverso 1 caso; invaginación ileocolica hasta ángulo esplénico 1 caso. Los procedimientos quirúrgicos: Reducción de la invaginación

Cuadro No. 16

ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME DE BLOQUEO INTESTINAL
Tratamiento antes del ingreso

	Empírico (%)	Médico (%)
Malformación anorrectal		2 (6)
Estenosis congénita de piloro		1 (3)
Atresia de intestino		
Invaginación intestinal		7 (21)
Vólvulos		1 (3)
Bloqueo intestinal por ascaris		2 (6)
Bridas postquirúrgicas		2 (6)
Tuberculosis intestinal	1 (3)	1 (3)
Divertículo de Meckel	1 (3)	
TOTAL	2 (6)	16 (48)

ginación por taxis; resección de ileon (80 cm.), hemicolectomía derecha e ileostomía; resección ileocolica, y anastomosis ileocolica terminoterminal; reducción de la invaginación por taxis, colorrafia de transverso y apendicectomía; resección -- ileo-colica y anastomosis terminoterminal.

Con invaginación ileo-ileal fuerón 3 casos, encontrando en uno bloqueo intestinal por ascaris, perforación intestinal en otro y necrosis de un segmento de intestino, el tercero.

A todos se les práctico resección intestinal y anastomosis terminoterminal, extracción de los ascaris en el que tenía bloqueo.

En el paciente con vólvulos se complicó con necrosis de segmento de fleon, la resección intestinal y la anastomosis -- fué el procedimiento, el otro caso tenía necrosis de intestino y bloqueo intestinal por ascaris se le practicó resección intestinal, extracción de ascaris y anastomosis.

De los cuatro pacientes con bloqueo intestinal, por ascaris, uno tenía necrosis de segmento intestinal, a 3 se le hizo extracción de ascaris por enterotomía, resección intestinal y anastomosis ileo-ileal en 1 caso.

Un paciente con bridas postquirúrgicas, estas se encontraron entre intestino delgado, colón e hígado y se liberaron estos órganos. Otro tenía hernia interna de fleon a 20 cm. de la válvula ileocecal con compromiso vascular, fué necesario -- la resección y anastomosis terminoterminal. El tercer caso -- con hernia interna de yeyuno, bridas y adherencias entre ileon y yeyuno, se libero el intestino con descompresión retrógrada.

El caso de tuberculosis intestinal, tenía dilatación de-

colon y ganglios aumentados de tamaño, en la primera interven
ción únicamente se descomprimió el intestino y en la segunda-
se tomo biopsia de colon y ganglios mesentericos (se reportó-
inflamación granulomatosa crónica).

El paciente con diverticulo de Meckel, tenía banda fibro
sa entre el diverticulo y asas intestinales, con hernia inter
na de ileón, se reseco segmento de ileón (incluyendo el diver
ticulo), con anastomosis terminoterminal.

Estancia postoperatoria: Cuadro No. 17 en el 36% la esta
meca fué menor de 9 días, de 10 a 14 días 6 casos, de 20 a -
30 días 6 casos y sólo 4 casos más de 30 días.

El promedio para los pacientes de malformación anorrecta
fué 18 días, estenosis congenita del piloro 4.2 días, atresia
de intestino 24 días, invaginación intestinal 15.5 días, vól-
vulos 17 días, bloqueo intestinal por adria 16.5 días, blo-
queo intestinal por bridas porstquirúrgicas 13.3 días, el ca-
so diagnosticado como T.B. intestinal 8 días y el de diverti
culo de Meckel 11 días.

Complicaciones postoperatorias: para un caso de malforma
ción anorrectal fué hemorragia de la ileostomía, otro caso tu
vo infección de vías urinarias. De los pacientes con invagina
ción intestinal 7 se complicaron, en el cuadro no. 18 y 19, -
se anotaron en orden de frecuencia; insuficiencia renal e in-
fección y dehiscencia de la herida, bloqueo intestinal fueron-
las más frecuentes, neumonia bilateral e insuficiencia
cardia
ca, anemia severa, estado crítico, septisemia, fistula entero
cutanea, dehiscencia de anastomosis ileocolica, convulsiones y
evacuaciones diarreicas. De los 2 pacientes con vólculos uno-

Cuadro No. 17
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATIA
SINDROME DE BLOQUEO INTESTINAL
Estancia postopetatoria

	No. de casos	(%)
Menos de 5 días	6	(18)
De 5 a 9 días	10	(30)
De 10 a 14 días	6	(18)
De 15 a 19 días	1	(3)
De 20 a 30 días	6	(18)
Más de 30 días	4	(12)

Quadro No. 18
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME DE BLOQUEO INTESTINAL
Complicaciones postoperatorias

	No. de casos	(%)
Malformación arrectal	2	(6)
Estenosis congenita de piloro	0	
Atresia de intestino	1	(3)
Invaginación intestinal	7	(21)
Vólvulos	2	(2)
Bloqueo intestinal por ascaris	3	(9)
Bridas postquirúrgicas	0	
Tuberculosis intestinal	1	(3)
Diverticulo de Meckel	1	(3)
TOTAL	17	(51)

Cuadro No. 19
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME DE BLOQUEO INTESTINAL
Complicaciones postoperatorias

	No. de casos
Infeción de herida quirúrgica y dehiscencia	2
Insuficiencia renal	3
Anemia severa	1
Bloqueo intestinal	2
Neumonía bilateral e insuficiencia	1
Estado crítico	1
Septisemia	1
Fistula enterocutanea	1
Dehiscencia de anastomosis ileo-colica	1
Covulsiones	1
Evacuaciones diarreicas	1

Cuadro No. 20
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME DE BLOQUEO INTESTINAL
Motivo de egreso; cirujano

	Mejoría	Voluntario	Defunción	Médicos	
				R.	B.
Malformación anorrectal	5		1	3	3
Estenosis congénita de piloro	7			6	1
Atresia de intestino	1				1
Invaginación intestinal	6	1	1	7	1
Vólvulos	2			1	1
Bloqueo intestinal por ascaris	3	1		3	1
Bridas postquirúrgicas y hernia interna	3			3	
Tuberculosis intestinal	1			1	
Divertículo de Meckel	1				1
TOTAL	29(87%)	2(6%)	2(6%)	25(75%)	8(24%)

presentó evacuaciones directas el otro sangrado de tubo digestivo alto. Desarrollo bloqueo intestinal el paciente con -- T.B. intestinal y el paciente con divertículo de Meckel de -- absceso de pared.

Médico que practicó la cirugía y motivo de egreso: El -- 87% de los niños se egresaron por mejoría, 2 casos voluntariamente se presentaron 2(6%) defunciones uno de malformación anorrectal y el otro de invaginación intestinal.

Grupo III. Síndrome traumático: fueron 11 casos, 5 casos de herida penetrante, en 4 niños se produjo al caer sobre vidrio agudizado. De lesión no penetrante fueron 6 casos en el cuadro No. 21 se observa los mecanismos de producción, la caída al vacío y traumatismo directo en el abdomen son los más -- frecuentes.

Más frecuente en la edad escolar 54% menos frecuente en pre-escolares (3 casos), y sólo dos lactantes que sufrieron herida penetrante al caer sobre vidrio agudizado. El menor -- fué de 17 meses y el mayor de 12 años, con promedio comprendi do de 9 a 12 años (45%). Predominó en el sexo masculino con -- 9 casos.

En el tiempo transcurrido entre la lesión y su intreso a la sala de urgencias varió de 10 minutos a 5 días, con promedio de 14.7 hrs. Los dos casos de caída al vacío el tiempo -- fué de 2 a 5 días.

Signos y síntomas: el dolor abdominal, datos de irritación peritoneal, herida de pared, evisceración de epíplon y asas de intestino delgado, vómito, distensión abdominal fueron los más frecuentes y solo un caso desarrolló anemia aguda y -- choque, otro insuficiencia respiratoria. Dos de los pacientes que recibieron golpe directo en el abdomen tenían huella equimótica en el sitio del traumatismo.

Lesiones a otro nivel se encontró en 3 pacientes, el paciente con compresión lumbar desarrollo paraplejía y anestesia de miembros inferiores e incontinencia de esfínteres; un niño con caída de 1.8 mtrs. tenía fractura de ambos acetabulos, fractura de fémur derecho y dos costillas de hemitórax del mismo, en el paciente politraumatizado por atropellamiento.

Cuadro No. 21
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME TRAUMATICO
Etiología; sexo

	No. de casos	Sexo	
		F.	M.
Herida penetrante. Instrumento punzo cortante	1		1
Caída sobre vidrio agudizado	4	1	3
Lesión no penetrante (Contusión profunda)			
Caída al vacío	2	1	1
Golpe directo en abdomen	2		2
Atropellamiento en vía pública	1		1
Compresión lumbar	1		1
TOTAL	11(100%)	2(18%)	9(81%)

Cuadro No. 22
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME TRAUMATICO
Edad pediátrica

	No. de casos	(%)
Lactantes	2	(18)
Pre- escolares	3	(27)
Escolar	6	(54)
TOTAL	11	99

Cuadro No. 23
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME TRAUMATICO
Signos y síntomas

	No. de casos
Dolor abdominal	7
Datos de irritación peritoneal	5
Heridas de pared abdominal	5
Evisceración de epíplon y asas de intestino delgado	4
Vómito	3
Distensión abdominal	3
Palidez	1
Anemia aguda y choque	1
Constipación	1
Insuficiencia respiratoria	1
Fiebre	2
Equimosis de pared abdominal	2

to.

Hallazgos operatorios: en el grupo de herida penetrante, sólo un caso tenía lesión de estómago; en el grupo de lesión no penetrante el íleon se encontró afectado en 3 casos, colón en 2 casos, diafragma y músculos de la pared abdominal en un caso. Tres pacientes tenían más de un órgano lesionado.

De los pacientes que sufrieron caída al vacío uno tenía hematoma retroperitoneal y el otro estallamiento de íleon proximal, ascaris libre en cavidad y peritonitis generalizada. - Los dos pacientes con traumatismo directo en el abdomen tenía estallamiento de íleon a 30 y 40 cm de la valvula ileocecal - la perforación era úncia, 1 caso tenía lacerada la serosa de ciego, los dos tenían peritonitis generalizada. El niño atropellado tenía deseincerción de borde anterior de hemidiafragma derecho y músculos abdominales (hemiabdomen izquierdo), la laceración hepática (lobulo derecho). Se encontró laceración de sigmoides y colón transverso (1 y 2 cm.), hemoperitoneo de 150 ml. y hematoma retroperitoneal en el niño con compresión lumbar.

En los pacientes con herida penetrante esta vario de 1 a 12 cm. en cuadrantes superiores principalmente.

Procedimiento quirúrgico: omentectomía parcial en 3 casos en al 1 caso gastrorrafia y al resto de pacientes con herida penetrante sólo se exploró la cavidad y se cerró la herida.

A 3 pacientes con lesión no penetrante se les practicó enterorrafia y drenaje de cavidad, en este grupo sólo en un caso se practicó exploración de la cavidad. Al paciente con tundido de tórax y abdomen se reparó el diafragma, músculos de

Cuadro No. 24
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME TRAUMATICO
Hallazgos operatorios

	No. de casos
Herida penetrante	
Herida de pared abdominal	5
Estómago	1
Lesión no penetrante	
Ileón proximal	1
Ileón distal	2
Colón (laceración) (+)	2
Hígado (lobulo derecho)	1
Diafragma (++)	1
Músculo de pared abdominal (+++)	1
TOTAL	14
+ Serosa: ciego, transverso, sigmoides	
++ Desincerción de borde anterior	
+++ Desincerción (hemiabdomen izquierdo)	

Cuadro No. 25
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME TRAUMATICO
Procedimiento quirúrgico

	No.
Herida penetrante:	
Gastrorragia y drenaje	1
Omentectomía parcial	3
Exploración de cavidad abdominal	2
Lesión no penetrante:	
Exploración de cavidad abdominal	2
Reparación de diafragma, músculos abdominales, sonda pleural	1
Enterorragia, lavado y drenaje	3

la pared abdominal y colocación de sonda pleural, conectada a sello de agua.

Complicaciones postoperatorias: se complicaron 5 casos - 4 de lesión no penetrante, 2 de los cuales habían sufrido caída al vacío, 1 atropellamiento y el otro traumatismo directo en abdomen. (cuadro No. 26 y 27)

Las complicaciones fueron: infección de la herida quirúrgica 3 casos, absceso pélvico y bloqueo intestinal 1 caso, este paciente en la segunda operación se perforo accidentalmente el íleon y en el postoperatorio se complicó con dehiscencia de enterorrafia, que condiciono peritonitis severa y fistula-enterocutanea, en la tercera intervención se hizo enterorrafia, resección de segmento de íleon y anastomosis terminoterminal uno de los pacientes con contusión profunda de abdomen por caída al vacío y el sufrió contusión toracoabdominal, evolucionaron con insuficiencia respiratoria aguda, probablemente por neumonía de focos múltiples en el primero y pulmón de choque en el segundo, reportandose como la causa de la defunción de este paciente.

Estancia postoperatoria: esta fué muy variable de 3 días en el caso del paciente con contusión toracoabdominal el motivo de la estancia tan corta fué la defunción, hasta 72 días - en el caso de un paciente con contusión profunda por caída al vacío.

Para los pacientes con herida penetrante vario de 6 a 12 con promedio de 8 días.

Médico que practicó la cirugía y motivo de egreso: 10 se egresarón por mejoría y 1 por defunción. En 8 pacientes la ci

Cuadro No. 26
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME TRAUMATICO
Complicaciones postoperatorias

	No. de casos
Herida penetrante:	
Instrumento punzocortante	0
Caída sobre vidrio agudizado	1
Lesión no penetrante	
Caída al vacío	2
Traumatismo directo en abdomen	1
Atropellamiento	1
Compresión lumbar	0
TOTAL	5(45%)

Cuadro no. 27
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME TRAUMATICO
Complicaciones postoperatorias

	No. de casos
Heridas penetrantes:	
Evacuaciones diarreicas	1
Lesión no penetrante:	
Infección de heridas quirúrgicas	3
Absceso pelvico	1
Bloqueo intestinal	1
Evisceración	1
Perforación accidental de fleon (+)	1
Dehisencia de enterorrafia y fis - tula enterocutanea (+)	1
Peritonitis severa (+)	1
Insuficiencia respiratoria aguda (++)	2

- + En la segunda intervención
- ++ Probable pulmón de choque y
neumonía de focos múltiples

Quadro No. 28
ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA
SINDROME TRAUMATICO
Motivo de egreso; cirujano

	Mejoría	Defunción	Médico	
			R.+	B.++
Herida penetrante	5		5	
Lesión no penetrante	5	1	3	2
TOTAL	10	1	8	2

+ Médico residente

++ Médico de base

rugía fué practicada por médico residente de cirugía general-
y sólo dos casos fueron operados por médico de base.

DISCUSION

El abdomen agudo de origen infeccioso es el más frecuente, en esta revisión se encontró en 60.3% de todos los pacientes. La enfermedad abdominal quirúrgica más importante en el niño (a) es la apendicitis aguda, encontramos 29 casos de apendicitis complicada y 18 no complicada, la apendicitis complicada es más frecuente en los lactantes y pre-escolares (3).

Se reconoce la perforación intestinal como una de las complicaciones más frecuentes y conocida de la fiebre tifoidea (Hernández H.), encontró 12 pacientes con perforación intestinal, en una revisión de 225 niños con fiebre tifoidea. Fue la segunda causa (8 casos) de abdomen agudo de origen infeccioso. Otra causa importante de este síndrome es el absceso hepático (7 casos), que se manifiesta con datos de abdomen agudo, cuando no hay buena respuesta al tratamiento médico y la ruptura es inminente o esta se presentó por retardo en el diagnóstico. En nuestro medio es la principal complicación, de la amibiasis intestinal en las edades pediátricas. (8, 14).

Se encontró un caso de adenitis mesenterica, esta entidad es difícil de diferenciar clínicamente de la apendicitis aguda, en ocasiones sólo, la exploración quirúrgica hace el diagnóstico, sin embargo orientan al diagnóstico, la exploración repetida, la fórmula leucocitaria y la fiebre elevada en su inicio orientan el diagnóstico (11).

Se nota mayor frecuencia del síndrome infeccioso, en sexo maculino, así tenemos en esta revisión, 18 casos de apendicitis complicada en el sexo masculino, contra 11 (16.3%) casos del femenino. En la edad escolar alcanza su mayor frecuencia- la apendicitis, la perforación intestinal por fiebre tifoidea menos frecuente en pre-escolares, el absceso hepático se puede presentar en cualquier edad pediátrica (14) en este estudio se encontró sólo dos lactantes con esta entidad.

Se sabe que los pacientes, con padecimiento de más de 24 hrs. de evolución, tengan apendicitis complicada, sobretudo - los de menor edad (R. Affersperger), en este estudio los niños con apendicitis complicada solo 3 con padecimiento de menos de 24 hrs. de evolución, en tanto que 11 pacientes (60%) - con apendicitis no complicada, ingresaron después de las 24 - hrs. de haber iniciado la sintomatología. La complicación de la apendicitis, parece estar dada también por otros factores- como: edad, (3) progresión más rápida de la enfermedad y el estado nutricional.

Es en la segunda o tercera semana de instalado el cuadro enteral por fiebre tifoidea, cuando se presenta la perforación intestinal, 5 de los pacientes de esta revisión, el tiempo fué de 11 a 15 días.

El tiempo de evolución de los síntomas, de los pacientes con absceso hepático es variable, en 4 casos fue de 6 a 15 - días, y 2 más de 15 días, a todos los niños con esta entidad- se les dio cuando menos una vez tratamiento médico antes de - su ingreso, esta pudiera ser la causa, de esta variación en - el tiempo.

El 82% de los pacientes con apendicitis complicada recibieron tratamiento médico retardando el diagnóstico y tratamiento oportuno.

En tanto que solo 22% de los pacientes con apendicitis no complicada, recibieron medicamentos.

La mitad de los pacientes con perforación intestinal, habían sido tratados antes de su ingreso, sin obtener una buena respuesta.

Los signos y síntomas más constantes en este síndrome son el dolor abdominal, que por lo general es localizado al sitio del órgano afectado y se deja evolucionar se hace generalizado, la fiebre se encontró en 92% de los pacientes, vómito en 54 pacientes y los datos de irritación peritoneal no siempre se puede demostrar, se reporto sólo en 38 casos (56%).

Los signos radiológicos más constantes y que ayudarán a complementar el diagnóstico fueron, niveles hidroaéreas, borraramiento total o parcial del psoas derecho (más frecuente en caso de apendicitis complicada), aumento del espacio interaza borraramiento de línea preperitoneal y escoliosis antialgica.

Sin duda la imagen de aire libre indicación de perfora -

ción intestinal, este signo se encontró en 5 de los 8 pacientes con este diagnóstico.

El estudio radiografico demostró, en los dos pacientes que se les práctico, hepátomegalia y derrame pleura en uno, - que junto con la fluoroscopia brindan ayuda superior al 80% en el diagnóstico (14).

Cabe mencionar que a partir de los años cincuenta se -- cuenta con el ultrasonido, que puede detectar lesiones a partir de 1 cm. de diámetro (5).

En los hospitales, que cuentan con tomografía computarizada detectan las lesiones ocupativas del hígado, en más del 95% de los casos a partir de 2 a 3 cm. (4).

Es de todos bién conocido que la fórmula leucocitaria - es de gran ayuda para hacer el diagnóstico y esta en rela -- ción con la fase del padecimiento (11).

Este concepto no esta muy de acuerdo con lo encontrado - en este analisis, ya que 7 casos de apendicitis no complicada, tenían leucocitosis de 15 a 20,000 y en 2 casos más de - 20, 000, en tanto que 6 casos tenían leucocitosis menor de - 15, 000, 6 casos de 15 a 20,000 y 4 pacientes más de 20,000.

Casi siempre se acompaña de neutrofilia y aumento de -- bandas. Pero tener en cuenta que cifras normales no exclu - yen el diagnóstico.

En la perforación intestinal por fiebre tifoidea, los - leucocitos pueden encontrarse en cifras normales o haber leucocitosis leve, menos frecuente leucopenia con neutropenia - (13).

Leucocitosis por encima de 12,000 e incluso más de - - 20,000, con neutrofilia se reportan, en pacientes con absceso hepático amibiano.

En este estudio se encontraron 2 pacientes con más de - 20,000 leucocitos, prob. ya se habían complicado. Las pruebas de funcionamiento hepático solo en casos particulares -- pueden estar alteradas.

En el único caso que se práctico este estudio, tenía -- elevación de fosfatasa alcalina, TGP y TGO, con prolongación de T.P.

La fórmula leucocitaria no es de ayuda para hacer el diagnóstico diferencial entre adenitis mesenterica y apendicitis, ya que se pueden encontrar cifras hasta de 20,000 con - neutrofilia, es la obsevación constante y la exploración cuidadosa los que dan el diagnóstico.

Cuando la apendicitis aguda no es diagnosticada oportunamente o la administración inadecuada de analgesicos (20) - evoluciona a la fase gangrenosa, posteriormente perforación y formación de absceso o peritonitis difusa, pero es más frecuente la formación de absceso, ya que la perforación es bloqueada por intestino delgado y epiplón mayor. En los tres pacientes que se operaron con diagnóstico de apendicitis, datos de tiflitis se encontró en 2 casos y uno con ganglios - mesentericos aumentados de tamaño.

La perforación intestinal por fiebres tifoidea, por lo general es única, (95%) situada entre 10 y 30 cm. de la valvula ileocecal (13), condicionando peritonitis de grado variable dependiendo, principal del tiempo de evolución de la perforación. Pero no es infrecuente los casos múltiples perfora

ciones, en esta revisión un caso tenía más de una perforación y con varias placas de peyer hipertrofiadas, con inminencia de perforación y con gran reacción peritoneal. En un caso -- con peritonitis generalizada no se demostró la perforación, tenía placas de Peyer con zonas de necrosis inflamación de fleon. El tiempo de evolución de la perforación y el estado del intestino así como la extensión de la reacción inflamatoria peritoneal, son importantes para la conducta quirúrgica (6).

El absceso hepático se localiza principalmente en lóbulo derecho, menos frecuente en lóbulo izquierdo, cuando se retrasa el tratamiento la ruptura se presenta hacia estructuras vecinas, los sitios más frecuentes: pleura derecha, cavidad pleural izquierda, cavidad abdominal, y raramente hacia estómago (8).

En este estudio sólo en dos niños, se encontró frotó, uno hacia espacio subfrenico derecho y otro del lóbulo izquierdo sellado por epiplón mayor.

Los pacientes con diagnóstico de adenitis mesenterica tenían ganglios mesentericos aumentados, la apéndice tenía aspecto normal.

La apendicectomía en un primer tiempo, fué el procedimiento quirúrgico más frecuente, drenaje de la cavidad abdominal, sólo en 5 pacientes con apendicitis no complicada, en tanto que a todos los de apendicitis complicada se les dejó-

drenaje. En la actualidad el drenaje de la cavidad es muy discutido en aquellos pacientes que presentan perforación y peritonitis generalizada, ya que el "drenaje de la cavidad peritoneal es física y fisiológicamente imposible" (Yates, - J.L. 1905).

En ocasiones sirve de puerta de entrada de infección a la cavidad y prologando los días de estancia hospitalaria, - puede aumentar la morbilidad, se recomienda en este tipo de pacientes administrar antibioticoterapia para aerobios y anaerobios (asociación de un aminoglucósido y clindamicina), y detectar oportunamente un absceso intrabdominal, que pueden requerir reoperación o drenaje percutáneo. (2).

Para el tratamiento quirúrgico del absceso apendicular, - se ha practicado drenaje simple del absceso y en una segunda operación (6-8, semanas después), se practica apendicectomía pero Bradley señala complicaciones en 28% y una defunción, - con este procedimiento. En este análisis las complicaciones - se presentaron en 10 pacientes de con apendicitis complicada y solo 1 caso de apendicitis no complicada. La infección de la herida sigue siendo la principal complicación, se recomienda para disminuir la incidencia dejar abiertos piel y tejido celular, en los casos de apendicitis abscedada, hacer el cierre diferido, la formación de abscesos intrabdominales es otra complicación frecuente, se puede disminuir su frecuencia con una buena técnica, aspiración de todo el material purulento, dejando drenaje en los sitios de posible formación (espacio subfrenico y cavidad pelvica; otras complicacio-

nies son: bloqueo intestinal, hematoma de pared, ileo persistente, derrame pleural, fistula enterocutanea. La mortalidad actualmente es de cero, gracias al advenimiento de las unidades de terapia intensiva, con los recursos diagnósticos y terapéuticos, la alimentación parenteral y elemental.

Para el tratamiento de la perforación intestinal por fiebre tifoidea dependera del tiempo de evolución y los hallazgos, el cierre primario tiene buen resultado cuando la perforación es reciente, unica o sin gran reacción peritoneal. Cuando hay más de una perforación o placas de Peyer, muy lesionadas, con reacción peritoneal, poco intensa y la operación fué oportuna, la resección intestinal de buen resultado

Si la peritonitis es importante, se tiene duda y con más de 24 horas de pr ducida debe realizarse ileostomía. La aspiración de todo el contenido intestinal libre y lavado de c avidad completan el tratamiento quirúrgico. La morbilidad y la mortalidad se reduce por el buen manejo médico, pre, trans y postoperatorio, valoración clínica constante. La mortalidad se ha estimado entre 3-4% y 6% (14), es este estudio fue de cero y sólo un caso se externo voluntariamente.

En el absceso hepático, cuando a pesar del tratamiento médico se ha complicado, la intervención quirúrgica oportuna

puede lograr disminuir la mortalidad, el drenaje a través de una laparotomía se hizo en todos los pacientes, cuatro de los cuales se complicaron (absceso subfrenico, derrame pleural, infección y dehiscencia de herida quirúrgica). no se presentó ninguna defunción, expresándose por mejoría aunque la estancia postoperatoria fué prolongada e incluso más de 30 días (un caso).

En el paciente con adenitis mesenterica el diagnóstico-diferencial con apendicitis se hizo por medio de la exploración quirúrgica, se le realizó apendicectomía y biopsia de ganglios pero no se conto con el resultado de la misma.

Grupo No. II. Se observó con mayor frecuencia en recién nacidos las causas congenitas como: malformación anorrectal, estenosis congenita del piloro y atresia de intestino, es por lo tanto importante la exploración cuidadosa del recién nacido. En el lactante la invaginación intestinal, hernia inguinal, divertículo de Meckel, bloque intestinal por ascaris pueden ser la causa de este síndrome. Bridas postquirúrgicas y tuberculosis intestinal no son infrecuentes como causa de bloqueo intestinal.

Fué menos frecuente en pre-escolares y escolares, predominando en el sexo masculino con una marcada diferencia.

La evolución de los síntomas es muy variable y depende de la causa, el cuadro clínico esta dado por vómito, ausencia de evacuaciones, distensión abdominal de grado variable dependiendo de la altura del bloqueo, dolor abdominal principalmente en las formas adquiridas (invaginación intestinal, bloqueo por ascariis, Bidas postquirúrgicas y divertículo de Meckel, menos frecuente peristaltismo visible (hipertrofia congénita del piloro, bloqueo por ascariis), fiebre (invaginación intestinal), oliva pilórica palpable, evacuaciones sanguinolentas y tumor palpable (invaginación intestinal, bloqueo por ascariis). No es frecuente encontrar datos de irritación peritoneal.

Divertículo de Meckel por lo general cursa asintomático y cuando se manifiesta, principalmente con datos de bloqueo intestinal (56.8% Beltran, B.F.), también hay que tomar en cuenta a la tuberculosis intestinal como causa de este síndrome.

El 48% de los pacientes acudieron a un médico antes de su ingreso al hospital lo cual puede ser la causa del retraso para su diagnóstico temprano y manejo adecuado para disminuir la morbilidad, como el caso de la invaginación intestinal, bloqueo intestinal por ascariis, vólvulos y bidas post-

quirúrgicas. La dilatación del canal anal diariamente, durante seis meses a un año de edad, que permita pasar un dilatador de 15mm. de diámetro, o bien plastia de ano por vía perineal después de haber demostrado por medio del invertograma que la bolsa rectal esta a menos de 15 mm., son los procedimientos de elección en las anomalías bajas, si la malformación es baja, como sucedio en tres casos de este estudio, lo más recomendable es la colestomía transversa derecha, hasta que el niño tenga un año de edad para practicar descenso abdominoperineal (20).

Para los pacientes, con estenosis congenita del piloro la piloromiotomía fué el procedimiento de elección.

La atresis de intestino se observa más frecuente en ileo terminal (60% Beltran B.F.), la resección de la porción terminal más dilatada del asa proximal, confirmando la permeabilidad del intestino distal para completar con anastomosis termino-terminal.

En el caso de invaginación intestinal la ileo-colica -- fué más frecuente, menos frecuente ilo-ileal, demostrando en un caso ganglios mesentericos hipertrofiados, como causa de la invaginación sólo en un caso de invaginación ilo-leal, el acumulo de ascaris fué probablemente la causa. La mayoría se complico con necrosis y/o perforación intestinal, en estos -

casos la resección y anastomosis intestinal es el procedimiento de elección, pero si hay reacción peritoneal importante se tiene duda del estado de las asas intestinales es mejor hacer ileo-colostomía.

Cuando en el caso de pacientes con vólvulos no se llega a un diagnóstico temprano el compromiso vascular conduce a necrosis intestinal siendo necesaria también la resección intestinal del segmento desvascularizado.

En el caso de bloqueo intestinal por ascariis, el 95% mejoran notablemente con tratamiento médico, probablemente esta fué la causa de los pocos casos reportados en este estudio que ameritaron tratamiento quirúrgico. La laparotomía es indicada cuando hay fracaso en el tratamiento médico, se puede intentar descomposición anterograda pero si no es posible esta maniobra habrá que practicar enterotomía para extraer los parásitos, la resección intestinal es lo mejor cuando hay compromiso vascular importante.

Es un paciente con Bridas postquirúrgicas evoluciono hacia la necrosis intestinal, por lo que se resecó el segmento afectado, cuando no hay compromiso vascular la simple liberación de los órganos comprometidos soluciona el problema de bloqueo.

El paciente con tuberculosis intestinal se reoperó y se tomó biopsia de ganglios e intestinos reportando el estudio inflamación granulomatosa crónica.

Cuando la causa de bloqueo intestinal es un divertículo de Meckel lo más frecuente es encontrar una banda fibrosa -- que favorece el bloqueo, como en el caso de este estudio, el cual presentaba una hernia interna con compromiso vascular --

del intestino, el problema fué resuelto con resección intestinal (incluyendo el divertículo), seguido de anastomosis ileo-ileal. A pesar de las múltiples complicaciones el 36% tuvo una estancia postoperatoria menor de 9 días, pero para el grupo de invaginación intestinal el promedio fué de 15.5-días se explica esto por el mayor número de complicaciones encontradas durante la operación y en el postoperatorio 7 de estos pacientes se complicaron. En el caso de vólvulos y bloqueo por ascariis su estancia también fué prolongada por las complicaciones en el postoperatorio.

La mortalidad fue de 6% (2 casos) uno de invaginación intestinal y el otro de malformación anorrectal, en un caso no se conoció el resultado y que se egreso voluntariamente - sin embargo el 87% evolucionó satisfactoriamente.

La cirugía fué realizada el 24% por médico de base y el 75% por residente de cirugía general, puede ser un factor muy importante para la morbilidad, al decidir la táctica quirúrgica de acuerdo a los hallazgos operatorios y el manejo postoperatorio..

Grupo III. Síndrome traumático, en las sociedades urbanas los accidentes constituyen la causa más importante de muerte en escolares, adolescentes y adultos jóvenes. En cuanto al tipo de traumatismo, la mayoría de los autores reportan predominio de la lesión no penetrante, en nuestro estudio no hubo gran diferencia estadística, probablemente por el tamaño de la muestra, el método para la recopilación de los casos. El sexo masculino es el más afectado, en este análisis sólo 2 casos de sexo femenino, más frecuente en la edad escolar pero no es infrecuente en lactantes e incluso en recién nacidos (traumatóbtrico) (12)

El tiempo transcurrido entre el accidente y su ingreso al servicio de urgencias, es muy importante cuando hay hemorragia que requiere tratamiento inmediato o bien cuando el estallamiento de una víscera hueca produce peritonitis generalizada, en nuestro medio en ocasiones es prolongado, por las grandes distancias que recorren los pacientes antes de su ingreso.

El traumatismo abdominal puede originar hemorragia interna principalmente, pero en este estudio no es tan frecuente, predominaron las manifestaciones dadas por infección de la cavidad, por lesión de víscera hueca. Solamente se presentó un caso con choque hipovolémico causado por fractura de fémur y costillas. La evisceración de intestino delgado y epiplón fué muy frecuente en los pacientes con herida penetrante.

En el caso de contusión profunda de abdomen por golpe directo, se encontró huella equimótica en el sitio del traumatismo. Cuando hay lesiones a otro nivel se incrementa la morbilidad y mortalidad, como fué el caso de ruptura de dia-

fragma, musculos de la pared abdominal, fracturas y lesión medular. La lesión de diafragma se observa de 4 a 5 en lesionados que ingresan a un hospital con un traumatismo. (Brooks - J.N.), elevandose la mortalidad cuando hay otras lesiones.

En los pacientes con herida penetrante solamente 1 caso tenía lesión visceral (estómago), el ileon fué el órgano más lesionado en la contusión profunda de abdomen, el colón solo sufrió laceraciones de la serosa.

La laparotomía exploradora aunque resulte negativa es preferible, a pasar inadvertida una lesión, esta se les practicó a dos pacientes de herida penetrante y sólo a un caso con lesión no penetrante, la omentectomía y enterorrafia fué el procedimiento más frecuente, la reparación de diafragma y colocación de sonda pleural fué necesario en el caso de contusión toracoabdominal, desarrollo insuficiencia respiratoria y murió 3 días después de la cirugía. Son más frecuentes las complicaciones en las lesiones no penetrantes en parte por el retraso para instalar el tratamiento adecuado y porque la mayoría de estos cursaron con infección de la cavidad abdominal o tenían lesiones a otro nivel. Los pacientes con múltiples traumatismos se pueden complicar con insuficiencia respiratoria y principalmente cuando hay traumatismo toracoabdominal, como el caso de ruptura de diafragma que desarrollo probablemente pulmón de choque. La estancia postoperatoria de los pacientes con lesión no penetrante se prolongó por más tiempo que los de herida penetrante, debido ha que tuvo menos complicaciones costoperatorias. Sólo se presentó una diñcción los demás se egresaron por mejoría.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bradley, E.L., III, y Isaacs, J.: Appendiceal abscess revisited. Arch. Surg. 113: 130-132, 1978.
- 2.- Marc Cooperman, M.D.: complicaciones de la apendicectomía Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 6: 1229-1241, 1983.
- 3.- Scher, M.S. y Coil, J.A. Jr.: Appendicitis: Factors that influence the frequency of perforation, South. Med.J., 73 1561 1563, 1980.
- 4.- Stoopen, M.: Tomografía computarizada del abdomen. En: Principios Fundamentales de la Cirugía. 1a. Ed. U.N.A.M. -- Edit., México, 1981, pp. 557- 571.
- 5.- Stoopen, M. y Kimura, K.: Ultrasonido. En: Principios Fundamentales de la Cirugía. 1a. Ed. U.N.A.M. Edit., México 1981, pp.529-555.
- 6.- Gil, B.M. y Rodríguez, B.W.: criterios quirúrgicos en la perforación intestinal por fiebre tifoidea. Trabajo presentado en el XVII Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica en Guadalajara Jalisco. 1984.
- 7.- Baeza, C.H.; Franco, V.R. y Bucio, D.J.: Perforación intestinal por fiebre tifoidea. Analisis de un brote epidémico Trabajo presentado en el XVII Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica en Guadalajara Jalisco. 1984.
- 8.- Villa Real, G.S. y Col.: Los Estragos de un absceso hepático amibiano con fistula a sitios poco comunes. Trabajo en el XVII Congreso Nacional de Cirugía Pediátrica en Guadalajara Jalisco. 1984.
- 9.- Sariñana, N. y Lovo, S.: Apendicitis en el niño. Bol. Méd. del Hospital Infantil de México. Vol. XXV, Pág. 537-542,- 1968.
- 10.- Faffensperger, J.G.: Swensob's Pediatric Surgery. Fourth ed. New York, Appleton-Century-Crotts, 1980.
- 11.- Asariñana, N.C. y Lovo, L.S.: Apendicitis aguda. En: Urgencias Quirúrgicas en Pediatría, México, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. 1970. pp. 241-257.
- 12.- Sariñana, N.C. y Ortíz, M.H.: Traumatismos Abdominales. - en: Urgencias Quirúrgicas en Pediatría, México. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1970, pp 233-240

- 13.- Beltrán, B.F.: Urgencias abdominales. En: Urgencias Quirúrgicas en Pediatría, Mex. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1970, pág. 189-231.
- 14.- Straffon, A.O.: Absceso Hepático amibiano. En: Cirugía-Pediatrica. 1a. ed. Ediciones Médicas Actualizadas, México, 1979, pp. 409-415.
- 15.- Jones, P.F.: Acute appendicitis in childhood with special reference to cases not due to acute appendicitis - B. Med. J. 1.240. 1969.
- 16.- Winsey, H.S. y Jones, P.F.: Acute abdominal pain en childhood; analysis of a year's admissions, Br. Med. J. - 1, 653, 1967.
- 17.- Guerner, V.: Abdomen agudo. En: Principios Fundamentales de la Cirugía la Ed. UNAM. Edit., México, 1981, pp 617-663.
- 18.- Bravo, L.J.L.: Consideraciones sobre el síndrome abdominal agudo. En: Temas Básicos en Cirugía. Congreso Conmemorativo, XXV Semana Quirúrgica Nacional. San Luis Potosí, CESA Edit. México, 1984, pp. 195-221.
- 19.- Baeza, H.C. y France, V.R.: Traumatismos Hepático en la infancia. Bol. Med. Hosp. Infant. de Méx., 41 (7): 383-386.
- 20.- Jiménez, F.J.; Corpero, Q.A. y Balanar, J.L.: Abdomen-agudo en pediatría.
- 21.- Brooks, J.N.: Blunt traumatic rupture of the diaphragm. Thorac. Surg., 26: 199, 1978.