

ÍNDICE GENERAL DEL VOL.27 de 1959

- 1.- NOTAS EDITORIALES
Reacción Serológica Positiva p. 1-2
- 2.- Apendicitis Aguda Durante el Embarazo.
Dr. René Carranza p 3-11
- 3-- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PIE ÜOT INVERTE-
RADODr. Cesar A, Zúniga p, 12-16 4.-
LA **VIRUS COXSAKIE** Dr. Roberto Zepeda
Turcios p . 17-21 5-- ESTUDIO CLÍNICO SOBRE
1\$# PACIENTES AFECTOS
DE COLECISTITIS Y COLELITIA3I3 ____ Dr. G.
A. Zúniga p. 22-25-6.- NOTAS
EDITORIALES p. 27-29
Algo Sobre la Biopsias. Dr. Raúl A. Durón M.
- 7.- ENFERMEDAD CITOMEGALICA CON INCLUSIONES
Dr. Raúl A. Durón p.30-39 3.- ANRSTECIA
S3TER0IDS ... Dr. Osear Armando
Rivera p 40-51
- 9.- HIPERT3EICO3IS Dr. Hernán Corrales
p.52-62
- 10.- UN APORTE A LA CIRUGÍA DEL CRISTALINO
Dr. Luis Callejas Z. p.63-66 11.- NOTAS
EDITORIALES...- La historia en nuestra
Patología p. 1
- 12 LOS NEGROS EN HONDURAS Dr J. R. Valenzuela
0-69
- 13-- COMENT-IRIO ALREDEDOR DE UN HERIDO CON LS3IO
NES MÚLTIPLES
Dr. José Gomes Márquez p. p.70-83
- 14.- PINSALOMA ECTOPICO DEL IV VENTRÍCULO ...
Dr. Armando Bardales p 34-33
- 15.- NECROSIS VAGINALES HEMORRAGICA3 OBSERVADAS
EN LA PRACTICA GINECOLÓGICA Dr. Gustavo A.
Zúniga 39-98
- 16.- NOTAS EDITORIALES /// Fin de Labores p-99-
100
- 17-- CIRROSIS BILIAR XANTOMAT03A Dr. Hernán Co-
rrales Padilla p 101-118
- 18.- ABDOMEN TRAUMÁTICO EN HONDURAS ... Dr. José
Gomes Márquez* p.119-142
- 19._ ESTUDIO CLÍNICO DE LOS Pseudoquistes DE
PANCREAS. Dr. Edgardo Alanzo M. p 143-157
- 20,- LA END03COPIA ^N LA EXPLOCION GINECOLÓGICA
Dr. GUSTAVO A. ZUNIGA p 159-162.

Revista Médica Hondureña

Organo de la Asociación Médica Hondureña

Director: DR. RAÚL A.

DURON H

ADMINISTRACIÓN:

DR. JORGE A. VSLLANUEVA

REDACCIÓN:

DR. SILVIO R. ZUÑIGA

TEGUCIGALPA, D. C., HONDURAS, C. A. — APARTADO POSTAL N° 1

NOTAS EDITORIALES

Reacción Serológica Positiva

Con el advenimiento de leyes entre empleados y empleadores, de requisitos legales para conducción de vehículos, matrícula en Colegios de Segunda Enseñanza, vigilancia aduanera médico-sanitaria y múltiples circunstancias más, los Laboratorios Clínico-Patológicos se han visto atestados con requisiciones para exámenes serológicos (Reacción de Kahn y V.D.R.L. especialmente).

Ningún empleador quiere tomar el riesgo de contar en su personal con elemento alguno sin antes conocer "como anda su examen de sangre". En los colegios no se admiten alumnos portadores de una reacción de Kahn positiva. No se permite el ingreso a un país de persona serológicamente positiva, etc., etc.

Y a decir verdad todas estas medidas están ampliamente justificadas, sobre todo, desde el punto de vista científico. ¡Pero cuántos errores e injusticias se cometen en nombre de la ciencia, precisamente entre aquéllos que no conocen el verdadero sentido que esa palabra encierra! porque para las personas ajenas a la medicina, y es esto motivo del tema que hoy nos ocupa, una reacción de Kahn positiva sólo puede significar una cosa: Sífilis, y tarea muy ardua resulta para el médico tratar de encauzar el pensamiento de esta gente hacia el verdadero significado de dicha reacción positiva la cual solamente está indicando la posibilidad de que el paciente padezca de tan temida enfermedad.

Harto sabemos los médicos que no debemos "saltar en el diagnóstico", y no considerar a estas personas como sifilíticas mientras no se confirme dicho diagnóstico con el consorcio de la clínica y pruebas del laboratorio más específicas.

Es muy probable que la mayoría de estos casos resulten al final catalogados definitivamente como Luéticos. Pero siempre quedará un margen considerable de pacientes serológicamente positivos que no son sifilíticos y que a nuestro juicio deben separarse en dos grupos: 1°—Los afectados de una patología completamente diferente y 2°—Las personas que han estado expuestas a agentes treponematosos, aunque no necesariamente

sifilíticos, que han recibido un tratamiento adecuado y completo, pero que desgraciadamente seguirán cargando a costas con la cruz o cruces de su positividad serológica mientras vivan, aunque los sifilólogos las consideren biológicamente curadas.

El problema se complica aún más en estas personas cuando ellas mismas, tras de recibir dosis considerables de Arsenicales y Antibióticos se desesperan al ver que la cruz de su calvario serológico permanece inamovible tras repetidos exámenes en diferentes Laboratorios. Perseguidos por el fantasma de una enfermedad imaginaria cambian de médico, vuelven una y otra vez a recibir extensos y costosos tratamientos, pero todo es en vano, la reacción sigue siendo positiva y las puertas de la sociedad se cierran para ellos al no poder prestar sus servicios en la comunidad por temer ésta un contagio imaginario.

Oportuno es recordar a los médicos generales este problema con el cual se enfrentan de vez en cuando: ya que no existen en nuestro medio laboratorios adecuados para llevar a cabo estudios específicos en esta enfermedad, especialmente el test de inmovilización del *T. Pallidum* (T. P. I.), no hay que darle mayor importancia a la simple reacción de Kahn Cualitativa Positiva y deben practicarse las reacciones cuantitativas periódicas mucho más informativas y específicas que las anteriores. Y para aliviar en algo el sufrimiento de estos portadores con reacciones positivas inespecíficas deberán extenderseles certificados explicando en forma clara y sencilla que dichos pacientes están biológicamente curados a pesar de la ir-reversibilidad de sus reacciones serológicas positivas, dándoseles así la oportunidad de rehabilitarse moralmente y reintegrarse al consorcio comunal del cual injustamente se les ha mantenido alejados.

DR. RAÚL A. DURON M.
DIRECTOR

Apendicitis Aguda durante el Embarazo

PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CON REVISIÓN DE LITERATURA RECIENTE

Dr. Rene Carranza (•)

La apendicitis complicando el embarazo no fue reconocida sino a finales del siglo XVIII, por Munde, que fue el primero que llamó la atención sobre ello; más tarde, en 1847, Abrahams coleccionó 11 casos reportados por varios autores americanos a los que él agregó 4 casos personales.

Puede ocurrir durante la preñez, durante el trabajo de parto o durante el puerperio, ya en forma primaria o en forma de ataque recurrente (1). Es una enfermedad mucho más seria durante la preñez que en la mujer no preñada, aumentando el peligro a medida que el embarazo es más avanzado. No existe evidencia de que la gravidez favorezca el desarrollo de una apendicitis aguda, pero por otra parte, tampoco disminuye dicha posibilidad.

En los casos en que el apéndice ha sido objeto de un proceso infeccioso anterior que ha cedido espontáneamente y que no ha llegado hasta el estadio quirúrgico, es probable que las especiales condiciones que ocurren durante el embarazo, como veremos adelante, aumenten, las posibilidades de un nuevo y más severo ataque.

La gravedad de la apendicitis está indiscutiblemente aumentada por la presencia de la gravidez, y el diagnóstico se oscurece y dificulta sobremanera con ella.

PRESENTACIÓN DE 2 CASOS:

CASO 1) R.M.B. mestiza de 33 años, grávida III, para II, con embarazo de 8 meses, admitida al Hospital General San Felipe el 27 de octubre de 1958 a las 5 p. m. por dolor agudo en la fosa ilíaca] derecha, con historia de haberle comenzado 4 días antes, con temperatura, náuseas y vómitos; el dolor es continuo lancinante y lo localiza la paciente, en la fosa ilíaca derecha. Desde hace 48 horas no defeca e ingiere muy pocos alimentos porque le dan vómitos. No hay historia de migración del dolor aquejado.

En su historial anterior refiere dos ataques de dolor semejantes al ac-

(*) Departamento de Cirugía y Ginecología. Hospital San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, C. A. Trabajo leído en el Seno de la A.M.H el 6 de febrero de 1959.

tual, habiendo sido el más reciente aproximadamente 3 meses antes de la admisión, del que se repuso sin tratamiento.

La historia obstétrica anterior sin importancia.

Al examen físico nos encontramos con una paciente moderadamente enferma con presión arterial¹ de 115/70 pulso de 90 por minuto, temperatura de 37.9, abdomen voluminoso que corresponde a embarazo de 32 semanas, presentación de vértice O.I.A., latidos fetales 140 por minuto, no hay signos de trabajo de parto. A la palpación encontramos dolor exquisito en la fosa ilíaca derecha en el clásico punto de MacBurney con signo de rebote, positivo. Reacción dolorosa del músculo Psoas y resistencia muscular localizada, no hay dolor a la exploración en los puntos ureterales. El examen rectal no es satisfactorio por falta de cooperación de la paciente.

Recuento globular al momento del examen:

G.R.	4.520.000	
G.B.	19.000	
H.G.B.	10 gm.	69%
Neutrófilos		98%
Linfocitos		2%

Examen de orina cateterizada: color amarillo turbio, reacción acida, densidad 1015, microscópico 2 células epiteliales por campo, glucosa y albúmina negativas.

*En vista del cuadro anterior hacemos el diagnóstico de apendicitis aguda y procedemos a intervenirla bajo anestesia general con **Ciclo-pro puno**.*

*A través de incisión de MacBurney entramos a cavidad abdominal y al momento de abrir el peritoneo la herida operatoria es inundada por pus mal trabado del, mí se asaran aproximadamente 100 ce. se explora la región **ilioapendicular** que aparece evidentemente con patología inflamatoria supurada, y el apéndice en situación retrocecal. Se logra aislar después¹ de paciente y difícil disección, se liga su mesoapéndice y se extirpa, ligando¹ su muñón primero con ligadura de catgut, reforzada con segunda ligadura de algodón, porque no se logra infundibilizar con surjete, por lo friable de la pared cecal. Se cubre con la membrana iliocecoapendicular y se instila en la cavidad una solución de 500 mg. de Terramicina. No se hace ninguna otra exploración. Se cierra la cavidad abdominal **sin** dejar dreno.*

La paciente post-operatoriamente es hidratada y se, le dan Tetraciclina 500 mg, cada 12 horas, y Cloromicetin 1 gramo cada 12 horas, intramusculares. Se dan 100 mg. de progesterona diarias por 3 días.

La paciente hace un post-operatorio feliz, afebril a partir del segundo día en que deambula, se retiran suturas al 4 día post-operatorio (por error del personal subalterno) sin ninguna complicación, y la paciente es dada de alta el séptimo día post-operatorio en buenas condiciones. El reporte anatomopatológico es como sigue:

En el lumen hay abundante polimorfo-nucleares y glóbulos rojos.

La mucosa está necrosada en algunos sitios. El infiltrado inflamatorio

se extiende al resto de las capas del órgano con gran dilatación de vasos en la serosa. **DIAGNOSTICO: APENDICITIS AGUDA SUPURADA.**

Reingresa el 14 de noviembre de 1958, con dolores de parto, se rompe la bolsa espontáneamente, al momento de la admisión y 3 horas después da a luz en occipito anterior a un niño- normal que pesa 6.6 Ibs. seguido de alumbramiento normal. Es dada de. alta 4 días después en perfectas condiciones.

Caso 2") S.E.S. de 33 años, para I grávida II con embarazo de 7 meses ingresa al Hospital General San Felipe, el día 12 de noviembre de 1958 por dolor agudo en la fosa ilíaca derecha, que comenzó bruscamente 1 & hora'; antes de la admisión, continuo, con calambres en la extremidad inferior derecha? con náuseas, vómitos y fiebre, con evacuaciones frecuentes que el día de la admisión han alcanzado el número de 5, presenta además ardor hará orinar.

Al examen físico encontramos paciente ligeramente deshidratada, agitada, con evidente sufrimiento por dolor, que no coopera absolutamente a su examen, siendo ello agravado por lo bajo de su nivel cultural. Con presión arterial de 120/80, pulso de 100 por minuto, temperatura de 37°8c.

Abdomen globuloso, que corresponde a embarazo de 7 meses, presentación de vértice, con cabeza flotante O.I.A.; latidos fetales normales de 140 por minuto.

Dolor exquisito a la palpación en la fosa ilíaca derecha, signo 'de rebote ausente, no hay resistencia abdominal localizada.

Tacto rectal: cervix blando, normal para edad del embarazo, hay ligero dolor cuando se palpa fondo de saco lateral derecho: puntos ureterales no dolorosos, signo de Murphy negativo.

Exámenes de Laboratorio:

Recuento Globular

G.R-	4.000.000
G.B.	11.000
Neutrófilos	87%
Linfocitos	13%
Hemoglobina	11 gm.

Examen de orina: color amarillo, densidad 1016, negativo por -albúmina, microscópico negativo por células de pus; presencia de escasos hemáties, (lo atribuimos a cateterismo traumático).

Con estos datos hacemos el diagnóstico de Apendicitis aguda y 24 horas después de su admisión la sometemos bajo anestesia general con Ciclopropano a laparotomía por incisión infraumbilical pararectal derecha (pensando en una situación elevada del apéndice), al abrir cavidad abdominal hay salida de unos 20 c.c. de líquido purulento.

Se encuentra suma dificultad para localizar el apéndice, tanto por lo alto de-la incisión. como por la protrusión del útero grávido en la herida operatoria, y por tratarse de un..apéndice re trace cal y adherido a la pared pélvica posterior. Se liga su base con catgut crómico que se refuerza con segunda ligadura de algodón; se practica hemostasia en la mejor forma posible, se espolvoreo sulfa en el lecho denudado y se cierra la pared abdomi-

nal en la forma acostumbrada sin dejar dreno. Post-operatoriamente se hidrata y se da Tetraciclina y Cloromicetim intramusculares, y progesterona por 3 días, 100mg. Hay ilioparalítico, el tercer y cuarto día post-operatorio, se trata con succión de Wangesteen, se retiran suturas en el séptimo día post-operatorio. Hay febrículas en los días segundo, cuarto, quinto y sexto. La paciente se da de alta en el noveno día post-operatorio, afebril y en buenas condiciones. El reporte anatómico patológico es como sigue:

El lumen contiene heces, la mucosa presenta escasa necrosis con moderado infiltrado inflamatorio el cual es más acentuado en la submucosa y capa muscular. En la serosa el infiltrado inflamatorio con neutrófilos' es aún más marcado: DIAGNOSTICO: APENDICITIS AGUDA.

Hasta la fecha no ha regresado para chequeo e ignoramos el curso de su embarazo.

INCIDENCIA

Un estudio de los expedientes del John Gastón Memorial Hospital, de 1936 a 1946, muestra que en 17.621 partos se presentaron 50 casos de apendicitis complicando el embarazo, lo que da una incidencia de 1 caso por cada 352 partos; al mismo tiempo, durante este mismo período de tiempo se hicieron 4.581 apendicectomías de todos los tipos, excluyendo el profiláctico, lo cual da una incidencia de una preñez complicando 92.2 apendicectomías.

De esta serie de 50 casos, 21 ocurrieron en el primer trimestre, 17 en el segundo y 12 en el tercero (2). El Dr. Clifford B. Lull (3), del Pensilvania Hospital, da una incidencia de 2 casos por cada 3.000 partos. William M. Bryan, M. D. del Columbia General Hospital S, C, en una revisión de la literatura mundial reporta que en 94.599 embarazos hubo 93 casos de apendicitis, lo que da una incidencia de 1 en 1.017 partos. El mismo informa haber encontrado en su hospital de 500 camas, de enero de 1952 a diciembre de 1953, 13 casos en 4.618 preñeces, o sea de 1 entre 355 (4). Nosotros, en un análisis que hemos hecho en el Departamento de Obstetricia del Hospital San Felipe, desde enero de 1957 hasta diciembre de 1958, hemos encontrado que en 5.260 embarazos han ocurrido 2 casos de apendicitis, lo que da una incidencia de 1 caso por cada 2.630 partos, o sea 0.04% aproximadamente. En el mismo período de tiempo se han practicado 296 apendicectomías en mujeres, lo que da una incidencia de 1 embarazo complicando cada 148 apendicectomías, o sea 0.7% aproximadamente.

DIAGNOSTICO

Como en toda noxa, en la apendicitis complicando el embarazo, una historia adecuada es de importancia primordial, tanto más, cuanto que el diagnóstico precisa de que se recuerden los siguientes hechos anatomoclínicos peculiares de la gravidez: a) Al final del sexto mes de la gestación, el apéndice se vuelve un órgano abdominal y su desplazamiento es lateral cefálico con lo cual, el punto de máxima sensibilidad es alejado de la clásica área de MacBurney

(5). b) Durante la preñez hay una hidronefrosis fisiológica, hidro-uréter y estasis urinaria, haciendo todo ello que la paciente, necesariamente sea más susceptible a la enfermedad urológica de tipo pielitis o pielonefritis. c) El progreso de la gestación conduce a una protrusión, de la pared abdominal con una pérdida general del tono de los músculos rectos, especialmente en la múltipara; entonces el espasmo y la rigidez de la pared abdominal, más raramente se presentan en el caso de haber apendicitis, perdiéndose así otro hallazgo físico en la ayuda para el diagnóstico de apendicitis aguda (6). d) Durante la gravidez, el cuadro sanguíneo muestra un aumento fisiológico de los glóbulos blancos que puede llegar hasta 13.000 y hay siempre un aumento en la eritrosedimentación. e) Las náuseas Y los vómitos en los tempranos meses de la gestación contribuyen a aumentar la confusión en la historia, si bien cabe recordar que el 85% cesan al comienzo del cuarto mes, el 13% duran hasta el quinto y tan solo el 2% persisten hasta el final (7). f) En estos días en que tanto énfasis se hace en el síndrome de «Stress», cabe aquí mencionar que el embarazo ha sido considerado como «Stress» constante, el cual se extiende hasta el puerperio y la lactancia, la paciente puede responder favorablemente al stress, pero la reserva adrenal puede disminuir hasta el punto en que se vuelve inadecuada para una repentina injuria adicional, como sería una apendicitis complicando dicho estado, y el organismo se ve así incapacitado para responder a las demandas racionales que nosotros conocemos se manifiestan en la apendicitis (8).

Como se ve, pues, por los hechos anteriormente mencionados, los clásicos síntomas de apendicitis: dolor en la fosa ilíaca derecha, náuseas y vómitos, fiebre, leucocitosis, se ven trastornados en su manifestación clásica, y el clínico tiene que pensar en aquellas alteraciones fisiológicas, para poder concatenar los elementos que le permitan elaborar el juicio diagnóstico de un síndrome apendicular, con la sintomatología aquejada por la paciente, y que en términos generales consiste: en dolor que comienza en el epigastrio y va precedido de anorexia que persiste por 8 o más horas Y va acompañada por una necesidad urgente de defecar, sobre la que hace hincapié Keyes (9)-

La constipación es mucho más frecuente que la diarrea y el uso popular de catárticos en la mujer grávida con ..estreñimiento, es sumamente peligroso y debe ser proscrito, sobre todo en presencia de síntomas abdominales, aunque sean leves. A medida que el proceso inflamatorio crece, el dolor desciende y se localiza en la fosa ilíaca derecha, presentando entonces el signo de! rebote positivo. Como vimos anteriormente, para este entonces es Cuando empiezan a manifestarse el espasmo y la rigidez abdominales, que a veces no aparecen nunca por las razones expuestas. La temperatura raras veces es mayor de 1 grado, al contrario de lo que sucede en la pielitis, en que la temperatura puede llegar a 40°, con brusco descenso de varios grados en pocas horas. Como vimos, el recuento de blancos y la eritrosedimentación en la mayor parte de los casos, no son de gran ayuda; sin embargo, recuentos sucesivos, practicados con algunas horas de intervalo, si muestran aumento progresivo,

pueden ser de valor diagnóstico. Igualmente una franca desviación de la fórmula leucocitaria hacia la izquierda, con ostensible neutrofilia, es significativa para orientar a un diagnóstico. En la historia, debemos hacer hincapié por investigar ataques anteriores, y si hay evidencia de ello, cualquiera de estos síntomas o signos mencionados, adquirirá más valor para sentar un diagnóstico positivo de apendicitis.

En una de nuestras pacientes encontramos franca historia de ataques anteriores, lo que unido a su exquisito dolor con signo de rebote positivo, espasmo muscular, leucocitosis de 11.000, neutrofilia de 87%, temperatura de 37.8 y examen de orina negativo, fue lo que nos llevó al diagnóstico de inflamación aguda del apéndice. En la otra paciente encontramos historia de estreñimiento de 72 horas, fiebre 38-^, náuseas, vómitos, dolor en región abdominal, fosa ilíaca derecha, con resistencia muscular localizada, reacción dolorosa del músculo Psoas, examen de orina negativo por albúmina, cilindros y pus.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A lo largo del embarazo, la apendicitis aguda tiene que ser diferenciada de infecciones urinarias y estasis, quistes ováricos retorcidos y dolor postural.

El embarazo ectópico, salpingitis aguda y tempranos síntomas de aborto, son problemas de diagnóstico diferencial de un embarazo temprano, complicado con apendicitis (10). En el segundo trimestre, colecistopatía, obstrucción intestinal, úlcera péptica, linfadenitis mesentérica y carbunco del riñón serían las entidades con quienes hacer el diagnóstico diferencial, y en el tercer trimestre, trabajo de parto, hematoma retroplacentario y degeneración roja de un fibroma uterino.

La apendicitis post-partum se diagnostica inicialmente sólo con la vigilancia cuidadosa del obstetra, pues los dolores pueden confundirse perfectamente con los del post-partum inmediato (11).

TRATAMIENTO

La natural reluctancia del obstetra y del cirujano a operar en pacientes grávidas, no tiene un soporte científico, de acuerdo con las experiencias de los últimos 8 años. La exploración, seguida de apendicectomía es el tratamiento de elección; si se permite al caso evolucionar hasta llegar a la peritonitis, los resultados son desastrosos, con aborto y generalmente, muerte del producto, y con una infección que tiene una gravedad mucho más marcada que cuando la paciente no está grávida. En muchas instituciones de prestigio, como el Chicago Lyng In Hospital, cuando existe duda del diagnóstico de apendicitis, o en presencia de síntomas que la sugieran, se hace laparatomía, no importa cuan avanzado sea el embarazo. En caso de que ocurra perforación o absceso del apéndice, las vísceras abdominales se ven incapacitadas para limitar el proceso adecuadamente, por el aumento de volumen, del útero, por

su rica vascularización, por su movilidad y fácil desplazamiento Y por sus periódicas contracciones, a lo largo del embarazo.

Es indispensable en pacientes que se admiten a los servicios de obstetricia, con la duda de un proceso apendicular, la observación cuidadosa, la no aplicación de analgésicos, frecuentes recuentos y fórmulas leucocitarias, frecuentes palpaciones abdominales, y si los síntomas o los signos progresan, la laparatomía se impone.

En caso de que exista historia de anteriores ataques de apendicitis que hagan pensar en un ciego o apéndice adherido, que se resista a su elevación con el crecimiento de la matriz, la incisión recomendada en la literatura que hemos consultado, es la de tipo Mac Burney, con la que evitamos la presencia de la voluminosa matriz en el campo operatorio, y la que nos permite un cierre de la pared con menos probabilidad de dehiscencia o hernia, en caso de que el parto se lleve a cabo en las horas inmediatas posteriores a la laparatomía. En caso de que se sospeche el ascenso del apéndice, por la localización del dolor, se recomienda una incisión transrectal o pararectal con la paciente ligeramente inclinada sobre su costado izquierdo; con este tipo de incisión, sin embargo, se presenta la dificultad de tener que desplazar el útero medianamente para poder obtener una exposición adecuada. Debe recordarse que la manipulación del útero debe hacerse con la máxima gentileza para no irritar la fibra muscular y desencadenar el mecanismo del trabajo de parto. El cirujano que quita un apéndice agudamente inflamado, en el último trimestre del embarazo, se enfrenta con un procedimiento peligroso, no solamente por las dificultades de tipo técnico, inherentes al notable aumento del útero grávido a esa altura del embarazo, sino porque los mecanismos de defensa de la cavidad peritoneal están disminuidos como se expresó anteriormente, y porque las estadísticas muestran que la máxima pérdida de madres y productos en esta complicación, se sitúa precisamente en este trimestre. Handerson, Pontuis, Witkuwski, del servicio quirúrgico del St. Luke's Hospital de North Western University Medical School de Chicago, Illinois, han descrito una nueva técnica para remover el apéndice en este trimestre: acostando a la paciente sobre el lado izquierdo y practicando una incisión oblicua como la de MacBurney, pero encima de la línea que une el ombligo con la espina ilíaca anterosuperior, y más lateral que la MacBurney misma (12), con lo cual parece que, en los apéndices elevados, se obtiene una mejor visualización con menor manipulación del útero.

La anestesia de elección para practicar apendicectomía complicando el embarazo, es la anestesia raquídea, por su notable relajación abdominal y ser completamente inocua para el producto; si se quiere anestesia de tipo general, de las más ventajosas es el ciclopropano.

En términos generales, como rutina post-operatoria la paciente permanece en cama por 24 a 48 horas, siendo hidratada adecuadamente, analgésicos se administran PRN, se le levanta después de este período de tiempo y se le permite alimentación oral cuando se aprecian signos de actividad intestinal por auscultación; se usan antibióticos preferentemente de amplio espectro, y nosotros acos-

tumbramos dar 50 mg. de Progesterona los 4 primeros días post-operatorios; hay autores que no consideran esto necesario.

PRONOSTICO

El pronóstico para la apendicitis complicando el embarazo, varía favorablemente en razón directa de lo temprano del diagnóstico y de la pronta remoción del órgano enfermo. En los casos descuidados, el pronóstico es grave para el feto, y reservado para la madre; si llega a perforarse el apéndice, la peritonitis generalizada es la I regla, con la consiguiente evacuación del producto que nace muerto, o muere pocas horas después. Algunos autores en sus estadísticas obtienen un porcentaje de partos prematuros y abortos que llega hasta el 31.2%, con una mortalidad fetal de 17.7% en la fase aguda de la enfermedad; y de 7.2% cuando está limitada al apéndice. En los casos complicados la mortalidad alcanza hasta el 33%.

En las estadísticas de algunos autores americanos se encuentra una mortalidad de 50% para la madre y de 75% para el feto. Peralta Ramos en la Argentina, en 1941, reportó 86 apendicectomías durante la preñez y 10 durante el puerperio, con una mortalidad de 2.2%, ocurriendo dichas muertes en los casos de perforación con peritonitis.

Nuestros casos han sido tempranamente diagnosticados y no nos han dado ninguna mortalidad.

Cuanto más avanzada es la gravidez, más grave es la coexistencia con apendicitis, la anestesia como factor de muerte fetal es casi ninguna, siempre que se mantenga en el curso de ella una adecuada oxigenación en la madre (13).

R E S U M E N

En un análisis estadístico de 5.260 embarazos ocurridos en el Hospital General San Felipe, en los años 1957-1958, se reportan 2 casos de apendicitis aguda complicando el embarazo.

Se compara la incidencia de esa complicación en dicho hospital, con la reportada en la literatura consultada.

Se hacen consideraciones en relación con los factores anatómicos, fisiológicos y clínicos coincidentes con la gravidez y que enmascaran el diagnóstico del proceso apendicular agudo.

Se tratan dichos casos quirúrgicamente dentro de las primeras 36 horas posteriores a su admisión.

Ninguno de los casos fue seguido de trabajo de parto en el post-operatorio inmediato, y uno de ellos llega al parto cuatro semanas después de la intervención, y sale de él en condiciones normales. Ignorándose los detalles del otro caso por no haberse presentado hasta el momento del análisis, a la Maternidad del Hospital San Felipe.

Se está acorde con los conceptos expresados en la literatura consultada de que la apendicitis aguda es una grave complicación del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TORPIN, Richard: Disturbances of the reproductive tract complicating pregnancy. Davis' Gyn and Obs; W, F. Prior Company, 1:11, 1954.
2. DAVIS, Cari Henry: Appendicitis in pregnancy. Davis' Gyn and Obs, 3:25, 1954.
3. BRISCOE, Clarence: The surgical complications of pregnancy. Lull Kimbrough's Clinical Obs, J. B. Lippincott, pág. 341, 1953.
4. BRYAN, William: Surgical emergencies in pregnancy and puerperium. Am. J. Obs. and Gyn. 70:1204, 1955.
5. MEILLING, RICHARD L.: Surg, Gyn and Obs. 85:512, 1947.
6. PRIDDLE, H. D. and HESSELTINE, H. Ciose: Acute Appendicitis in OB patient; Am. J. of OB and Gyn, 62:150, 1951,
7. BONILLA, F.: Hiperemesis gravídica, Problemas fundamentales de la práctica obstétrica, por Bonilla y Salvatierra. Editorial Facta, España, Pág. 5, 1957.
8. POSNER A., Charles: Acute appendicitis complicating pregnancy and puerperium; Harlem hospital Bull., 8:1, 1955.
9. KEYES E. Lawrence: Surg. Clin of North Am, 30:1447, 1950.
10. SIDNEY, Lake Max: The surgical management of appendicitis in pregnancy, Med. J. of Australia, 2:950, 1956.
11. HOFFMAN, Edwin S.: Acute appendicitis in pregnancy; Western J. of Surg, Obs and Gyn; 58:1477, 1950.
12. ANDERSON E. Raymund: A Modified technic for removal of appendix during pregnancy; Am. J. of surg, 93:117, 1957.
13. DICKINSON, J. C: Acute appendicitis complicating pregnancy; Cañad. Med. Ass. J., 74:367, 1956.

Tratamiento Quirúrgico del Pie Bot Inveterado

Dr. César A. Zúniga (+)

Llámase pie varus equino supinado a una deformidad congénita o adquirida, en la cual el pie se presenta en actitud de aducción, equinismo e inversión. Se ha adoptado la palabra «pie bot» para designar esta deformidad en forma más fácil y corta y por excelencia al pie antes descrito, el más común. De todas las deformidades congénitas o adquiridas del pie observadas en nuestra práctica, esta deformidad ha sido la más frecuente, quedando en segundo término, el pie valgo, el valgo plano, el pie cavus, el metatarso varus primus y otras.

El objeto del presente trabajo es dar a conocer los resultados obtenidos en una serie de casos que comprenden pies operados por ineficacia de tratamiento ortopédico cerrado y pies inveterados que se han presentado en nuestra práctica.

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS Y DIAGNÓSTICOS

Desde el punto de vista anatómico lo que domina la deformación, es decir, el eje que determina la misma, es la luxación del astrágalo, hueso que tiende a desviarse en forma progresiva, tendiendo a la verticalización, manifestándose como una masa prominente en el dorso del pie. Al avanzar la deformación el calcáneo igualmente se inclina hacia la línea media y tiende a la posición vertical. Las partes blandas, ligamentos, cápsulas articulares, tendones y músculos se vuelven rígidos, fijando¹ la posición viciosa. Otro elemento es la fascia plantar, que juega un importante papel, acortándose hasta un grado extremo, impide el desarrollo normal del pie y exagera el arco plantar, dando así al pie un aspecto sumamente corto en relación con el pie normal.

El diagnóstico se hace en los casos de ser congénita la deformidad al ver al recién nacido, que presenta un pie desviado en varus equino supinado. Cuando la deformación es el resultado de un ataque de poliomielitis o de parálisis espástica, la deformación se instala progresivamente y si se abandona al paciente, la deformidad llega a extremos tales que el pie se apoya prácticamente sobre el dorso, formándose una callosidad de mayor o menor tamaño por debajo del maleólo peroneo, y la planta del pie arrugada y

(*) Departamento de Ortopedia y Traumatología. Hospital San Felipe, Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A.

sumamente excavada mira hacia la cara del paciente.

La radiografía debe ordenarse siempre para juzgar el grado de desviación de los ejes normales del pie. Es sabido que el eje medio del astrágalo apunta al primer orjejo, en el pie apunta a veces al quinto dedo. Además, a los pacientes en tratamiento se les hará control periódico para darse cuenta del éxito de la corrección por la nueva dirección que se dé al eje del astrágalo.

TRATAMIENTO

El tratamiento de esta deformidad debe iniciarse tan pronto como sea posible, 2 meses después del nacimiento se iniciará la corrección por medio de un yeso corrector. Algunos aconsejan masaje antes de cumplirse este tiempo, las maniobras tenderán a corregir el pie moviéndolo en sentido inverso a la deformidad, esto es abducción, eversión y estiramientos del Tendón de Aquiles.

Si el tratamiento ortopédico no es suficiente, la cirugía viene como complemento a terminar la obra. Sin embargo, hay casos abandonados que concurren a la clínica, con deformidad de muchos años de existencia y estos casos son exclusivamente tratados por cirugía, pues los elementos deformantes están rígidos y no se consigue con tratamiento cerrado restaurar los huesos a su posición normal; éstos están tan deformados que sólo la cirugía puede moldear esa arquitectura para que preste una función útil en la descarga del peso del cuerpo.

Siempre hay que considerar antes de operar un pie, vanas circunstancias: La edad del paciente, antigüedad de la deformación, tiempo de tratamiento ortopédico cerrado y efectividad del mismo, estacionamiento en mejoría de la corrección, recidiva & n algunos casos, rigidez del pie, equilibrio de las fuerzas musculares que mueven el pie, y finalmente el estado general del paciente.

En principio, todo pie tratado ortopédicamente con yesos, en el cual se comprueba un estacionamiento en la corrección, debe ser operado, asimismo, los pies rígidos, los inveterados Y aquellos que sean secuelas de polio o de parálisis espásticas.

Hay dos clases de intervenciones, las que se dirigen a las partes blandas Tipo Codivilla, Gamboa, Transplantes de Tendones Y aquellas que se dirigen a huesos, tales como resecciones cuneiformes, vaciamientos óseos y artrodesis. La osteoclasia y otras operaciones han sido desusadas por los avances de la técnica.

TÉCNICA DE LA OPERACIÓN DE CODIVILLA

Preparación Ortopédica.

Colocación de Torniquete en muslo.

Incisión curva contorneando el Maleólo interno que asciende 2 ó 3 pulgadas por encima del mismo y se prolonga hacia abajo hasta la inserción del Tibial anterior.

Se visualizan los Tendones y se alargan seccionándoles en Z en el orden siguiente:

Tendón de Aquiles, Tibial posterior, Flexor común de los dedos

y flexor propio del dedo gordo. Se colocan hilos de diferentes colores en los cabos respectivos para no confundirse en la sutura de los mismos. Estas elongaciones se hacen en la región posterior. El Tibial anterior se desinserta en la parte más anterior de la incisión elongándolo. Las articulaciones Tibio-astragalina, escafoideo-astragalina, cuneiforme-escafoides, pueden ser abiertos ampliamente para facilitar la corrección de la deformidad. El paquete vasculonervioso debe disecarse cuidadosamente y en forma completa, de modo que pueda deslizarse sobre las partes blandas y que no queden los vasos estirados y ocluidos al enderezar el pie. Hacia la parte media de la herida se aborda la fascia plantar, la cual está muy tensa y hay que seccionar con varios golpes de bisturí.

Las suturas tendinosas se hacen con el pie corregido y dejando los tendones a una tensión suficiente. Las articulaciones abiertas se dejan así y se sutura la piel. Termina el procedimiento colocando bota de yeso bien moldeado y con el pie en la corrección deseada. Se abre ventana al quinto día y se retiran puntos a los 10 ó 12 días. En casos especiales, si se sospecha reacción inflamatoria violenta, se incindirá el yeso en su totalidad inmediatamente después de la operación. Cada 2 semanas se cambia yeso y se aumenta la corrección si es necesario, se permite la marcha sin descarga tan pronto como el paciente pueda hacerlo. El apoyo sobre taco de marcha se permite a las 4 semanas. El yeso se retira después de 6 semanas, indicando un zapato especial.

A todos los pacientes se les administra penicilina y sedantes y se mantiene el miembro elevado bajo vigilancia, hasta que se reabsorbe el edema postoperatorio.

TÉCNICA DE LA ARTRODESIS ABORDAJE VARIABLE SEGÚN EL TIPO DE OPERACIÓN

Estas artrodesis se adaptarán al tipo de la deformación. A veces se hacen resecciones mínimas y otras veces grandes trozos de hueso son removidos. Se fusionan varias articulaciones a la vez y se acompañan algunas artrodesis con transplante, tendinosos capsulotomías y fasciotomías. En todos los casos es recomendable no desechar el material óseo resecado para usarlo en forma de virutas de hueso esponjoso para relleno de las superficies cruentas que han de hacer la fusión interarticular. La inmovilización postoperatoria se hará con el pie en posición de corrección máxima. Se incindirá el yeso longitudinalmente al finalizar la operación, dado que la violencia del traumatismo en la mayoría de los casos da lugar a un edema postoperatorio, cuyo peligro no se puede precisar y es mejor prevenir las complicaciones por compresión que combatir las. Se abre ventana a los 4 ó 6 días, según el caso, y se retiran puntos a los 10 ó 12 días con cambio de yeso corrigiendo al máximo.

Se permite la marcha sin apoyo a los 45 días. Con nuevo yeso y taco de madera se permite la descarga, previo control de Rayos X a las 10 ó 12 semanas. Se retira el yeso cuando hay unión radio-

lógica y esto es más o menos a las 12 ó 14 semanas con zapato especial.

CASUÍSTICA

En nuestra pequeña serie de casos, tenemos 2 grupos de pacientes. Un grupo representado por niños en los cuales el tratamiento ortopédico cerrado fue insuficiente, estacionándose la corrección por rigidez de partes blandas. Otro grupo formado por niños mayores Y adultos que consultaron por primera vez con pies deformados inveterados, sin haber tenido tratamiento previo y con rigidez extrema.

Hemos hecho en el primer grupo Trasplantes de tendones y Operación de Codivilla. En el Segundo grupo, resecciones cuneiformes, triple artrodesis y Combinaciones de Operación de Codivilla y procedimientos de estabilización tipo artrodesis.

Nuestra estadística, apenas incipiente, comprende 9 operaciones, las que se realizaron en 7 pacientes. Las edades oscilaron entre 5 y 30 años. Del sexo masculino, 3 pacientes, y del sexo femenino, 4 pacientes;

Ficha N°	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico
1110/54	A. M. V.	13	F	Pie bot Izq.
1109/54	S. M. V.	9	F	" " Bilat.
9106/55	G. CH. M.	11	F	" " Der.
4819/57	R. B. G.	5	M	" " Der.
2328/56	C. R. C.	30	M	" " Der.
33/56	J. A. R.	5	M	" " Bilat.
5684/55	M. T. F.	12	F	" " Izq.

El método empleado como tratamiento ha sido el quirúrgico como etapa definitiva para corregir la deformidad y en ese aspecto se han hecho operaciones dirigidas a partes blandas y operaciones dirigidas a partes blandas y a huesos; en el primer caso, Operación de Codivilla, y en el segundo, Artrodesis de tipo variado:



f Codivilla - 3
 OPERACIONES (9).....j Triple Artrodesis - 5
 [Procedimiento Combinado - 1
 Í Necrosis de Herida - 4
 Infección de Herida - 2
 Necrosis 5; dedo-1
 Osteomielitis - 0

lógica Y esto es, más o menos a las 12 ó 14 semanas con zapato especial.

CASUÍSTICA

En nuestra pequeña serie de casos, tenemos 2 grupos de pacientes. Un grupo representado por niños en los cuales el tratamiento ortopédico cerrado fue insuficiente, estacionándose la corrección por rigidez de partes blandas. Otro grupo formado por niños mayores Y adultos que consultaron por primera vez con pies deformados inveterados, sin haber tenido tratamiento previo y con rigidez extrema.

Hemos hecho en el primer grupo Trasplantes de tendones Y Operación de Codivilla. En el Segundo grupo, resecciones cuneiformes, triple artrodesis Y Combinaciones de Operación de Codivilla y procedimientos de estabilización tipo artrodesis.

Nuestra estadística, apenas incipiente, comprende 9 operaciones, las que se realizaron en 7 pacientes. Las edades oscilaron entre 5 y 30 años. Del sexo masculino, 3 pacientes, y del sexo femenino, 4 pacientes:

Ficha N°	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico
1110/54	A. M. V.	13	F	Pie bot Izq.
1109/54	S. M. V.	9	F	" " Bilat.
9106/55	G. CH. M.	11	F	" " Der.
4819/57	R. B. G.	5	M	" " Der.
2328/56	C. R. C.	30	M	" " Der.
33/56	J. A. R.	5	M	" " Bilat.
5684/55	M. T. F.	12	F	" " Izq.

El método empleado como tratamiento ha sido el quirúrgico como etapa definitiva para corregir la deformidad y en ese aspecto se han hecho operaciones dirigidas a partes blandas y operaciones dirigidas a partes blandas Y a huesos; en el primer caso, Operación de Codivilla, y en el segundo, Artrodesis de tipo variado:

	Codivilla - 3
OPERACIONES (9).....	Triple Artrodesis - 5
	Procedimiento Combinado - 1
	Necrosis de Herida - 4
	Infección de Herida - 2
COMPLICACIONES	Necrosis 5° dedo - 1
	Osteomielitis - 0



Antes



Después

COMENTARIOS

Hemos observado que varios casos de pie BOT tratados por el método de Kite y otros no se corrigen en tiempos prudenciales, se vuelven rígidos y crean, por consiguiente, un serio problema para seguir considerándolos como tributarios del tratamiento conservador. Estos casos son los que hemos operado bajo los directivos términos de la «Operación Gamboa y Codivilla». Demás está decir, que los casos inveterados, niños mayores o adultos con pies muy deformados son exclusivamente tributarios del tratamiento quirúrgico.

Las técnicas dirigidas a partes blandas, permiten la corrección de deformidades que no implican graves cambios de estructuras óseas, en manos de cirujanos expertos, constituyen un magnífico tratamiento que evita operar sobre los huesos y que se adapta a la circunstancia de la inmadurez ósea en los niños que no han pasado de los 8 años. Las técnicas de Artrodesis son un elemento de eficacia indiscutible en la modelación de pies muy deformados y cuando evolucionan bien nos dejan pies estéticamente aceptables y funcionalmente aptos,



Antes



Después

Los Virus Coxsakie

Dr. Roberto Zepeda Turcios (*)

Desde hace más de ochenta años se conocen informes médicos aislados de las manifestaciones clínicas de una enfermedad epidémica, que más tarde llegó a denominarse Enfermedad de Bornholm. Pero no fue sino hasta recientemente que esta enfermedad y otros síndromes epidémicos fueron objeto del interés de los investigadores. En el año de 1933, Sylvest publicó sus extensas observaciones practicadas en la isla de Bornholm, despertando el interés mundial y dando lugar a que a su monografía siguieran reportes acerca de esa misma enfermedad, procedentes de Inglaterra, Estados Unidos y otros países.

Existe otra enfermedad que fue estudiada por Zahorsky en 1920, siendo reconocida por primera vez como una entidad específica y llamada Herpangina o Faringitis Vesicular.

En el año de 1948, después de numerosos experimentos de ratoncillos (hamsters), Dalldorf y Sickles lograron producir parálisis en dichos ratoncillos inyectándoles un virus que habían aislado de las heces de dos pacientes de poliomielitis. La parálisis iba acompañada de extensas lesiones degenerativas de los músculos estriados de los ratoncillos con poco efecto aparente en el sistema nervioso central. En 1949, Dalldorf reportó el aislamiento de 10 cepas de virus, notando que no todas estas cepas eran iguales desde el punto de vista antigénico.

A raíz de los trabajos de Dalldorf y Sickles se despertó mucho interés en los círculos científicos por el estudio de este nuevo virus y no transcurrió mucho tiempo sin que nuevas cepas fueran aisladas en los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y otros países.

Estos virus fueron llamados Virus Coxsakie, tomando este nombre de la ciudad del Estado de Nueva York, donde fueron aislados por primera vez. El virus es de forma esférica, de 6 a 37 milimicrones, dependiendo de la cepa que se estudie. Es muy difícil de cultivar y solamente de manera ocasional han sido adaptadas ciertas cepas para crecer en el huevo fertilizado o en cultivo de tejidos. Muere a 55 grados centígrados en 30 minutos; a la temperatura ambiente es inactivado por la formalina en soluciones débiles; es destruido por 0.6 p.p.m. de cloro a un pH de 7.0 en diez minutos. Se encuentra principalmente en las heces y en la garganta de ciertos individuos; las moscas también pueden ser portadoras.

Se han aislado por lo menos 16 tipos diferentes desde el punto de vista antigénico. Tomando en cuenta las lesiones que producen

(*) Departamento Médico. SCISP. Tegucigalpa, D, C, Honduras, C. A,

en ratoncillos los diferentes tipos antigénicos han sido clasificados en dos grupos: Grupo A y Grupo B. Un tercer grupo, Grupo C, asociado a una epidemia de encefalitis en Australia, se considera como productor de efectos intermedios entre los grupos A y B. El Grupo A produce lesiones típicas en los músculos estriados. El grupo B, que es generalmente asociado a las pleurodinias epidémicas, puede invadir el sistema nervioso central produciendo encefalopatías. Son globales en su distribución, pero no todos los tipos han penetrado todas las regiones del mundo.

Once pacientes con síntomas meníngeos Y dolor muscular fueron estudiados en una institución mental y todos estos pacientes mostraron cambios en el líquido cefalorraquídeo compatibles con una meningitis aséptica. Un virus Coxsakie del Grupo B fue aislado de las heces y de la garganta de cinco pacientes, y del líquido cefalorraquídeo de un caso, siendo esta última una fuerte evidencia de que el virus Coxsakie aislado era el agente causal de la enfermedad. La evidencia serológica apoyó la conclusión de que la enfermedad fue causada por el virus aislado.

Las cepas del Grupo A son fácilmente aisladas, mientras que las del Grupo B dan mucha dificultad algunas veces. Hay evidencia substancial que la Herpangina está asociada al Grupo A, y la Pleurodinia Epidémica al Grupo B. Los tipos serológicos son identificados por números: el Grupo A, tipo 4, es uno de los más comunes. El número total de cepas no ha sido determinado todavía. Hay prototipos que llevan los nombres de los sitios donde han sido aislados, por ejemplo: el prototipo Connecticut 5, que ataca el sistema nervioso, el hígado y el páncreas; el Texas 1, que produce lesiones del corazón y de los músculos estriados en los ratoncillos de experimentación. Hay otros prototipos llamados Alaska 5, Israel 7, etc.

El rol de los virus Coxsakie en enfermedades humanas no ha sido comprendido enteramente. La existencia de 16 tipos antigénicos, con varias potencias patogénicas en el ratón, ha sugerido a algunos autores que posiblemente estemos tratando con una asociación de agentes antes que con miembros de una misma familia.

Hopkins ha reportado varios brotes epidémicos de la Enfermedad de Bornholm observados en Inglaterra; en uno de ellos los niños se quejaban de dolor abdominal y los adultos de dolor al respirar. La mayoría de los casos fueron benignos, pero su sintomatología fue variable, semejando otras enfermedades. Finlay describe un brote de esta misma enfermedad entre los trabajadores de un laboratorio, y que se encargaban de la manipulación de estos virus. Se logró aislar un virus Coxsakie 2 de la mucosa nasal y de la sangre de los afectados; también se comprobó que hubo formación de anticuerpos con fijación del complemento en un período de tres días después del comienzo de la sintomatología.

En ciertas regiones de los Estados Unidos se han reportado brotes epidémicos de una enfermedad leve sin clasificar que tiene mayor incidencia en los niños menores de diez años, que se quejaban de fiebre y de dolor en la garganta. Durante el verano de 1951, Fue investigado un brote localizado, supuestamente de Herpangina,

en la ciudad de Charleston, Virginia Occidental. Una enfermedad aguda, pero suave, cuyas manifestaciones principales eran dolor de garganta y fiebre, fue reportada en el «contacto» de un caso de poliomiélitis y en 6 de 10 de sus compañeros de juego, todos menores de 10 años, y que vivían al otro lado de la calle. Los niños tenían un síndrome compatible con una Herpangina. Virus de poliomiélitis y virus Cocksakie A 2 fueron aislados de una muestra de heces del caso de poliomiélitis, y fue demostrado un aumento en el título de anticuerpos neutralizantes al tipo Cocksakie A 2. Las muestras de heces de los habitantes de la casa y de los compañeros de juego del paciente contenían virus Cocksakie A 2, pero no virus de poliomiélitis. Los adultos de la casa poseían anticuerpos neutralizantes al tipo Cocksakie A 2.

En la misma ciudad de Charleston, Virginia Occidental, se practicó un estudio epidemiológico de virus entéricos, conducido en 136 niños normales de dos grupos socio-económicos distintos, durante un período de 29 meses. Se notó una incidencia estacional repetida, con más de 90% de aislamientos en los meses de junio a octubre. De 592 exámenes de heces en los niños del grupo socio-económico más bajo, el 8.3% fueron positivos, comparado con el 3.1% de 966 muestras examinadas del grupo de clase media más elevada con mejor saneamiento ambiental. De estos virus aislados el 37% fueron virus Cocksakie, y el 19% virus de la poliomiélitis.

Se han hecho estudios de la presencia del virus de la poliomiélitis y de virus Cocksakie en moscas, durante epidemias de poliomiélitis y se han estudiado sus cambios de prevalencia respecto al tiempo. En el Condado de Hidalgo, en Texas, se estudiaron 120 muestras, dando los resultados siguientes: 18 muestras positivas por virus de la poliomiélitis, 45 muestras dieron virus Cocksakie, y 7 una asociación de ambos. 32 muestras de los virus Cocksakie aislados fueron identificados por pruebas de fijación del complemento Y pruebas de neutralización; entraban en 13 de los 16 tipos antigénicos, 12 de los cuales eran mezclas de dos tipos distintamente antigénicos. Durante el curso del trabajo cinco nuevos prototipos de virus Cocksakie fueron reconocidos: Texas 1- 12, 13, 14 y 15. En contraste a los virus de la poliomiélitis recogidos en abril, mayo y junio, los virus Cocksakie fueron más prevalentes en las moscas durante el verano y el otoño.

A pesar de que los virus Cocksakie fueron aislados primeramente de casos de poliomiélitis, y pueden encontrarse en las heces asociados a este último virus, hay un balance de evidencia en contra de su producción de enfermedades paralizantes. La amplia distribución del virus y la frecuencia de anticuerpos a diferentes tipos en el suero de personas normales hace que su papel etiológico y patogénico sea muy difícil de definir.

Se les ha inculcado de producir diversas enfermedades, como por ejemplo: la Herpangina, la Enfermedad de Bornholm o Pleurodinia Epidémica, la Meningitis Aséptica y la fiebre de los tres días. Describiremos brevemente las dos primeras manifestaciones morbosas, por ser las de mayor importancia clínica y epidemiológica.

Herpangina.—Llamada también faringitis vesicular, ataca de preferencia a los niños. Es de comienzo súbito con fiebre, lasitud y lesiones papulares, vesiculares y ulcerativas en el paladar, amígdalas Y faringe. Se pueden presentar vómitos y dolores abdominales. Es una enfermedad de corta duración y más prevalente durante el verano. Hay muchos casos sin manifestaciones clínicas significativas. Parece que la inmunidad es permanente, pero debido a la variedad de las cepas se puede sufrir otro ataque semejante, producido por una cepa diferente. No se conocen complicaciones, ni muertes. El tratamiento es sintomático.

Enfermedad do Boïnholm.—Llamada también mialgía epidémica, pleurodinia epidémica, apretón del diablo, es una enfermedad aguda, de manifestación súbita, caracterizada por un dolor paroxismal en la región de la inserción del diafragma, con fiebre, cefalalgia, anorexia y malestar general. El dolor puede ser tan severo que el paciente se dobla hacia adelante y se sostiene el hemitórax, pareciendo que va a sufrir un colapso. Este dolor dura un día o más; es agravado por los movimientos respiratorios; hay recaídas con intervalos de dos o tres días, y la enfermedad puede durar hasta un mes. En los niños se pueden presentar vómitos, y cuando la fiebre es muy alta las convulsiones son frecuentes.

Las epidemias de pleurodinia se presentan generalmente durante el verano o a principios del otoño, y el contagio se realiza de persona a persona. Las complicaciones que se pueden presentar son la orquitis, la pleuritis fibrinosa y la meningitis no purulenta. El diagnóstico no es difícil cuando se trata de una epidemia. El carácter del dolor nos puede servir de guía. Puede presentarse una herpangina asociada. Las pruebas de laboratorio, cultivos, reacciones serológicas, etc., no se hacen rutinariamente por carecerse del material necesario, y solamente se hacen en los laboratorios de investigación. El pronóstico es benigno, a pesar del curso dramático de la enfermedad. No hay tratamiento específico; debe recomendarse el reposo y dar tratamiento sintomático.

La meningitis aséptica no tiene un cuadro clínico característico; la mayoría de los casos son diagnosticados como poliomiélitis no paralítica.

La fiebre de los tres días, es llamada también gripe del verano. Hay fiebre, cefalalgia, dolor de garganta y dolores musculares.

B E S U M E N

Se ha hecho una revisión de la historia de las manifestaciones clínicas de síndromes epidémicos que últimamente se han atribuido a los virus Coxsakie, que fueron aislados por primera vez en el año de 1948, por Dalldorf y Sickles. Se ha llamado virus Coxsakie, siendo este el nombre de la ciudad donde se aislaron por primera vez. Estos virus son difíciles de cultivar, mueren a temperaturas mayores de 55 grados centígrados, son inactivados por la formalina en soluciones débiles y son destruidos por la acción del cloro. Se encuentran principalmente en las heces y en la garganta de ciertos individuos, también se encuentran en el moco nasal, en la sangre

y en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes, en las aguas cícloaca y en las moscas, pudiendo ser éstas portadoras.

Tomando en cuenta las lesiones que producen en ratoncillos, los diferentes tipos antigénicos han sido clasificados en tres grupos: A, B, y C. Se han aislado por lo menos 16 tipos antigénicos diferentes.

Se han estudiado diferentes brotes epidémicos en diferentes comunidades, en instituciones y en los trabajadores de laboratorio que manipulan virus. Se ha observado una mayor incidencia en niños menores de diez años, y mayor prevalencia en el verano. El virus parece afectar preferentemente a las comunidades con poco saneamiento ambiental. En algunas ocasiones los virus Coxsakie se encuentran asociados a los virus de la poliomielitis. Los virus Coxsakie se pueden identificar por pruebas de fijación del complemento y de neutralización.

Hay evidencia de que producen varias enfermedades epidémicas, como por ejemplo: la Herpangina, la Enfermedad de Bornholm o Pleurodinia Epidémica, una forma de meningitis aséptica y la llamada fiebre de los tres días, cada una de estas enfermedades se caracteriza por una sintomatología especial, pero que algunas veces semeja otros cuadros clínicos. Son enfermedades de pronóstico benigno. El tratamiento es sintomático.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Weller T. H., Enders J. F., Buckingham M. and Finn J. J. Jr. The etiology of Epidemic Pleurodynia: A study of two viruses isolated from a typical outbreak. *Journal of Immunology*. 65: 337, 1950.
- Hummeler K., Kirk D., Ostapiak M.: Aseptic Meningitis caused by Coxsakie Virus with isolation of virus from cerebrospinal fluid. *J.A.M.A.* 156: 676, 1954.
- Daaldorf G., The coxsakie Virus Group. *An. of N. Y. Acad of Sciences* 55: 583, 1953.
- Melnick J. L.: The Coxsakie Group of Viruses. *An. of N. Y. Acad. of Sciences* 55: 587, 1953.
- Walton H., Melnick J. L., Coxsakie Virus Antibody and Incidence of Minor Illness during the Summer. *Public Health Reports*, 68: 1167, 1953.
- Meinig J. L., Dow R. P.: Poliomyelitis and Coxsakie Viruses from Flies, *Am. J. of Hygiene* 58: 288, 1953.
- Melnick J. L., Walton M., Myers I. L., Isolation of a Coxsakie Virus during a Summer Outbreak of Acute Minor Illness. *Public Health Reports*. 68: 1178, 1953.
- Honig E., Melnick J. L., et al, An Epidemiological Study of Enteric Virus Infections, Poliomyelitis, Coxsakie, and Orphan (ECHO) Viruses Isolated from Normal Children in Two Socio-Economic Groups. *J. of experimental Med.* 103: 247, 1956.

Estudio clínico sobre 194 pacientes afectados de Colecistitis y Colelitiasis

Dr. G. A. Zúniga (*)

En nuestro medio la colecistectomía ha llegado a ocupar el segundo lugar en las operaciones abdominales no ginecológicas.

La alta frecuencia de la colelitiasis y la colecistitis hace interesante la investigación etiológica de la enfermedad, con lo cual se abriría un amplio campo en el estudio de nuestra patología.

El objeto de este trabajo es presentar el reporte de 194 casos tratados en el Hospital Vicente D'Antoni en un período de 5 años (1953 a 1957 inclusive).

En todos los casos se hizo previamente estudio radiológico, el colecistograma, con medio de contraste administrado por vía oral, parenteral o con ambos métodos combinados. En ninguno de los casos se practicó colangiografía operatoria y desde el punto de vista técnico, fueron usados los procedimientos operatorios rutinarios.

La cuidadosa técnica operatoria, el mejoramiento técnico de la anestesia y los mejores cuidados pre y post-operatorios han reducido notablemente los índices de mortalidad y morbilidad.

El material de estudio lo constituye una serie de enfermos tratados Y un conjunto de fichas revisadas durante ese período, que comprenden no solamente enfermos que han sido intervenidos con el fin de curar la sintomatología biliar, sino algunos, poco frecuentes, que rechazaron la intervención y fueron sometidos a tratamiento médico, o bien que por razones especiales de estado general no se sometieron a tratamiento quirúrgico.

El paciente más joven fue de 18 años Y el más viejo de 88. Los pacientes que constituyen más del 38%, cuyas edades oscilan entre los 21 y 30 años, forman el grupo más numeroso.

La peritonitis por perforación de la vesícula, no se observó en ninguno de los casos, pero, fueron comprobados el empiema en 15 pacientes y se hizo presente un caso de fístula colecisto-duodenal en una antigua colelitiasis perforada.

Patología de vecindad se manifestó en 2 pacientes con cáncer de cabeza de páncreas.

(*) Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba, D. D., Atlántida.
Trabajo presentado para la V Jornada Médica Hondureña y IV Asamblea de la Unión Médica Hondureña. La Ceiba - Febrero de 1958.

Total de casos	194	
Sexo		
Mujeres	127	66%
Hombres	67	34%
Raza		
Mestiza	165	85.1 ¹
Negra	29	14.9'
Agudas	19	9.7'
Crónicas	175	90.3'
Calculosas	106	54.7
No calculosas	88	45.3

TRATAMIENTO Y SUS RESULTADOS

De la serie de pacientes estudiados, 149 fueron intervenidos 76.81 % y 45 no fueron sometidos a intervención.

Es digno de hacer notar la ausencia de mortalidad que no se presentó en ninguno de los casos que hemos atendido personalmente como tampoco en el material de fichas revisadas.

En la técnica quirúrgica se usó en la mayoría de los casos la incisión subcostal, con la que se aborda ampliamente el hipocondrio derecho, prefiriéndola a la incisión longitudinal pararectal, porque respeta la dinámica muscular y las líneas cutáneas de cicatrización de Tánger; practicamos la incisión amplia, sobre todo en pacientes obesos y de hábito pícnico.

El abordaje de las vías biliares no se hace sin antes obtener cómoda separación y visualización de la anatomía, disecando primero el conducto cístico, con fina disección, con pequeña torunda montada en una pinza, esmerándonos en separar y ver bien la arteria cística y el conducto, que se ligan por separado; sin que se olvide nunca la exploración de las vías biliares usando los medios rutinarios, el tacto y bujías exploradoras.

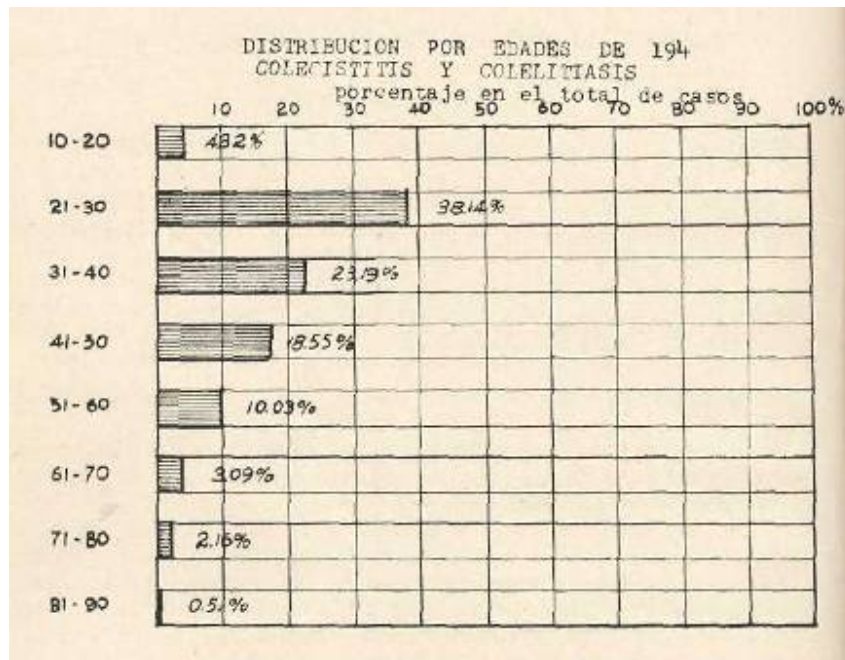
Por falta de equipo no hemos practicado la exploración de las vías biliares durante el acto operatorio y muy raramente se ha investigado la patología canalicular a través de tubo de Kehr con solución opaca.

En muy pocos casos hemos tenido que incidir el colédoco Y sólo se ha hecho ante la presencia de cálculos o infección de la vía principal, dejando muy raramente colocada sonda en T, a menos que la dilatación del colédoco sea mayor que el grueso del meñique.

Cuando el método retrógrado no es factible en la colecistectomía, por hacerse imposible la disección nítida de los conductos biliares, usamos la extirpación del fondo de la vesícula, que aunque

más sangrante, expone menos a incluir en la ligadura del cístico a la arteria hepática.

En muy raros casos hemos abierto la vesícula a fin de controlar la disección durante el acto operatorio y sólo en un caso se hizo extirpación parcial del colecisto por ser imposible el abordaje del cístico por ninguna de las vías.



No operados	45	23.19%
Operados	149	76.81%

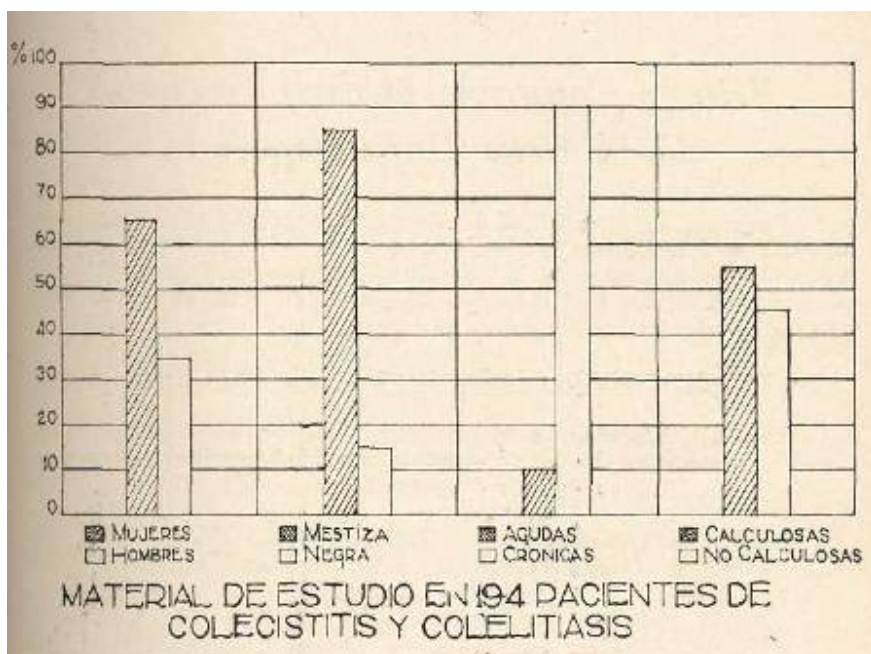
Colecistectomías	138	92.5%
Colecistectomías y Coledocotomías	8	5.4%
Colecistostomías ^...""	1	0.7%
Colecistoyeyunostomías	1	0.7%
Coledocoyeyunostomías	1	0.7%

TOTAL..... 149 100

Sólo en casos severas se usa sistemáticamente la transfusión de sangre, pero sí, en forma rutinaria, se hace la restitución de electrolitos, sobre todo en pacientes con drenaje biliar.

Del material estudiado no pudimos obtener datos estadísticos sobre complicaciones operatorias, pero sí podemos afirmar que en los casos personalmente asistidos éstas fueron poco frecuentes, li-

mitándose a un caso de descompensación cardíaca que cedió al tratamiento y a 2 pacientes a quienes se les complicó la herida operatoria por formación de hematoma.



S U M A R I O

Se analizan 194 casos de colecistitis y colelitiasis asistidos en el Hospital Vicente D'Antoni en un período de 5 años.

Se resalta la frecuencia de la colecistitis calculosa en el medio hospitalario, lo cual coloca en segundo plano la colecistectomía entre las operaciones abdominales no ginecológicas.

Se considera de importancia la investigación etiológica de la litiasis biliar en nuestro medio, ya que su incidencia sobrepasa a cualquier zona del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Glenn, Frank and Johnson Jr., George, M; D., Common Duct Exploration in Acute Cholecystitis. *Surg. Gyn and Obs*, 104: 190, 1957. Hoinian, Emilie: An incisional Approach from Cholecystectomy Choledocotomy Designed to Reduce Injuries to the Common Duct. *Surg. Gyn and Obs*, 97: 344, 1953. Strohl, E. Lee and Diffenbauch, Willis: Biliary Tract Surgery in the Aged Patient, *International Abstracts of Surgery*. 97, Oct. 1953.

Primer Congreso Médico Nacional de la Cruz Roja Española

Durante los días 20 al 23 de mayo próximo, se celebrará en Madrid el I Congreso Médico Nacional de la Cruz Roja Española, bajo el alto patronato de la Asamblea Suprema de la misma y bajo la presidencia del Dr. D. Carlos Blanco Soler, y en el que se estudiarán las siguientes Ponencias oficiales:

«RADIATIVIDAD», por el Dr. Piédrola Gil y colaboradores.

«CARDIOPATIAS CONGENITAS»: Clínica, diagnóstico y tratamiento de las comunicaciones interauriculares, por el Dr. García Ortiz y colaboradores.

«REHABILITACIÓN Y RECUPERACIÓN DE INVÁLIDOS», por el Dr. García-Tornel y Carros, de Barcelona y colaboradores.

«TRANSFUSIÓN», por los Dres. Picazo Guillen, Rivera Banderés y Romero Barrero.

Se celebrará, además, un Coloquio de Medicina y Cirugía de Urgencia, presidido por el Dr. Blanco Soler, y en el que intervendrán los Dres. Costi García de Tuñón, de Oftalmología; Fernández Ruiz, de Ginecología; García Moran, de Aparato Digestivo; García-Tornel y Carros, de Miembros y Articulaciones; Ley Gracia, de Sistema nervioso; Martínez Alonso, de Aparato circulatorio; Páez Ríos, de Urología y Vassallo de Mumbert, de Otorrinolaringología.

La Secretaría General de este Congreso, ha sido instalada en¹ el local de la Asamblea Suprema, Paseo de Eduardo Dato.. 16, que facilitará informaciones, programas Y boletines de inscripción.