

Revista

MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

FUNDADA EN 1930

Sumario

	Pág.
NOTAS EDITORIALES	
Patología: Servicio Vs. Departamento	
Dr. Raúl A. Durón M.	2
ARTICULOS ORIGINALES	
Análisis de la Colangiografía Intraoperatoria	
Dr. José Gómez-Márquez G.	4
X Abdomen Traumático: Traumatismo del bazo y el páncreas	
Dr. Silvio R. Zúñiga	12
Embarazo Ectópico	
Dres. Jesús A. Vásquez C., Marcial Vides T., Oscar Sabillon R.	35
Histerectomía Abdominal Total - Técnica Subfacial	
Dres. Jesús A. Vásquez C. - Marcial Vides Turcios	50
CONFERENCIAS CLINICO-PATOLOGICAS	
Pseudo Síndrome de Sheehan	
Dr. R. A. Durón M.	59
Linfosarcoma Primario del Ovario	
Dr. Virgilio Cardona López	66
NOTAS INFORMATIVAS	
Proyecto Estatutos de los Profesionales Médicos (Colegio Médico de Honduras)	72
La lucha contra el cáncer en Francia	81
(Colaboración del Servicio Informativo de la Embajada de Francia en Honduras)	
Liga contra la epilepsia	
Dr. José Zerón h.	85
Uso de la Globulina GAMMA-ANTI-RH	
E. R. Jennings, M.D.	87
Nómina del Colegio Médico	88
Directivas	93
INDICE DE ANUNCIANTES	XXVIII

Revista
MEDICA HONDURENA

(2* Época)

ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

RAÚL A. DURON M.

Director

HÉCTOR LAINEZ V.

Secretario

SILVIO R. ZUNIGA

Jefe de Redacción

CARLOS SIERRA ANDINO

RENE MEDINA NOLASCO

JOSÉ ZERON h.

MARIO PAVÓN

Redactores

RAMIRO COELLO NUÑEZ

Administrador

Oficina: Colegio Médico de Honduras, Tegucigalpa, D. C. Teléfono: 2-5466

SE SOLICITA CANJE

PATOLOGÍA: Servicio Vs. Departamento

En Honduras, al igual que en todas partes del mundo, el avance que ha experimentado la Medicina Científica en las últimas dos décadas se debe en gran parte a la introducción práctica de la Anatomía Patológica, la cual se ha llegado a efectuar como rutinaria últimamente, con las reservas del caso.

Partiendo de cero en 1950, a casi 20 años de distancia, se practican en la actualidad un promedio anual de 5,000 biopsias en todo el país, incluyendo las de tipo asistencia gubernamental, asistencial privada y de investigación, calculándose que para dentro de los 5 años venideros este número habrá de duplicarse debido a la apertura de nuevos centros asistenciales por parte del Gobierno, nuevos consultorios y hospitales del Seguro Social, centros de investigación dentro de la Escuela de Medicina e incremento de la Práctica Privada Asistencial.

Paradójicamente, el número de Patólogos en el país permanece casi estacionario, cuatro en total, lo cual significa la aparición de solamente un patólogo cada cinco años, desde que en 1951 se organizara el primer Servicio de Patología en el país.

La situación de la Patología en Honduras no sería tan desesperante, en lo que a organización y metas se refiere, si por lo menos los especialistas en dicho ramo se hubiesen agrupado desde hace mucho tiempo, evitando en lo posible esfuerzos aislados, en un empeño de salir adelante con el viejo proyecto de llegar a organizar, en vez de Servicios de Patología unipersonales, un solo Departamento, Centro o Instituto de Patología que aunara todo esfuerzo y todo deseo de practicar mejor patología, más diversificada, más dinámica y acorde con los cánones modernos asistenciales, docentes y de investigación. Un somero análisis de los cuatro factores involucrados en la organización departamentalizada de la Patología en nuestro país indicaría lo siguiente:

1.—El Gobierno a través de sus servicios asistenciales en el Hospital General, Sanatorio Nacional y últimamente en el Hospital Leonardo Martínez de San Pedro Sula ha demostrado que no tiene el menor interés en organizar un Departamento de Patología moderno, con todas las dependencias necesarias ya que si apenas alcanza el presupuesto para proporcionar medicinas y asistencia técnica, que decir respecto a las generosas derogaciones presupuestarias que significaría la creación de un verdadero Departamento de Patología.

2.—La Escuela de Medicina, que es la llamada con mayor énfasis a crear este Departamento debido a las exigencias modernas de la docencia, ha demostrado, a través de tres largas directivas diferentes, temor a la crítica en la creación del mismo unas veces, inexperiencia en otras ocasiones y discriminación en materia organizativa la mejor de las veces.

3.—El grupo médico en general ha mostrado indiferencia completa ante la situación anormal, limitándose simplemente a exigir mejor y más práctica de la patología, olvidándose que esto muchas veces puede lograrse, cuando se ha fallado en la canalización del proyecto por las vías ordinarias, con una efectiva colaboración de todos aquellos otros organismos y sociedades médicas que de veras desean ver creado un Departamento moderno de Patología, y por último

4.—Los Patólogos en sí, debido a inexperiencia y a la falta de relaciones humanas no han logrado, en el pasado, fundirse en un solo haz para lograr realizar en la brevedad posible el tantas veces mencionado proyecto, ya que cada uno de ellos actúa en razón de la organización o institución que pretende representar, ya sea esta hospital gubernamental, Escuela de Medicina, Seguro Social, etc.

Resulta entonces obvio que si las cosas no pueden realizarse con el procedimiento ordinario de arriba para abajo, la única manera posible para llegar a realizarlas sería en sentido inverso, procurando los actuales Patólogos agrupar en un solo centro de carácter autónomo o semiautónomo a los organismos arriba citados para que dentro de este Centro, Unidad o Instituto se practicara todo el tipo de Patología asistencial, docente y de variada naturaleza y así, a pasos agigantados la Patología nuestra lograra nivelarse a la mayor brevedad posible con la Patología que actualmente se está practicando, en forma sorprendentemente maravillosa, en la mayor parte de los países latinoamericanos.

De no resultar así, seguirán abriéndose más servicios de Patología en diversos hospitales sin reunir siquiera el mínimo de requisitos de una Patología más dinámica.

Confíemos en que un milagro ocurra.

R. A. DURON M.
Director.

Revisión Estadística de 259 Casos de Cirugía de las Vías Biliares. Análisis de la Colangiografía Intraoperatoria.

Por el Dr. José Gómez-Márquez G-*

En las últimas décadas se han escrito miles de trabajos sobre la **cirugía** de las vías biliares, en los cuales se han abordado hasta la saciedad los diversos aspectos que este tipo de cirugía plantea. Las intervenciones de las vías biliares en los últimos años, abarcan especialmente la colecistectomía, ya que la colecistectomía, se reserva para casos excepcionales. Ahora bien, la colecistectomía va acompañada en buen número de casos, de la exploración de las vías extrahepáticas, con el objeto de investigar la presencia de cálculos y más excepcionalmente de otros agentes causales de obstrucción, como vermes. El problema continúa planteándose alrededor de cuándo debe hacerse esta exploración. Durante mucho tiempo han prevalecido una serie de indicaciones clásicas para llevar a cabo esta exploración, pero todas ellas han adolecido de un gran defecto, cual es la gran cantidad de coledocotomías innecesarias que se efectúan. Y debe tenerse presente que explorar un colédoco es aumentar considerablemente no sólo la morbilidad sino incluso la mortalidad de los pacientes. Según Kern (8) la mortalidad con la coledocotomía, agregada a la colecistectomía, aumenta aproximadamente cinco veces; según Krauss y Kern (10), de 1.1% a 4.8% ; según Grill (3) es de 3 a 5 veces mayor, citando las opiniones de Demeí, Hess Hutz, Ranzi, Reifferscheid, Scholffer y Walzell. No tenemos cifras exactas sobre la morbilidad, pero de todos es sabido que la exploración de un colédoco con la consecutiva colocación de un tubo en T., crea una serie de circunstancias, con frecuencia desagradables, con una elevación considerable de la hospitalización del paciente. Agreguemos por otro lado, que la no exploración del colédoco, en muchas ocasiones, o la exploración defectuosa del mismo en otros, es causa de abundante patología postoperatoria, que a veces lleva consigo la reoperación, con todas las consecuencias que esto puede llevar consigo. Ante esta perspectiva, algunos autores se vuelven notablemente intervencionistas. Así Nordman y Pays, citados por Grill (3) preconizan la coledocotomía siempre que se efectúa una colecistectomía. El mismo Grill muestra su preocupación de que en los dos tercios de los casos de exploración instrumental del colédoco no se encuentran los cálculos aún existiendo.

Príestly (11) encuentra cálculos en sólo el 45% de los casos en que se hizo coledocotomía. Resulta con estos inconvenientes, que los problemas en el postoperatorio de los colecistectomizados es grande: Hoffmann (5) refiere los datos bibliográficos de 10 a 40% de fracasos en los colecistectomizados. En fin, Hess (4) después de una larga revisión bibliográfica y

* Profesor de Cirugía. Escuela de Ciencias Médicas. UNAH.

Cirujano de La Policlínica, S. A. Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A.

en vista además de su propia experiencia anterior, llega a la conclusión de que del 10 al 20 % de todos los casos, se encuentran cálculos residuales en las vías hepáticas.

Todo este planteamiento hace comprender, que los distintos métodos que se habían seguido basados en la historia clínica, tamaño del colédoco, palpación del mismo e incluso la exploración instrumental, son métodos insuficientes para dar una garantía razonable de que un colédoco esté libre de cálculos. De ahí, que los autores hayan ideado una serie de métodos adicionales para proporcionar una seguridad mayor al cirujano que va a practicar una intervención en las vías biliares. Así han surgido la coledoscopia (7) y la exploración radiológica intraoperatoria de las vías biliares (colangiografía intraoperatoria) acompañada de la medición de presiones intraluminales (radiomanometría). Prescindiremos en este pequeño análisis tanto de la coledosopia, de la cual no tenemos ninguna experiencia, como la de la radiomanometría, procedimientos que no han llegado a imponerse en la práctica habitual por diversas razones. Desde este punto de vista abarcaremos únicamente la colangiografía intraoperatoria. En nuestro medio se viene practicando ésta, desde mediados del año 1958, es decir que ya existe una experiencia de 10 años. En Honduras se practicó por primera vez en La Policlínica, S. A., de Tegucigalpa. Posteriormente, muchos cirujanos fueron adhiriéndose al método y hoy en día en Tegucigalpa prácticamente no se hace una colecistectomía en centros privados, ni públicos sin acompañarse de este medio auxiliar de diagnóstico preoperatorio. El primer trabajo sobre el tema en Honduras, se debe al Dr. Ramiro Coello, en su Tesis de Doctorado (2), quien se basó en una estadística en aquel entonces de 43 casos. Así al cabo de los años nos ha parecido útil, hacer una revisión estadística del material operatorio de que disponemos y que abarca un total de 259 casos. Desgraciadamente parte del material estadístico no se ha conservado, pero de todas formas, la cifra que hemos apuntado nos parece significativa para poder sacar algunas conclusiones. No es el objeto de este trabajo por lo tanto, relatar los pormenores de la técnica de la colangiografía, ni sus indicaciones o contraindicaciones. Datos exhaustivos sobre estos aspectos se pueden encontrar abundantemente en la literatura universal, muy especialmente en la magnífica monografía de **Walter Hess** (4). Nuestro propósito es exclusivamente hacer un análisis estadístico y en **particular** evaluar la utilidad de la colangiografía preoperatoria, muy ponderada por las clínicas de habla **hispana** y por los de Europa y vista con bastante reserva por las clínicas norteamericanas.

MATERIAL

Nos referimos a un material que se eleva a 259 operaciones de las vías biliares, en el cual 202 pacientes pertenecían al sexo femenino (77.6%) y 59 (22.4%) al masculino. Son cifras similares con las estadísticas universales (aproximadamente una relación de 3 a 1) (7).

Las edades estuvieron distribuidas en la siguiente forma:

Segunda década:	3 (1.15%)
Tercera década:	41 (15.7%)
Cuarta década:	42 (16.2%)

Quinta década:	76 (29.3%)
Sexta década:	42 (16.2%)
Octava década:	17 (6.5%)
Novena década:	1 (0.3%)

Se ve por lo tanto un predominio de los pacientes comprendidos entre los 40 y los 50 años.

Los diagnósticos de la patología de la vesícula y vías biliares fueron los siguientes:

Colecistitis crónica calculosa:	195 (75.2%)
Empiema vesicular:	38 (14.6%)
Colecistitis aguda	15 (5.7%)
Hidrops vesicular	9 (3.4%)
Carcinoma de la vesícula:	1 (0.3%)
Síndrome postcolecistectomía:	1 (0.3%)

Un caso de colecistitis crónica calculosa tenía concomitantemente un absceso hepático amebiano.

Solamente se practicaron coledocotomías en dos casos (0.77%). Priestly practicó 28 en un total de 1.721 operaciones o sea un 1.6% (11).

El total de coledocotomías fue de 73 (38.1%). A este respecto las estadísticas universales oscilan bastante. Kern (8) tiene un 27% basado en los halazgos colangiográficos y Krauss et. al. (10), 35%; Priestly (11) 24%.

TABLA "A"

RELACION COLANGIOGRAFIA-COLEDOCOTOMIA

Imagen Radiológica		Coledocotomía	Hallazgo operatorio
Dilataciones coledocianas	38	17	Cálculos en 4 casos
Imágenes de cálculos	34	34	Cálculos en 27 casos
Escleroditis	8	8	Escleroditis en 6 casos
Imágenes de vermes	1	1	Vermes en un caso
Extravasaciones del medio de contraste	4	—	—
Pasaje directo del medio de contraste al duodeno	5	—	—

COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA

TABLA "B"
RELACIÓN INDICACIÓN DE COLEDOCOTOMIA, COLECISTECTOMIA Y
HALLAZGO OPERATORIO

Indicación Colangiografica para Coledocotomía	Coledocotomía	Hallazgo operatorio
En 51 casos (20.5%)	73 casos (29.4%)	Cálculos 22 casos Ascárides 2 casos Escleroditis 5 casos (Total 30 casos (12.19%))

TABLA "C"

TIPO DE COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA

Transcoledocianas de primera intención (a través tubo en T)	5
Transcísticas	243
Transcoledocianas de control (a través de tubo en T)	34

MORTALIDAD

Intraoperatoria	0
Postoperatoria	1 (0.3%)
(Según Krauss et. al (10) 3.35% y según Priestly (11) 1.8%)	

COMENTARIO

Como decíamos en un principio, el gran problema de la cirugía de las vías biliares consiste precisamente en cuándo debe explorarse el colédoco. Para nosotros, como para muchos cirujanos de la América Latina y de Europa, la colangiografía intraoperatoria se convierte en un arma diagnóstica de primera magnitud. Sus detractores relatan los errores a que está sujeta, por mala interpretación de las imágenes radiológicas y el tiempo adicional que supone la práctica del procedimiento en el total de la intervención quirúrgica. Esto último, no puede tomarse en consideración. Cuando el cirujano y el radiólogo trabajan en equipo y llevan a cabo el procedimiento rutinariamente, no consumen en general más allá de 10 a 15 minutos; durante el tiempo en que se revelan las placas, en la mayor parte de los casos, se está en capacidad de efectuar la colecistectomía. En otras ocasiones, si hay dudas en cuanto a la anatomía de las vías biliares, vale la pena perder esos minutos para actuar con mayor conocimiento de causa. En cuanto a los errores de interpretación, es cierto que existen como en todos los procedimientos radiológicos, pero ello no es razón para rechazarlos. Podríamos alegar que la historia del paciente y la palpación del colédoco también nos exponen a grandes errores. Ten-

TABLA "B"

**RELACIÓN INDICACIÓN DE COLEDOCOTOMIA, COLECISTECTOMIA
Y HALLAZGO OPERATORIO**

Indicación Colangiografica para Coledocotomía	Coledocotomía	Hallazgo operatorio
En 51 casos (20.5%)	73 casos (29.4%)	Cálculos 22 casos Ascárides 2 casos Escleroditis 5 casos (Total 30 casos (12.19%))

TABLA "C"

TIPO DE COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA

Transcoledocianas de primera intención (a través tubo en T)	5
Transcísticas	243
Transcoledocianas de control (a través de tubo en T)	34

MORTALIDAD

Intraoperatoria	0
Postoperatoria	1 (0.3%)

(Según Krauss et. al (10) 3.35% y según Priestly (11) 1.8%)

COMENTARIO

Como decíamos en un principio, el gran problema de la cirugía de las vías biliares consiste precisamente en cuándo debe explorarse el colédoco. Para nosotros, como para muchos cirujanos de la América Latina y de Europa, la colangiografía intraoperatoria se convierte en un arma diagnóstica de primera magnitud. Sus detractores relatan los errores a que está sujeta, por mala interpretación de las imágenes radiológicas y el tiempo adicional que supone la práctica del procedimiento en el total de la intervención quirúrgica. Esto último, no puede tomarse en consideración. Cuando el cirujano y el radiólogo trabajan en equipo y llevan a cabo el procedimiento rutinariamente, no consumen en general más allá de 10 a 15 minutos; durante el tiempo en que se revelan las placas, en la mayor parte de los casos, se está en capacidad de efectuar la colecistectomía. En otras ocasiones, si hay dudas en cuanto a la anatomía de las vías biliares, vale la pena perder esos minutos para actuar con mayor conocimiento de causa. En cuanto a los errores de **interpretación**, es cierto que existen como en todos los procedimientos radiológicos, pero ello no es razón para rechazarlos. Podríamos alegar que la historia del paciente y la palpación del colédoco también nos exponen a grandes errores. Ten-

gase en cuenta que la colangiografía intraoperatoria no pretende substituir a ningún otro procedimiento, sino ayudar en el establecimiento de un criterio determinado. Entre las causas de estos errores deben señalarse: Burbujas de aire. Nosotros las hemos encontrado y diagnosticado en algunas ocasiones como tales, y en otras más raras, constituyeron un error diagnóstico. Grill (3) señala algo semejante. Otro, la posibilidad de que el medio de contraste envuelva en toda su superficie los cálculos, sobre todo si son de pequeño calibre. Taschke (3) y Jellineck (2) así lo señalan y a todos nos ha sucedido ocasionalmente. Una manera de obviar esto, es diluir el medio de contraste para disminuir su densidad. Además existen otras posibilidades, que son defectos de técnica, como lo es la extravasación del medio por inyectar a través de una falsa vía y la introducción del tubo de polietileno hasta el duodeno, en cuyo caso no se visualizan las vías. Se calcula en general que el porcentaje de error con la colangiografía, según algunos autores, puede llegar a un 10%, cifra que nosotros consideramos alta. No obstante, si se compara la simple exploración instrumental con la colangiográfica, es indudable que el porcentaje de errores disminuye considerablemente. Borgstrom et. al. (1) consideran que por el procedimiento radiológico se pueden detectar hasta cálculos de 2 mms. que en otra forma pasarían desapercibidos. Por otra parte, es necesario agregar algo aún de más valor eventualmente, en favor de la colangiografía: la posibilidad de aclarar la anatomía de las vías biliares, especialmente en los casos en que se sospechan anomalías o en aquellos en que el proceso inflamatorio crónico la ha distorsionado (4-7-12).

Digamos aún unas palabras en relación con el servicio que presta la colangiografía preoperatoria, después de abierto el colédoco en la búsqueda de cálculos. Estos pueden encontrarse o no, pero en cualquiera de las dos eventualidades, subsiste la duda, tras prolongadas irrigaciones y sondeajes, si hay aún o no cálculos que no han podido ser extraídos hasta el momento. La colangiografía de control practicada a través del tubo en T, resulta casi definitiva. Vale la pena hacer la siguiente reflexión para los detractores de la colangiografía preoperatoria: Con todas sus posibilidades de error ¿Qué es mejor? ¿Practicar la colangiografía a través del tubo en T durante o después de la operación? La contestación es obvia.

Ahora analicemos nuestros propios resultados comparándolos con los de otros autores. (Tabla A). En 38 casos en que radiológicamente se observó dilatación del colédoco, se decidió abrir éste en 17 casos, porque habían razones de orden clínico para hacerlo, aún a pesar de que no se observaban cálculos, y sólo en 4 ocasiones se encontraron estos últimos. Si nos hubiésemos atenido únicamente a los antecedentes clínicos, el número de coledocotomías hubiera sido mucho más alto. Veamos ahora lo que comprobó Kern (8) en un gran material humano de 1.639 operaciones: en el 26% de las coledocotomías practicadas no se encontró obstáculo; nosotros, de 35 casos en que se hizo coledocotomía, porque radiológicamente se observaban obstáculos (cálculos o vermes) en 28 veces se halló el obstáculo, lo que supone un margen de error de 20% o sea cifras aún más bajas que las de Kern.

(Tabla B) En 51 casos había indicación radiológica para abrir el colédoco. Unas veces por sombras manifiestamente sospechosas, obstáculo intraluminal; otras, por dilatación excesiva aunque con buen pasaje duodenal y en otras por último, por un pasaje precario que hacía sospe-

char, o bien un cálculo pequeño que obstruía incompletamente, o una escleroditis; no obstante, como el criterio no ha sido valerse únicamente del informe radiológico sino también de la clínica y del hallazgo operatorio, se abrieron colédocos que radiológicamente no ameritaban la exploración, en número de 73. Valga decir además que en 5 casos, se renunció a la colangiografía transcística, explorando el colédoco directamente porque la indicación clínico-operatoria era evidente (ictericia marcada, gran dilatación coledociana, etc.) El resultado de estas coledocotomías fue el hallar 22 veces cálculos, 2 veces ascárides y 6 casos escleroditis que motivaron en dos ocasiones esfinterectomía y en 4 dilatación papilar o sea, en total 12.% de patología de la vía común. Dice Kern, en relación con la utilidad de la colyngiografía para disminuir el número de coledocotomías que si no hubiera hecho éstas en sus casos, se hubieran efectuado la abertura del colédoco en la mitad de los casos. Si se hubieran, según él hecho coledocotomías en todas las dilataciones, se hubieran hallado cálculos sólo en el 65%. Nosotros, si hubiéramos hecho coledocotomías en los 38 casos con dilatación, sólo hubiéramos encontrado cálculos en 4 casos o sea en el 10.5% Queremos expresar que a pesar de ser unos convencidos de las ventajas diagnósticas de la colangiografía preoperatoria, jamás aconsejaríamos basarnos exclusivamente en este dato para así abrir o no el colédoco. Por ejemplo, una ictericia manifiesta es, para nosotros, razón suficiente para hacer coledocotomía independientemente de lo que exprese la colangiografía.

Como ya expresaba antes, la colangiografía adquiere un valor inmenso, después de haber explorado el colédoco. Inmediatamente después de colocado el tubo en T, hacemos a través de él, la inyección del medio de contraste y así nos aseguramos hasta donde es posible que ya no quedan cálculos. Cualquier sospecha radiológica, es razón para extraer de nuevo el tubo en T y repetir la exploración. No alcanzamos a comprender cómo se puede preconizar prescindir de la colangiografía en estas ocasiones. Todos sabemos que la exploración instrumental y que la irrigación de la vía con buen pasaje hasta el duodeno, en ninguna forma nos asegura la ausencia de cálculos. Una y otra vez observamos el paso fácil de sondas y de medio de irrigación hasta el intestino y sin embargo la radiología nos pone al descubierto (comprobándolo después) incluso cálculos de gran tamaño. Si queremos disminuir en un gran porcentaje, el desagradabilísimo hallazgo de imágenes de cálculos en la colangiografía postoperatoria, tenemos forzosamente que hacerlo preoperatoriamente. Autores como Hughes (6) y Grill (3) son del mismo parecer.

No estamos en capacidad de decir qué porcentaje de cálculos residuales tenemos desde que usamos la colangiografía, pero nuestra impresión y la de los cirujanos que hemos consultado en iguales circunstancias, es de que se ha reducido a cifras realmente insignificantes. Para Kaiser (9) prácticamente no hay con el uso de la colangiografía preoperatoria, calculosis residual y según Hoffman (5) sería de un 29%.

Por nuestra propia experiencia y por la de los autores numerosos, de los cuales hemos citado ,sólo unos pocos, concluimos que la colangiografía preoperatoria es un procedimiento exploratorio que sin ser una panacea, ayuda a seleccionar los casos que necesitan coledocotomía, tiene un valor incalculable en la aclaración de la anatomía de la entrecruzada biliar y es de una utilidad poco menos que absoluta para comprobar el

char, o bien un **cálculo** pequeño que obstruía incompletamente, o una **escleroditis**; no obstante, como el criterio no ha sido valerse únicamente del informe radiológico sino también de la clínica y del hallazgo operatorio, se abrieron colédocos que radiológicamente no ameritaban la exploración, en número de 73. Valga decir además que en 5 casos, se renunció a la colangiografía transcística, explorando el colédoco directamente porque la indicación clínico-operatoria era evidente (ictericia marcada, gran dilatación coledociana, etc.) El resultado de estas coledocotomías fue el hallar 22 veces cálculos, 2 veces ascárides y 6 casos escleroditis que motivaron en dos ocasiones **esfinterectomía** y en 4 dilatación papilar o sea, en total 12. % de patología de la vía común. Dice Kern, en relación con la utilidad de la colangiografía para disminuir el número de coledocotomías que si no hubiera hecho éstas en sus casos, se hubieran efectuado la abertura del colédoco en la mitad de los casos. Si se hubieran, según él hecho coledocotomías en todas las dilataciones, se hubieran hallado cálculos sólo en el 65%. Nosotros, si hubiéramos hecho coledocotomías en los 38 casos con dilatación, sólo hubiéramos encontrado cálculos en 4 casos o sea en el **10.5%**. Queremos expresar que a pesar de ser unos convencidos de las ventajas diagnósticas de la colangiografía preoperatoria, jamás aconsejaríamos basarnos exclusivamente en este dato para así abrir o no el colédoco. Por ejemplo, una ictericia manifiesta es, para nosotros, razón suficiente para hacer **coledocotomía** independientemente de lo que exprese la colangiografía.

Como ya expresaba antes, la colangiografía adquiere un valor inmenso, después de haber explorado el colédoco. Inmediatamente después de colocado el tubo en T, hacemos a través de él, la inyección del medio de contraste y así nos aseguramos hasta donde es posible que ya no quedan cálculos. Cualquier sospecha radiológica, es razón para extraer de nuevo el tubo en T y repetir la exploración. No alcanzamos a comprender cómo se puede preconizar prescindir de la colangiografía en estas ocasiones. Todos sabemos que la exploración instrumental y que la irrigación de la vía con buen pasaje hasta el duodeno, en ninguna forma nos asegura la ausencia de cálculos. Una y otra vez observamos el paso fácil de sondas y de medio de irrigación hasta el intestino y sin embargo la radiología nos pone al descubierto (comprobándolo después) incluso cálculos de gran tamaño. Si queremos disminuir en un gran porcentaje, el desagradabilísimo hallazgo de imágenes de cálculos en la colangiografía postoperatoria, tenemos forzosamente que hacerlo preoperatoriamente. Autores como Hughes (6) y Grill (3) son del mismo parecer.

No estamos en capacidad de decir qué porcentaje de cálculos residuales tenemos desde que usamos la colangiografía, pero nuestra impresión y la de los cirujanos que hemos consultado en iguales circunstancias, es de que se ha reducido a cifras realmente insignificantes. Para Kaiser (9) prácticamente no hay con el uso de la colangiografía preoperatoria, calculosis residual y según Hoffman (5) sería de un 2%.

Por nuestra propia experiencia y por la de los autores numerosos, de los cuales hemos citado sólo unos pocos, concluimos que la colangiografía preoperatoria es un procedimiento exploratorio que sin ser una panacea, ayuda a seleccionar los casos que necesitan coledocotomía, tiene un valor incalculable en la aclaración de la anatomía de la entrecruzada biliar y es de una utilidad poco menos que absoluta para comprobar el

char, o bien un cálculo pequeño que obstruía incompletamente, o una escleroditis; no obstante, como el criterio no ha sido valerse únicamente del informe radiológico sino también de la clínica y del hallazgo operatorio, se abrieron colédocos que radiológicamente no ameritaban la exploración, en número de 73. Valga decir además que en 5 casos, se renunció a la colangiografía transcística, explorando el colédoco directamente porque la indicación clínico-operatoria era evidente (ictericia marcada, gran dilatación coledociana, etc.) El resultado de estas coledocotomías fue el hallar 22 veces cálculos, 2 veces ascárides y 6 casos escleroditis que motivaron en dos ocasiones **esfinterectomía** y en 4 dilatación papilar o sea, en total 12. % de patología de la vía común. Dice Kern, en relación con la utilidad de la colangiografía para disminuir el número de coledocotomías que si no hubiera hecho éstas en sus casos, se hubieran efectuado la abertura del colédoco en la mitad de los casos. Si se hubieran, según él hecho coledocotomías en todas las dilataciones, se hubieran hallado cálculos sólo en el 65%- Nosotros, si hubiéramos hecho coledocotomías en los 38 casos con dilatación, sólo hubiéramos encontrado cálculos en 4 casos o sea en el **10.5%**. Queremos expresar que a pesar de ser unos convencidos de las ventajas diagnósticas de la colangiografía preoperatoria, jamás aconsejaríamos basarnos exclusivamente en este dato para así abrir o no el colédoco. Por ejemplo, una ictericia manifiesta es, para nosotras, razón suficiente para hacer **coledocotomía** independientemente de lo que exprese la colangiografía.

Como ya expresaba antes, la colangiografía adquiere un valor inmenso, después de haber explorado el colédoco. Inmediatamente después de colocado el tubo en T, hacemos a través de él, la inyección del medio de contraste y así nos aseguramos hasta donde es posible que ya no quedan cálculos. Cualquier sospecha radiológica, es razón para extraer de nuevo el tubo en T y repetir la exploración. No alcanzamos a comprender cómo se puede preconizar prescindir de la colangiografía en estas ocasiones. Todos sabemos que la exploración instrumental y que la irrigación de la vía con buen pasaje hasta el duodeno, en ninguna forma nos asegura la ausencia de cálculos. Una y otra vez observamos el paso fácil de sondas y de medio de irrigación hasta el intestino y sin embargo la radiología nos pone al descubierto (comprobándolo después) incluso cálculos de gran tamaño. Si queremos disminuir en un gran porcentaje, el desagradabilísimo hallazgo de imágenes de cálculos en la colangiografía postoperatoria, tenemos forzosamente que hacerlo preoperatoriamente. Autores como Hughes (6) y Grill (3) son del mismo parecer.

No estamos en capacidad de decir qué porcentaje de cálculos residuales tenemos desde que usamos la colangiografía, pero nuestra impresión y la de los cirujanos que hemos consultado en iguales circunstancias, es de que se ha reducido a cifras realmente insignificantes. Para Kaiser (9) prácticamente no hay con el uso de la colangiografía preoperatoria, calculosis residual y según Hoffman (5) sería de un 2%.

Por nuestra propia experiencia y por la de los autores numerosos, de los cuales hemos citado sólo unos pocos, concluimos que la colangiografía preoperatoria es un procedimiento exploratorio que sin ser una panacea, ayuda a seleccionar los casos que necesitan coledocotomía, tiene un valor incalculable en la aclaración de la anatomía de la entrecruzada biliar y es de una utilidad poco menos que absoluta para comprobar el

estado de la vía biliar y es de una utilidad poco menos que absoluta para comprobar el estado de la vía biliar principal después de la extracción de obstáculos de la misma.

RESUMEN

El autor presenta la experiencia de 259 casos de cirugía de las vías biliares, en las cuales se efectuó colangiografía intraoperatoria en 248 casos. De las 38 imágenes de dilatación coledociana observadas, se hizo coledocotomía en 17 casos, encontrándose 4 veces cálculos. De las 34 imágenes de calculas, se hizo en todas ellas coledocotomía y en 27 casos se hallaron los concrementos. En un caso con imagen radiológica de ascárides se encontró el parásito. En 8 casos con aspecto de escleroditis, se encontró esta patología 6 veces. Se destaca además la importancia de la colangiografía preoperatoria para dilucidar problemas de anatomía de la entrecruzada biliar y se hace énfasis en el auxilio muy especial de este procedimiento para controlar intraoperatoriamente el estado del colédoco después de la extracción de obstáculos en su interior.

SUMMARY

Experience in 259 cases of biliary tract surgery is analyzed by the author. In 248 instances, transoperative cholangiography was performed. Cholecystectomy in 17 cases finding calculi only 4 times. From 34 cases when a picture of calculi was seen only in 27 instances these were found during cholecystectomy. A parasite (*Ascaris lumbricoides*) seen at X-ray was found during surgery. From 8 X-ray diagnosis of "scleroditis" this pathology was confirmed 6 times.

It is stressed the importance of preoperative cholangiography to solve problems in anatomy of the biliary crossway and to control during surgery the status of this system after removal of calculi.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—**BORGSTROM, ST., NORMAN, O : Palpation of the common duct versus preoperative cholangyography** in the diagnosis of common duct stones. Acta **Chir. Scand.** (Stockh) 108: 13, 1954.
- 2.—**COELLO N.R.:** La Importancia de la **Colangiografía** Operatoria en el Diagnóstico de las Afecciones de las Vías Biliares. Tesis de Doctorado. Escuela de Ciencias Médicas. **Tegucigalpa**, República de Honduras, 1960.
- 3.—**GRILL, W.:** indication **und** Technique **deer intraoperativen Gallenrevisi-** sicn. *Deer Chirurgic.* **32:** 1, 1961
- 4.—**HESS W.:** Operative **Cholangiographie**, Technique, Diagnostic, Praxis, **George. Thieme Verlag.** Stuttgart, 1955.
- 5.—**HOFFMAN, V.:** Beschwerden nach Gallensteinoperationen. *Münch. Med. Wachschr.* **10:** 1, 1955
- 6.—**HUGHES, E.S.R.; KERNUTT, R. II. :** Operative **cholangyography** *Brit. Med. J.* **620:** 4888, 1954.
- 7.—**JELLINEK II.:** Zur Pra- und Intraoperativen Diagnostic deer Gallenwegerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung del Cholelithiasis. *Der Chirurg.* **30:** (8), 1951.
- 8.—**KERN, E.:** Zur Operationestaktik bei Eingriffen meken Steinleidens deer Gallenwegen unter Auswertung von 1639 Operationen. *Deer Chirurgic.* **33:** (2), 1964.
- 9.—**KAISER, E.:** Beschwerden nach Cholecstectomie. *Shweis. Med. Wschr.* **251:** 255, 1957
- 10.—**KRAUSS, H. ; KERN, E.:** Some current problems of biliary tract surgery: Indications and technique of choledocotomy, intraoperative cholangiomanometry, primary closure of the common duct. *Surgery.* **62:** 1, 1967
- 11.—**PRIESTLY, J. T. ; WALTER, S. W.; GRAY, H. K. ; WAUGH, J. M. :** Annual report on surgery of the **biliary** system and pancreas **for 1950. Proc. Staff Meet. Mayo Clinic.** Rochester **26:** 505, 1951.
- 12.—**WISE, R. E. :** Current **concept of Cholangiography.** *Surg. Cl. N.A.* **44:** **731**, 1964.

Abdomen Traumático:

Traumatismos del Bazo y el Páncreas

Dr. Silvio R. Zúñiga*

El bazo y el páncreas, como partes integrantes del abdomen, no quedan exentos de sufrir por los traumatismos que recaen sobre esta región. La friabilidad de estos órganos, su vascularidad, su fijezza relativa o absoluta, su contacto con estructuras óseas, hacen más hábiles a estas vísceras ante los traumatismos dirigidos contra los mismos.

Los accidentes de la vida civil, los combates guerreros y los intentos homicidas hacen que los traumatismos del bazo y del páncreas cobren vigencia y por ello hay que conocer sus síntomas y signos para lograr un adecuado tratamiento si se quiere que la mortalidad por esta lesión sea disminuida.

VARIEDAD DE TRAUMATISMOS ABDOMINALES QUE ORIGINAN SU LESIÓN

No implica ningún esfuerzo comprender como un proyectil lanzado por arma de fuego o como un arma cortante, o mejor corto punzante, que sean dirigidos hacia el lecho esplénico o a la zona pancreática, tanto en heridas exclusivamente abdominales como toracoabdominales, que condicionan un abdomen traumático abierto, puedan lesionar estos órganos.

Existe otra variedad de traumatismos en la cual no hay solución de continuidad de las envolturas abdominales y que se acompañan de lesiones viscerales y que vienen a constituir el abdomen traumático cerrado en el cual el bazo o el páncreas pueden ser una de las vísceras lesionadas. Los traumatismos automovilísticos (entre los cuales está cobrando interés un nuevo tipo causado por la impropia colocación de la faja fijadora al asiento (1), las caídas, los deportes (lucha, boxeo, foot ball, etc.) y los accidentes de trabajo se mencionan como ejemplos de agentes causantes de lesiones cerradas.

El conocimiento de este último grupo es de primordial importancia ya que la tardanza en efectuar adecuado diagnóstico y pronto tratamiento lleva implicado un aumento considerable de la mortalidad. La decisión operatoria en pacientes con heridas penetrantes de abdomen es mucho más fácil y, en algunos casos, es evidente la indicación quirúrgica. Las Isiones esplénicas o pancreáticas son tratadas como una parte de los hallazgos de la laparotomía exploratoria que se efectúa dentro del mínimo de tiempo de ocurrida la lesión.

* Profesor de Diagnóstico Quirúrgico, Facultad de Ciencias Médicas.
Jefe del Departamento Quirúrgico, Hospital General, Tegucigalpa, D. C.

No ocurre lo mismo en los abdómenes traumáticos cerrados ya que el cuadro clínico no siempre es evidente. Puede, además, estar enmascarado por otras lesiones extra-abdominales o sus manifestaciones larvares temporalmente y para efectuar su detección es necesaria una observación clínica atenta, auxiliada por el concurso de adecuados exámenes **complementarias**. De estas razones surge el interés y la importancia de este último tipo de lesión.

En lo que a bazo se refiere se ha mencionado la existencia de lesiones esplénicas espontáneas (ruptura espontánea de bazo) pero muchos autores dudan su existencia y en su patogenia hacen intervenir traumatismos mínimos que pueden ocurrir sobre un bazo normal o anormal, lo que lo hace más lábil a las mismas microcontusiones. Según Husni y Turrel (2) la ruptura espontánea del bazo es un evento raro; para aceptar su existencia dicen que es necesario que se cumpla el siguiente criterio: definitiva ausencia de traumatismo, de adherencias periesplénicas y de patología esplénica previa. Como causas predisponentes de estas lesiones llamadas espontáneas se han encontrado las siguientes enfermedades que tienen una participación esplénica: malaria, fiebre tifoidea, linformas, sarcoide de Boeck y mononucleosis infecciosa (3). Para ilustrar esta labilidad del bazo enfermo, Glenn y Thorgjanson (4) mencionan que en la Edad Media se utilizó como medio de asesinato el dar un codazo sobre el lado izquierdo del abdomen en áreas donde la malaria era endémica. Husni y Turrel (2) recuerdan que como traumatismo abdominal debe considerarse el brusco o sostenido aumento de la presión intra-abdominal que condiciona el levantamiento de un objeto pesado, el vómito, la tos violenta, la defecación y la actividad mínima, en mujeres embarazadas.

I—TRAUMATISMOS DEL BAZO

Es común el acuerdo de que estos traumatismos son más frecuentes en los pacientes del sexo masculino que están en el período de adultos jóvenes (4, 5), siendo ello acondicionado por estar más frecuentemente expuestos a los traumatismos antes mencionados. La proporción aproximada se dice que es de 2:1.

CUADRO CLÍNICO

A.—Ante una herida de abdomen causada por arma blanca o de fuego en que clínica y radiológicamente se hace el **diagnóstico** de lesión penetrante complicada con lesión visceral, lo obligatorio es la intervención operatoria lo más prontamente posible y, en un medio hospitalario, solo la presencia de shock puede demorar tal actitud terapéutica. No implica, por tanto, mayor problema diagnóstico.

No obstante, el shock puede estar propiciado por la hemorragia intra-peritoneal y la espera, aún con adecuada transfusión sanguínea, puede ser desastrosa mientras no se cohiba la pérdida sanguínea. Uno de los probables sitios de hemorragia puede ser el bazo y hay que considerar su posible lesión en los abdómenes traumáticos abiertos:

a) **en las heridas perforantes**, si el bazo está en el trayecto obtenido por la unión del orificio de entrada y de salida del proyectil.

b) en las heridas penetrantes con un solo orificio, si ocurre lo mismo al establecer el trayecto del agente tomando en cuenta el orificio, la posición del arma y del paciente en el momento del traumatismo o la localización del proyectil y

c) en las heridas por arma blanca si éstas radican en o en las inmediaciones de la región esplénica.

La positividad de estos datos hacen presumible la lesión del bazo. Las manifestaciones de peritonitis aguda generalizada y el cuadro de anemia aguda obligan al cirujano a efectuar la exploración quirúrgica y, fuera del interés académico, la única importancia secundaria derivada del conocimiento de la víscera sangrante podría ser el escogimiento del sitio de abordaje operatorio. Repetimos, pues, que el tipo abierto no crea problemas diagnósticos ni terapéuticos ya que el cuadro es florido ya que simultáneamente suelen estar lesionadas otras vísceras, lo que hace más obvia la indicación operatoria.

B.—Capítulo más interesante es el cuadro sintomatológico originado por lesión esplénica en un abdomen cerrado. Contribuyen a hacer más confuso al mismo la concurrencia de lesiones traumáticas extra-abdominales, ante fracturas de las últimas costillas izquierdas la incertidumbre si hay un componente intra-abdominal o todo es parietal y, finalmente, la existencia de cuadros de aparición tardía en que el paciente no recuerda o no da importancia a un traumatismo abdominal pasado.

Estas lesiones esplénicas cerradas pueden dividirse desde el punto de vista patogénico y sintomatológico en dos grupos:

L.—RUPTURA ESPLÉNICA INMEDIATA.—Esta lesión implica dos condiciones: solución de continuidad del parénquima esplénico y ruptura simultánea de la cápsula del mismo órgano, lo que trae consigo la irrupción de sangre dentro de la cavidad peritoneal.

La sangre liberada en el peritoneo irrita la serosa, lo que se traduce en una serie de síntomas y signos que testimonian la peritonitis química presente: dolor abdominal espontáneo y provocado por la palpación abdominal superficial, náuseas, vómitos, cierto grado de contractura muscular que talvez esté más acentuada en cuadrante superior izquierdo pero que a veces radica en mitad inferior del abdomen y que es producida por la acumulación baja de la sangre irritante; puede existir dolor en el hombro izquierdo o en la parte baja e izquierda del cuello (Signo de Kehr) por irritación diafragmática; suele presentarse un íleo inhibitorio que se traducirá clínicamente por distensión abdominal y disminución de los ruidos intestinales o silencio abdominal; el signo de rebote se logra poner en evidencia cuando la contractura no es generalizada pero su grado usualmente no es muy pronunciado ya que la sangre, aunque irritante, no lo es tanto como otros agentes químicos o bacterianos; se menciona, asimismo, la existencia de macicez en cuadrante superior izquierdo (Signo de Ballance). Lowenfels (6) investigó personalmente el valor del Signo de Kehr y lo comprobó en 9 de 10 pacientes; en los casos en que no es espontáneamente manifiesto el autor aconseja la elevación de los pies de la cama y la presión abdominal suave, lo que hace que la sangre libre se ponga en contacto con las ramas del nervio frénico que atraviesan el diafragma. Por otro lado, Dennehy y Col. (7) sólo le

comprobaron en el 9% de sus casos y el Signo de Ballance lo constataron con cifras más bajas (4%).

A estos síntomas y signos locales pueden agregarse las manifestaciones de una anemia aguda que puede conducir al shock.

Los exámenes complementarios no son de gran ayuda directa ya que los resultados pueden ser engañosos: la hemoconcentración da la falsa impresión de que no hay pérdida severa de sangre, por lo menos en la fase inicial que es cuando debe efectuarse la decisión operatoria; Glenn y Thorbjarnarson (4) han comprobado valores hemoglobínicos de 12,8 a 15 gm. % sin signos de deshidratación inmediatamente antes del acto quirúrgico que ha revelado la existencia de cantidades de sangre que variaban entre 1.000 a 2.500 ml. en la cavidad peritoneal. Numerosos autores han comprobado una elevación del número de leucocitos y, según algunos (4, 8), cifras mayores de 20.000 glóbulos blancos por mm³ son sugestivas de ruptura esplénica; otros dan mayor importancia a la concurrencia de anemia laboratorial y leucocitosis (6). Sin embargo, parece que no hay relación entre la leucocitosis y la pérdida sanguínea en la cavidad peritoneal; Willcox (8) conjetura que la irrupción intraperitoneal de las células reticuloendoteliales del bazo pueden producir un antígeno que estimula la pronta respuesta leucocitaria.

La radiología puede ser de ayuda por medio de una placa simple de abdomen al revelar la existencia de íleo inhibitorio (dilatación gástrica, distensión gaseosa del colon y, principalmente, distensión aérea de asas delgadas con presencia de líquido entre ellas). Cimmino (9) manifiesta que la detección de pequeñas cantidades de líquido en el diedro paracólico izquierdo es el signo radiológico de mayor importancia en el diagnóstico de ruptura esplénica si se eliminan los posibles errores y se sigue una técnica especial.

La punción diagnóstica en los 4 cuadrantes del abdomen ha sido considerada de gran ayuda por varios autores y algunos la usan rutinariamente (10). Calamel y Col. (11) la encontraron positiva en el 84% de los pacientes de su serie. Si la punción logra aspirar sangre, la indicación operatoria está establecida aunque su origen puede no radicar en el bazo; punción negativa no tiene significación diagnóstica (12). Otros autores consideran que el procedimiento diagnóstico conlleva riesgos y no la usan o la practican infrecuentemente (13).

En suma, la historia de un traumatismo abdominal o torácico izquierdo interior, las manifestaciones clínicas y radiológicas de irritación peritoneal y un estado de anemia aguda o shock son firmes indicaciones de ruptura esplénica.

2.—RUPTURA ESPLÉNICA TARDÍA.—En ciertas ocasiones los traumatismos que recaen en el bazo producen desgarro del parénquima con integridad de la cápsula, lo que trae por consecuencia la formación de un hematoma subcapsular que gradualmente aumenta de tamaño hasta llegar a vencer la resistencia de la mencionada cápsula que finalmente se rasga, dando inicio a una hemorragia intraperitoneal que eventualmente adquiere grandes proporciones. En otras ocasiones el mecanismo de esta hemorragia pospuesta es diferente: la cápsula o el pedículo esplénico pueden ser lesionados en el momento del traumatismo pero no ocurre

inundación peritoneal merced al taponamiento producido por estructuras vecinas (estómago, diafragma, colon transverso y principalmente epiplón mayor) ; pero esta hemostasia solo tiene un carácter temporal y, tarde o temprano, se interrumpe el taponamiento permitiendo la liberación de los coágulos formados y la constitución de una hemorragia intraperitoneal.

Según Harkins y Zabin.ski (14) esta ruptura esplénica diferida ocurre en el 15% de las rupturas esplénicas o sea aproximadamente una vez entre 6 pacientes con lesiones traumáticas de bazo. Según Williams (3) la hemorragia demorada puede ocurrir uno y hasta 30 o más días después de acontecido el traumatismo; Castleman y MacNeely (15) informan un caso extremo en que ocurrió 6 meses después del trauma y mencionan otro caso extraordinario con 2 años de intervalo entre la lesión y la ruptura demorada. Manifiestan Shirkey y Col. (16) que esta hemorragia tardía ocurre en la mitad de los casos dentro de la primera semana siguiente al traumatismo y en una cuarta parte de los mismos sucede en el curso de la segunda o sea que en el 75% de las veces la ruptura tardía ocurre dentro de las dos primeras semanas post-traumáticas.

La sintomatología observada durante el período silente o larvado puede ser completamente nula en **algunas** casos pero en otros sí la hay y puede ser descubierta cuando el paciente está bajo observación médica. Los datos que pueden conducir a este diagnóstico son: traumatismo reciente en región esplénica (por confesión del paciente o por la constatación de equimosis o erosiones en esta zona), dolor en C. S. I. o sobre las últimas costillas izquierdas, resistencia muscular regional, densidad radiológica en el lecho esplénico, elevación del bemediastino izquierdo, desplazamiento del estómago hacia la derecha y descenso del ángulo esplénico del colon y, finalmente, aserramiento de la curvatura mayor del estómago. Según Stivelman y Col. (12) la lesión más frecuentemente asociada es fractura de las costillas izquierdas (30%) ; de acuerdo con Musselman (10) el dolor se localiza con más seguridad por la percusión que por la palpación. Recientemente, en medios adecuados, se ha usado un método radiológico que evidencia «incluyentemente la lesión esplénica utilizando la angiografía selectiva del tronco celíaco (17) ; Pollard y Nebesar (18) aún tiene el refinamiento de inyectar directamente la arteria esplénica con el mismo objeto.

En otras ocasiones, en el intervalo de aparente silencio, se presentan síntomas sugestivos de apendicitis aguda (19) que en algunas situaciones han conducido a la extirpación inútil del apéndice cecal.

Usualmente el paciente cae bajo la atención médica cuando ya ha sobrevenido la hemorragia diferida. La sintomatología producida por la inundación tardía es igual a la ya expuesta en la ruptura **inmediata**.

MORTALIDAD

Al considerar la mortalidad hay que hacer separación de los casos en que se llega a la fatalidad sin someter al paciente a intervención quirúrgica (muerte durante su transporte al hospital, muerte en el cuarto de emergencia, muerte por lesiones asociadas de tipo cerebral, torácico o abdominal) de aquellos en que ocurre cuando se ha efectuado esplenectomía. En este último grupo hay que considerar las muertes por lesiones exclusivas del bazo de las ocasionadas por lesiones asociadas o de las

debidas a complicaciones postoperatorias inmediatas o lejanas. No en todos los **informes** llegados a nuestras manos se hacen estas diferenciaciones.

La mortalidad total va del 22 al 25% (5, 12, 16). La mortalidad entre los esplenectomizados fluctúa entre el 10 y el 12% (5, 6, 16). Según Sizer y Col. (21) la mortalidad en la ruptura diferida es de 10%, en tanto que en la ruptura inmediata es de 1%. La mortalidad asociada a traumatismo cerrado del bazo es mayor que la que producen las heridas penetrantes con lesión esplénica (16). Stivelman y Col. (12) aseguran que en sus 100 casos informados ningún paciente murió por sólo lesiones esplénicas.

TRATAMIENTO

Es universal el acuerdo que el tratamiento de lesiones traumáticas del bazo (sin importar su tipo, tamaño o localización de las mismas) es la esplenectomía. El parénquima y la cápsula del bazo no permiten efectuar suturas; el taponamiento puede obrar como medida temporal pero no definitiva. Como auxiliar de la esplenectomía debe mencionarse la transfusión sanguínea, que en algunos casos debe usarse pre, intra y postoperatoriamente. La ruptura del bazo debe considerarse como una verdadera emergencia quirúrgica (5, 10, 12).

La elección de la vía de acceso para efectuar la esplenectomía no es uniforme: unos prefieren la línea media supraumbilical, otras escogen la **paramedia** izquierda superior, otros recurren a la subcostal izquierda. Parece que la mayoría seleccionan la paramedia izquierda (12) por la rapidez con que se penetra en la cavidad **peritoneal**, porque permite un pronto acceso al bazo y faculta la exploración adecuada de otras estructuras vecinas que pueden estar simultáneamente lesionadas. El bazo debe ser rápidamente exteriorizado con el objeto de que la hemorragia sea controlada por compresión manual del pedículo. Otra vía por la que se puede efectuar la extirpación del bazo es la torácica transdiafragmática en los casos de heridas penetrantes toracoabdominales en que sea mandatoria la toracotomía abierta.

Bodón y Col. (22), basados en una corta experiencia de 3 casos en que se produjeron accidentalmente lesiones esplénicas durante intervenciones quirúrgicas en abdomen superior y en que controlaron la hemorragia con buen suceso con el empleo de hemostáticos locales (Gelfoam) sin extirpar el bazo, se preguntan si la esplenectomía es siempre necesaria. Nos parece que tal proceder no da seguridad permanente ni al paciente ni al cirujano y que si este último opta por tal conducta su desasosiego postoperatorio puede prolongarse varios días después de evacuado el paciente del hospital.

COMPLICACIONES

La literatura menciona como complicaciones del hematoma subcapsular (3, 20) la posibilidad de su infección con la instalación de un absceso esplénico o bien, en otros casos, la licuefacción del hematoma y su transformación en pseudoquistes del bazo.

Mayor interés tiene una complicación que puede presentar la ruptura esplénica y que ha obligado a crear un nombre para distinguirla: la esplenosis. Este término fue acuñado por Buchbinder y Lipkoff en 1930 para

significar el autotransplante de tejido **esplénico** en la cavidad peritoneal a consecuencia de la ruptura del bazo. Según **Szabo** (23) el primer caso fue un hallazgo **autópsico** efectuado por Szabrech en 1896 quien constató 400 nódulos esplénicos en la cavidad peritoneal de un joven muerto de nefritis. Su frecuencia es escasa pues hasta 1965 se habían informado 49 casos (24). En la laparotomía se presentan como nódulos de pequeño tamaño y de color café-rojizos implantados sobre el intestino, epiplón mayor, mesenterio, órganos pélvicos y peritoneo parietal. Su apariencia puede recordar hemangiomas, metástasis cancerosas o endometriosis.

No hay síntomas específicos de **esplenosis**: incomodidad abdominal intermitente y, en el sexo femenino, dolor pélvico. Según Maudsley y Robertson (24) su frecuencia debe ser mayor ya que es virtualmente asintomática y sólo puede ser reconocida por visualización durante la laparotomía o la autopsia. Rodkey (25) aconseja remover cuidadosamente todo tejido esplénico accesible en el acto quirúrgico para prevenir el autotransplante.

ESTUDIO ESTADÍSTICO

Material: Hospital General y Asilo de Inválidos, Tegucigalpa, D. C.

Lapso de estudio: 1º Enero 1959 a 31 Diciembre 1968 (10 años)

Número total de traumatismos abdominales: 910.

Número de traumatismos del bazo: 34 casos.

Porcentaje entre los traumatismos abdominales: 3,7.

Sexo: Masculino, 30 casos (88, 2%) Femenino, 4 casos (11,7%).

Distribución por décadas de vida:

2ª década	7 casos (20,5%)
3ª década	18 casos (52,9%)
4ª década	8 casos (23,5%)
7ª década	1 caso (2,9%)

Tipo de traumatismo abdominal:

Abierto	18 casos (52,9%)
Cerrado	16 casos (47,0%)

Sitio del traumatismo:

Abierto: Toracoabdominal	13 casos
Abdominal	5 casos
Cerrado: Abdominal	10 casos
Hemitórax izquierdo inferior	6 casos

Inicio de los síntomas:

Todas los pacientes con herida penetrante de abdomen iniciaron sus síntomas en el momento de la lesión traumática. Los que tuvieron lesiones cerradas se comportaron de igual modo, presentando algunos de ellos pérdida del conocimiento hasta por dos horas y acusando síntomas referidos a abdomen superior izquierdo o a todo el abdomen desde el momento de la recuperación de la consciencia.

SÍNTOMAS.

	A	C	Total	%
Dolor	15	16	31	31,1
a) Generalizado	7	6	13	38,2
b) En cuadrante superior izquierdo	3	8	11	32,3
c) En base tórax izquierdo	5	2	7	20,5
d) Acentuado con respiración profunda ..	8	4	12	35,2
Pérdida de conocimiento	3	9	12	35,2
Vómitos	1	6	7	20,5
Paro de evacuaciones intestinales	0	7	7	20,5
No se obtuvieron datos por shock	2	0	2	5,8

Hubo un caso de herida por arma de fuego quien al ingresar al hospital tenía 75 horas de haber recibido una herida penetrante toracoabdominal, había estado interno en un hospital de San Pedro Sula, pidió su alta, se trasladó a esta capital pudiendo efectuar adecuadamente la deambulacion quejándose únicamente de dolor en el sitio de la herida y en cuadrante superior izquierdo; en el acto operatorio se demostró perforación del bazo, hematoma periesplénico con hemostasia temporal.

Signos:

	A	C	Total	%
Rigidez de músculos abdominales	16	8	24	70,5
Dolor generalizado a la palpación	12	10	22	64,7
Hipo o aperistaltismo intestinal	7	8	15	44,4
Rebote positivo	5	9	14	41,1
Distensión abdominal	1	7	8	23,5
Percusión dolorosa en base tórax izquierdo ..	2	5	7	20,5
Bazo percutible	2	4	6	17,6
Bazo palpable	0	1	1	2,9

La rigidez fue moderada en 20 casos, acentuada en 4. El dolor a la palpación siempre fue generalizado pero en 10 casos (29,4%) fue más acentuado en el cuadrante superior izquierdo. La alteración del peristaltismo intestinal llegó a la ausencia de ruidos en 10 casos y a la disminución en 5.

Lesiones traumáticas asociadas:

	A	C	Total	%
Fractura de costillas izquierdas	0	4	4	11,7
8ª	1			
8ª y 9ª	1			
9ª	1			
9ª a 12ª	1			
Otras facturas	1	3	4	11,7
Tibia	1			
Radio	1			
Cúbito	1			
Pelvis	1			
Lesiones de vísceras abdominales	10	3	13	38,2
Intestino	6			
Estómago	6			
Hígado	5			
Riñón izquierdo	2			
Pancreas	2			
Vejiga urinaria	1			
Lesiones pleuropulmonares izquierdas	7	0	7	20,5
Hemotórax	3			
Hemoneumotórax	4			

Presión sistólica al ingreso:

Sobre 100 mm. Hg.	10	12	22	64,7
Entre 51 y 100 mm. Hg.	7	2	9	26,4
Bajo 50 mm. Hg.	1	2	3	8,8

Hematócrito:

De 16 a 25 vols. %	1	2	3	8,8
De 26 a 35 vols. %	7	3	10	29,4
De 36 a 45 vols. %	6	15	21	61,7

Hemoglobina:

De 6 a 10 gms. %	8	8	16	47,0
De 11 a 15 gms. %	6	11	17	50,9
Sobre 15 gms. %	1	0	1	2,9

Glóbulos Blancos:

De 6 a 10.000 m ³	8	2	10	29,4
De 11 a 15.000 mm ³	4	7	11	32,3
De 16 a 20.000 mm ³	4	4	8	23,5
De 21 a 25.000 mm ³	0	1	1	2,9
Ignorado	2	2	4	11,7

Neutrófilos:

Hasta 70%	4	8	12	35,2
De 71 a 80%	5	2	7	20,5
Más de 80%	5	3	3	23,5
Ignorado	4	3	7	20,5

Radiología:

Ileo inhibitorio	3	8	11	32,3
Aumento del área esplénica	0	5	5	14,7
Separación gastrodiafragmática	1	2	3	8,8
Líquido entre asas delgadas	1	2	3	8,8
Elevación diafragma izquierdo	0	1	1	2,9
Aserramiento curvatura mayor	0	1	1	2,9
Se obtuvieron datos positivos	13 veces (38,2%)			
La placa simple fue informada como negativa	11 veces (32,3%)			
No se encontró informe radiológico	9 veces (26,4%)			

Lapso entre el traumatismo y la intervención quirúrgica:

	Abierto	Cerrado	Muertes
0-9 horas	10	3	2—1
10-19 horas	5	1	0—1
20-29 horas	2	1	
30-39 horas	0	1	
Más de 40 horas	1	8	

Cuando el lapso fue mayor de 40 horas, 4 pacientes fueron operados a las 90 horas, 2 a las 60 y los otros 3 a las 72, 110 y 125 horas respectivamente.

Caracteres del hemoperitoneo:

En 33 casos se comprobó la existencia de hemoperitoneo y solo en 1 no se especificó en la descripción operatoria.

En 11 casos (8 cerrados y 3 abiertos) la hemostasia esplénica se había efectuado merced a coagulaciones o por taponamiento con el epiplón mayor.

La cuantía de la hemorragia fue la siguiente:

	Abierto	Cerrado	Total
Escasa	2	0	2
Moderada	5	5	10
Abundante	10	11	21

La valoración de esta última fue como sigue:

1 pinta	0	4	4
2 pintas	0	4	4
3 pintas	0	2	2
Sin especificar	8	3	11

Una vez se comprobaron fragmentos de bazo estallado sobrenadando con la sangre peritoneal.

Tipo de lesión:

Estallido	7	11	18
Rotura lineal	2	3	5
Sección limpia	5	0	5
Perforación	4	0	4
Hematoma subcapsular	0	1	1
Lesión pedículo	0	1	1

En las descripciones operatorias no se especifica la ubicación de las lesiones esplénicas.

De los bazos enviados a estudio microscópico en una ocasión el Patólogo informó que la viscera estaba previamente enferma; su probable diagnóstico fue malaria merced a "abundante pigmento hemático reciente y antiguo compatible con ataques de paludismo anterior". En otro caso se comprobó esplenomegalia pero su etiología no pudo ser averiguada.

Mortalidad y causas de muerte:

En el grupo de 34 casos hubo 4 muertes (11,7% de mortalidad total), una en un abdomen traumático cerrado y tres en abiertos.

Las causas de estas muertes consignadas en los protocolos son las siguientes:

Shock irreversible	2 casos
Embolia pulmonar	1 caso
Hemorragia por anticoagulantes	1 caso

El último ocurrió en una lesión cerrada de bazo que en el postoperatorio desarrolló una tromboflebitis de extremidad inferior, se le estableció terapéutica anticoagulante y falleció de hemorragia de distintas fuentes.

Mortalidad en trauma abierto, 3 en 18, (16,6%)

Mortalidad en trauma cerrado, 1 en 16, (6,2%)

Complicaciones:

Sólo se tiene conocimiento de que hayan ocurrido complicaciones tempranas en los casos en revisión:

	Abierto	Cerrado	Total
Ileo postoperatorio prolongado	1	1	2
Absceso subfrénico izquierdo	2	0	2
Infección de la herida operatoria	1	0	1
Estrangulación asa en herida operatoria ...	1	0	1
Tromboflebitis en miembro inferior	0	1	1

Por tanto, fueron más frecuentes las complicaciones en el tipo abierto (27,7%) que en el cerrado (12,5%).

Tratamiento:

En 31 ocasiones el tratamiento de la lesión traumática del bazo consistió en la esplenectomía. En los otros 3 casos la lesión era mínima y la hemostasia ya se había efectuado espontáneamente y el Cirujano optó

riesgosamente por una esplenografía con taponamiento con hemostáticos locales (Surgicel u Oxycel) sin que se produjera con esta conducta ningún contratiempo postoperatorio.

CONCLUSIONES DE LA REVISIÓN ESTADÍSTICA:

- 1) En un lapso de 30 años ocurrieron 34 casos de traumatismo esplénico, lo que representa un 3,7% la participación de este órgano en los traumatismos abdominales acontecidos en el periodo.
- 2) Hubo marcado predominio en el sexo masculino (88,2%).
- 3) El mayor número de casos ocurrió en la tercera década (52,9%) y la inmensa mayoría estaban entre la segunda y la cuarta (97,0%).
- 4) El 52.9% de los casos correspondió a abdómenes traumáticos abiertos y el 47.0% a los cerrados.
- 5) Entre las causas de los primeros ocupó lugar predominante la herida ocasionada por arma de fuego y entre los segundos las caídas, seguidas por los accidentes automovilísticos.
- 6) En el 55,8% el traumatismo abierto o cerrado ocurrió en la base del hemitórax izquierdo.
- 7) El dolor fue el síntoma dominante (94,1%), siendo generalizado en la mayoría de los casos (38,2%) o localizado en C. S. I. (32,3%) o en la base del hemitórax izquierdo (20,5%).
- 8) La rigidez de los músculos abdominales (70,5%), el dolor generalizado despertado por la palpación (64,7%), la disminución o la ausencia del peristaltismo intestinal (44,4%) y el signo de rebote positivo (41,1%) encabezaron los hallazgos físicos.
- 9) Entre las lesiones asociadas se destacaron los traumatismos de otras vísceras abdominales, las lesiones pleuropulmonares izquierdas y las fracturas de las últimas costillas de este mismo lado.
- 10) Sólo en el 35,2 % de los casos hubo manifestación de hipotensión arterial acentuada en el momento del ingreso.
- 11) El hematócrito y la hemoglobina sólo en menos de la mitad de los casos demostraron descensos moderados.
- 12) En el 58,8% hubo leucocitosis, sobrepasando los 15.000 mm³ en el 23,5%.
- 13) Hubo neutrofilia en el 44,4%, siendo mayor del 80% en el 23,5% de los casos.
- 14) La radiología fue de ayuda general en el 38,2% de las veces y apuntó hacia lesión esplénica en el 14,7% de los casos.
- 15) La más frecuente de las lesiones esplénicas fue el estallido del órgano (52,9%). Sólo una vez se constató la hemorragia subcapsular del bazo (2,9%).
- 16) Hubo una mortalidad general de 11,7% pero la misma fue mayor en los abdómenes traumáticos abiertos que en los cerrados.

- 17) Las complicaciones fueron más frecuentes en los tipos abiertos y encabezaron la lista de las mismas los abscesos subfrénicos izquierdos y los íleos postoperatorios prolongados.
- 18) En el 91,1% se efectuó esplenectomía y en el resto, ante lesiones mínimas y con hemostasia espontánea, se optó riesgosamente por medidas conservadoras.

[I.—TRAUMATISMOS DEL PÁNCREAS

Los traumatismos de páncreas no han recibido la debida atención y su manejo es comprendido con un mal definido plan. Las razones para esta falta de interés y para este mal manejo radican en la poca frecuencia de estas lesiones, las dificultades técnicas de accesibilidad del órgano, su friabilidad y facilidad de sangramiento. La literatura muestra una alta mortalidad que refleja la tardanza en su diagnóstico y tratamiento y, cuando éste se ha emprendido, la falta de acuerdo en cómo tratar la lesión traumática.

No hay muchos informes de series grandes de esta clase de lesiones. Hasta en épocas recientes han aparecido comunicaciones abultadas que han sido colectadas en largos períodos y en grandes instituciones hospitalarias.

Para poner en evidencia su infrecuencia mencionamos la comunicación de Goldman y Col. (26) de que en 196 heridas penetrantes de abdomen sólo en 6 ocasiones se afectó el páncreas, la de Rodkev (25) que en 177 traumatismos cerrados de abdomen sólo en 9 se lesionó esta víscera y la de Currie y Col. (27) que en 35 abdomenes cerrados sólo comprobaron lesión pancreática en 3.

Según informes foráneos las lesiones traumáticas del páncreas son más frecuentemente causadas por heridas penetrantes que por contusiones. Baker y Col. (28) del sus 82 casos informados en 59 oportunidades tuvo como causa una herida penetrante; Fogelman y Robinson (29) en sus 33 casos, 30 obedecieron a esta causa, Jones y Shires (30) en 79 informaron 69 y, finalmente, Parker y Christriansen (31) en 31 casos hallaron que en 26 hubo un agente traumático penetrante. Es, pues, bien evidente la preponderancia de las heridas penetrantes en la etiología de los traumatismos pancreáticos.

Se hace hincapié en que estas heridas penetrantes con lesiones pancreáticas llevan asociados traumatismos de otros órganos abdominales. Las lesiones cerradas frecuentemente presentan, asimismo, esta asociación al grado que en los 33 casos informados por Fogelman y Col. (29) sólo en un caso había lesión exclusiva del páncreas y en el resto hubo desde uno hasta 5 otros órganos heridos. En la serie de Baker y Col. (28) la lesión más frecuentemente asociada a traumatismo cerrado del páncreas fue el desgarro o ruptura del duodeno.

El sitio del páncreas más a menudo afecto es el cuerpo, lo que es una consecuencia lógica ya que ésta es la porción que está en más inmediato contacto con la columna vertebral y la mayoría de los autores aún consideran a la compresión del órgano contra ella como el mecanismo usual de ruptura pancreática en abdomenes cerrados. En el informe de Baker y

Col. las lesiones del cuerpo tomaron el 45.% seguidas por las de la cola y, luego, por las de la cabeza; en la serie de Jone y **Shires** las lesiones del cuerpo ocuparon el 58%, seguidas por las de la cabeza y, finalmente, por las de la cola.

SÍNTOMAS

Todas las heridas penetrantes de abdomen con lesión pancreática se manifiestan por síntomas y signos de irritación peritoneal, bien por el irritante químico pancreático o bien por el derrame sanguíneo en peritoneo; aún hay más, si recordamos que asociadas existen en este tipo de traumatismo lesiones de otros órganos y que cuando son vísceras huecas (estómago, duodeno, intestino delgado o grueso) vierten su contenido séptico en el peritoneo dando origen a una peritonitis aguda generalizada. Ante el conocimiento de una herida de abdomen con manifestaciones clínicas y radiológicas de lesiones internas, lo obligatorio es efectuar una laparotomía exploradora y, en el curso de la misma, se descubrirá la lesión pancreática, si es que la hay. No hay síntoma o signo en una herida penetrante de abdomen que nos sea indicadora de que ha habido participación pancreática. Por lo demás, el lapso entre el traumatismo la operación usualmente es mínimo, no da **oportunidad** a que nazca ninguna manifestación específica que apunte hacia lesión del páncreas y este lapso es habitualmente corto porque la decisión operatoria es evidente.

No ocurre lo mismo con los traumatismos cerrados. Frecuentemente aparecen signos de peritonitis local o general o las manifestaciones de una hemorragia interna son patentes. En otras ocasiones no se ofrecen suficientes evidencias clínicas de lesión intra-abdominal y si, dados los factores etiológicos es factible una lesión pancreática, es imperioso recurrir a medios auxiliares diagnósticos y, si éstos fallan., mantener al paciente en atenta observación clínica, laboratorial y radiológica. Sin embargo, como antes se dijo, son muy raras las lesiones aisladas del páncreas en abdómenes traumáticos; casi siempre se asocian lesiones de los órganos vecinos que hacen que prontamente se exteriorice la peritonitis; sólo **en** el caso de lesiones de la cara posterior del duodeno no podrá ponerse en marcha una peritonitis séptica pero, aún en este caso, el hematoma retroperitoneal y la infección del mismo no tardarán en obligar al Cirujano a efectuar una exploración quirúrgica. Cuadro un tanto más obscuro es el de la pancreatitis traumática que, como la pancreatitis espontánea, se considera como el reflejo de la interacción de la ruptura de conductos que dejan escapar jugo pancreático dentro del parénquima y de la obstrucción de los mismos conductos resultante de los cambios inflamatorios que subsiguen (32).

MEDIOS AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Fuera de la ayuda laboratorial y radiológica que pone de manifiesto la existencia de una peritonitis por lesión de víscera hueca o maciza, existen medios específicos que apuntan directamente hacia el páncreas como único o como partícipe causante de la misma.

Entre éstos se pueden mencionar los siguientes:

1) La paracentesis en los 4 cuadrantes puede obtener líquido seroso en el que debe dosificarse la amilasa. Si hay cifras significantes es muy probable la lesión pancreática (28). La incapacidad de obtener fluido no inhibita la posibilidad de lesión pancreática. Si se obtiene líquido sanguinolento como "jugo de ciruelas" se considera indicadora de intervención quirúrgica pero no significa que el páncreas sea el sitio originario del hemoperitoneo.

2) La **amilasemia** puede presentar elevaciones diagnósticas, sobre todo si en determinaciones siguientes se comprueban aumentos. Con elevaciones marcadas en el momento de la admisión debe suponerse que existe severo daño pancreático (28). Según Cleveland y Col. (33) una elevación secundaria de la concentración sérica de amilasa implica un proceso inflamatorio **persistente** o reactivado que requiere un drenaje mayor si es que ya se había instituido alguno.

3) Consideraciones similares pueden hacerse sobre la amilosis.

4) La radiología puede ser de utilidad relativa. Aunque en las fases tempranas no da más que las evidencias de una peritonitis o de un íleo reflejo, a veces (33) demuestra la ausencia de las sombras de los psoas en la placa simple de abdomen, lo que sugiere patología retroperitoneal.

PATOLOGÍA

Los grados de las lesiones traumáticas del páncreas varían desde contusión equimótica, hematoma intraglandular, secciones parciales, laceraciones, separaciones en dos partes o fragmentaciones múltiples. Parece que existe una íntima relación entre el grado de la **lesión** y la mortalidad, como se apuntará más adelante.

MORTALIDAD

En la mortalidad de las lesiones traumáticas del páncreas hay que considerar varios factores:

1) "En cuanto mayor sea el número de lesiones asociadas, mayor tiende a ser la mortalidad. En la serie de Fogelman y Robinson, cuando sólo se asoció lesión en otra viscera la mortalidad fue 0%, cuando fueron 2 llegó al 33%, cuando fueron 3 ascendió al 57 y cuando fueron 4 alcanzó el 75%.

2) Según Jones y Shires existe una íntima relación entre el grado de la lesión y la mortalidad. En su serie, una simple sección con navaja obtuvo el 5,3% de mortalidad que creció hasta el 33,3% cuando hubo severa fragmentación de la glándula.

3) Existe, asimismo, una relación entre la mortalidad y el tipo de lesión traumática: la mortalidad es mayor en los abdomenes traumáticos cerrados con lesión pancreática que en los abiertos con igual lesión. En la serie de Fogelman y Robinson, en abdomenes abiertos la mortalidad fue de 36% y la de los cerrados 66% ; en el informe de Banker y Col., en los primeros fue de 16% y en los segundos de 21%. Probablemente tenga relación esto con la indecisión y la tardanza operatoria que frecuentemente acompaña a los abdomenes traumáticos cerrados, cosa que no ocurre con los abiertos.

TRATAMIENTO

El manejo de las lesiones pancreáticas consecutivas a traumatismos debe ser quirúrgico si es que se quiere disminuir su mortalidad. El acuerdo parece ser uniforme entre los que escriben sobre este tema. Algunos son parcialmente conservadores (30) ya que en los traumatismos cerrados sin evidencia de lesión orgánica mayor pero con amilasemia elevada optan por una observación cuidadosa pues creen que esto significa una obstrucción incompleta del conducto pancreático principal que es susceptible de resolución incruenta. Nos parece que tal actitud es tentadora de mayores complicaciones inmediatas o tardías, talvez en pacientes que ya han desmejorado su estado general por la espera.

1.—En ciertas ocasiones, al efectuar la inspección general de la cavidad peritoneal el Cirujano tiene conocimiento de la existencia de una lesión pancreática que lo obliga a explorar este órgano: tal es la existencia de esteatonecrosis que se visualiza fácilmente en las estructuras grasosas de la cavidad peritoneal. Pero en la mayoría de las veces, sobre todo cuando se laparotomiza un caso reciente, no se logra tener esta indicación y si por otros factores se sospecha la lesión pancreática es necesario ir a buscarla para descubrirla. El páncreas no puede ser evaluado si no se abre la tras-cavidad de los epiplones a nivel del epiplón gastrocólico (29). A veces es necesario recurrir a la maniobra de Kocher para obtener una detallada inspección del conducto colédoco, del duodeno y de la cara posterior del páncreas (32). Una evaluación ¿superficial del daño pancreático con desconocimiento de la continuidad o interrupción de los conductos pancreáticos invita a elevar la morbilidad o la mortalidad.

2.—Una vez reconocida la existencia de una lesión pancreática debe obtenerse una hemostasia adecuada para lograr comprobar la situación y extensión del daño y llegar a una decisión terapéutica. Si existe hematoma debe ser evacuado y los puntos sangrantes deben ser tratados por medio de suturas de colchonero efectuadas con material inabsorbible fino. Teniendo en cuenta la posibilidad de lesiones en los grandes vasos retropancreáticos algunos autores (28, 32) aconsejan estar provistos de apropiados instrumentos vasculares para efectuar la correspondiente reparación.

3.—Variando con los hallazgos la conducta siguiente sufrirá cambios. No obstante estos cambios, el acuerdo es general que ante una lesión traumática del páncreas el empleo de drenajes o succión continua como único tratamiento de lesiones severas es inadecuada {28, 30):

a) si existe sección limpia y superficial del páncreas bastará con efectuar la hemostasia con sutura-ligadura de cada vaso sangrante con aproximación de los bordes de la glándula seccionada utilizando sutura de colchonero.

b) si existe una herida superficial contusa con zonas desvitalizadas es necesario efectuar debridamiento del tejido dañado y hemostasia con material inabsorbible, teniendo cuidado de evitar suturas profundas que puedan obstruir los conductos principales y acondicionar una pancreatitis o la formación de una fístula.

c) ante la duda de la existencia de una interrupción de la vía principal es necesario asegurarse de la misma; a veces tal interrupción es evidente pero en otras ocasiones no lo es y, en estas circunstancias, se debe cateterizar retrógradamente a través de una duodenotomía (28). En caso de comprobarse su interrupción algunos aconsejan la esfinterotomía; **Doubilet** y **Mulholland** (34) recuerdan que la presión intraductal es debida a la presión secretoria y a la resistencia excretora y que ésta es mantenida y variada por el tono del esfínter de Oddi; cuando existe una abertura anormal en el sistema, el jugo pancreático fluye libremente por esta abertura anormal en el sistema, el jugo pancreático fluye libremente por esta abertura ya que existe la normal resistencia del esfínter antes mencionado; para hacer desaparecer esta resistencia ellos aconsejan la **esfinterotomía** y el drenaje del conducto de **Wirsung**. La anastomosis por medio de sutura es muy difícil por la hemorragia y por el pequeño calibre del conducto. **Freeark** y **Col.** (32) manifiestan que si hay una lesión del conducto pancreático principal en la cabeza o en el cuello, ellos prefieren efectuar un drenaje interno utilizando yeyuno en Y de **Roux** cuyo extremo libre pasado a través de mesocólon transverso se sutura a la cápsula pancreática, de modo que cubra la brecha que el traumatismo causó en el órgano. En forma **.semejante** se manifiesta **Strhl** (35).

d) en caso de división del órgano en dos porciones o fragmentación múltiple que ocurra en la porción distal del cuerpo o en la cola, puede efectuarse la resección de la porción distal con cierre del extremo conservado por medio de sutura de colchonero con material inabsorbible. Se estima que conservando el 20% del páncreas se impide la instalación de insuficiencia pancreática endocrina (29, 30). Los informantes encuentran poca justificación para una intervención tipo **Whipple** (29, 32) a menos que simultáneamente hayan severas lesiones duodenales. **Jones** y **Shires** (30) publican un nuevo medio de tratamiento de las secciones pancreáticas utilizando el extremo libre de la Y de **Roux yeyunal**: este extremo se cierra en su porción distal y ambos fragmentos pancreáticos se anastomosan terminolateralmente al mismo. Con ello se conserva todo el páncreas, se evita la posibilidad de una diabetes o de una insuficiencia pancreática exócrina.

Hay que recordar que en caso de efectuar una resección segmentaria del páncreas debe practicarse una esplenectomía y que, en las lesiones de la cabeza del órgano es imperativo explorar el colédoco por medio de una coledocotomía **supraduodenal**: si existe lesión parcial puede utilizarse tubo en T; si hay lesión total es preferible efectuar una nueva implantación (duodenal, gástrica o yeyunal).

Weitzman y **Rothschild** (36) analizan los procedimientos disponibles para tratar los traumatismos cerrados del páncreas con sección glandular y aconsejan la pancreatectomía caudal con esplenectomía.

c) toda herida pancreática requiere drenaje con aspiración. La necesidad de ello se basa: 1) en la imposibilidad técnica de cerrar perfectamente el tejido pancreático lesionado, 2) la alta frecuencia con que ocurren abscesos pancreáticos secundarios que traen consigo derrame enzimático y 3) el inevitable flemón químico y bacteriano de la trascavidad de los epiplones que se establece en los traumatismos cerrados y extensos (29).

Según Baker y Col. (28) el drenaje debe ser del **tipo** succionante empleando tubos de **hule** suave; se prefiere el drenaje bilateral que .salga por orificios cutáneos propios: uno de ellos debe emerger por el hiato de Winslow y el otro entre la flexura esplénica del colon y el riñon izquierdo. La succión debe mantenerse por 7 a 10 días, sea o no productiva; los tubos deben dejarse hasta el 14° día.

Fogelman y Col. (29) hacen un estudio comparativo de la mortalidad del grupo de casos en que se drenan con succión de los que simplemente se drenan con Penrose: en el primer grupo la mortalidad fue de 39%' y en el segundo de 58%. Cuando Strohl (37) usó succión tuvo 10% de complicaciones, cuando usó drenaje de Penrose éstas aparecieron en el 21,9% y cuando no usó ningún tipo de drenaje las mismas se elevaron al 66,6%.

Fuera de esta contundente prueba de la necesidad de emplear drenaje con succión está el argumento de que la succión impide las lesiones cutáneas por digestión enzimática.

COMPLICACIONES

La frecuencia de las complicaciones subsiguientes a los traumatismos pancreáticos está relacionada con el sitio y la extensión de la lesión primaria y con el tratamiento instituido. Nos contentaremos con mencionarlasya que cada una de ellas amerita consideraciones especiales suficientes para efectuar una revisión particular.

Las siguientes son las complicaciones conocidas de los traumatismos pancreáticos (28, 29, 33, 35, 38):

- 1.—**Hemorragia** inmediata o tardía,
- 2.—Fístula, externa.
- 3.—Pancreatitis edematosa o **necrotizante**.
- 4.—**Pseudoquiste**.
- 5.—Sepsis (abceso subfrénico, flemón retroperitoneal, peritonitis generalizada, septicemia).
- 6.—Misceláneas: diabetes mellitus, insuficiencia pancreática **exócrina**.

La frecuencia de estas complicaciones varía según **los** informes. En la serie de Baker y Col. (28) los pseudoquistes y las fístulas ocuparon los primeros lugares. En la de Fogelman y **Robinson** (29) la hemorragia tardía fue **la** más frecuente complicación. En la .serie de Cleveland y Col. (33) los pseudoquistes y abscesos subfrénicos iniciaron la lista. Finalmente, en la serie de Strohl (31) los más frecuentes fueron los **pseudoquistes**.

ESTUDIO ESTADÍSTICO

Material: Hospital General y Asilo de Inválidos, Tegucigalpa, D. C.

Lapso de estudio: 1° de Enero 1959 a 31 de Diciembre 1968 (10 años)

Número total de traumatismos abdominales: 910.

Número de traumatismos del páncreas; 7 casos.

Porcentaje entre los traumatismos abdominales: 0.7.

Distribución por sexo: Todos ocurrieron en el sexo masculino.

Distribución por décadas de vida:

1» década	1 caso	(14,2%)
2^ década	3 casos	(42,8%)
3^ década	1 caso	(14,2%)
4^ década	2 casos	(28,5%)

Tipo de traumatismo abdominal:

Abierto	6 casos	(85,7%)
a) arma de fuego	4	
b) arma blanca	2	
Cerrado	1 caso	(14,2%)
accidente automovilístico		

Sitio de la lesión pancreática:

No se especificó	5 casos
Cabeza	1 caso
Cuerpo	1 caso

Lesiones asociadas:

En los 7 casos se comprobaron lesiones asociadas:

1) En el caso de traumatismo cerrado se constató estallido del hígado, hematoma **retroperitoneal**, hemoperitoneo negrozco y necrosis lipídica del epiplón mayor.

2) En los 6 casos de traumatismo abierto, los siguientes fueron los hallazgos asociados a la lesión pancreática:

Hemoperitoneo	5 casos
Lesión gástrica	4 casos
Lesión intestinal	2 casos
Lesión epiplón mayor	2 casos
Lesión hepática	2 casos
Lesión esplénica	2 casos
Lesión de vesícula biliar	1 caso
Lesión de mesocólon transverso	1 caso
Lesión de mesenterio	1 caso
Hematoma retroperitoneal	1 caso

Sintomatología:

En los 7 casos hubo manifestaciones de peritonitis aguda generalizada

Laboratorio:

En 5 casos hubo leucocitosis con neutrofilia; en 2 no la hubo.

Sólo en un caso hubo descenso del Ht (26 vols. %) y de la Hg (6 gm %) en todos los demás el Ht osciló entre 40 y 45 y la Hg entre 12 y 13,

Radiología:

En la placa, simple de abdomen del abdomen traumático cerrado el informe fue negativo en hallazgos anormales.

En los abiertos se descubrió gas libre en 2 y en el resto no se tomó por ser evidente y urgente la necesidad de 'intervención quirúrgica.

Mortalidad:

Abdomen traumático abierto	3 muertes en '6 casos	(50%)
Abdomen traumático cerrado	1 muerte en 1 caso	(100%)
Mortalidad total	4 muertes en 7 casos	(57,1%)

Causa de muerte consignada:

Shock.....	3 casos
Paro cardíaco intraoperatorio	1 caso

Tratamiento:

Todos los casos fueron intervenidos quirúrgicamente. La cirugía efectuada fue:

Sutura inabsorbible tipo colchonero	2 casos	0 muertes
Id. más empaque con Oxycel	1 caso	1 muerte
Extirpación de la cola del páncreas	1 caso	1 muerte
Sólo exploración	2 casos	1 muerte
No se especifica	1 caso	1 muerte

Nunca se utilizó drenaje con succión. En 2 ocasiones se utilizaron drenos de Penrose: uno de estos pacientes murió a las 19 horas de operado y el otro salió curado, habiéndosele extraído el drenaje al 10º día.

Complicaciones:

En los sobrevivientes sólo se presentó una complicación inmediata en uno de los casos: absceso subfrénico (trascavidad de los epiplones). No hubo complicación tardía conocida.

En este mismo lapso de 10 años llegaron al Hospital 3 casos con complicación tardía de un traumatismo abdominal que no fue tratado hospitalariamente. Los 3 eran pseudoquistes traumáticos ocurridos en una mujer de 32 años, en un hombre de 30 y en un niño de 10.

CONCLUSIONES DE LA REVISIÓN ESTADÍSTICA

- 1) **En** el lapso de 10 años sólo se constataron 7 casos de traumatismo pancreático, lo que representa una participación mínima del órgano en los traumatismos abdominales (0,7%).
- 2) Todos los casos ocurrieron, en el sexo masculino.
- 3) La 2ª década tomó la mayoría de los casos (42,8%) y no hubo casos más allá de la 4ª.
- 4) El 85,7% de los casos ocurrió en abdómenes traumáticos abiertos.
- 5) En todos hubo lesiones traumáticas abdominales asociadas.

- 6) En todos ellos hubo manifestaciones de peritonitis aguda general.
- 7) Ni el laboratorio ni la radiología fueron contribuyentes para detectar la lesión pancreática.
- 8) La mortalidad total fue elevada (57,1%), siendo mayor en el tipo cerrado (**100%**) y probablemente estuvo relacionada con las lesiones asociadas y con la técnica quirúrgica.
- 9) Nunca se **utilizó** drenaje con succión.
- 10) Sólo se tiene constancia de una complicación temprana entre los sobrevivientes (absceso subfrénico).
- 11) No se conocen complicaciones tardías entre los **sobrevivientes**.
- 12) En el período en estudio se presentaron 3 **pseudoquistes** de **origen** traumático como complicación tardía de un traumatismo abdominal que no fue atendido en el hospital.

RESUMEN

Se hace una revisión bibliográfica de los **traumatismos** del bazo y del páncreas. Se analizan 34 casos de lesión traumática del bazo y 7 casos de lesión pancreática de igual naturaleza, que fue el total observado en un lapso de 10 años en el Hospital General de Tegucigalpa. Se extraen conclusiones de esta revisión estadística.

SUMMARY

A bibliographic review of **traumatic** injuries of the spleen and páncreas is made with a **statistical** appraisal of 34 cases of trauma to the spleen and 7 cases of trauma to the páncreas, which total the number of cases observed at the Hospital General of Tegucigalpa during a 10 years period.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—COCKE, W. M. y MEYER, K. K.: Splenic rupture due to improper placement of automobile safety belt. *J. A. M. A.* **183**: 693, 1963.
- 2.—HUSNI, E. A. y TURELL, D. : Spontaneous rupture of the **normal spleen. Does it occur without trauma or antecedent disease?** *Arch. of Surg.* **83**: 286, 1961.
- 3.—WILLIAMS, R. D.: The **spleen**. Christopher's Textbook of Surgery. Pág. 835 W. B. Saunders **Company**. 8ª Edición, Filadelfia, 1964.
- 4.—GLENN, F. y THORBJARNARSON, B.: Traumatic injuries to abdominal **organs**. *Amer. J. of Surg.* **101**: 176, 1961.
- 5.—JUNG, O. S., CAMMACK, K. V., DODDS, M. y CURRY, G. H. : Traumatic rupture of the spleen. *Amer. J. of Surg.* **101**: 58, 1961.
- 6.—LOWENFELS, A. B. : **Kehr's sign** - a neglected aid in rupture of the spleen. *New Engl. J. of Med.* **274**: 1019, **1961**.
- 7.—DENEHY, T., LAMPHIER, T. A., WICKMAN, W. y GOLBERG, R.: Traumatic rupture of the normal spleen. *Amer. J. of Surg.* **102**: 58, 1961.
- 8.—WILLCOX, G. L. : Nonpenetrating injuries of abdomen **causing** rupture of the spleen. *Arch. Surg.* **90**: 498, 1965.
- 9.—CIMMINO, C. V.: **Ruptured spleen**: some refinements in its roentgenologic diagnosis. *Radiology* **82**: 57, 1964.
- 10.—MUSSELMAN, M. M. : The recognition and management of rupture of the spleen. *Amer. J. of Surg.* **104**: I, 1962.
- 11.—CALAMEL, P. M., CLEVELAND, H. C. y HADDEL, W. R.: Ruptured spleen. *The Surg. Clin, of N. A.* **43**: 445, 1963.
- 12.—STTVELMAN, R. L., GLAJBITZ, J. P. y CRAMPTON, R. S.: Laceration of the spleen due to **nonpenetrating** trauma. *Amer. J. of Surg.* **106**: 888, 1966.
- 13.—WILSON. 11.: Splenectomy for traumatic injury of the spleen. *The Surg. Clin, of N. A.* **46**: **1811**, 1966.
- 14.—HARKINS, H. N. y ZABINSKI, E, J.: Traumatic rupture of the spleen. *Amer. J. of Surg.* **61**: 67, 1943.
- 15.—CASTLEMAN, B. y McKNEELY, B. V.: Case records of the Massachusetts General Hospital. *New Engl. J. Med.* **270**: 950, **1964**.
- 16.—SHIRKEY, A. L., WAKASCH, D. C, BEALL JR., A. C, GORDON, W. B. y DE BAKEY, M. E.: Surgical management of splenic injuries. *Amer. J. of Surg.* **108**: 630, **1964**.
- 17.—BAUM, S., NUSBAUM, M.; BLAKEMORE, W. S. y FINKELSTEIN, A. K. : The preoperative **radiographic** demonstration of intra-abdominal bleeding from undetermined sites by percutaneous selective celiac and superior mesenteric arteriography. *Surgery.* **58**: 797, 1965.
- 18.—POLLARD, J. J. y NEBESAR, R. A. : Splenic rupture demonstrated by selective splenic artery angiogram. *J. A. M. A.* **187**: 944, 1964.
- 19.—KANNA, H. L., HAYOS, B. R., McKeown, K. C: Delayed rupture of the spleen. *Ann. of Surg.* **165**: 477, 1967.
- 20.—SCHWEGMAN, C. W. y MILLER, L. D.: Splenectomy: **reduction** of **mortality** and morbidity. *The Surg. Clin, of N. A.* **42**: 1509, 1962.

- 21.—SIZER, J. S. ; WAYNE, E. R. y FREDERICK, P. L. : Delayed rupture of the spleen. Arch. of Surg. 92: 362, 1966.
- 22.—BODÓN, G. R. y VERZOSA, S.: Incidental splenic injury-Is splenectomy always necessary? Amer. J. of Surg. **113**: 303, 1967.
- 23.—SZABO, A. de K. ' Splenosis. Amer. J. of Surg. **101**: 208, 1967.
- 24.—MAUDSLEY, R. F. y ROBERTSON, E. M. : **Splenosis**. Obst. and Gynec. 26: 486, 1965.
- 25.—RODKEY, G. V. : The management of abdominal injuries. The Surg. Clin, of N. A. 46: 627, 1966.
- 26—GOLDMAN, L. I. ; DE LAURENTIS, A. y ROSEMOND, G. P.: Penetrating abdominal wounds in a civilian population. Am. J. of Surg. **104**: 46, 1962.
- 27—CURRIE, R. A., "WATNE, A. L. ; HEISKELL, E. F. y GERWIG Jr., W. H. : Blunt abdominal trauma. Amer. J, of Surg. **107**: 321, 1964.
- 28—BAKER, R. J. ; DIPPEL, W. F. y FREEARK, R. J. : The surgical significance of trauma to the páncreas. Arch. of Surg. 86: 180, 1963.
- 29.—FOGELMAN, M. J. y ROBINSON, L. J. : Wounds of the páncreas. Amer. J. of Surg. **101**: 698, 1961.
- 30.—JONES, R. C. y CHIRES, G. T.: The management of pancreatic injuries. Arch. of Surg. **90**: 502, 1965.
- 31—PARKER, W. S. y CHRISTIANSEN, K. H.: Traumatic pancreatitis. Amer. J. of Surg. **101**: 370, 1961.
- 32.—FREEARK, R. J. ; KANE, J. M. ; FOLK, F. A. y BAKER, R. J. : Traumatic **disruption** of the head of the páncreas. Arch. of Surg. **91**: 5, 1965.
- 33.—LEVELAND, II. C. ; REINSCHMIDT, J. S. y WADDELL, W. R. : Traumatic pancreatitis, an increasing problem. The Surg. Clin, of N. A. 43: 401, 1963.
- 34.—DOUBILET, E. L. y MULHOLLAND, J. H. : Surgical management of injury to the páncreas. Ann. of Surg. **150**: 854, 1959.
- 35.—STROHL, E. L. : Traumatic injuries to the páncreas. Surg., Gynec. and Obst. 124: 115, **1967**.
- 36— WEITZMAN, J. J. y ROTHSCHILD, P. D.: The surgical management of traumatic rupture of the páncreas due to blunt trauma. The Surg. Clin, of N. A. 48: 1347, 1968.
- 37.—STROHL, E. L.: Surgical significance of trauma to the páncreas. Arch. of Surg. 86: 1038, 1963.
- 38.—HUAN, C. H.; KUYAMA, T. y TAKEDA, J. : Post-traumatic external pancreatic fistula. Amer. J. of Surg. **113**: 816, 1967.

EMBARAZO EPTOPICO

Revisión de 140 Casos

Hospital Vicente D'Antoni

Dr. Jesús Alberto Vásquez C. (*)

Dr. Marcial Vides Turcios (*)

Dr. Osear Sabillón Rivera (^)

El óvulo fecundado normalmente se implanta en las zonas donde el endometrio cavitario es más fértil; zonas comprendidas desde el orificio interno del cuello, hasta el fondo uterino (1-17). Cualquier implantación del huevo fuera de las áreas normales constituirá una heterotopia **gravídica**, conocida más comúnmente como Embarazo Ectópico o Extrauterino.

La denominación de "Embarazo Ectópico", debemos conceptuarla como la más aceptada porque permite comprender en ella todas las formas posibles, **aún** las más raras. Debido a que la mayoría de estas gestaciones se localizan en la trompa, se ha pretendido llamarla "Embarazo Tubárico", lo cual constituye de por sí una variedad del embarazo ectópico.

La gran incidencia de esta patología en los servicios de Ginecología del "Hospital Vicente **D'Antoni**", nos ha movido hacer una revisión del tema, tanto desde el punto de vista estadístico como bibliográfico.

El presente estudio comprende una casuística de 140 embarazos **ectópicos** intervenidos en el servicio de Ginecología del Hospital, desde el **año** de 1956 a junio de **1967**.

FRECUENCIA

En el período ya mencionado, se atendieron 6.443 partos, lo que nos dá una proporción de 1 embarazo ectópico por cada 46 partos y una incidencia promedio de 2.44%.

La incidencia de 2.44% relacionada con los partos atendidos en sumamente elevada si la comparamos con otras estadísticas revisadas (4-5-8).

CUADRO N? 1

	Relación E/E	Incidencia
_____ y partos _____		%
1 Delcore y Prada	1: 182	0.54
2 E. Mendieta	1: 100	1.00
3 Bustamante	1: 157	0.63
4 Carranza y Faraj	1: 157	0.53
5 Rocamora H.....	1: 176	0.56
6 Schumann	1: 303	0.33
7 Campbell	1: 165	0.60
8 Anderson	1: 160	0.66
9 Zelenik	1: 249	0.40
10 J. A. Vásquez, Vides T. y Sabillón . .	1: 46	2.44

(*) Depto. Gineco-Obstetricia - Hospital Vicente D'Antoni - La Ceiba, Honduras, C. A.

En el siguiente cuadro se observa un aumento progresivo de embarazo ectópico que se considera debido a que en el Hospital Vicente D'Antoni llega la mayoría de patología del sector que correspondería en realidad a la población enferma de los departamentos de Colón, Yoro, Islas de la Bahía, Gracias a Dios y Atlántida. Debe considerarse también que existe mucha patología infecciosa del aparato genital en la población femenina, con predominio de las infecciones de tipo gonocócico. El uso de antibióticos y **quimioterápicos** en el tratamiento de las infecciones agudas pélvicas pueden ser causa dejando secuelas de tipo estenosis parciales¹ y no totales. Puede considerarse también la mejor disposición para el diagnóstico y de los mejores medios y procedimientos para lograrlo. (12-27).

CUADRO Nº 2

CUADRO COMPARATIVO POR AÑO DE PARTOS,
EMBARAZO ECTOPICO Y SU RELACION DE INCIDENCIA

	Partos	Embarazo ectópico	Incidencia
1956	545	5	0.91%
1957	634	9	0.41
1958	614	14	2.28
1959	504	12	2.38
1960	504	14	2.77
1961	560	11	1.16
1962	594	13	2.18
1963	617	18	2.91
1964	629	10	1.56
1965	549	17	3.09
1966	470	10	2.13
1967	223	7	3.14
Total 11.5 años	6.443	140	2.44%

"INCIDENCIA DEL EMBARAZO ECTOPICO POR EDAD"

CUADRO COMPARATIVO

Podemos apreciar que la incidencia según la edad oscila entre los 19 y 46 años, siendo mayor de los 19 a los 35 años (85 %), con predominio de 19 a 30 años, con un total de 83 casos (59.28%). Grupos que con el cuadro comparativo de **Waldo Fielding & Gillies** son similares en distribución y la mayor incidencia corresponde al período más fértil, de mayor actividad reproductiva y de riesgo de embarazo e la mujer. (Ver Cuadro N° 3) (6-7-10-13).

CUADRO Nº 3

Edad	Casos	Porcentaje	Edad	Casos	Porcentaje
-18	1	0.71	-18	5	3.13
19-25	38	27.14	19-25	51	31.87
26-30	45	32.14	26-30	46	31.87
31-35	36	25.72	31-35	40	28.75
-35	20	14.29	-35	18	11.25
	140	100%		160	100%

J. A. Vásquez C., M. Vides T.
y O. Sabillón R.
Depto. Gine. Obst. Hospital
Vicente D'Antoni

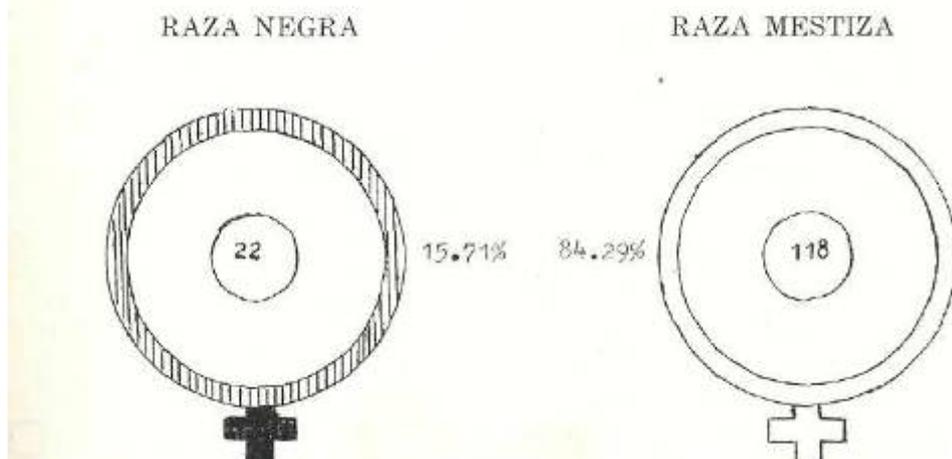
Waldo Fielding & Gillies
J. Am. Obst. Gyn. 26, 702, 1965

"EMBARAZO ECTOPICÜ EN RELACIÓN AL TIPO DE RAZA"

Es conocida la gran frecuencia de esta patología en la raza negra, sobre todo en las estadísticas norteamericanas, en proporciones que van de 1:120 en la mujer negra y 1:200 en las blancas (1-12-16-27).

En nuestra serie de 140 casos, solamente 22 (15.71%) correspondieron a la raza negra y 118 casos (84.29%) a mestizas; datos diferentes a los anotados.

GRAFICO Nº 1



INCIDENCIA SEGUN GESTACION

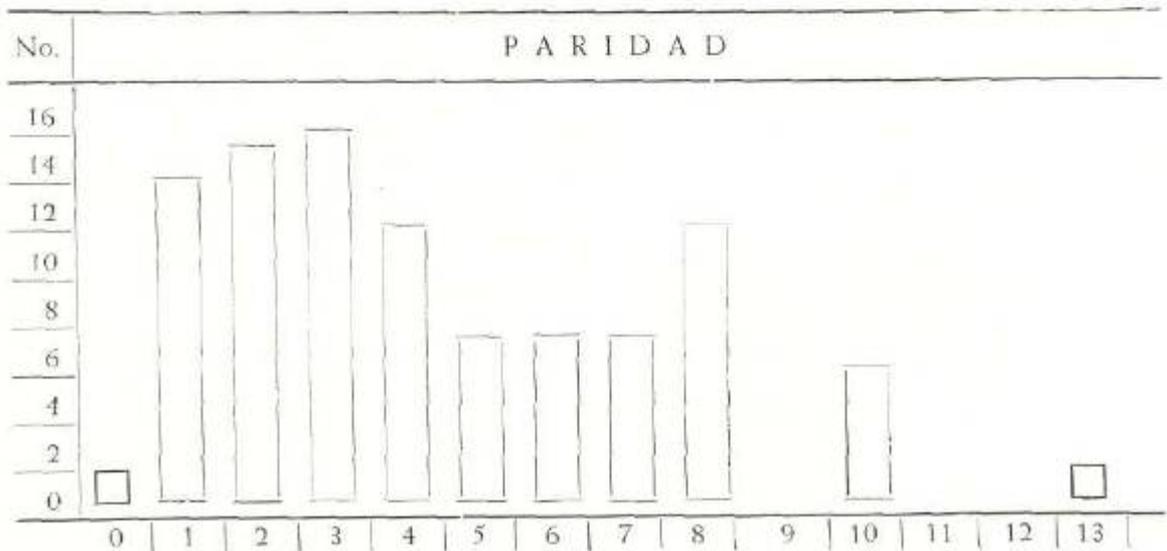
Gráfico N° 2



GESTACION: La mayor incidencia correspondió a las mujeres de II, III y IV gestas, siguiéndoles en orden de frecuencia las de VIII, I, IX y VII gestas.

INCIDENCIA SEGUN PARIDAD

Gráfico N° 3



PARIDAD: Con relación a la paridad, correspondió a la de I, II, III, IV y VIII la mayor incidencia y solamente dos casos se presentaron en nulíparas; estos datos concuerdan con las estadísticas de Delcore y Prada de Costa Rica, no sucediendo así con otras estadísticas nacionales (Carranza y Faraj) donde la mayor incidencia corresponde a nulíparas y grandes multíparas (4-5-6).

Es importante tomar muy en cuenta la paridad en toda mujer portadora de un embarazo ectópico, ya que este dato influirá muchísimo sobre la conducta operatoria a seguir. No está demás insistir que en toda mujer con reducida paridad, y deseo por tener más familia deberá hasta donde las posibilidades lo permitan, procurar la conservación del órgano mediante el procedimiento técnico apropiado. Salpingostomía de Savak en los casos de embarazo **ampular** o salpingostomía de Chaliier; plastias terminotermínales; reimplantaciones de trompas y todas aquellas que tengan como finalidad conservar el órgano (19-22-28).

CUADRO N° 4
CLASIFICACION EMBARAZOS ECTOPICOS DE LA SERIE
HOSPITAL VICENTE D'ANTONI. 140 CASOS

Ubicación	Casos	Porcentaje	
A EMBARAZO TUBARICO	132		
1) Tipo Ampular	62	44.29	
2) Tipo Istmico	29	20.71	
3) Intersticial	4	2.86	
4) Tubo abdominal	6	4.29	97.86%
5) Tubárico no clasificado	31	22.14	
B EMBARAZO REPETIDO	5	3.57	
C EMBARAZO ABDOMINAL SECUNDARIO	2	1.43	
D EMBARAZO ABDOMINAL PRIMARIO	1		
TOTAL	140	100%	100%

132 casos correspondieron a embarazo tubárico (97.86%) presentándose el tipo ampular en 62 casos (44.29%) y el ístmico 29 casos (20.71%). 31 casos aparecen clasificados como tubáricos no especificándose el tipo. 5 casos fueron consignados como **embarazos** ectópicos de repetición; 2 (1.43%) como embarazo abdominal secundario y un caso de abdominal primario, corroborado por estudio anatomopatológico haciendo un 2.147c de estas dos últimas variedades (10-15-17-20-21-26).

SINTOMATOLOGIA

En los cuadros siguientes se detalla la sintomatología encontrada en nuestra serie. (Cuadro N° 5) Síntomas en general y triada sintomatológica. (Cuadro N° 6). Signos físicos a la exploración abdominal y (Cuadro N° 7) hallazgos a la exploración ginecológica.

CUADRO N° 5

	Casos	Porciento	
1 Dolor abdominal	131	93.57	
2 Sangrado genital	102	72.86	
3 Amenorrea	97	69.29	78.54%
4 Lipotimias	30	21.43	
5 Náuseas vómitos	28	20.	
6 Debilidad	15	10.71	
7 Polaquiuria	10	7.14	
8 Diarrea	5	3.57	
9 Fiebre	5	3.57	

CUADRO N° 6
HALLAZGOS A LA EXPLORACION ABDOMINAL

Síntomas	N° casos	Porciento
Dolor a la palpación	127	90.71
Defensa muscular	30	21.43
Distensión abdominal	10	7.14
Tumoración palpable	7	5.
Matidez abdominal	3	2.14
Crepitación abdominal	1	0.71

CUADRO N° 7
HALLAZGOS A LA EXPLORACION GINECOLOGICA

Síntomas	N° casos	Porciento
Fondos vaginales dolorosos	69	49.29
Masa tumoral palpable	45	32.14
Dolor movilizar cervix	35	25.
Hegar I positivo	29	20.75
Aumento tamaño uterino	20	14.29

Dolor abdominal. Síntoma importante que se presentó en el 93.57 % de los **casos**, generalmente precediendo el sangrado vaginal y referido como de tipo cólico, **otras** veces como de suave intensidad y en forma difusa localizado la más de las veces en mitad inferior del abdomen.

Casi siempre el dolor corresponde al lado de la trompa afectada y en algunos casos se presentó sobre el lado sano (31). Se inició generalmente en mitad inferior del abdomen irradiándose después a todo el abdomen o bien al hipocondrio, epigastrio y en siete casos se irradió al hombro derecho; en algunos casos se inició en la mitad superior del abdomen.

El dolor se acompañó de lipotimias en algunos casos, especialmente al arreciar el dolor, momento en que se verificaba la ruptura o el aborto **tubario**.

Sangrado vaginal. Ocupó el segundo lugar por su frecuencia, y de gran importancia como el anterior, presentándose el 72.86% de los casos; en el 16.25% no se presentó este síntoma y en el **10.88%** no se incluyó en la historia, probablemente por la urgencia del caso.

Este síntoma fue la mayoría de **las** veces el motivo por el cual consultó la paciente, el cual fue interpretado por éstas como: una menstruación prolongada, como un adelanto de la menstruación y en otras fue interpretado como síntoma de aborto al asociarlo con la amenorrea y **el dolor**.

Las características de esta hemorragia se refieren en el 85% de los casos como escasa, intermitente y con aspecto de la menstruación normal; en el 10% fue abundante, rutilante y con pequeños coágulos los que condujeron en algunos casos a practicar legrado uterino (10 casos) por creer se trataba de un aborto, y en el 5% se presentó de color oscuro y en manchas siendo en algunos casos tan mínimas que sólo se las puede apreciar al efectuar el examen con el espéculo.

Amenorrea. Se presentó en el 69.29% de los casos en forma evidente tanto para la paciente como para el médico con duración en algunos días, hasta los cuatro meses que fue la duración máxima encontrada. En el resto de los casos no aconteció de igual manera, pues la hemorragia anormal se presentó en la fecha del período menstrual y en algunas se presentó antes de éste o bien la última menstruación fue referida como normal por la paciente, siendo **talvez** éste un sangrado anormal, todo lo cual tiende a enmascarar la amenorrea.

Lipotimias. Se presentó en 30 casos (21.43%) acompañando al dolor intenso, síntoma pasajero que se repite al tratar de incorporarse la paciente. Se acompaña de otros síntomas como ser hipotensión, taquicardia, facies pálida, debilidad, etc., que evidencian la presencia de hemorragia interna.

Náuseas y **vómitos.** Presente en 28 casos (20%) acompañando al cuadro de hemorragia interna. Estos síntomas se presentan acompañando al estado de gravidez, pero en estos casos sólo se evidenciaron al presentarse el cuadro de hemorragia interna.

Fiebre. Sólo 5 pacientes manifestaron cuadro febril de intensidad moderada (3.57%).

Diarrea. Se presentó en 5 casos (3.57%) de ligera intensidad, 4 a 8 cámaras, amarillentas acompañando al cuadro de hemoperitoneo.

HALLAZGOS ENCONTRADOS A LA EXPLORACIÓN FÍSICA

Presión sanguínea y shock. La presión arterial se encontró en la mitad de los casos dentro de sus límites normales, y en la mitad restante hubo variaciones en los valores a que descendió la presión, pero en la mayoría de los casos ésta se mantuvo entre límites de 100 a 80 para la máxima y de 60 a 40 para la mínima.

El descenso de la presión sanguínea durante los accidentes hemorrágicos produce una disminución de la hemorragia y la elevación consiguiente de la presión causa nueva hemorragia.

En 11 pacientes se presentó estado de shock durante la hemorragia masiva, producida durante la ruptura y aborto tubario caracterizado por hipotensión, aceleración del pulso, facies sudorosa, palidez de los tegumentos, lipotimias, náuseas y vómitos, etc.

Temperatura. Permaneció normal en el embarazo ectópico no complicado. Descendió por debajo de 37°C en cinco casos de perforación tubárica con hemorragia masiva y en 40 casos se produjo elevación de la temperatura oscilando entre 37°C a 38.5 °C siendo el término medio de 37.8°C. Esta elevación puede deberse a la reabsorción de productos sanguíneos en la cavidad abdominal.

Pulso. En la mitad de los casos se encontró aumentado en su frecuencia, débil y en algunos casos de tipo filiforme. Se considera la aceleración del pulso como característica de la perforación de la trompa.

Facies. En los casos de dolor intenso y en estado de shock se aprecia la facie dolorosa y sudorosa acompañando a los síntomas mencionados anteriormente.

Tegumentos externos y mucosas pálidas. Evidenciando la hemorragia que se produce durante la complicación siendo más manifiesta cuando ésta alcanza valores elevados y durante el estado de shock.

Hiperalgia abdominal. Se comprobó dolor en un 90.71% de los casos, el cual presentó variaciones en cuanto a su intensidad y localización. Se localizó en la mayoría de los casos limitado a mitad inferior del abdomen y de intensidad moderada y en 30 casos se encontró defensa parietal generalizada a todo el abdomen.

Tumoración intraabdominal. A través de la pared se comprobó la presencia de tumoración en 7 (5%) casos localizada en mitad inferior del abdomen, correspondiendo ésta a los casos de embarazo tuboabdominal abdominal encontrados (26).

Distensión abdominal. Presente en 10 casos (7.14%) correspondiendo a cuadro de íleo paralítico.

Crepitación intraabdominal. Se comprobó éste en un caso de hemorragia masiva con gran cantidad de coágulos.

Hiperalgia vaginal. Presente en el 49.29% de los casos, caracterizado por dolor intenso al movilizar el cuello uterino y al efectuar la palpación de los fondos de sacos vaginales sobre todo el fondo de saco posterior. Estos hallazgos encontrados durante la exploración vaginal son de gran importancia diagnóstica.

Tumoración pélvica. En 45 casos (32.14%) se encontró ésta, descrita unas veces como "masa sensible en el anexo" de contornos imprecisos o bien en el fondo de saco posterior; otras veces esta tumoración presentó límites regulares con escasa movilidad. Esta tumoración pélvica tiene una gran importancia diagnóstica sobre todo si se la relaciona con algunos de los síntomas mencionados anteriormente. Correspondió en algunos casos a la presencia de hematocele, otras veces a la misma trompa grávida intacta.

Crecimiento del útero. Solamente en 20 casos (14.29%) se encontró éste aumentado de tamaño, lo cual es bastante difícil de obtener por el dolor que produce la palpación del cuello y por la defensa dolorosa de la pared abdominal (23).

Cuadro hemático. Se presentó una ligera leucocitosis así como una disminución en el número de glóbulos rojos y hemoglobina baja, presente en las complicaciones del embarazo ectópico (9). No se apreció característica alguna en la fórmula diferencial de glóbulos blancos.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de embarazo ectópico es bastante difícil sobre todo en sus primeras semanas de evolución, puede pasar desapercibido por su evolución solapada y sus síntomas tan leves e inconstante, solamente el dolor pélvico es el único síntoma casi constante; pues se le encuentra en el 93.57% de los casos (10-14).

No sucede igual cuando el embarazo ectópico sufre la ruptura o el aborto tubárico; pues la **sintomatología** adquiere un cuadro más llamativo y variado en que predominan el dolor de tipo cólico; la hemorragia interna y síntomas derivados de ésta. Los hallazgos durante el examen físico abdominopélvico son importantes en el diagnóstico de embarazo ectópico en más de la mitad de los casos. Gran número quedan dudosos o equivocados (14).

A continuación se demuestran en el Cuadro N° 8 los diagnósticos de ingreso y en los cuadros Nos. 9 y 10 los diagnósticos pre y post operativos con el objeto de valorar el porcentaje de aciertos y equivocaciones. En los cuadros mencionados un total de 163 casos fueron intervenidos, la mayoría de estos por ectópico y otros con diagnóstico diferente que después se comprobó eran ectópicos.

CUADRO N° 8

Diagnóstico ingreso	Casos	Porcentaje
1 Embarazo ectópico	82	58.57
2 Amenaza aborto o incompleto	17	12.15
3 Anexitis	14	10.00
4 Quiste ovario	6	4.30
5 Apendicitis	4	2.87
6 Fibromatosis uterino	3	2.14
7 Pelvipерitonitis	3	2.14
8 Metrorragia	2	1.43
9 Torsión anexos	2	1.43
10 Cólico nefrítico	1	0.71
11 Endometritis	1	0.71
12 Tumoración intraabdominal	1	0.71
13 Embarazo normal	1	0.71
14 Asma bronquial	1	0.71
15 Abdomen agudo	1	0.71
16 Placenta previa	1	0.71

CUADRO N° 9
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

Diagnóstico	N° casos	Porcentaje
Embarazo ectópico	150	92.03
Quiste ovario	5	3.08
Anexitis crónica	4	2.45
Fibroma uterino	1	0.61
Retroflexión uterina	1	0.61
Obstrucción intestinal	1	0.61
Placenta previa	1	0.61
	163	100.%

CUADRO N° 10 DIAGNOSTICO
POST-OPERATORIO

Diagnóstico	N° casos	Porcentaje
Embarazo ectópico comprobados	140	85.89
Apendicitis aguda	7	4.30
Anexitis crónica	4	2.45
Quiste ovario	4	2.45
Torsión anexo	3	1.84
Ruptura fólculo Graff (hemoperitoneo)	2	1.24
Utero bicorne	1	0.61
Embarazo abdominal (dehiscencia postcesarea) .	1	0.61
Embarazo normal (culdocentesis +)	1	0.61
Total expedientes revisados	163	100.%

Observamos en el cuadro N° 9 que fueron intervenidos 150 casos con diagnóstico de ectópico de los cuales sólo 140 casos fueron correctos (85.89%). En comparación con el cuadro de ingresos de 82 (58.57%).

Se mejoró el promedio en (27.32%). Comparado el cuadro N° 9 con el N° 10 notaremos que hubo un margen de error, 10 casos (6.14%) que fueron incluidos como ectópicos y correspondió a otra patología pélvica o circunvecina.

El mayor porcentaje de error se incluye cuando no ha sucedido accidente de ruptura, o aborto tubárico; en el tipo accidentado es más evidente por la gran variedad de síntomas y signos.

Las pruebas biológicas tienen muy poco valor diagnóstico, en nuestra serie solamente se practicaron en 9 casos en los cuales sólo el 55.55% fue positiva la prueba de embarazo. La exploración bajo anestesia y la culdocentesis fueron los procedimientos ideales de diagnóstico; esta última demostró ser útil en el diagnóstico precoz de hemoperitoneo, además es posible realizarlo aún en clínica externa como medio diagnóstico. De 44 culdocentesis realizadas, 42 fueron positivas de hemorragia intraperitoneal; hubo un caso falso positivo (embarazo normal), un caso de pelvi-peritonitis. Es necesario considerar que el procedimiento no tiene validez en ausencia de hemoperitoneo; pero la proporción de casos correctos siempre en casos de ectópico no roto y en algunas ocasiones puede obtenerse sangre pre fue elevada (8-18-32).

La triada dolor, sangrado vaginal y amenorrea como síntomas subjetivos y la presencia de los síntomas objetivos encontrados en el examen abdominopélvico ya mencionados, nos llevaron al diagnóstico de embarazo ectópico, el cual deberá tenerse en mente cuando esternas en presencia de ellos.

En el cuadro siguiente se describen los hallazgos macroscópicos de los 137 casos (97.86%) relacionados exclusivamente con embarazo ectópico tubárico.

CUADRO Nº 11

Descripción	Casos	Porcentaje
Embarazo ectópico tubárico roto	71	51.82
Embarazo ectópico tubárico no especificado	29	21.17
Embarazo ectópico tubárico no roto	17	12.41
Aborto tubárico	14	10.22
Embarazo ectópico tubárico abdominal	6	4.38
	137	100 %

Los principales diagnósticos diferenciales a considerar serían:

- a) Embarazo uterino con amenaza o aborto incompleto.
- b) Procesos anexiales agudos y crónicos.
- c) Quistes de ovario, con o .sin torsión del pedículo.
- d) Rotura de folículo del Graff o del cuerpo lúteo.
- e) Apendicitis aguda.

TRATAMIENTO

El tratamiento del embarazo ectópico está condicionado por la presencia de la crisis, por el grado de evolución alcanzado y el estado general de la paciente; en general se puede concluir que será la cirugía el método de tratamiento en cualquiera de sus formas. El procedimiento quirúrgico de elección será determinado de acuerdo a cada caso (19-21).

En pleno cuadro de hemorragia la intervención está absolutamente indicada con carácter de urgencia; deberán practicarse transfusiones en forma rápida y en cantidad adecuada. 68 casos (48.56%) recibieron un total de 108 pintas variando la cantidad entre 1 y 5 pintas; en 2 pacientes con ruptura tubárica reciente y por carecer del tipo de sangre apropiada se practicó autotransfusión y no acusaron ninguna reacción (11).

En el cuadro siguiente, N° 12, se resumen los procedimientos quirúrgicos empleados:

CUADRO N° 12

PROCEDIMIENTO OPERATORIO PRACTICADO

Operación	Casos	Porcentaje
1 Salpinguectomía	99	70.71
2 Oforesalpingectomía	15	10.71
3 Salpinguectomía y oforesalpinguectomía ...	5	3.57
4 Salpinguectomía y ovariectomía	5	3.57
5 Salpinguectomía parcial y plastia de Sovak ..	5	3.57
6 Salpinguectomía bilateral	1	0.71
7 Histerectomía abdominal	3	2.14
8 Resección cornual y reimplante de trompa ..	4	2.87
9 Salpinguectomía y anastomosis T. T.	1	0.71
10 Salpinguectomía Chailier	2	1.44
	140	100 %

En la serie no hubo ninguna mortalidad materna, respecto a la fetal, aunque se recuperaron 3 productos vivos en las embarazos tuboabdominales la mortalidad fue de 100%.

CONCLUSIONES

- 1) El embarazo ectópico en nuestro medio es de una incidencia muy alta en comparación de las estadísticas conocidas: (2.44%) 1 por cada 46 partos.
- 2) Se observa un aumento cada vez mayor de esta patología en el hospital, lo que juzgamos por la mayor afluencia de pacientes; al incremento de las enfermedades pélvicas infecciosas sobre todo gonorreicas.
- 3) La triada dolor, sangrado genital y amenorrea fueron los síntomas predominantes.
- 4) La cirugía estuvo condicionada a cada caso en particular, tomando en cuenta la paridad y sobre todo la posibilidad de conservar el órgano.

- 5) La culdocentesis como medio diagnóstico es muy útil y fácil de practicar.
- 6) La autotransfusión puede ser una medida salvadora en medios donde no se disponga de suficiente sangre o de tipos sanguíneos difíciles de conseguir.

RESUMEN

Se hace un análisis de 140 casos de embarazo ectópico en el Hospital Vicente D'Antoni. La Ceiba, Honduras, C. A. desde 1956 a 1967.

La incidencia fue 2.44%. 1 por cada 46 partos.

El embarazo tubárico representó el 97.86% (137) ; abdominal secundario 1.43% (2) y abdominal primario 0.71%.

El tipo ampular 62 casos (44.29%) y el ístmico 29 casos (20.71) fueron los de mayor incidencia.

78.54% de los síntomas estuvieron representados por dolor abdominal. Sangrado genital y la amenorrea.

El diagnóstico de ingreso se hizo en 82 casos (58.57%) y fueron llevados con diagnóstico preoperatorio de ectópico 150 casos (92.03%) de 163 expedientes revisados, comprobándose únicamente 140 casos (85.89%) 13 casos (14.11%) correspondieron a otra patología.

El medio diagnóstico más usado fue la culdocentesis en un total de 44 casos. Se usaron transfusiones sanguíneas en 48.56% de los casos y 2 autotransfusión es por carecer del tipo de sangre correspondiente.

El tratamiento fue quirúrgico 100 % y en algunos casos se practicó cirugía conservadora.

La mortalidad materna fue. nula.

SUMMARY

The following data were obtained from the analysis of 140 cases of Ectopic pregnancy in a ten year's period: 2.44% incidence (1 of each 46 deliveries) 97.86% tubarian in location, 1.43% abdominal (Secondary) 0.71% abdominal (primary).

Abdominal pain was present in 78.4% of the cases. The pre-operative diagnosis was confirmed at surgery in 85.89% of the cases. There was no maternal mortality.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—ANDERSON, G. W.: The racial incidence and **mortality** of ectopic pregnancy, Am. J. **Obst. & Gynec.** 61: 312, 1951.
- 2.—BEAGHAN W. D. y BECHAM, D. W.: Abdominal **pregnancy**, **Obst. & Gynec. Surv.**, 1: 777, 1946.
- 3.—BRISCOE, Clarence C.: Ectopic pregnancy. Davis Cárter. **Gynecology and Obstetrics.** **12, 1964.**
- 4.—CARRANZA, R. y FARAJ, E.: Modalidades clínicas del embarazo ectópico. **Revista de la Federación C. A. de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.** 2: 10, 1962.
- 5.—DELCORE, S. R. y PRADA, B. C. : Modalidades Clínicas del Embarazo Ectópico en Costa Rica. **Rev. de la Federación C. A. de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.** 1: 9, 1961.
- 6.—ESPINOZA LÓPEZ, A.: Embarazo Ectópico. **Rev. de la F.C.A.S.O.G.** 4: 13, 1964.
- 7.—FIELDING, W., KENNEDY and GILLIES: Extrauterine Pregnancy: **Statistical Review of 160 cases.** **Obstetrics and Gynecology ;** 26: 702, **1965.**
- 8.—FIGUEROA RODEZNO, R.: Diagnóstico Ginecológico con Doyglas-copía. **Rev. de la F.C.A.S.O.G.** **3: 7, 1962.**
- 9.—LEDE, R.: Embarazo Ectópico. **Obstetricia y Ginecología de Urgencia', Síndrome Hemorrágicos.** Pág. **51, 1959.**
- 10.—NUBIOLA, P. y ZARATE, E.: Embarazo Ectópico. **Tratado de Obstetricia.** Tomo II, Pág. 508, 1951.
- 11.— SANDOVAL CALIX, W.: La Autotransfusión en el Embarazo Ectópico Roto Sangrante. Tesis de graduación. Marzo 1966.
- 12.—KROHM, M. S., L.; PRIVER and GOTLIB, M. H.: New Etiological Factor in Ectopic Pregnancy. **J.A.M.A,** 150: 1291. 1952.
- 13.—JOHNSON, W. O. A.: Study of 245 cases ruptured Ectopic Pregnancy. **Am. J. Obs.** 64: 1102, 1952.
- 14.—SERMENT, H. and DE'TURMENY, G.: Error in the Diagnosis of Extrauterine Pregnancy **Ínter. Abst. Surg. Gyn.** Vol. **98: 65, 1954.**
- 15.—GORDON, C. JOHNSON and LEWIS POST: Ectopic Pregnancy. **Surg. Gyn. and Obst.** Vol. 98: 481, 1954.
- 16.—FONTANILLA, -JOSÉ; ANDERSON, G. W. : Further **Studies** on the Racial Incidence and Mortality of Ectopic Pregnancy. **Am. J. Obst.** 70: 312, 1955.
- 17.—ARMSTRONG, J. T. ; WILLS, S. H. and MOORE, JACK: Ectopic Pregnancy Review of Cases. **South M. J.** 50: 587, 1957.
- 18.—CREWS, R. L.; HOLFORDS, F. D.; FERGUSON, J. H.: Culdocentesis a the Jackaon Memorial Hospital 400 cases, **Am. j. Obst.** 75: 914, 1958.

- 19.—**MALKASIAN, G. D.:** **Pregnancy in the Tubal Interstitium and Tuba]** Remnants. Am. J. Obst. 77: 1301, 1959.
- 20.—**CLARK, JOHN F. S.** and **BOURKE, J.:** Advanced Ectopic pregnancy. Am. J. Obst. 78: 340, 1959.
- 21.—**NAHOUM, JEAN CLAUDE:** Gravidez abdominal de termo com feto vivo e emplástico. Rev. Gyn. Obst. Brasil. 53: 671, 1959.
- 22.—**ROSENBLUM, J. M., DOWLLING, R. M.** and **BARNES, ALLAN C.:** Treatment of Tubal Pregnancy. Am. J. Obst. 80: 274, 1960.
- 23.—**RUSSEL R. DE ALVAREZ** and **FRANK S. NISCO:** Ectopic pregnancy: and 18 year analysis. Obst. Gyn. 17: 536, 1961.
- 24.—**WOODARD D.:** **BEACHAN WILLIAMS C; HERNQUIST, D. ... BEACHAM** and **WESTER, H. I.:** Abdominal Pregnancy at **Charity** Hospital in New Orleans. Am. J. Obst. Gyn. 84: 1257, 1962.
- 25.—**SCHIFFER, MORTON A.:** A review 268 Ectopic Pregnancy. Am. J. Obst. Gyn. 86: 264, 1963.
- 26.—**FIELDING, WALDO L.; RANKIN, J.** and **TENNEY, B.:** Post Term **Extrauterine** pregnancy. Obst. Gyn. 22: 362, 1963.
- 27.—**ZELENIK, JOHN S. y Col.:** Ectopic pregnancy: and Increasing Social Disease? Obst. Gyn. 23: 882, 1964.
- 28.—**ABRAMS, JEROME** and **FARREL, DAVID M.:** Salpingectomy and Salpingogíasty **for** Tubal pregnancy, Obst. Gyn. 24: 281, 1964.
- 29.—**GRETZ, HERBERT F.** and **HIGGINS, PHILIP G.:** **Interstitial** Pregnancy. Obst. Gyn. 25: 880, 1965.
- 30.—**GLASS, ROBERT H.** and **JESURUN, HAROLD M.:** Iirmunologic topic **Pregnancies.** Obst. Gyn. 26: 280, 1965.
- 31.—**BELIND, MELVYN:** Possible Etiology of contralateral pain in Ecpregnancy test in ectopci pregnancy. Obst. Gyn. 27: 66, 1966.
- 32.—**SPEROFF, LEON:** The Bleeding of Corpus **Luteum.** Obst. Gyn. 28: 416, 1966.

Histerectomía Abdominal Total Técnica Subfacial. Revisión de 100 Casos. Hospital Vicente D'Antoni

Dr. Jesús A. Vásquez C.

Dr. Marcial Vides Turcios

Departamento Gineco-Obstétrico, Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba, Honduras, C. A.

1. CONSIDERACIONES GENERALES:

El procedimiento operatorio mediante el cual se practica la resección parcial o total del útero se llama histerectomía. La vía de abordaje quirúrgico puede ser abdominal y vaginal, teniendo cada una de ellas sus indicaciones específicas.

La histerectomía por vía abdominal podrá ser parcial (sub-total o **supra-vaginal**) v total. Actualmente la histerectomía sub-total es motivo de controversias por considerarse que deja un remanente de tejido uterino, el que puede ser sitio propicio para patologías importantes en las que se destaca el carcinoma.

1. La histerectomía total comprende la remoción tanto del cuerpo como del cervix; aunque se ha demostrado que este procedimiento aumenta la morbi-mortalidad, es actualmente la técnica de elección por las razones antes expuestas.

Es de advertir que esta morbi-mortalidad en los últimos años ha disminuido por los adelantos técnicos de laboratorio, quirúrgicos, anestésicos y de cuidados pre y post-operatorios.

La técnica más conocida para la remoción total del útero es la descrita por E. H. Richardson, la cual ha sufrido ligeras modificaciones por algunos operadores en procura de una técnica ideal.

Es objetivo de este trabajo presentar nuestra experiencia en 100 histerectomías sucesivas practicadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Vicente D'Antoni, con la técnica «sub-fascial de Aldridge, durante el período comprendido de 1962-1967.

2. TÉCNICA OPERATORIA

Es obvia la descripción de la preparación y medidas preoperatorias (valoración preanestésica, condiciones físicas y biológicas de la paciente, antisepsia, etc.)

- a) Laparatomía infraumbilicar media, o tipo Phanestiel, según las condiciones ideales de cada caso en particular.
- b) Exploración general de la cavidad abdominal y valoración de la patología a tratar; planteamiento técnico a seguir; hasta donde sea

- posible procurarse el mejor campo operatorio y una exposición satisfactoria de útero y anexos.
- c) Mediante un **histerolabo**, que en lo particular lo sustituimos con un punto transfixiante en "X" ; fijación y tracción del cuerpo uterino para poner tenso el fondo vesico-uterino.
 - d) Se levanta con pinza el peritoneo vesical a nivel del istmo uterino seccionado transversalmente y prolongándolo de lado a lado hasta los ligamentos redondos.
 - e) Por el espacio avascular del ligamento ancho mediante disección digital se abre una brecha para introducir una pinza que comprenda ligamento redondo, trompa y ligamento propio del ovario; se introduce una segunda pinza proximal al útero; se secciona entre ambas pinzas y se liga con punto de transfixión en "8" ambos extremos. Se hace el mismo procedimiento en el lado opuesto.
 - f) Disección de la vejiga y rechazo de la misma, primero mediante una disección digital y después con una gasa montada en una pinza de anillos; se deja en el sitio dicha gasa con lo que se mantiene la vejiga y haciendo hemostasia de la zona de despegamiento por comprensión; la cual será retirada al terminarse el tiempo vaginal.
 - g) Disección del peritoneo posterior inmediatamente por arriba de la inserción uterina de los ligamentos útero-sacros, rechazándolo hasta el nivel del cuello uterino.
 - h) Pinzamiento, corte y ligadura de los vasos uterinos que se hace a 1.5 cm. aproximadamente de la cúpula vaginal. Al cortar los vasos debe hundirse algo el tijeretazo en el borde lateral del útero; para abrir una brecha en la fascia pericervical (Fig. 1).
 - i) Como siguiente paso se procede a la disección de la fascia pericervical como tiempo importante en la modificación de la técnica sub-fascial. (Esta fascia se reconoce como una capa de tejido densa, lisa y brillante visible desde el despegamiento de la vejiga, cubierta por detrás por el peritoneo y que rodea a manera de manguito el istmo, el cuello y la bóveda vaginal). Con una tijera curva, larga y roma, por el ojal dejado al seccionar los vasos uterinos se verifica la disección de esta fascia (Fig. 2) por delante del cuello hasta llegar al lado opuesto y se secciona transversalmente (Fig. 3). Por detrás se practicará la misma disección pasando por encima de la inserción de los ligamentos úterosacros; algunas veces será difícil practicarla con tijeras y será necesario el uso del bisturí. Tanto por delante como por detrás se profundiza la disección hasta el límite inferior del cuello uterino para formar un manguito fascial (Fig. 4).
 - j) En el manguito formado y por dentro de la fascia separada se pinzan a cada lado los ligamentos de Mackeñrodt's o parametrios con pinzas rectas tipo Kocher los que se cortan, ligan y refieren (Fig. 5). A través del manguito se identifica la vagina, la que se pinza y se corta a nivel de su inserción en el cuello en toda su extensión (Fig. 6).
 - k) Se procede luego a suturar la vagina iniciándose por los ángulos. Este punto irá primero de adentro de la mucosa vaginal hacia afuera en la pared anterior, incluyendo el pedículo del parametrio y

volver a atravesar la pared vaginal **posterior** de fuera adentro de manera que el nudo quede hacia la luz vaginal, este punto servirá como medio de fijación para la cúpula vaginal (Fig. 7).

- I) A continuación se hace la sutura del labio anterior de **la** fascia con el posterior incluyendo los ligamentos úterosacros que se reponen así en su lugar. Peritonización y cierre de la cavidad abdominal con técnica habitual (Fig. 7). Insistimos que estos puntos colocados en los extremos son de gran importancia para la fijación y suspensión de **la** cúpula vaginal al incluir los ligamentos cardinales; con claridad pueden verse en la figura siguiente:

NOTA:

En lo particular, en la mayoría de los casos hacemos disección de la fascia pericervical con bisturí (tiempo i) y al tener disecada esta fascia abrimos una brecha vaginal anterior y posterior por donde introducimos las ramas abiertas de una pinza de Kocher curva haciendo la toma directa del **ligamento** de McKerodt's a uno y otro lado (tiempo J) con sección y ligadura de los mismos; en los tiempos siguientes se procede de igual manera a la descrita.

A. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con esta técnica se han practicado 100 histerectomías abdominales totales, describiendo en los cuadros sucesivos, las indicaciones operatorias, edad, paridad, raza, complicaciones tempranas, complicaciones tardías, tiempo de hospitalización, etc.

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO DE LOS CASOS INTERVENIDOS

Nº	Diagnóstico	Nº casos	Porcentaje
1	Fibromiomatosis	60	60%
2	Leiomiomas	8	8%
3	Salpingo-ovaritis crónica bilateral	8	8%
4	Hiperplasia atípica de endometrio	8	8%
5	Quistes ováricos bilaterales	5	5%
6	Perforación uterina con hematoma retroperitoneal	3	3%
7	Endometriosis pélvica	2	2%
8	Embarazo ectópico repetido	2	2%
9	Displasia Grado III del Cervix	2	2%
10	Anaplasia endometrio (Mola)	1	1%
11	Embarazo tubo abdominal	1	1%
TOTAL CASOS		100	100%

Fig. 8

El 68% de los casos revisados estuvo representado por lesiones de tipo fibromatoso, ya que la **gran** mayoría de las pacientes intervenidas pertenecen a la raza **negra** en las que es sabido predomina esta clase de patología. Continuaron en su orden 8% de los procesos infecciosos anexiales crónicos en las que se tomó en cuenta edad, paridad y grado de deterioro de ambos anexo. Igual conducta fue seguida en los casos de displasia de **endometrio (8%)** y del cervix (2%).

En los quistes de ovario bilateral (5%) se trató de conservar un fragmento funcional para evitar el aceleramiento de las molestias climáticas en pacientes menores de 39 años. En dos casos (2%) de embarazo ectópico a repetición en grandes multíparas y en ausencia de la la trompa opuesta se tomó una conducta radical, conservando los ovarios cuando a juicio clínico eran sanos.

En 3 casos (3%) de perforaciones uterinas se practicó histerectomía tomando en cuenta la extensión y localización de la lesión y sobre todo la magnitud de **las hematomas retroperitoneales que los acompañaban.**

DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS CASOS		
Años	Nº de casos	Porcentaje
25-30	11	11%
31-40	40	40%
41-50	39	39%
51-60	8	8%
61-70	2	2%
Total casos:	100	100%

Fig. 9

El **79%** de los casos correspondió a pacientes comprendidas entre 31 y 50 años, siendo la paciente más joven de 25 y la mayor de 70 años; ésta presentaba una tumoración uterina fibromatosa gigante con problemas de tipo mecánico y la de menor edad presentaba una patología anexial bilateral crónica, multípara y con antecedentes de cirugía conservadora previa.

PARIDAD. Sólo en un 46% se consignó la paridad, correspondiendo 18 casos entre 0 y **II** Paras y 28 casos entre **III** y **XI** Paras, no consignándose en 54 casos. 5 casos correspondieron a nulíparas añosas portadoras de grandes fibromas.

DISTRIBUCION DE LOS CASOS EN RELACION A LA RAZA

Raza	Nº de casos	Porcentaje
Negra	38	38%
Mestiza-negra	18	18%
Mestiza	40	40%
Blanca	4	4%
Total de casos	100	100%

Fig. 10

56% de los casos correspondieron a la raza negra pura o individuos con gran porcentaje de raza negra. 40% a raza mestiza y solamente el 4% de raza blanca. Bien conocida es la gran incidencia de patología fibromatosa en las razas de color que en nuestro medio son de gran predominio.

COMPLICACIONES INMEDIATAS

Nº	Complicación	Nº casos
1	Absceso pared abdominal	10
2	Absceso cúpula vaginal	6
3	Hematoma pared abdominal	5
4	Absceso pélvico	2
5	Cisto-uretero-pielitis	3
6	Absceso retroperitoneal	1
7	Fístula vesical	1
8	Peritonitis generalizada (shock bacterémico)	1
9	Hemorragia vaginal	1
	Total de casos	29

Fig. 11

El total de complicaciones inmediatas en la serie revisada fueron de tipo infeccioso y ninguna de las otras complicaciones pueden ser atribuidas a la técnica descrita. Es importante señalar la ausencia de lesiones de tipo ureteral y aunque se consigna un caso de fístula vesical no es atribuible a la técnica subfacial en sí, sino que a defecto de técnica al tiempo de la peritonización se incluyó vejiga en uno de los puntos. Esta alta incidencia de infecciones anotada a nuestro juicio fue con contaminación en las salas generales por falta de aislamiento adecuado de los casos infectados (1-2).

EL TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN. Promedio de 8 días que **indudablemente** estuvo aumentado por las complicaciones de tipo infeccioso observadas.

f) COMPLICACIONES TARDÍAS

Durante los 5 años, durante los que ha sido practicado el procedimiento no se ha observado ningún tipo de complicaciones tardías post-operatorias, adjudicables al método. La cúpula vaginal se ha observado en una situación normal, no encontrando en los casos revisados ningún descenso que amerite algún procedimiento quirúrgico posterior.

No se han observado lesiones de vías urinarias, salvo la anotada como complicación inmediata y de la cual en posteriores revisiones la paciente no presenta ninguna secuela.

4 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA TÉCNICA.

VENTAJAS:

- a) Más anatómica; la conservación de la fascia peri-cervical que desempeña un gran papel en la fijación y sostenimiento de las vísceras pélvicas.
- b) Su disección y la formación del manguito descrito y las maniobras de técnica quirúrgica a través del mismo, aleja toda la oportunidad de injuria sobre la porción transversa y vesical del uréter.
- c) La conservación de esta fascia garantiza la integridad del parametrio y del paracolpos que están constituidos por tejido conectivo de lo cual es partícipe el ligamento lateral, cardinal o de McKenrotd's, lo mismo, que de! útero-sacro.
- d) La suspensión de la cúpula vaginal, la fijación y .sostén de las vísceras pélvicas estarán garantizadas mediante la conservación de este tejido conectivo (fascia endopélvica) en mejor forma anatómica y funcional que usando suspensión con los ligamentos redondos e infundibulopélvico.s; causantes en muchas ocasiones de algias pélvicas o descenso de la cúpula por relajación o estiramiento de los mismos.

DESVENTAJAS:

- a) La técnica es más laboriosa que las de tipo clásicas.
- b) El sangrado observado con la disección de la fascia pericervical es un poco mayor.

5. CONCLUSIONES:

- a) Se analiza la técnica sub-facial en histerectomía abdominal total, como una modificación a la técnica clásica.
- b) Se concluye que el procedimiento es ideal para las afecciones benignas del cervix y cuerpo uterino.
- c) Que los riesgos de lesiones del uréter, vejiga y recto son prácticamente nulos.

- d) Conserva la integridad anatómica y fisiológica del diafragma pélvico, garantizando una fijación y suspensión de la cúpula vaginal más adecuada.
- e) Ausencia de dolores pélvicos atribuibles a distensión **ligamentaria**.

RESUMEN

Se presentan 100 casos de histerectomía abdominal total mediante la técnica subfascial de Aldridge y Meredith, modificado por Israel y Godfine, realizadas en el Departamento de **Gine-Obstetricia** del Hospital Vicente D'Antoni, La Ceiba, Honduras, C. A.

Esta modificación consiste en la disección y conservación de la fascia pericervical con la cual se forma un manguito de la misma. La disección se inicia tan pronto como se practica la sección del pedículo uterino; a ese nivel practícase un túnel con tijera roma disecando la fascia en toda su relación anterior con el cervix hasta llegar al extremo opuesto y profundizándose hasta su continuidad con la vagina. En igual forma se procede en la parte **posterior** conservando unidos a esta fascia los ligamentos uterosacros.

Por dentro de este manguito con pinzas de Kocher rectas se pinzan ambos ligamentos de Mackenroth's; corte circular de vagina.

El cierre de vagina se practica con puntos separados comenzando por los extremos. Este punto se aplicará de dentro afuera, se cargan con el mismo el ligamento cardinal y uterosacro del lado correspondiente rematando de fuera adentro, de tal manera que el nudo quede hacia la **luz** vaginal. El cierre continua de la hoja anterior y posterior de la fascia que junto con los ligamentos cardinales y uterosacros fijarán y suspenderán la cúpula vaginal. Los ligamentos redondos e infundibulopélvicos sólo serán invaginados al tiempo de peritonizar.

El 68% de los casos correspondió a tumores de tipo fibromatoso; un 13% a procesos crónicos bilaterales y quistes ováricos de ambos lados; el **19%** restante a patologías diversas.

Un 40% de los casos correspondió a mujeres entre los 31 y 40 años. 39% de 41 a 50 años, 25 y 70 años fueron las edades extremas, 56% correspondieron a mujeres de la raza negra o individuos con dichos caracteres ; 40% a raza mestiza y únicamente 4% a la raza blanca.

Se presentó 28% de morbilidad, consistente principalmente a procesos de tipo infeccioso, no atribuibles al método. Tiempo promedio de hospitalización fue de 8 días. Hubo un caso de muerte por shock bacterémico (*Pseudomona aureoginosa*).

NOTA: Todas las figuras de técnica fueron tomadas del Tratado de Ginecología y Técnica Operatoria de V. Conill-Montovio. 1960.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—PRATT, J. H.; LITWAK, O.: The postoperative complication of hysterectomy. Memorias del V Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. 100, 1967.
- 2.—SMITH, R. D., PRATT, J. H. : Serious bleeding- following vaginal or abdominal hysterectomy. *Obst. & Gynec.* 26: 592, 1965.



Fig. 1

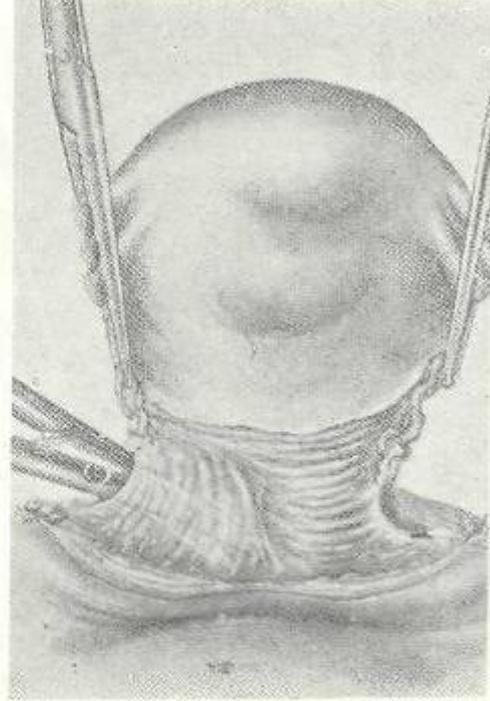


Fig. 2

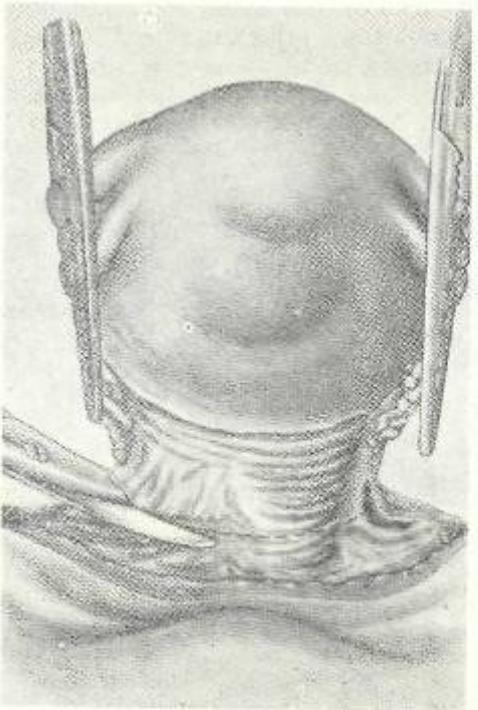


Fig. 3

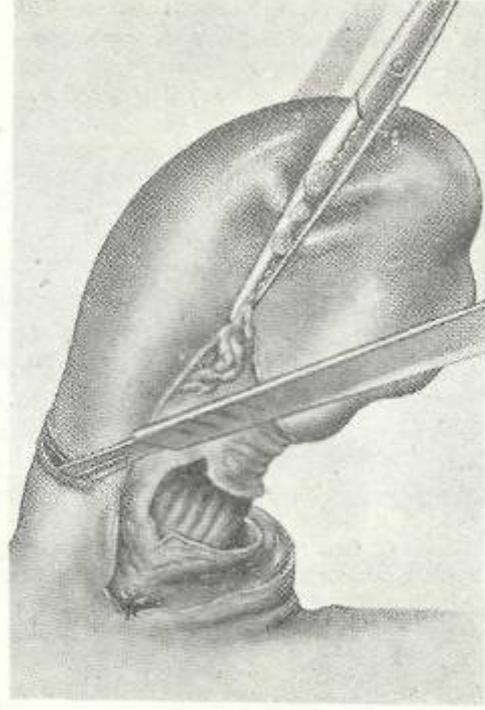


Fig. 4

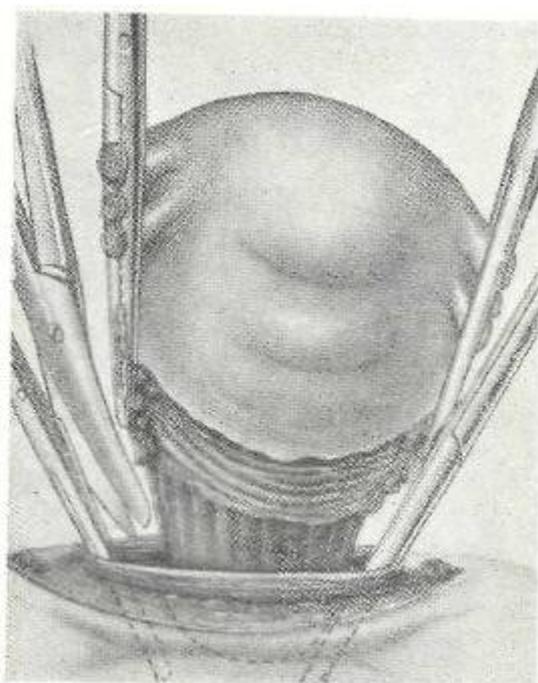


Fig. 5



Fig. 6

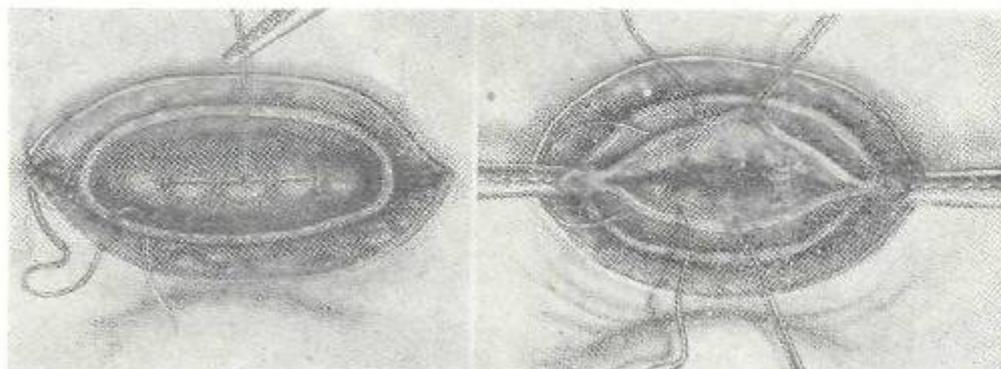


Fig. 7

CONFERENCIA CLÍNICO - PATOLÓGICA

Dr. R. A. Durón M. (*)

JRH., sexo femenino, 34 años de edad, oficios domésticos, vecina del Distrito Central. Ingresó el 4 de julio de 1967 a las 7 p. m. Murió el 5 de julio de 1967 a las 2:30 a. m. total: 7 horas de hospitalización.

SÍNTOMA PRINCIPAL: Caquexia y constipación intestinal.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Según datos de las parientes, la enferma tuvo un parto espontáneo 7 meses antes del ingreso. El trabajo de parto duró 5 horas, con producto a término, presentación cefálica, de apariencia normal. Desde el puerperio inmediato se presentó **hiporexia**, ausencia de secreción láctea, dolor punzante de tipo cólico, en hipocondrio derecho, irradiado al ombligo. Náuseas y vómitos flemosos, amarillentos, matutinos, que desaparecieron a los 4 meses después del parto. También cuadro de estreñimiento el cual fue haciéndose cada vez más acentuado a tal grado que al 3er. mes del **post-parto** defecaba cada tres días y con ayuda de catárticos. Las heces así evacuadas eran negruzcas, duras, secas, muy fétidas y a veces mucosas. Con tratamiento médico, el estreñimiento desapareció 3 meses después estableciéndose un ritmo de defecación diario de una a dos veces, con heces de aspecto normal. Inicialmente obesa, a los pocos días después del parto comenzó a perder peso progresivamente. Esta pérdida de peso se había acentuado desde los últimos 3 meses antes del ingreso habiendo desde entonces guardado cama por la gran debilidad siéndole imposible levantarse. No había historia de diarrea ni fiebre.

ANTECEDENTES: Obtenidos de los parientes. Tenía 10 años de casada, habiendo estado embarazada 6 veces, con productos a término todos ellos. No había historia de abortos. Fiebres frecuentes durante los últimos embarazos.

EXAMEN FÍSICO: P: 148 por minuto; PA: 80 50 en ambos brazos; f.: 36°C; R: 24 por minuto. Peso aproximado 75 libras. En muy mal estado general Extremadamente caquética. Mala higiene corporal; obnubilada, sin responder a las **preguntas** que se le hacían. Facies cadavérica. Durante el examen presentó un episodio diarreico café oscuro, fétido, escaso. Alopecia difusa, con pelo mal implantado. Ojos saltones, labios entreabiertos, resecos, mucosas conjuntival y oral pálidas. Abundantes caries y mal estado higiénico de la cavidad oral. No se apreciaban masas cervicales. Debido a la ausencia general de tejido adiposo, las costillas se dibujaban claramente en el tórax. Glándulas mamarias atróficas. Fuera de taquicardia, no se apreciaban anormalidades al examen físico del corazón. Tampoco se apreciaban anormalidades en el examen de los **dife-**

* Jefe Servicio Patología del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

rentes campos pulmonares, fuera de disminución en amplitud de las expansiones respiratorias. El abdomen aparecía excavado, **depresible**, sin puntos dolorosos ni visceromegalias. Las espinas ilíacas **anterosuperiores** eran muy prominentes debido a la ausencia general de panículo adiposo. También se apreciaba atrofia generalizada de las masas musculares. Esto, unido a la atrofia adiposa hacía prominentes los huesos de toda la economía, recibiendo la impresión de estar en presencia de un esqueleto viviente. Movimientos pasivos de las extremidades casi abolidos. Marcada **hiporeflexia**. Edema en los pies dejando fovea. Piel seca, con zonas difusas descamativas y otras pigmentadas. Al examen ginecológico externo se notó vello pubiano escaso; labios mayores, menores y vagina "distróficos". No se observaron ganglios linfáticos agrandados en diferentes grupos a excepción de una "masa **tumoral**" de aproximadamente 6 cms. de diámetro, blanda, lisa, redondeada en el hueco axilar derecho. Se notó al mismo tiempo ausencia de vello axilar.

CURSO HOSPITALARIO: Se ordenaron varios exámenes de urgencia, muchos de los cuales no fueron practicados debido al fallecimiento rápido de la paciente, tales como la prueba de Thorn, dosificaciones hormonales 3n la orina, radiografías **tratando** de visualizar la silla turca, etc. Los únicos practicados fueron los siguientes: G. B.: 11.300/mm³; Hg: 8 gm/ 100 ce; Ht: 24 vols/100 ce; N 70°/< ; E 1%-L 29%; NPN 59.5 mgs 100 ce; Creatínina 2.4 mgs/100 ce; Cl: 119 mEq/L.; K: 4.3 mEq/L. No habían reactivos en el laboratorio para practicar estudio de proteínas. En nota de las 11:30 p. m. la enfermera apuntó la presencia de 3 lombrices en un asiento diarreico. Se le administró oxígeno. Tres horas más tarde falleció.

RESUMEN DE LA DISCUSIÓN CLÍNICA

Intervinieron en la discusión los Dres. Elias Faraj, Jesús Rivera h., Rene Medina Nolasco, Joaquín Núñez, César Lozano C. y J. Adán Cueva.

Debido a la historia de parto siete meses antes seguido de emaciación progresiva en una paciente originalmente obesa, asociada a ausencia de vello axilar y pubiano y supresión de secreción láctea, se estuvo de acuerdo en que clínicamente el cuadro encajaba en un **hipopituitarismo** por posible necrosis hipofisiaria post-partum (síndrome de Sheehan). Sin embargo, esta impresión clínica debería apoyarse con estudios radiológicos de silla turca y estudios hormonales, especialmente dosificación urinaria de **17-cetosteroides**, hormona folículo-estimulante y otras pruebas investigando deficiencia secundaria de tiroides y glándulas suprarrenales. Se habló de las diferencias entre **hipotiroidismo** e hipoadrenalismo primarios o secundarios a hipopituitarismo. La clásica prueba de Thorn investigando respuesta de eosinófilos después de estímulo con epinefrina o ACTH, se consideró de escaso valor en resolver estos problemas. Se hizo énfasis en que el síndrome de Sheehan debe reservarse a **hipopituitarismo** consecutivo a necrosis post-partum de la hipófisis (3) y que el mismo cuadro puede ser producido, aún en hombres, por lesiones diferentes de la hipófisis, granulomatosas o **tumorales** intraselares ó extraselares, (1) reservándose para estos casos el nombre de enfermedad de Simmonds ó caquexia hipofisaria (2). Desde luego, en presencia de tumores, los síntomas de hipertensión intracraneana dominan el cuadro clínico.

En contra de un hipopituitarismo se pronunciaron varios colegas haciendo notar: a) la historia de fiebres, b) trastornos gastrointestinales y c) masa tumoral axilar, todo lo cual podría ser indicativo de una tuberculosis sistémica.

RESUMEN DE LA DISCUSIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA

En la autopsia, se notaba marcada emaciación con ausencia de pániculo adiposo dando la impresión que la piel se adhería directamente al esqueleto. Se encontraron adherencias pleurales bilaterales, más acen tuadas en el lado izquierdo. Habían lesiones extensas cavitarias y neumó nicas en ambos pulmones (Figs. 1-5), de origen tuberculoso. Otras lesiones tuberculosas con caseificación se notaron en ganglios linfáticos axilares derechos y mesentéricos (Figs. 2-6) lo mismo que en riñones, en forma de pielonefritis focal subcortical (Fig. 8). El hígado presentaba extensos cambios de metamorfosis adiposa (Figs. 3-7). No se encontraron lesiones en los órganos intracraneanos. La hipófisis era de forma, tamaño y posición normales, sin evidencia microscópica de lesiones granulomatosas, neoplásicas ó degenerativas (Fig. 4). No existía microesplacnia.

Era evidente pues, que la enferma murió de una caquexia tubercu losa. La falta de exámenes médicos adecuados por parte de los facultativos que la trataron antes del ingreso al hospital impidieron hacer un diagnós tico relativamente fácil (por ejemplo Rx de pulmones) permitiendo el curso inexorablemente fatal de 3a enfermedad.

Durante su estancia en el Hospital, la asociación de estado caquético con parto relativamente reciente eran bastante sugerentes de un síndrome de Sheehan, lo cual posiblemente se hubiese descartado de haber mediado suficiente tiempo para practicar exámenes rutinarios y especiales. El deceso rápido de la paciente (7 horas después del ingreso) impidió practicar dichos exámenes y hacer un diagnóstico exacto.

SUMMARY

The case is that of a pulmonary, lymphatic and renal tuberculosis leading to caquexia and death 7 months post-partum, clinically mimicking a post-partum necrosis of the hypophysis (Sheehan's Syndrome).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—RUSSELL, DOROTHY S.: Simmond's disease (In Anderson's Pathology. The C. V. Mosby Company St. Louis) Pág. 987, 1961.
- 2.—CECIL and LOEB: Simmond's disease. A Textbook of Medicine. W. B. Saunders, Philadelphia, 10th edition. Pág. 715, 1961.
- 3.—ROBBINS, STANLEY L.: Necrosis post-partum de Sheehan. Tratado de Patología con aplicación clínica. Editorial Interamericana, 2ª edición. Pág. 999, 1963.

Fig. 1.—Pulmones: Extensas lesiones tuberculosas cavitarias y neumónicas.

Fig. 2.—Ganglio linfático: Lesiones tuberculosas con caseificación.

Fig. 3.—Hígado: Metamorfosis adiposa.

Fig. 4.—Hipófisis: Normal:



Fig. 1



Fig. 2

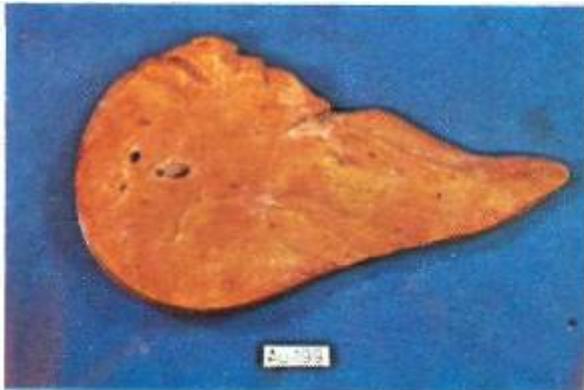


Fig. 3

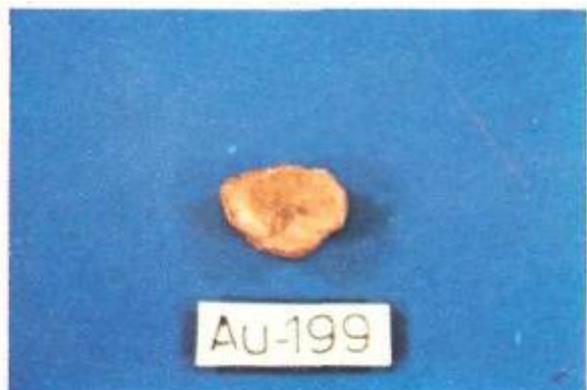


Fig. 4

Fig. 5.—Pulmón; Granuloma tostó tuberculosa.

Fig. 6.—Ganglio linfático: Linfadenitis T.B.C.

Fig. 7.—Hígado: Metamorfosis adiposa. Fig.

8.—Riñon: Peilonefritis tuberculosa.

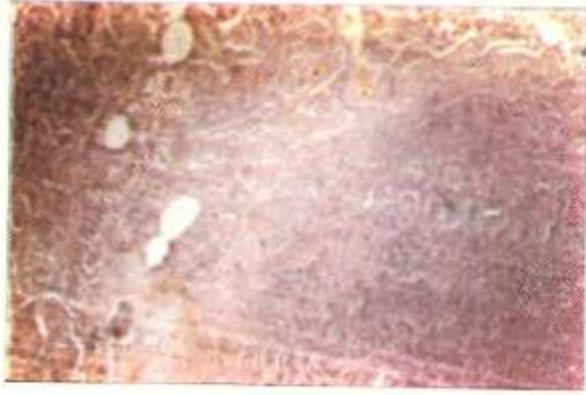


Fig. 5

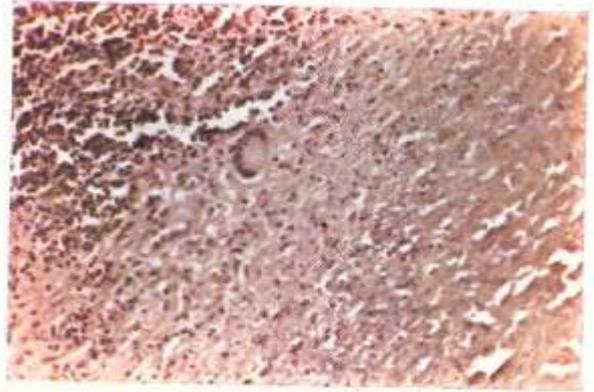


Fig. 6

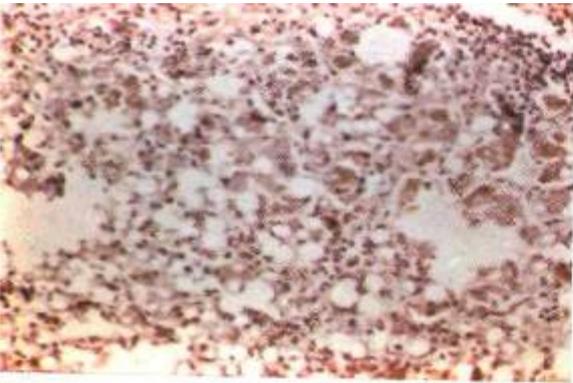


Fig. 7

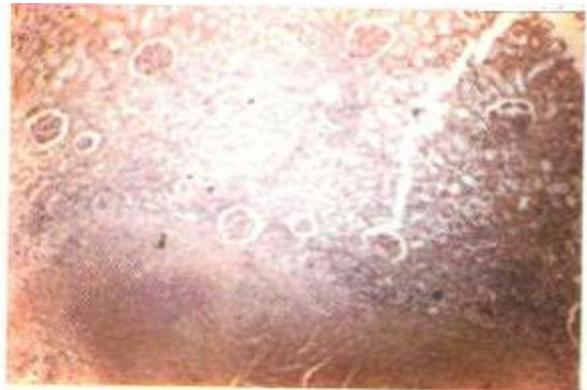


Fig. 8

Conferencia Clínico Patológica

Dr. Virgilio Cardona López(*)

HISTORIA CLÍNICA:

R. E. M. de 18 años de edad, sexo femenino, unión libre, mestiza, nacida en Nacaome, Depto. de Valle, residente en el **mismo lugar**. Oficios domésticos. Ingresó el 19 de abril de **1968**.

S. P.: "Dolor abdominal y vasca."

H.E.A.: Refiere la paciente que desde el 8 de febrero de 1968 no tiene menstruación y que hace aproximadamente 22 días presenta **náuseas** matutinas, antes del desayuno, sin vómitos, además refiere diarrea en número de tres a cuatro veces al día, de la misma evolución, de igual evolución presenta dolor intermitente en el abdomen inferior que desaparece al estar acostada.

Hay historia de elevaciones febriles, no cuantificadas, diarias, precedidas de escalofríos al atardecer, y que desaparecen por la noche con diaforesis.

No refiere aumento del volumen del abdomen, sangrado genital, ni leucorrea. Ha notado palidez desde el inicio de la enfermedad, no ha recibido tratamiento alguno.

F.O.G. Sueño y sed normales. Hiporexia, diarrea, micción normal.

Antecedentes familiares, hospitalizaciones anteriores, historia traumática y quirúrgica: no contribuyente.

Gineco-obstétrico: Menarquía a los 14 años, tipo 28/3, regular e indolora. No dá historia de expulsión de coágulos, ni leucorrea. Grávida: 1 ? Para: 0. Fecha de última regía: el 8 de febrero de 1968.

Historia sexual: Primera relación sexual a los **16** años, mantiene relaciones sexuales hasta hace una semana.

Medio ambiente: Rural, dietética: come tortillas, frijoles y carne dos veces a la semana.

Hábitos: Toma café dos tazas al día.

∴ Catedrático de Patología de la Escuela de Medicina.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS: Cefalea a partir del medio día, tipo frontal de 15 días de evolución, desaparece espontáneamente.

Ojos, oídos, nariz, boca, garganta, **osteoarticular**, linfoganglionar, neuromuscular: Nada de particular. Cardiorespiratorio; Tos desde hace 1 días, con expectoración blanquecina, disnea al caminar. Piel: palidez ya referida.

EXAMEN FÍSICO: P. A.: 110/70. Pulso: 120 x\ Temp.: 37. Paciente en regular estado general y mal estado nutricional, orientada en tiempo y espacio, distraída. Cabeza: N.D.P. Ojos: conjuntivas pálidas. Boca y **garganta**: mala higiene. Nariz y cuello: nada de particular. Tórax: bien formado, simétrico, presenta un nódulo en el cuadrante superior externo de la mama derecha, duro, móvil de 3 mms. Corazón: normal. Pulmones: normales. Abdomen: globoso. Útero: aumentado de tamaño, duro, como para embarazo de 24 semanas. Ríñones, hígado y bazo: normales. Ginecológico: vulva normal. Vagina: pálida, cuello de nulípara con cervix ligeramente erosionado, orificio externo: cerrado, duro, en los focos de saco se palpa la pared uterina, dura, de consistencia pétreo, extremidades, osteoarticular y neuromuscular: O.

Diagnósticos clínicos: (1) Mola hidatidiforme. (2) Neoplasia ovárica:

EXAMENES: **23*IV/68-Examen** de heces. Quistes de giardia lamblia: escasos. Huevecillo.~ de **ascaris** lumbricoides: 20/IV/68. Hematológico: Hemoglobina: 2,3 gms. Hematócrito: 7 vol%. 20/IV/68. Química «sanguínea»: N.N.P.: 29 miligramos. Glucosa: 133 miligramos. Proteínas totales: 8.1 gramo. Examen de orina: color amarillo, aspecto turbio, pH: 6. Albúmina: Indicios. Glucosa: negativa. Densidad: poca orina. Examen del sedimento: epiteliales: + + + + Leucocitos: + +

Rayos **X de abdomen.**, 23 de abril de 1968. Se observa una tumoración que nace en la cavidad pelviana, cuyo fondo se eleva hasta la región umbilical, no se ven calcificaciones, ni partes fetales. La tumoración descrita creemos que corresponde con un útero aumentado de tamaño.

Notas **de evolución**: Durante su estadía en el H.G.S.F. por seis días, el estado general de la paciente progresivamente fue deteriorándose y recibió tres **transfusiones** sanguíneas con la idea de mejorar su estado general; al mismo tiempo desarrolló tos, con expectoración, disnea, polipnea, taquicardia y signos pulmonares de proceso broncopneumónico escuchados. Se consideró que la paciente había desarrollado edema agudo del pulmón y posteriormente falleció.

DISCUSIÓN CLINICO-PATOLOGICA

El caso arriba descrito fue discutido por el Dr. Rene Carranza en reunión con los miembros de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia. Después de su presentación se hizo una exposición de los diagnósticos probables y llegó a la conclusión clínica de que el presente caso representaba un proceso tumoral maligno llamado "tumor mixto de mesoderma".

La autopsia demostró un tumor aparentemente primario de ambos ovarios, midiendo en el lado derecho 19x14x12 cms. e izquierdo: 11x8x7 cms., duro, de color amarillento y bien demarcado. (Fotos N° 1 y 2). El útero era de forma y tamaño normal, sin evidencia de tumor. El mismo tumor aparecía también invadiendo ganglios **mes entéricos**, páncreas, estómago, hígado, riñones, suprarrenales y corazón.

El nódulo descrito clínicamente en 3a mama derecha medía 2x2x1 cms. y también tenía el mismo aspecto macroscópico que el tejido tumoral de ovario. Por el aspecto macroscópico de los tumores de ovario y la lesión de estómago se creyó originalmente que se trataba de un carcinoma primario de estómago o páncreas con metástasis a ovarios.

Al estudio histológico de todos estos órganos se demostró que la célula tumoral era de origen linfoide, (Foto N° 8) pequeña con núcleo redondo y ovalado, con escaso citoplasma, invadiendo y reemplazando los tejidos en una forma difusa, en la misma forma que lo hacen los linfomas. La lesión de la mama derecha demostró ser del mismo tipo histológico.

El presente caso representa un linfosarcoma generalizado; que por su tamaño a nivel de ovarios parece el sitio del tumor primario, lo que indudablemente representa una localización rara. Es de notar que no habían ganglios linfáticos afectados a excepción de los mesentéricos.

RESUMEN

El presente caso tiene interés clínico-patológico ya que se trataba de un linfosarcoma con manifestaciones clínicas y localización tumoral intra-abdominal de mayor volumen en ambos ovarios.

A. T. Herting en su revisión de tumores del ovario (1) no menciona la posibilidad de linfosarcomas primarios en ovario, esto naturalmente es debido a que este tipo de tumores se les considera como un proceso sistémico de focos multicéntricos, sin embargo, estos tumores pueden originarse en un órgano y permanecer localizados por mucho tiempo antes de dar manifestaciones difusas, como ocurre cuando se originan en el aparato gastrointestinal principalmente estómago.

La edad de la paciente corresponde con la mayoría de los autores al decir que este tipo de tumores es más frecuente en la 2ª y 3ª década de la vida.

SUMMARY

A case of a **girl** 18 years old with **gastrointestinal-symptoms, fever, diaphoresis** and severe anemia is presented.

The autopsy revealed a large bilateral ovarian tumor with extensión to almost all the intrabdominal organs and proved histologically to be a **lymphosarcoma, probably originated** in the **ovaries, which** is an **unusual** location.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—**HERTING ARTHUR F. MD.:** Tumors of the female sex organs. Part 3. Fascicles A.F.I.P. 33 Section IX, Pág. 143.

Fig. 1.—Aspecto externo de la tumoración bilateral de ovarios. Obsérvese el tamaño normal del útero.

Fig. 2.—Superficie de corte de las tumoraciones ováricas, con aspecto linfomatoso.

Fig. 3.—Corte histológico demostrando la proliferación difusa de células linfoides neoplásicas que fueron observadas en los tumores de ovarios, páncreas, riñones, mama, etc. 45 x.

Fig. 1



Fig. 2



NOTAS INFORMATIVAS

PROYECTO Estatutos de los Profesionales Médicos (Colegio Médico de Honduras)

Artículo 1.—El presente Estatuto constituye una ley complementaria a la Ley del Servicio Civil, para los médicos que trabajan en la rama del Poder Ejecutivo, en todo lo que no se oponga a aquélla, y regirá a los médicos que laboren en instituciones autónomas, semi-autónomas y privadas.

Artículo 2.—Los objetivos del mismo conllevan a regular las condiciones de trabajo de los médicos, por tanto determinará: condiciones de ingreso, escalafón, grados y remuneración, horario de trabajo, vacaciones, permisos y becas, comisiones y reemplazos, faltas y sanciones, procedimientos, prestaciones laborales y demás disposiciones necesarias.

Artículo 3.—Las disposiciones del presente Estatuto no serán aplicables a los médicos residentes hospitalarios, por las condiciones de ser empleados temporales y de tener un régimen laboral también especial, los cuales se regirán por su reglamento propio.

Artículo 4.—Tampoco será aplicable este Estatuto Ley a los médicos nombrados en situaciones de emergencia, nombramiento que no podrá ser mayor de dos meses, al cabo de los cuales cesará en sus funciones, o si sus servicios fueran necesarios ingresará en propiedad a la Institución que lo ha contratado.

Artículo 5.—La aplicación del presente Estatuto no significa disminución de renta para ninguno de los profesionales médicos. Si por las disposiciones en él contenidas a alguno de los médicos le correspondiera un sueldo inferior del que gozase, la diferencia se pagará a título personal y se irá absorbiendo con los aumentos que le corresponden por quinquenios y grados.

CAPITULO II DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS

Artículo 6.—Todo médico que preste sus servicios profesionales en una Institución, de conformidad con las condiciones aquí establecidas, se denominará "profesional médico" para los efectos del presente **Estatuto** y se regirá por sus disposiciones.

Artículo 7.—El ingreso de un profesional médico a la planta de cualquier Institución, se hará en el último grado del escalafón (grado 5⁹), previo concurso de antecedentes, a menos que se trate de un cargo de la confianza exclusiva y libre designación del Poder Ejecutivo o dirección de una Institución.

Artículo 8.—Para llenar los cargos de profesionales médicos, deberá llamarse a amplio concurso de antecedentes, a través de la prensa escrita y otros medios de divulgación dentro del plazo de treinta días, contados desde la fecha en que se produjo la vacante o se creó la nueva plaza.

Artículo 9.—Cuando, en una determinada unidad, se trate de llenar vacantes, que no impliquen jefatura y en ella haya profesionales médicos titulares que no gocen de jornada completa, el llamado a concurso afectará exclusivamente a dichos profesionales de una misma especialidad. El aviso que llame a concurso interno deberá expresar esta circunstancia.

Artículo 10.—A falta de oponentes en un llamado a concurso interno, se hará un concurso externo amplio de antecedentes. Si tampoco se presentaran oponentes, se podrá designar, en propiedad, sin más trámite, a cualquier profesional idóneo, siempre que se comprometa a servir efectivamente el cargo por un año como mínimo.

Artículo 11.—Para optar a un cargo de profesional médico se requiere ser hondureño de nacimiento o por naturalización, encontrarse en pleno goce de los derechos civiles, tener el título profesional correspondiente, estar legalmente incorporado a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y pertenecer al Colegio Médico.

Artículo 12.—Todo decreto de nombramiento o contrato de trabajo deberá contener:

- a) La individualización del profesional
- b) Cargo que va a desempeñar
- c) Lugar y condiciones de trabajo
- d) Jornada de trabajo
- e) Grado que ocupa en el escalafón
- f) Remuneración y demás características del cargo
- g) Número de registro en el Colegio Médico.

De los acuerdo. de nombramiento y de los casos de expiración de funciones, deberán los servicios públicos enviar copia a la Contraloría General de la República y al Colegio Médico. Los empleadores particulares deberán remitir copia de los contratos de trabajo, de sus modificaciones y del término de los mismos, al Ministerio del Trabajo y al Colegio Médico de Honduras. La Dirección General del Presupuesto, el Colegio Médico y los Delegados del mismo, llevarán, para el control de la incompatibilidad horaria, un registro en el que se anotarán al día, los nombramientos y expiración de funciones.

Artículo 13.—Los profesionales médicos que se desempeñen en un servicio público y que cesaren en sus cargos por supresión o fusión del empleo o cambio de denominación del mismo, tendrán derecho a ser reincorporados en el mismo grado que anteriormente tenían, si en el servicio público respectivo queda vacante o se crea un cargo o empleo de la misma especialidad que aquéllas que desempeñaba a la fecha de suprsión, fusión o cambio de denominación del empleo anterior. Este derecho sólo podrá hacerse valer dentro del plazo de cinco años, contado desde que se produjo la cesación en el cargo anterior.

Los servicios públicos comunicarán al Colegio Médico las destituciones que se produzcan en sus plantas y de las causas que las produjeron. Los profesionales médicos que cesaren en sus cargos para optar a uno de representación popular, tendrán derecho a ser reincorporados en el servicio público o entidad privada, autónoma o semi-autónoma, donde hayan prestado funciones al momento de la opción, siempre que exista una vacante en los mismos y ejerciten su derecho dentro del plazo de un año a contar desde el término del mandato o del cese de la prohibición que establece el artículo de la Constitución Política del Estado, según corresponda.

La incorporación deberá hacerse en el mismo grado que tenía el profesional al abandonar el cargo, si lo hubiere; y se le reconocerá la antigüedad que tenía en él al momento de la opción a que se refiere el inciso anterior.

CAPITULO III ESCALAFÓN,

GRADOS, REMUNERACIONES

Artículo 14.—Los profesionales médicos que desempeñen un cargo en propiedad, serán encasillados en el respectivo Servicio Público, en un escalafón de cinco grados para cada profesión y en la siguiente proporción:

En el grado 1 hasta el 10% del total de los médicos.

En el grado 2^o hasta el 15%.

En el grado 3^o hasta el 20%.

En el grado 4^o hasta el 30%, y

En el grado 5^o hasta el 25% restante.

Estas proporciones deberán ser ajustadas al 31 de diciembre de cada año. Dentro de un mismo servicio público, el profesional médico tendrá el grado mayor de que goce como titular, cualquiera que sea el número de cargos que desempeñe.

Si la planta de un Servicio contare con menos de 40 profesionales médicos, todos ellos serán encasillados en un escalafón único de cinco grados.

Artículo 15.—Los profesionales médicos ascenderán en el escalafón a que se refiere el artículo anterior por mérito y por antigüedad, y en la relación de 5:1. Para estos efectos todo servicio público deberá formar por grados un escalafón de mérito y otro de antigüedad. El primero estará constituido por los profesionales médicos según el puntaje que hayan obtenido en sus calificaciones anuales, las que serán obligatorias, y el segundo, estará formado por los profesionales médicos según sus años servidos en calidad de tales.

Artículo 16.—El sueldo mensual base del grado 5^o por cada doce horas semanales de trabajo, dos horas diarias, será de L 300.00.

La hora semanal de trabajo o la fracción de hora se pagará en proporción al sueldo establecido en el inciso anterior.

La diferencia entre cada uno de los grados establecidos en el artículo N° 14 será de 10%, 2.57', 2.5^ y 5% sucesivamente, del sueldo base del grado 5^y por las horas contratadas.

Respecto de los empleadores particulares, las remuneraciones establecidas en la presente Ley, serán las mínimas y podrán convenir con los profesionales médicos una superior.

Artículo 17.—Los profesionales médicos tendrán derecho a un aumento del 25%, 20%, 15%, 20% y 20% sucesivamente, del sueldo base del grado quinto, por cada cinco años de antigüedad, con un máximo de 100%.

El profesional que permanezca cinco años en un mismo grado, por culpa de la empresa, gozará de la renta correspondiente al grado inmediatamente superior.

Artículo 18.—Los empleadores deberán establecer, para los profesionales médicos, las asignaciones que a continuación se indican, calculadas sobre el sueldo base del grado quinto por las horas contratadas:

- a) Del 33% para los profesionales funcionarios que desempeñen funciones incompatibles con el libre ejercicio profesional y que exijan dedicación exclusiva;
- b) Del 15 al 30% para los profesionales médicos que desempeñen una función docente o de investigación universitaria;
- c) Del 10 al 20' para los profesionales médicos que desempeñen cargos en especialidades peligrosas o nocivas para la salud, como anatomo-patólogos, radiólogos, anesthesiólogos, fisiólogos y demás que determine el Reglamento;
- d) Del 10 al 20% para los profesionales médicos que tengan la obligación de permanecer en los Servicios a horas distintas de las contratadas. Esta asignación de residencia no se aplicará a quienes gocen de beneficio de casa proporcionada por el Servicio en el mismo establecimiento hospitalario; y
- e) Del 5 al 60 /í para los profesionales médicos que sirvan funciones o cargos respecto de los cuales el empleador acuerde otorgar una asignación de responsabilidad o de estímulo.

El Reglamento determinará las normas para la aplicación de los porcentajes que correspondan a cada asignación dentro de los límites establecidos en las letras anteriores. Estas asignaciones serán consideradas como sueldos para todos los efectos legales.

Artículo 19.—Los empleadores podrán crear, en casos calificados, asignaciones de carácter transitorio, las que no serán imponibles, para remunerar funciones especiales como Jefaturas de Programas, labores de carácter asistencial o domiciliario o trabajos en consultorios aislados o en áreas experimentales por la duración de las mismas.

El Reglamento determinará el monto y la forma en que estas asignaciones serán concedidas.

Artículo 20.—Las horas trabajadas de noche, en domingos o días festivos, se remunerarán con un recargo del 100% del valor hora imponible.

Sólo se considerará que un profesional funcionario realiza trabajos nocturnos, cuando éste se lleve a efecto en servicios de urgencia y maternidades, y quedan excluidos aquéllos que perciban la asignación contemplada en la letra, d) del artículo 18, por la misma función.

CAPITULO IV

HORARIO DE TRABAJO

Artículo 21.—El horario de trabajo completo que un profesional médico puede contratar será de ocho horas diarias, que se asignará solamente al Jefe del Departamento de Servicios Médicos ya los Jefes de Unidades. Para el resto de los profesionales médicos el horario máximo será de seis horas diarias.

Este horario deberá ser estrictamente cumplido, siendo controlado por los medios que la Institución estime conveniente.

Artículo 22.—Se tratará en lo posible, que el nombramiento de los profesionales médicos sea por jornada de trabajo no inferior a cuatro horas diarias y que cuando éstas sean de consulta externa se hagan en dos jornadas separada.?

En otros casos, cuando la jornada de cuatro horas comprenda trabajo de consulta externa o intrahospitalaria, el horario deberá cumplirse en forma continuada. Igual cosa con las jornadas de dos horas.

Si el horario contratado es superior a cuatro horas diarias, la jornada deberá cumplirse en dos períodos.

Estas disposiciones dejarán de cumplirse sólo en casos muy excepcionales, calificados por el Jefe del Departamento de Servicios Médicos.

CAPITULO V DE LAS

CALIFICACIONES

Artículo 23.—Los servicios públicos calificarán anualmente a sus profesionales médicos con arreglo a las disposiciones especiales que contenga el Reglamento. En todo caso, la calificación deberá hacerse a base de cuatro listas que serán:

Lista 1, de mérito

Lista 2, buena

Lista 3, regular

Lista 4, mala.

Artículo 24.—Deberá cesar en su cargo el profesional médico que fuere calificado tres veces consecutivas en lista tres, dos veces consecutivas en lista 4, o que figure tres años consecutivos en listas 3 y 4.

Artículo 25.—Los profesionales médicos serán calificados de acuerdo con las disposiciones siguientes:

- a) Conocimientos técnicos
- b) Rendimiento en el trabajo
- c) Criterio médico-social
- d) Cooperación técnica
- e) Cooperación funcionaria
- f) Disciplina y puntualidad
- g) Laboriosidad
- h) Salud.

El Reglamento determinará la forma de apreciar y ponderar los factores anteriores.

Artículo 26.—El Reglamento de esta ley determinará la composición de la Comisión Calificadora de cada servicio o grupo similar de Instituciones, y de sus resoluciones podrá apelar el afectado dentro de cinco días, contados desde que se le notifique.

Habrà una Comisión de Apelaciones que deberá resolver en definitiva las reclamaciones, previo informe de la Comisión Calificadora. La Comisión de Apelaciones estará formada por una persona designada por el Colegio Médico de Honduras que la presidirá, por un profesor titular de la Escuela de Medicina y el Jefe de Servicio.

Las resoluciones de esta Comisión serán inapelables y se adoptarán por simple mayoría de votos.

CAPITULO VI

VACACIONES Y PERMISOS

Artículo 27.—Los profesionales médicos tendrán derecho a vacaciones con goce íntegro de sus sueldos, una vez al año, lo que se computará por años completos de servicio continuo en la Institución.

Artículo 28.—La duración de estas vacaciones será la siguiente:

- a) El primer año de servicio: diez días hábiles
- b) Después de dos años de servicio: doce días hábiles
- c) Después de tres años de servicio: quince días hábiles
- d) Después de cuatro años o más de servicio: veinte días hábiles (excluidos los domingos y festivos)

Artículo 29.—Los profesionales médicos que trabajen con radiaciones ionizantes (rayos¹ X, Radio y Radiumterapia, isótopos radiocativos, etc.) tendrán derecho a que, además de las vacaciones ordinarias, se les otorguen vacaciones especiales de quince días corridos, las que deberán estar separadas por no menos cuatro meses de las vacaciones ordinarias.

Artículo 30.—En el caso de un profesional médico que amplíe su horario de trabajo en la Institución, tendrá derecho a vacaciones **por** estas nuevas horas contratadas, a contar de los seis meses de la ampliación y deberá gozarlas conjuntamente con las vacaciones que le corresponden por su trabajo inicial y por igual número de días.

Artículo 31.—Cada profesional médico recibirá, tres días antes de iniciar sus vacaciones, el sueldo normal correspondiente a ese período.

Artículo 32.—Los calendarios de vacaciones serán preparados por los Jefes de las respectivas unidades, de manera que no sufran menoscabo los servicios que se otorgan.

Artículo 33.—Las vacaciones pueden ser acumuladas o compensadas en dinero, hasta por tres años, en caso de no encontrarse sustituto para el profesional médico y **si** sus funciones no pueden suspenderse, aunque sea temporalmente, a juicio del Departamento de Servicios Médicos.

En otros casos, sólo se podrán acumular vacaciones hasta un máximo de dos años, cuando sea para realizar cursos o estudios de perfeccionamiento, en el país o en el extranjero. Para ésto el profesional médico deberá presentar solicitud por escrito al respectivo Jefe de Unidad.

Artículo 34.—**Los** Jefes de Unidad, en casos calificados, podrán autorizar que las vacaciones se tomen fraccionadamente.

Artículo 35.—Los profesionales médicos tendrán derecho a los siguientes días feriados: 1 de enero; 14 de abril; 1 de mayo; 15 de septiembre; 3, 12 y 21 de octubre; 25 de diciembre; jueves, viernes y sábado de la Semana Santa.

El disfrute de este derecho estará sujeto a las condiciones de trabajo, turnos y necesidades especiales de servicio, calificados por los Jefes de Unidad.

Artículo 36.—En casos especiales **los** Jefes de Unidad estarán autorizados para conceder a los profesionales médicos de su dependencia, por resolución fundada y cuando las circunstancias lo justifiquen, permisos fraccionados o continuos, hasta de seis días por cada año calendario, con goce total del sueldo.

Los Jefes de Unidad deberán comunicarlo al Departamento de Personal para el control correspondiente.

Artículo 37.—La Institución podrá otorgar permiso, sin goce de sueldo, en los siguientes casos:

- a) Por motivos particulares, hasta de dos meses en cada año o seis meses cada tres años.
- b) Para trasladarse al extranjero por el tiempo que exprese al otorgarse la licencia, la cual no podrá exceder de un año.

Artículo 38.—Los **profesionales** médicos tendrán derecho a un máximo de siete días de permiso anual, con goce de sueldo, cuando asistan **por propia** iniciativa a Congresos o Conferencias Médicas nacionales o extranjeras. Igualmente los médicos tendrán derecho a permiso con goce de sueldo para asistir a las Asambleas Ordinarias y Extraordinarias que

convoque el Colegio Médico de Honduras. En ningún caso, por razón de la función asistencial que el médico debe desempeñar en una Institución, se le podrá negar permiso para este fin por dos veces consecutivas.

Las solicitudes para este tipo de permisos deberán ser fundamentadas y resueltas por el Director de la Institución.

Este permiso no da derecho a otros beneficios económicos adicionales y el tiempo que exceda los siete días, será concedido, sin goce de sueldo, y de acuerdo a lo consignado en el artículo anterior.

CAPITULO VII

BECAS

Artículo 39.—Todo profesional médico, para perfeccionar sus conocimientos en una rama de su profesión, tendrá derecho a optar a becas. Para los efectos de este Estatuto se entiende por "beca" el conjunto de beneficios que se otorguen a un profesional médico.

Artículo 40.—Las instituciones podrán otorgar becas bajo las siguientes condiciones:

- a) Concedidas y costeadas enteramente por ellas
- b) Concedidas por instituciones extranjeras, costeadas parcialmente por ellas.
- c) Concedidas por instituciones extranjeras y costeadas íntegramente por ellas.
- d) Otros tipos de becas, como las otorgadas en cooperación con otras instituciones del país y con diferentes tipos de financiamiento.

Como norma general, las becas tendrán una duración máxima de dos años, prorrogables siempre y cuando convenga a los intereses de la institución y del becado.

CAPITULO VIII COMISIONES

Y REEMPLAZOS

Artículo 41.—El profesional médico que deba cumplir una comisión de trabajo fuera del lugar donde desempeña habitualmente sus labores, tendrá derecho a los correspondientes viáticos, de acuerdo al Reglamento de Viáticos vigente.

Artículo 42.—Cuando fuere necesario sustituir temporalmente a un profesional médico, el suplente nombrado devengará el sueldo completo que le corresponde al titular en ejercicio, excepto los quinquenios.

CAPITULO IX FALTAS

Y SANCIONES

Artículo 43.—Toda falta de un profesional médico que el Jefe de la Unidad correspondiente juzgue leve o mediana, será sancionada con la siguiente escala progresiva:

Artículo 45.—Las faltas graves serán sancionadas con la siguiente escala progresiva:

- a) Suspensión del empleo sin goce de sueldo de 15 a 30 días.
- b) Petición de renuncia.
- c) Destitución.

Artículo 46.—Toda falta que amerite la sanción de amonestación por escrito u otra superior, debe quedar consignada en el expediente del profesional médico y se tomará en consideración para su calificación anual.

Artículo 47.—Independiente de la sanción que la Institución pueda aplicar al profesional médico y cuando sea pertinente, al juicio del Director General o Jefe de la Institución, se enviará al Colegio Médico un informe de la falta cometida para su conocimiento y fines que estime pertinentes.

Artículo 48.—Todo profesional médico sancionado por faltas leves o medianas, tendrá el derecho de apelar a la autoridad competente.

La Lucha contra el Cáncer en Francia

(Colaboración del Servicio Informativo de 3a Embajada de Francia en Honduras)

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Las **estadísticas** realizadas por el Instituto Nacional de la Salud y de la Investigación Médica (I.N.S.R.M.) muestran que el número de muertes debidas al cáncer aumenta de año en año. Entre 1956 y 1965, el número de casos declarados de fallecimiento por cáncer, incluidas las leucemias, pasó de 81.499 a 99.608.

Pero es posible que este aumento en cifras absolutas esté en **buena** parte vinculado al de la duración media de la vida y al crecimiento de la población. En efecto, el número de defunciones por cáncer por 100.000 varía en esos años en proporciones menos pronunciadas: 188 en 1956 y a 205 en 1965.

La comparación entre 1956 y 1965 hace aparecer un aumento de 22,2% en cifras absolutas; pero en las proporciones por cada 100.000 habitantes, el aumento es del 9%.

El porcentaje que corresponde al cáncer entre las causas conocidas de defunción se eleva al 21% ; es decir, que aproximadamente de cada 5 personas una muere de cáncer.

Para tener una idea exacta de la importancia del cáncer, sería necesario contar con estadísticas de morbilidad. A falta de éstas, los datos recogidos por el I.N.S.R.M. permiten calcular en 160.000, por lo menos, el número de enfermos tratados por año, casos nuevos, casos antiguos de evolución lenta, recidivas, metástasis).

I — SITUACIÓN ACTUAL

a) Organización

1) Centros anticancerosos.—Constituyen la base misma de la lucha contra el cáncer. Son unos veinte, pero no están destinados a recibir a todos los enfermos cancerosos, ya que muchos de éstos son habitualmente tratados en los hospitales públicos y en las clínicas- privadas.

Los centros anticancerosos están regidos por un estatuto que les tidos a la aprobación del Ministro de Asuntos Sociales y dotados de la reconoce el carácter de organismos de derecho privados; pero están some-capacidad jurídicas de los establecimientos de utilidad pública (**Art. 312 a 325 del Código de Salud Pública**).

Estos centros no están concebidos para diagnosticar y tratar todos los casos de cáncer, sino para completar el arsenal hospitalario corriente. Se encargan en particular de los casos complejos de cáncer que requieren la aplicación de varios tratamientos asociados o el empleo de aparatos muy costosos. Por eso los centros anticancerosos disponen de:

—Un personal médico formado por diversos especialistas que trabajan en estrecha colaboración en torno al médico-director;

—Medios terapéuticos de gran potencia (aparatos de radioterapia profunda, bomba de cobalto, betatrones) o muy especializados (quimioterapia, isótopos).

Por otra parte, cuentan con un servicio médico-social muy desarrollado, que les permite:

—Participar en la encuesta permanente sobre la morbilidad del cáncer organizada por el I.N.S.R.M., al que se envían todas las observaciones clínicas y terapéuticas relacionadas con los enfermos cancerosos;

—Ayudar a los enfermos en la solución de los problemas individuales y familiares planteados por la hospitalización;

—Seguir vigilando a los enfermos después del tratamiento, por un lapso no menor de siete años;

—Organizar conferencias educativas.

Además, los centros anticancerosos están especialmente encargados de la investigación sobre etiología, profilaxis y terapéutica del cáncer. Por último, pueden suscribir convenios con los centros hospitalarios con miras a tomar parte en la enseñanza. Actualmente, casi todos los directores de centros anticancerosos son profesores universitarios.

2) Exámenes para diagnóstico precoz y organización de la lucha contra el cáncer en el marco del Servicio Departamental de Higiene Social.—

La profilaxis del cáncer no puede realizarse actualmente sobre las mismas bases de la de la **tuberculosis**, por ejemplo, ya que el diagnóstico del cáncer no puede apoyarse en pruebas sencillas que permitirían montar una organización de rastreo masivo.

La **detección** sistémica (que consiste en examinar a las personas aparentemente sanas para **descubrir** los signos y síntomas precoces de un mal) no puede generalizarse en lo que respecta al cáncer. En efecto, como esta enfermedad puede localizarse en cualquier parte del cuerpo, sería necesario un examen completo y renovada periódicamente, lo que exigiría medios técnicos de una envergadura y un costo tales que no guardarían proporción con los resultados que podrían esperarse de una organización semejante. De ahí que la posibilidad de este procedimiento se halle actualmente limitada a ciertas formas de cáncer: de pulmón, de cuello uterino, etc.

En cambio, el Ministerio de Asuntos Sociales se ha esforzado en desarrollar el diagnóstico precoz, que consiste en examinar en consultorios especializados a las personas en quienes ciertas manifestaciones hacen sospechar la existencia de un cáncer.

Este diagnóstico precoz lo hacían en un principio los centros anticancerosos. Pero como son pocos, cada uno de éstos tiene un radio territorial muy amplio, y la experiencia muestra **que** los enfermos que viven lejos de los centros difícilmente concurren a ellos.

De ahí la creación de estos **consultorios para diagnóstico precoz**, cuya finalidad es:

1) Descubrir las afecciones y localizaciones cancerosas en enfermos a quienes inquieta algún síntoma anormal;

2) vigilar durante siete años a los enfermos ya tratados, con el propósito de evitar, o por lo menos diagnosticar inmediatamente, cualquier recaída durante ese lapso;

3) aconsejar el tratamiento necesario, que puede ser dado por el médico particular o en un establecimiento local, o bien justificar el traslado del enfermo al centro anticanceroso si el caso lo exige (aplicación de una terapéutica compleja, o empleo de aparatos muy especializados).

Estos consultorios son atendidos por los cancerólogos del centro anticanceroso en cuya jurisdicción están situados.

Hasta 1963 inclusive, el Estado participaba —hasta un límite de aproximadamente el 50%— en los gastos de funcionamiento de estos consultorios, mediante el otorgamiento de subvenciones a los departamentos que los instalaban.

La Ley de Finanzas para el ejercicio 1964 (Art. 68) dio carácter obligatorio a los gastos de funcionamiento de la lucha contra el cáncer organizada en el marco del Servicio Departamental de Higiene Social. De esas erogaciones, actualmente el 83% está a cargo del Estado, y el 17% a cargo de los departamentos.

El cuadro siguiente da una idea de la evolución de la actividad de estos consultorios.

Año	Nº de consultorios departamentales (1)	Nº de pacientes examinados en los consultorios
1960	59	8.704
1961	69	10.743
1962	75	11.070
1963	84	12.654
1964	85	13.558
1965	94	14.768
1966	100	16.210

(1) Incluidos los consultorios de Guadalupe y Martinica, atendidos trimestralmente por un cancerólogo de París.

b) Dotación actual

1) Centros anticancerosos.—En la actualidad hay 20 centros en funcionamiento. Salvo el de Niza, todos están instalados en ciudades que son sedes de Facultades o Escuelas de Medicina:

Angers, Burdeos, Caen, Dijon, Lille, Lyon, Marsella, Montpellier, Nancy, Nantes, Reims, Rennes, Ruán, Estrasburgo, Toulouse.

A éstos hay que sumar los de la región parisiense, que son 4: el Instituto Gustave Roussy en Villejuif; la Fundación Curie en París; el

Centro Rene Hug-uenin en St. Cloud, y un Centro formado por cuatro servicios especializados instalados en los hospitales de París.

Estos 20 centros cuentan hoy con 3.145 camas. Tres de ellos disponen de anexos médico-dietéticos con un total de 296 camas. (Estos anexos reciben a los enfermos antes o después de un tratamiento activo en el centro anticanceroso). Está prevista la construcción de otros dos centros, uno en Limoges y el otro en Clermont-Ferrand.

En todos los centros hay aparatos de alta energía; en particular, todos cuentan con una o dos bombas de cobalto. Además, el Instituto Gustave Roussy, la Fundación Curie, y los centros de Lille y Marsella, disponen de un betatrón.

2) Consultorios de diagnóstico de los Servicios Departamentales de Higiene Social. A fines de 1966 su número llegaba a 100, incluidos desde hace años los de Guadalupe y Martinica.

II — INVESTIGACIÓN

Si bien el desarrollo de la investigación depende principalmente del Instituto Nacional de la Salud y de la Investigación Médica, conviene recordar que:

a) La investigación biológica y clínica se efectúa en todos los centros anticancerosos.

Estos establecimientos están en comunicación constante con el I.N.S.R.M., al que incumbe en especial dirigir la encuesta permanente sobre el cáncer. Las observaciones clínicas y terapéuticas relativas a todos los enfermos tratados en los centros anticancerosos son transmitidas a la sección de cáncer del Instituto, lo que le permite:

- determinar la frecuencia del cáncer en el país;
- reunir estudios estadísticos y biológicos sobre cada una de las formas de esta enfermedad;
- seguir la evolución de la lucha anticancerosa.

b) La investigación fundamental sobre el cáncer se realiza en algunos centros anticancerosos, y en los establecimientos u organismos especializados siguientes:

- Instituto de Investigaciones sobre el Cáncer del Centro Nacional de Investigación Científica, de Villejuif;
- Centro de Investigaciones sobre la célula normal y cancerosa, de Villejuif;
- Instituto del Radium (Fundación Curie) ;
- Instituto de Investigación de las Leucemias (Hospital St-Louis de París) ;
- Instituto de Investigaciones sobre el Cáncer de Lille.

En los próximos años *van* a intensificarse los esfuerzos encaminados a dotar a los centros anticancerosos del personal, los locales y el material que les permitan participar más activamente en la investigación fundamental.

LIGA CONTRA LA EPILEPSIA

Br. José Zerón h. (*)

¿QUE ES LA EPILEPSIA?

Es una enfermedad, que se manifiesta con una alteración repentina, pasajera y repetitiva de las funciones cerebrales.

¿TIENE ORIGEN O FACTORES DESCONOCIDOS?

Cualquier lesión cerebral puede provocar un acceso o crisis **epiléptica**; sin embargo en un buen porcentaje de pacientes el origen es totalmente desconocido.

¿HAY VARIAS FORMAS DE EPILEPSIA?

Existen varias formas de la enfermedad.

¿SE RECONOCE FÁCILMENTE?

Cualquier fenómeno transitorio y repetitivo, con alteración de la conciencia o de la conducta, debe de conducir al paciente a la consulta médica.

¿ CUANTOS EPILEPTICOS HAY EN HONDURAS ?

Las estadísticas en diferentes países, estiman un valor porcentual de habitantes, concluimos en una cifra estimativa de 30 a 40 mil epilépticos. 0,9 al 2% ; considerando la población nacional .cobre los 2 millones de Dentro de 25 años, la cifra será de 100,000 aproximadamente.

¿ ES HEREDITARIA ?

Hay factores de orden familiar, pero los mecanismos genéticos de herencia son en la actualidad completamente desconocidos y discutibles.

¿PUEDE UN, PACIENTE **EPILEPTICO** HACER UNA VIDA NORMAL?

Todo paciente epiléptico controlado, debe .ser considerado como un individuo normal y dársele en la sociedad el puesto que se merece, de acuerdo con su capacidad y aptitud.

¿PUEDE CONTRAER MATRIMONIO?

Si son discutibles e ignorados los mecanismos genéticos, en la actualidad no hay ninguna razón para impedir la felicidad matrimonial.

¿PROVOCA RETARDO MENTAL?

La epilepsia de origen desconocido no provoca por sí misma retardo mental. PREGUNTA ¿Es mortal? En la mayoría de los casos no.

(*) Servicio de Neurología Infantil I.H.S.S.

La única forma que la enfermedad puede poner en peligro la vida del paciente, es el llamado estado de mal, o sea cuando las crisis son muy repetidas, al grado, de que el paciente no recupera su estado de conciencia entre una y otra crisis, en estos casos puede desencadenarse la muerte por insuficiencia cardíaca (considérese emergencia médica).

¿PUEDEN PREVENIRSE LAS CRISIS?

Es factible. ¿PREDOMINA LA ENFERMEDAD EN ALGÚN SEXO?

No. ¿EXISTE ALGUNA RELACIÓN CON LA EDAD?

Sí, en especial con la edad pre-escolar, aunque algunas clases de epilepsia se presentan en edades especiales. Toda enfermedad que se inicie a nivel de los 30 años de edad debe de estudiarse en forma exhaustiva.

¿ EXISTE TRATAMIENTO ?

Sí. ¿ES CURABLE?

El 15% de pacientes bajo control médico curan de su enfermedad; el 70% quedan libres de sus penosos síntomas.

¿QUE CLASE DE TRATAMIENTO ES EL RECOMENDABLE?

El tratamiento completo, puesto que el 85% en esta forma quedan sin manifestaciones.

¿SON PELIGROSOS LOS MEDICAMENTOS ANTIEPILEPTICOS?

En general son perfectamente tolerados, pero es condición necesaria un control médico periódico.

¿ CUAL ES EL MEJOR MEDIO PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD?

La llave del éxito radica en la fundación de una Liga contra la Epilepsia capaz de organizar un banco de drogas, fomentar el equipo médico-quirúrgico para investigar científicamente cada caso en particular y divulgar los aspectos médicos-sociales de la enfermedad, con el fin de abolir los prejuicios nocivos y dar a conocer a la comunidad que la epilepsia da más problemas negativos, por la actitud de la familia, sociedad y ambiente en general, que por su propia invalidez. Recordemos que la epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más agradecidas, ya que responde bien con un tratamiento bien planeado.

NO OS ASUSTÉIS POR EL PACIENTE EPILÉPTICO, DADLE LA MANO, AYUDADLO, REINTEGRADLO A LA SOCIEDAD COMO EL SE LO MERECE.

Uso de la Globulina GAMMA-ANTI-RH

E. R. Jennings, M.D.

(Bulletin College of American Pathologists/Jun/68. Pág. 203)

Recientemente el Dr. E. R. Jennings, con la idea de evitar confusión y proveer el mejor cuidado de pacientes, hace recomendaciones sobre el uso amplio que próximamente se hará de la Globulina Gamma Anti-Hh (Rho GAM) (*) y **considerando** la importancia para Obstetras y Pediatras, he creído que es también de interés general hacer la traducción de su artículo que aparece publicado en el Boletín del "American College of Pathology".

"La responsabilidad para el uso correcto de la inmunosupresión de las pacientes sensibilizadas con el factor Rh será del laboratorio y por lo tanto de Patólogos y su personal y con la idea de diluir responsabilidad recomienda el siguiente plan:

El material {G.G. Anti Rh) estará en el Laboratorio y sólo se usará cuando se hayan practicado **las** pruebas necesarias.

Cuando una madre Rh negativa tiene un hijo de Rh desconocido, se hace, de la sangre del cordón umbilical una determinación de Hb y una Prueba de Coombs. Si este último es positivo se hará el respectivo tratamiento para niños con enfermedad hemolítica.

Siempre que la Prueba de Coombs de la sangre del cordón umbilical es negativa y el niño es Rh positivo, el tratamiento con la G. C. Anti-Rh, deberá considerarse. El Patólogo notificará al Obstetra encargado del caso y si él lo desea se procederá a completar los estudios necesarios que se usan para seleccionar las candidatas a recibir G. G. Anti-Rh. El criterio para selección de pacientes es el siguiente:

- 1.—La madre debe ser Rho negativa. (RhoD) and Du (una variante "hereditaria" del Rho considerados como Rh positivos como donadores y Rh negativos como recipientes) negativa.
- 2.—La madre no deberá tener anticuerpos Anti-Rh en el suero.
- 3.—Su niño deberá ser Rho positivo (D).
- 4.—Su niño deberá tener una Prueba de Coombs directa negativa.
- 5.—Una prueba cruzada de la G. G. Anti-Rh (a dilución 1:1000) con los eritrocitos de la madre deberá ser compatible.

Hechas estas pruebas la G. G. Anti-Rh podrá administrarse, lo cual deberá ser hecho dentro de las 72 horas después del parto, para **mayor** efectividad.

Se creyó que la G. G. Anti-Rh debería darse después de abortos cuando el embarazo había sido por tres meses o más. Sin embargo, no se han hecho estudios controlados que indiquen la eficacia o necesidad de **su** uso post-abortum".

Estas recomendaciones fueron desarrolladas por el Departamento de Patología del "Memoria Hospital of Long Beach". (U.S.A.)

(Traducción de Dr. Virgilio Cardona López)

(*) Marca de Fábrica "Ortho Diagnostics".

COLEGIADOS POR ORDEN ALFABETICO

"A"

Aguilar Paz, Enrique
 Alonzo Medina, Edgardo
 Aguilaz Berlioz, Oscar
 Aguilar Barrientos, Gabriel Rafael
 Arriaga Iraheta, Edgardo
 Andonie Fernández, Juan A.
 Alvarado Lozano, Rigoberto
 Alvarado Lozano, Hugo
 Alvarado Salgado, Francisco R.
 Alvarado Ramírez, Enrique Ernesto
 Alvarenga Maradiaga, Oscar R.
 Alvarez Santos, Manuel Efraín
 Andino Matamoros, Armando
 Alcerro Oliva, José Napoleón
 Abularach Sabat, Francisco
 Acosta Guifarro, Isidoro
 Abud Handal, César Roberto
 Alvarado Lozano, Carlos Alberto
 Ayestas López, Claudio Leonardo
 Alemán Quiñónez, Armando
 Abadie García, César Augusto
 Aguilar Antúnez, Reginaldo
 Agüero Vega, René ...
 Alcerro, Ramón ...
 Andrade Tejeda, Rolando
 Aguilar A., José Trinidad
 Agurcia Membreño, Carlos
 Abraham Galo, David
 Ayala Avila, Saúl
 Argueta Ariza, Ernesto
 Azcona del Hoyo, Fernando F.
 Ayestas López, Juan Francisco
 Ayestas López, Guillermo
 Alvarado Sagastume, Rómulo
 Amaya Bográn, Antonio Ramón
 Alcerro Castro, Mario
 Almendares Bonilla, Juan
 Aguilar y Aguilar, Rafael Antonio
 Aguilera Romero, Rolando
 Argueta Aguilar, Angel Ernesto
 Atúan Simón, José
 Almendares Iriás, Juan Bautista
 Ayestas López, Santos Darío
 Aguilera Ponce, Rolando Alonso
 Arriaga Chinchilla, José Rigoberto
 Arita Chinchilla, Carlos Arturo

"B"

Bueso Gómez, Manuel
 Bustillo Oliva, Guillermo
 Barahona C., J. Rodrigo
 Barahona, Edmundo Alejandro
 Barahona Garay, Luis Alonso
 Bardales R., Gustavo A.
 Bobadilla, J. Antonio
 Barahona Coello, Adán
 Beaumont L., Austin Augustus
 Bendaña Meza, Sergio
 Banegas Montes, Virgilio
 Boza Zerón, Adán
 Batres Pineda, Julio César
 Bennaton G., Carlos Alfonso

Bermúdez Bográn, Roberto
 Bermúdez Milla, José Antonio
 Bustamante C., María Cristina
 Borjas V., Ernesto A.
 Bendaña Medal, Renato
 Barrientos Valle, Juan
 Brevé Martínez, Roberto
 Bendaña Medal, Luis Tirso
 Bendaña Meza, Arturo
 Bueso, Julio César
 Baltodano Mejía, Federico
 Benavides G., Juan Pablo
 Bendaña Ulloa, Carlos Alberto
 Bertrand Anduray, Tulio
 Bulnes B., Martín A.
 Bustillo R., Emilia
 Bonilla Contreras, Adán
 Bográn Idiáquez, Marco Antonio
 Bueso Castillo, José Antonio
 Bendaña Meza, Guillermo
 Bueso Arias, Juan Angel
 Bueso Arias, Luis
 Bendaña Meza, René
 Bendeck Nimer, Alberto C.
 Barrientos Ventura, Oscar Adolfo
 Boesh Matute, Raúl Fernando
 Bueso Pineda, Arnulfo
 Bueso Cáceres, Arturo
 Bustamante, Luis Alonso
 Bados Mendoza, Leonel Armando
 Berlioz Simón, Sady Edgardo

"C"

Cassis Assaf, Lincoln Geo
 Cámbar Ramos, Pablo José
 Cardona Bonilla, Juan
 Custodio López, Ramón
 Claros Fortín, Honorio
 Cuéllar Martínez, Raúl
 Corrales Padilla, Hernán
 Carranza Velásquez, René
 Collart Valle, Juan Ramón
 Carrasco Flores, Manuel
 Calderón R., Manuel Antonio
 Cárcamo T., Tito Humberto
 Cárcamo Tercero, Oscar Jacobo
 Carias Oviedo, Rolando
 Coello Oliva, Miguel Humberto
 Castillo Moncada, Armando
 Canales Zúñiga, Zulema
 Castillo Antúnez, Mario
 Cueva Villamil, J. Adán
 Castro Reyes, José
 Cáceres Vijil, Manuel
 Cardona López, Virgilio
 Castillo Handal, Selim
 Caballero R., Armando
 Caballero Mejía, Lucas
 Cortés de Villeda, Martha
 Callejas Zelaya, Luis
 Cardona de Herrera, Hena Haydeé
 Corrales Padilla, Cornelio

Cervantes Gallo, René
 Casco Mazier, José Harold
 Cuevas B., José Pablo
 Castillo Barahona, Manuel
 Carías Donaire, Gustavo
 Cousin B., Luis Alejandro
 Canahuati, Shibli M.
 Castellón, Esteban
 Cerna Salgado, Félix
 Castellón Tercero, Prisciliano
 Castellanos S., Plutarco
 Cardona Chinchilla, Herlindo
 Coello Núñez, Ramiro
 Cáliz Hernández, Roberto
 Canahuati Mitri, Jamal Emilio
 Caminos Díaz, Carlos
 Castillo Molina, Danilo
 Castillo Ochoa, José de Jesús
 Cerrato Zelaya, Ciro Randolpho
 Cuevas Recinos, Juan Ramón
 Cruz Moreno, Enemecio
 Cruz Alvarado, Camilo
 Corea Molina, Jorge A.
 Cuestas Chinchilla, Luis Antonio

"CH"

Chávez Quán, Manuel Armando
 Chavarría Suazo, Gilberto
 Chavarría R., Santiago Ramón
 Chirinos Velásquez, Raúl
 Chirinos Velásquez, Manfredo

"D"

Durón Rivera, José Ramón
 Downing Chavarría, Alberto
 Díaz Bonilla, José Manuel
 Domínguez de Murrillo, M^ª Elena
 Domínguez R., José Refugio
 Durón Martínez, Raúl
 Delgado, Carlos Antonio
 Dávila, José Manuel
 Delgado Pineda, Juan
 Díaz Montoya, Rafael
 Díaz Santos, Pablo
 Díaz Maestre, Luis
 Duarte de Lafitte, Olga
 Dubón Doblado, José Francisco
 Dubón Martínez, Rodolfo
 Díaz Salinas, René
 De León Paz, Carlos
 Durón García, Jorge Arturo
 Díaz Lobo, Alfonso
 Duarte M. de Núñez, Flora C.
 Del Cid López, Juan Rafael
 Delgado y Aguirre, Ricardo
 Delgado Zepeda, Armando Nicolás
 Dux Guillén, Francisco

"E"

Eibuschitz, Roberto
 Estrada Domínguez, Anarda
 Estrada Duarte, Rafael
 Escoto Manzano, Ezequiel
 Echeverría, Justo Manuel
 Erazo Caballero, Servio Tulio
 Escorcia H., Rafael de Jesús

Echeverri, Victoriano
 Elvir Aceituno, Carlos
 Echeverría, Manuel de Jesús
 Espinoza Mourra, Dagoberto
 Enamorado Castro, Edgardo
 Elvir Girón, Luis

"F"

Fiallos Salgado, Julián Federico
 Fiallos Montero, Denis
 Florentino P., Guillermo
 Fernández h., Eduardo
 Fajardo h., Jerónimo
 Faraj Rischmawy, Elías Alejandro
 Ferrufino O., Ramón
 Flores Fiallos, Raúl
 Flores Flores, José René
 Fajardo Cabrera, Hernán Danilo
 Fiallos Fonseca, Ernesto Narciso
 Ferguson Luna, Arturo
 Fortín Midence, Benjamín
 Fajardo Aguirre, Modesto
 Figueroa Rodezno, Ramiro
 Flores Fiallog, Armando
 Figueroa Girón, Virginia
 Férrez Illa, Marcio César
 Fiallos Montero, Denis
 Fiallos Medina, Pedro Orlando
 Figueroa Sarmiento, José Pablo

"G"

González Rosa, Virgilio
 García Becerra, Guillermo
 González Flores, Atilo
 Gómez Robelo, Roberto
 Godoy Sandoval, José Leonardo
 Gómez Padilla, César Alberto
 Girón Mena, Edgardo
 García, Donaldo L.
 Godoy Arteaga, Carlos
 Gómez Núñez, Concepción
 Gómez-Márquez G., José
 Gúnera Aguilar, Napoleón
 González O., Julio Augusto
 González Ardón, Oscar
 González de Cámbar, Martha Yolanda
 Girón Aguilar, Aristides
 Gálvez Robelo, Carlos M.
 Gutiérrez Villafranca, Roberto
 Guzmán Banegas, Alberto
 García Erazo, Tomás
 González H., Carlos Humberto
 Gutiérrez López, Rodrigo
 Gauggel C., José Eduardo
 Guillén Pinel, Humberto
 Galo Puerto, Ramón
 Gómez Rivera, Daniel
 García G., Jacinto Radegundo
 Gómez Alvarado, Vicente
 Girón Rodríguez, Miguel A.
 Gómez Hernández, Nery
 Guillén A., Jorge A.

"H"

Haddad Quiñónez, Jaime
 Haddad Quiñónez, Jorge
 Herrera Arrivillaga, Víctor
 Handal Handal, Alberto Elías

Hilsaca H., Fernando
 Hernández Meléndez, Pablo
 Hernández Rodríguez, René
 Hernández Canales, Miguel Angel
 Hernández Santos, F. Alberto
 Hernández Cañadas, Vicente
 Handal Handal, José Elías
 Hiza Kury, Salvador
 Herrera Cruz, Santiago
 Herrera Cruz, Oscar Leonel
 Henríquez Izaguirre, César
 Henríquez García, Ronaldo

“I”

Interiano, Rodolfo E.
 Iriás Calix, Héctor Armando
 Iriás Miralda, Marco Tulio
 Inestroza Zelaya, Javier
 Interiano Rodríguez, Manuel
 Interiano Rodríguez, Pompilio

“J”

Javier S., Carlos Alberto
 Jiménez N., Rodolfo
 Jiménez Leiva, Salvador
 Joya Moncada, Pablo Ulises
 Juárez Pereira, Leonardo

“L”

León Gómez, Francisco
 León Gómez, Alfredo
 Lozano Caballero, César
 Larach Jamis, César
 Laínez Núñez, Héctor
 Lázarus Bernhard, Roberto
 Lozano Matamoros, Ramiro H.
 Lafitte Martínez, Enrique
 Lara Zepeda, Juan
 López Zelaya, Alejandro
 Leiva Vivas, José María
 López Villa, José Antonio
 López Nieto, Marco Antonio
 López Canales, José Rubén
 López Medina, Camilo
 López Herrera, Heberto
 López Canales, Gustavo Ernesto
 Lorenzana, Dagoberto Sosa
 Lara López, Alejo
 Larios Bonilla, Manuel Enrique
 Larios Hernández, Saúl Enrique
 Lanza, Mario Duilio
 López Lagos, Rigoberto
 Larios Contreras, Ramón
 Lacayo Sánchez, Alfonso
 Larios Ulloa, Jerónimo
 Lagos Lagos, Wilberto
 Lezama Castellanos, Rolando

“M”

Midence Moncada, Ignacio Emilio
 Márquez Cerrato, Antonio
 Moreno Perdomo, Dagoberto
 Mejía y Mejía, Miguel Angel
 Milla Galeano, Horacio
 Matamoros Flores, Benjamín

Moncada Medrano, Lucas Gregorio
 Midence, Alfredo C.
 Medina Nolasco, Anibal
 Munguía Alonzo, Salomón
 Munguía Alonzo, Luis
 Moncada Amador, Miguel Rafael
 Moncada, Miguel Roberto
 Mejía Castro, Cándido
 Medrano Díaz, Héctor
 Medrano Martínez, Raúl H.
 Mendoza F., José Trinidad
 Martel Guillén, Pedro
 Muñoz Mendoza, Miguel Rafael
 Matute Canizales, Eugenio
 Mendoza Alvarado, Amado Mario
 Mencín Salgado, Daniel
 Murillo Selva h., Francisco
 Mannheim de Gómez, Eva
 Madrid Zelaya, German Rigoberto
 Montes Guerrero, Francisco
 Martínez Ordóñez, José
 Magarín Rosales, Julio César
 Molina Castro, Rafael
 Molina Ortiz, Juan B.
 Mejía Durón, Roberto
 Medal, Mario Santos
 Mena Baide, Benjamín Alirio
 Martínez Pinel, Carlos Alfredo
 Montoya Alvarez, Juan
 Martínez Valenzuela, Rafael
 Moreno V., José Jacinto
 Moreno Perdomo, Eduardo
 Mena Díaz Galindo, Carlos
 Meza Galeas, Ramón
 Membreño Marín, Héctor
 Membreño Padilla, Martha Eleonora
 Mejía del Cid, Armando
 Montes Guerrero, José Anibal
 Murillo Elvir, Sergio Arturo
 Montenegro P., Leopoldo
 Mejía Antúnez, Cornelio
 Martínez Guillén, Andrés Arturo
 Mc. Kinney, Mariano B.
 Murillo Escobar, Francisco
 Moncada Iriás, José Máximo
 Martínez Matamoros, Oscar
 Muñoz Muñoz, Carlos Miguel
 Mendoza Valdés, Clemente
 Morales San Martín, Ramón
 Membreño Padilla, Alejandro
 Mejía Valladares, Enrique
 Mariana Mejía, Antonio
 Merino Zaldivar, Orlando
 Murillo Escobar, Edgar Anibal
 Mayes Huete, S. Eduardo
 Martínez Funes, José
 Munguía Padilla, Carlos Elpidio
 Martínez Castillo, Carlos
 Martínez Boquín, Gustavo
 Medina Nolasco, René
 Matute Alvarez, Roberto A.
 Montes Zepeda, Francisco Javier
 Martínez Meza, Luis Edgardo

“N”

Núñez Ortiz, Joaquín Angel
 Núñez Zúniga, Antonio Roberto

"O"

Oserio Contreras, Gilberto
 Odeh Nasralla, Nicolás
 Oviedo C., Raúl G.
 Ochoa Reina, Efraín
 Oviedo Padilla, Guillermo
 Osejo Paz, Gloria
 Orellana M., J. Humberto
 Orellana, Carlos Alberto
 Oliva Barralaga, Roberto
 Oliva Aguilar, Marco Tulio
 Oviedo Meza, Lisandro
 Oviedo Pineda, Antonio
 Ortega Ordóñez, León Adalid
 Ortega Matamoros, Julio César
 Ochoa Alcántara, Ricardo
 Ochoa Valle, José María

"P"

Pascua Leiva, Herman
 Peraza Casaca, J. Antonio
 Peña Zelaya, Guillermo
 Pineda Tábora, Manuel
 Pereira, J. Ramón
 Ponce Ochoa, Marco Antonio
 Pastor Zelaya, Rodolfo
 Portillo G., Carlos F.
 Pavón Leiva, Rafael Antonio
 Pavón Lagos, Héctor Eduardo
 Pacheco Reyes, Jorge Alberto
 Paredes Regalado, Leandro S.
 Pineda Muñoz, Carlos Alberto
 Pavón Aguilera, Armando
 Pinto Mejía, José
 Palma Molina, Jacobo
 Ponce Ochoa, Marcial
 Pérez Izaguirre, José Antonio
 Ponce Tejeda, Felipe
 Paredes P., Manuel Armando
 Pineda Coello, Mario
 Pineda Fasquelle, Constantino
 Paredes Toro, Salvador Ramón
 Paz Rivera, José Trinidad
 Pineda Contreras, Octavio
 Pérez Izaguirre, Manuel de Jesús
 Pineda Santos, F. Humberto
 Paredes P., Francisco Otomán
 Pino Montes de Oca, Emilio Roy
 Pavón Muncada, Mario
 Ponce de Avalo, Reinaldo
 Paredes Escoto, Marco Antonio
 Pinto González, Ernesto Antonio
 Pérez Estrada, Alberto Vicente
 Pineda Escoto, José David
 Paz Rivera, Juan
 Paredes Toro h., Salvador Ramón

"R"

Rivera Reyes, Manuel de Jesús
 Reyes de Paz, Olga
 Ramírez Alfaro, Rigoberto
 Raquel Sánchez, Pompeyo
 Reyes Berlioz, Rodolfo
 Reyes Vásquez, Jorge Isaac
 Rodríguez A., Reynaldo

Ramos Reina, Luis Vidal
 Raudales de Midence, Martha
 Rivera Williams, Carlos
 Rivas Alvarado, Carlos
 Rivera Reyes, Oscar Armando
 Rivas Bustamante, Gustavo A.
 Rivera Miyares, Jorge Alberto
 Raudales Alvarado, Rodolfo A.
 Romero Madrid, Manuel
 Rivera Medina, Carlos Humberto
 Raudales Barahona, Oscar
 Riera Hotta, Abraham
 Rivera Henry, Julio C.
 Romero Madrid, Raúl Manuel
 Reyes Soto, Joaquín
 Rodríguez O., Conrado Ernesto
 Rodríguez Soto, Gonzalo
 Rivera Cáceres, José Augusto
 Rivera Domínguez, Presentación
 Rivera Suazo, Edgardo
 Rivas, Mario Catarino
 Rodríguez, Benjamín
 Rivera N., José Benjamín
 Rivera Vallecillo, M. Jesús
 Reyes Quezada, José Lisandro
 Rivera Fajardo, Elio
 Rivera Reyes, Roberto
 Rodríguez Izaguirre, Rigoberto
 Rodríguez Leiva, Saúl
 Ramos Funes, Carlos Ventura
 Ramírez, Marco Antonio
 Rivas García, José Armando
 Ruiz Leiva, Rafael
 Ramírez Castañeda, Orlando
 Rosales Colindres, Martín U.

"S"

Sosa Vidal, Jesús
 Salvadó Aguilar, Ramón
 Sosa Alvarado, Manuel Esteban
 Sandoval Pineda, Manuel Antonio
 Sánchez Guevara, Angel Porfirio
 Suazo Córdova, Roberto
 Sabillón Leiva, Juan
 Seaman Reyes, Julio
 Salgado Martínez, Humberto
 Salgado Molina, César Rodolfo
 Sarmiento Soto, Manuel
 Sierra Andino, Carlos
 Sarmiento Acosta, Luis Alonso
 Sikaffy Talamas, Jesús
 Sequeiros Verde, Manuel
 Sierra Lagos, Rafael Enrique
 Saybe Cabús Jorge Martín
 Sibrián C., Laudelino
 Suazo Bulnes, Aristides
 Samra Saykaly, Luis
 Sosa Vidal, Marco Antonio
 Solís Pinto, Carlos A.
 Sierra García, Donald
 Sierra Martínez, Miguel Angel
 Sandoval Cáliz, Wilfredo
 Samayoa, Enrique Octavio
 Sarmiento Soto, Marco Antonio
 Sarmiento Soto, Ramón Alberto
 Sierra Martínez, Edgardo
 Sabillón Rivera, Oscar Rolanda

Sevilla Rivera, Marco Antonio
 Silva de Rivas, María Elena
 Silva Godoy, José Luis
 Salinas Portillo, José Luis

“T”

Talavera Westin, Eduardo
 Táborá Bautista, José Eliseo
 Torres Wills, Carlos Arturo
 Torres Wills, Manuel Antonio
 Tercero Mendoza, Rafael Antonio
 Tróchez Sabillón, Gonzalo
 Tinoco Araya, Eduardo
 Torres Padilla, Benjamín
 Tomé Abarca, Fernando

“U”

Ulloa D., Miguel A.
 Ulloa P., Angel Augusto
 Ulloa Vásquez, Ernesto

“V”

Valladares Rivera José Erasmo
 Voto Delgado, José
 Valladares Lemaire, Juan René
 Velásquez Láinez, Armando
 Vargas Funes, Angel Donoso
 Vaquero Muñoz, Luis
 Vásquez Rodríguez, José Octavio
 Villeda Soto, Juan José
 Velásquez V., Victor Manuel
 Valerio Pazzetti, José René
 Venegas Flores, Arturo Joaquín
 Villanueva Doblado, Jorge Alberto
 Vallecillo Toro, Gaspar
 Valle Mejía, Carlos Aristides
 Villela Vidal, Ricardo
 Vidal Soto, César Antonio
 Vindel Serrano, Ramón Pedro
 Valle Mendieta, Teodora
 Vallecillo Toro, Octavio César
 Velásquez Suazo, Fausto

Villeda Chinchilla, Roberto
 Varela Mejía, Fausto José
 Velásquez G., José Ramón
 Villafranca Soto, Terencio
 Villela A., Miguel Angel
 Villeda Morales, José Ramón
 Valenzuela, Juan Ramón
 Villalobos Castillo, Juan Roberto
 Vásquez, Jesús Alberto
 Velásquez Cruz, Danilo
 Vides Turcios, Marcial
 Valenzuela Guerrero, Rodolfo
 Valle Sigüí, Héctor Augusto
 Vallejo Laríos, Victor Manuel
 Vijil Osorio, Julio César
 Vijil González, Max Alonso

“Y”

Ynestroza López, Luis
 Youngberg Strephen, Aaron

“Z”

Zelaya Appel, Julio Antonio
 Zelaya Flores, Juan Evangelista
 Zúñiga Durón, Silvio Renato
 Zelaya Smith, Jorge M.
 Zúniga, César Augusto
 Zelaya Ramírez, Angel
 Zelaya Flores, Juan Evangelista
 Zúniga Díaz, Gustavo Adolfo
 Zepeda Raudales, Adán
 Zavala Castillo, Octavio
 Zepeda Turcios, Roberto
 Zavala Chirinos, Alejandro
 Zavala Sandoval, Reynaldo Omar
 Zelaya Pinel, Arturo
 Zepeda V., Francisco Salomón
 Zúniga Ortega, Raúl Enrique
 Zelaya Martínez, Rafael
 Zambrana Castillo, Mario Alfredo
 Zúniga Lagos, Alejandro
 Zúniga h., Gustavo Adolfo
 Zúniga Amador, Darío
 Zerón Ortega, Roberto

Colegio Médico de Honduras

JUNTA DIRECTIVA 1967-1968

PRESIDENTEDR. RAMON CUSTODIO L.
 VICE-PRESIDENTEDR. OCTAVIO ZAVALA C.
 SECRETARIODR. SILVIO RENATO ZUNIGA
 PRO-SECRETARIO
 TESORERODR. FRANCISCO ALVARADO S.
 PRO-TESORERODR. FERNANDO TOME ABARCA
 FISCALDR. ENRIQUE O. SAMAYOA
 VOCAL 1º.....DR. ALBERTO C. BENDECK N.
 VOCAL 2º.....DR. M. JESUS RIVERA R.

COMITE DE VIGILANCIA

DR. CARLOS RIVERA WILLIAMS
 DRA. ZULEMA CANALES Z.

TRIBUNAL DE HONOR

PROPIETARIOS:
 DR. JOSE MARTINEZ ORDOÑEZDR. JULIO C. BATRES PINEDA
 DR. MANUEL CARRASCO FLORESDR. CARLOS M. GALVEZ
 DRA. EVA MANHEIM DE GOMEZDR. SALOMON PAREDES REGALADO
 DR. NICOLAS ODEH
 SUPLENTES:
 DR. CANDIDO MEJIA CASTRODR. AUGUSTO RIVERA CACERES

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

PRESIDENTEDRA. EVA M. DE GOMEZ
 SECRETARIODR. ENRIQUE SAMAYOA
 TESORERODR. JOSE CASTRO REYES

ASOCIACION HONDUREÑA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DEL TORAX

PRESIDENTEDR. CANDIDO MEJIA CASCO
 SECRETARIODR. J. AUGUSTO RIVERA CACERES
 TESORERODR. RAUL FLORES FIALLOS

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y NEUROCIROLOGIA DE HONDURAS

PRESIDENTEDR. RAFAEL MOLINA CASTRO
 SECRETARIODR. MANUEL ESTEBAN SOSA
 TESORERODR. R. ASDRUBAL RAUDALES A.

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION DE PATOLOGIA Y RADIOLOGIA CLINICAS

SECRETARIO GENERALDR. JORGE RIVERA
 TESORERODR. RAMON PEREIRA

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION QUIRURGICA DE HONDURAS

PRESIDENTEDR. JOSE GOMEZ MARQUEZ
 SECRETARIODR. LUIS SAMRA
 TESORERODR. ANTONIO BERMUDEZ MILLA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PRESIDENTEDR. J. NAPOLEON ALCERRO O.
 SECRETARIODR. ENRIQUE AGUILAR-PAZ
 TESORERODR. ARMANDO MEJIA DEL CID

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION PEDIATRICA HONDUREÑA

SECRETARIODR. R. ASDRUBAL RAUDALES A.
 TESORERODr. DANILO CASTILLO M.
 PRESIDENTEDR. JOSE ELISEO TABORA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

PRESIDENTEDR. CESAR A. ZUNIGA
 SECRETARIODR. ANTONIO BERMUDEZ MILLA
 TESORERODR. FRANCISCO MONTES

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION HONDUREÑA DE NEUMOLOGIA
Y CIRUGIA DEL TORAX

PRESIDENTEDR. RAUL FLORES FIALLOS
 SECRETARIODR. EDGARDO GIRON M.
 TESORERODRA. EVA MANNHEIM DE GOMEZ

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGIA

PRESIDENTEDRA. ZULEMA CANALES Z.
 SECRETARIODR. J. MANUEL ECHEVERRIA F.
 TESORERODR. ARMANDO RIVERA R.

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DE HONDURAS

PRESIDENTEDRA. MARTA R. DE MIDENCE
 SECRETARIODR. HUMBERTO RIVERA
 TESORERODR. ELIAS FARAJ

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA

PRESIDENTEDR. HECTOR LAINEZ N.
 SECRETARIODR. CARLOS SIERRA ANDINO
 TESORERODR. RIGOBERTO ALVARADO L.

ASOCIACION HONDUREÑA DE MEDICOS SANITARISTAS

PRESIDENTEDR. ALBERTO GUZMAN B.
 SECRETARIO DEL INTERIORDR. ANGEL PORFIRIO SANCHEZ G.
 SECRETARIO DEL EXTERIORDR. JULIO A. GONZALEZ
 TESORERODR. CARLOS A. PINEDA

DIRECTIVAS Y SOCIOS

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA SAMPEDRANA

PRESIDENTEDR. HERNAN PASCUA L.
 SECRETARIODR. ALBERTO E. HANDAL
 TESORERODR. JOSE VOTO

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA CEIBENA

PRESIDENTEDR. MARCIAL VIDES TURCIOS
 SECRETARIODR. TOMAS GARCIA ERAZO
 TESORERODR. E. LAFFITE MARTINEZ