Revista
MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

FUNDADA EN 1930

Sumario

EDITORIAL: Relación Médico Paciente — Pág.
Dra. María Helena Silva de Rivas 148

Obliteraciones crónicas del sector fémoro-popliteo
Dr. José Gómez-Márquez G. 150

Importancia del pneumoperitoneo en el diagnóstico del absceso hepático amebiano propagado a pulmón
Dres. Eva M. de Gómez y Edgardo Alonzo M. 167

Urgencias proctológicas
Dr. Mario G. Castejón 175

Hipertensión arterial a través de las edades. Revisión bibliográfica de su evolución
Dr. Carlos Sierra Andino 184

El Aborto en el Hospital del I.H.S.S. de Tegucigalpa
Dr. Elías Alejandro Faraj 191

Complicaciones post-operatorias en cirugía abdominal
Dres. Silvio R. Zúñiga y José Gómez-Márquez G. 200

Defibrilación ventricular por medios mecánicos
Dr. Marco A. Bográn 213

Fallas en el Certificado Médico
Dr. Gabriel H. Aguilar 217

Sección Extractos de Revistas 219

Perlas de la Historia de la Medicina
Dr. Alfredo León Gómez 222

Sección Gremial 226

A los colaboradores 230

VOL. 42 — Nº 3

JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE-1974

XI CONGRESO CENTROAMERICANO DE DERMATOLOGIA
del 5 al 10 de noviembre de 1974 - Tegucigalpa

XIX CONGRESO MEDICO NACIONAL
del 5 al 8 de febrero de 1975 - Choluteca

LOPEZ Y CIA. TEGUCIGALPA

Revista

MEDICA HONDURENA

(2? Época) ÓRGANO DEL
COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

MARÍA HELENA SILVA DE RIVAS
Director

ALFREDO LEÓN GÓMEZ
Secretario

Cuerpo de Redacción:

GUSTAVO ADOLFO ZUNIGA h.
GASPAR VALLECILLO h.
PEDRO FIALLOS
MARCO A. BOGRAN

Administración: "COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS"

Oficina "Colegio Médico de Honduras", Tegucigalpa, D. C. Tel. 22-5466
Apartado Postal N<> 810

SE SOLICITA CANJE

Imprenta LÓPEZ Y CÍA.

EDITORIAL

Relación Médico Paciente

***Cuántas** veces hemos oído **a** nuestros pacientes: "Doctor, sólo de verlo me siento mejor". "Sólo Ud., Doctor, puede aliviarme y me aliviará". Sentimos que tenemos garantizado el éxito y que un 90% de la curación está en marcha. ¿Por qué con otros pacientes no nos ocurre lo mismo? ¿Por qué la relación interpersonal no se establece así? ¿Qué nos falta y en qué fallamos ante otros pacientes?*

Para entender y explicar eso debemos tratar de comprender que somos seres humanos antes que médicos y que por tanto no carecemos de las mismas dificultades y anormalidades que nuestros pacientes.

Cuando una persona busca a un médico, lo hace porque se siente enferma. Toda disfunción orgánica desencadena en el enfermo una reacción de su personalidad; si el individuo ha logrado llegar a un estado de madurez satisfactorio su reacción será pequeña y la disfunción orgánica aparecerá sola y predominantemente. Sin embargo, si este estado de madurez no fue alcanzado, el paciente reacciona dejando a flote sus temores infantiles ligados[1] a la destrucción, a la muerte. El miedo y la angustia, el temor a la muerte, llevan a estos individuos a desarrollar fantasías inconscientes que se agregan a la disfunción orgánica. Estas fantasías se pueden presentar en el sentido de la negación total de la enfermedad o en el sentido de exagerar su sintomatología pudiendo a veces hasta enmascararla. Debido a ésto tenemos enfermos y no enfermedades en cada paciente.

El comportamiento psicológico del paciente desarrollará en el médico una serie de reacciones que serán bien o mal manejadas por éste dependiendo también de su grado de madurez, de su motivación para escoger su profesión. Si éste conoce sus limitaciones, puede aceptar al paciente tal como es, puede establecer con éste un tipo de relación amigable, agradable, de apoyo.

Si, analizando el caso opuesto, el médico no ha resuelto sus problemas de inmadurez, está dominado por ideales de perfección y narcisismo, él no puede, aunque esté armado con un gran arsenal médico-científico aceptar a su enfermo así como le viene, generando situaciones de intolerancia que llevan a un distanciamiento gradual del paciente. Este médico tiene la necesidad compulsiva de CURAR y se frustra cuando el paciente no mejora rápidamente.

Las motivaciones conscientes e inconscientes influencian de manera profunda el encuentro médico-paciente. Cuanto más desamparado se siente el paciente más tenderá a crear fantasías en un plan mágico en relación al médico, atribuyendo a éste una capacidad poderosa, pasando a exigir del médico un milagro, colaborando poco en su curación. Si el paciente presenta una reacción psicológica menos intensa en relación a su disfunción, predominando su cuadro orgánico, éste colaborará con el médico empeñándose en comprender su disfunción y cumpliendo las prescripciones con el afán de mejorar, aliviando así su tensión emocional. La relación médico-paciente se establece de manera equilibrada y satisfactoria. De esta manera vemos que el médico tiene en sus manos armas, que si las maneja adecuadamente, puede conseguir resultados muy importantes. Es la acción psicoterápica del médico, resolviendo las fantasías infantiles del paciente predisponiéndolo a auxiliarlo en el tratamiento, no asumiendo papeles que el paciente quiera atribuirle.

Blaya (1) refiriéndose al tema de la relación médico-paciente apunta como cualidades fundamentales que debe tener o adquirir el médico en su trato con el paciente las siguientes:

I-—Orientación científica apropiada de su personalidad, donde "los trazos mágicos son mínimos".

2. —Aceptación del paciente tal y como es.

3. —Deseo sincero de ayudar al paciente a comprender mejor su enfermedad y su regresión.

4. —Tener conocimientos científicos y técnicos que lo hagan apto para el desempeño de su función en relación a la enfermedad y a la regresión que ella genera. 5. —Disponer del tiempo necesario, de espacio adecuado y agradable, y material Adecuado para su trabajo con el enfermo.

Una vez analizados todos estos puntos podríamos tratar de analizar nuestra conducta con nuestros pacientes ya sea en las clínicas de asistencia del Estado, en las clínicas privadas, en los hospitales.

La imagen que el pueblo tiene del médico está muy deteriorada, cargada de falsos conceptos, de malas impresiones.

¿Dónde está la causa de eso? Creemos fundamentalmente que eso es debido a una mala relación médico-paciente, a la posición omnipotente en que se pone el médico haciéndose sentir al paciente como si fuera un ser muy superior, pero al cual éste descubre pies de barro. ¿Cuánto tiempo[1] dispensamos a nuestros pacientes en nuestras consultas? ¿Nos interesamos por él como un ser humano integral?

La tarea es ardua y difícil, pero es necesario rehabilitar la imagen del médico. El paciente se siente ignorado, considera que sus necesidades no son tomadas con la debida importancia y eso genera en él agresividad contra su facultativo y viene una interminable serie de cambios de profesionales, de tratamientos, no llegando casi nunca a curarse.

El resultado de ésto es el descrédito científico del profesional pues por banalidades van muchos pacientes a consulta al exterior, llevando hasta fuera de nuestras fronteras su desconfianza y su inconformidad así como el desprestigio de la clase médica.

Es imperioso que se tenga del paciente una visión integral no menospreciando sus síntomas psíquicos y dándoles tanta importancia como a los orgánicos, brindando una atención integrada de manera que el paciente sienta en su médico a un amigo antes que todo, un apoyo y un medio para llegar a la SALUD.

La Escuela de Medicina es la que está llamada a dar a loS[1] nuevos profesionales médicos esta orientación para que poco a poco vaya cambiando la posición del médico y pase a ocupar el puesto que verdaderamente le corresponde dentro de la sociedad, mereciendo el respeto y la consideración de todos, inclusive su PROPIO respeto.

MARÍA HELENA SILVA DE RIVAS

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

(1) Blaya, M. A acao psicoterápica do clínico. Arquivos de Gastroenterología, Vol. 4, N[1]? 3, Julhoa setembro 1967.

Obliteraciones Crónicas del Sector Femoro - Poplíteo

(REVISIÓN DE 75 CASOS)

Dr.- José Gómez-Márquez G. (*)

En el curso de los años, nos ha preocupado el problema relativo a las obliteraciones crónicas del sector **fémoropoplíteo,** porque, en nuestro ambiente, esta patología se presenta en un estado muy avanzado y por lo tanto los beneficios *que* se !e pueden ofrecer al enfermo son mediocres, obteniendo un índice de pérdida de miembros muy elevados.

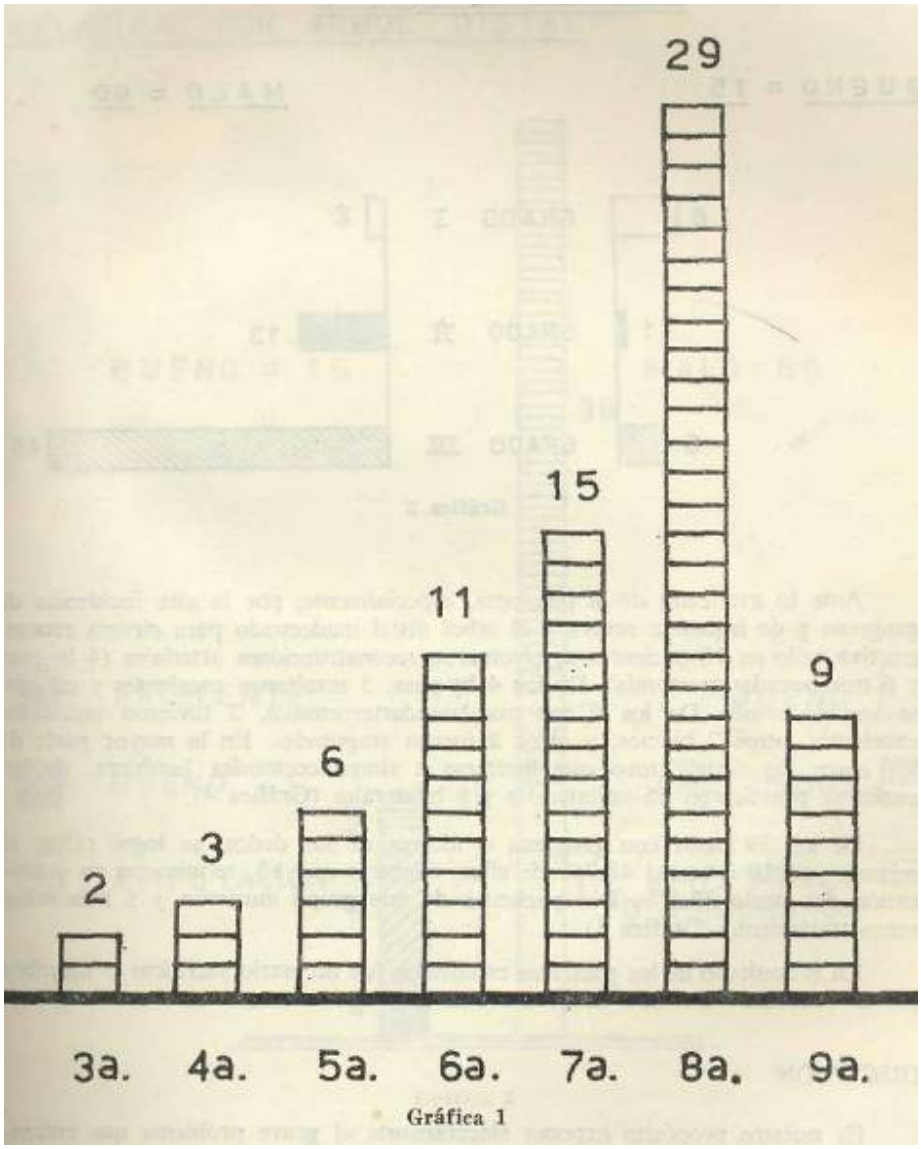
MATERIAL

Nuestra casuística se refiere a *un* total de 75 enfermos, escogidos en forma indiscriminada.

Encontramos una distribución de sexo, que corresponde a 59 pacientes masculinos (78.6%) y 16 femeninos (21.3%). Las décadas más afectadas resultaron la 7ª (20.1 %) y la 8ª (38.6%) (Gráf. N? 1). Del total de 75 pacientes considerados. 12 eran diabéticos (16.1%) y de diez pacientes de clientela privada, 3 eran diabéticos, lo cual parece indicar que la proporción de la diabetes entre enfermos de mejor condición socio-económica, es más alta- Del total de 75 casos, sólo 4 fueron considerados como tromboangeítis obliterante (5.3%). Sólo 10 pacientes (13.3%) se presentaron por claudicación intermitente. Los demás llegaron con úlceras, 14 de ellos (18.6%); otros 14 con isquemia casi siempre severa y 37 (49.3%) con gangrena, de los cuales en 28. estaba limitada a los dedos y en 9 estaban afectos el píe o la pierna. La sintomatología fue bilateral en 22 enfermos. Todos los enfermos fueron estudiados arteriográficamente y se hizo hincapié en el estado del árbol arterial **dista!,** considerándose éste "BUENO", cuando presentaban por lo menos dos arterias claramente permeables y asimismo se catalogó árbol arterial "MALO" cuando no eran visibles radiológicamente dos arterias por lo menos; cuando éstas, aun siendo visibles, estaban afectadas de arteriosclerosis notable o cuando la circulación distal se efectuaba únicamente por colaterales. Sólo 15 casos tenían un árbol arterial aceptable, mientras que en el resto, 60, se consideró pobre y por lo tanto, en principio, inadecuados para cirugía arterial reconstructiva. Entre los 15 pacientes con árbol distal aceptable, habían 8 con claudicación intermitente, 1 con isquemia moderada, 2 con úlceras y 4 con gangrena y en ellos se obtuvo, en 4 casos, una reconstrucción arterial excelente con reaparición de pulsos dístales; 9 fueron considerados como buenos resultados; en dos fue necesario amputar muslo.

(*) Jefe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital General de **Tegucigalpa.** Cirujano Vascular del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Profesor de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas. Cirujano General y Vascular de La Policlínica, S. A.

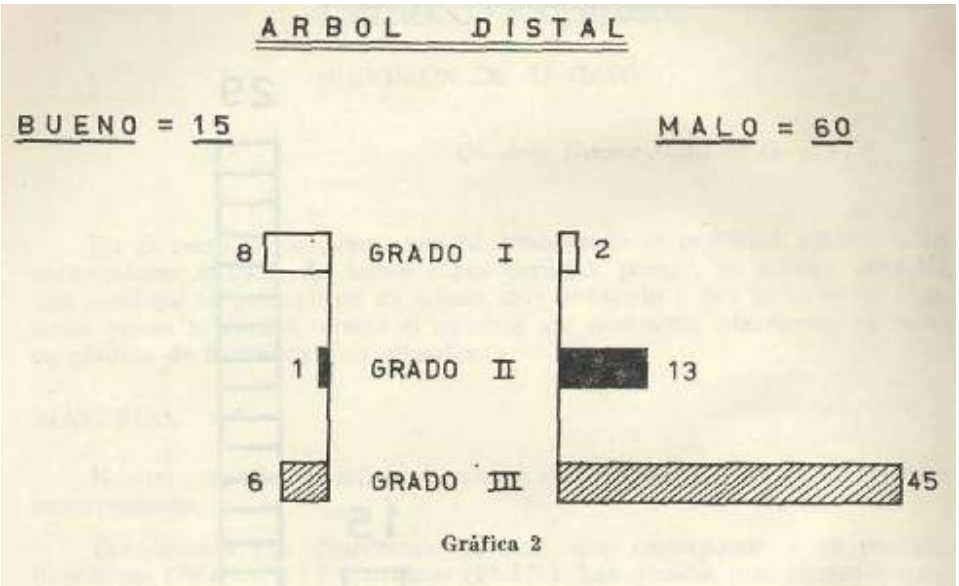
FRECUENCIA POR DÉCADAS



Gráfica 1

Entre los 60 casos con árbol distal pobre, dos tenían claudicación intermitente, 13 isquemia de diverso grado, 12 úlceras y 33 gangrena. En este grupo, se obtuvieron 17 resultados buenos; hubo necesidad de amputar dedos en 7 pacientes; el muslo en 23; 13 rehusaron tratamiento. Se consideraron resultados excelentes cuando hubo reaparición de los pulsos dístales; buenos, cuando en presencia

De claudicación intermitente ésta mejoraba o desaparecía y cuando las úlceras cicatrizaban; malos, cuando había necesidad de amputar muslo (Gráficas 2 y 3).



Gráfica 2

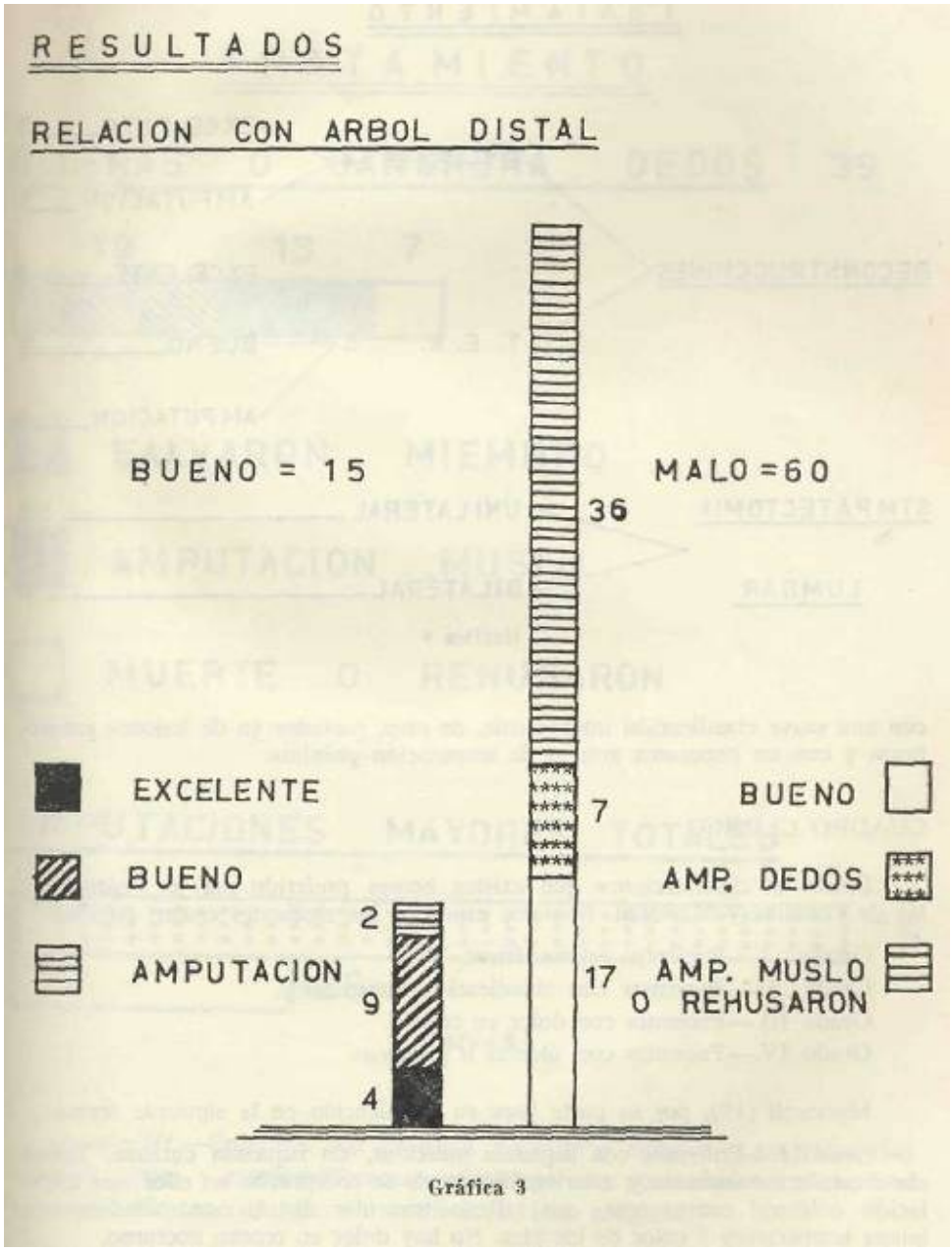
Ante lo avanzado de la patología, especialmente, por la alta incidencia de gangrena y de isquemia severa y el árbol distal inadecuado para cirugía reconstructiva, sólo en 10 pacientes se efectuaron reconstrucciones arteriales (4 by-pass y 6 tromboendarterectomía). De los 4 by-pass, 3 resultaron excelentes y en uno, se amputó muslo. De los 6 con tromboendarterectomía, 2 tuvieron resultados excelentes, otros 2 buenos, y otros 2 fueron amputados. En la mayor parte de los casos, La cirugía tuvo que limitarse a simpaticectomías lumbares, de las cuales se practicaron 55 unilaterales y 8 bilaterales (Gráfica 4).

De los 39 casos con gangrena o úlceras de los dedos, se logró salvar el miembro en 19 o sea el 48,7% de ellos, mientras que 13, terminaron en amputación del muslo 33.3%. Dos pacientes de este grupo murieron y 5 más rehusaron tratamiento (Gráfica 5).

En el conjunto de los pacientes estudiados fue necesario sacrificar el miembro por amputación del muslo en 26 o sea el 34,6%.

DISCUSIÓN

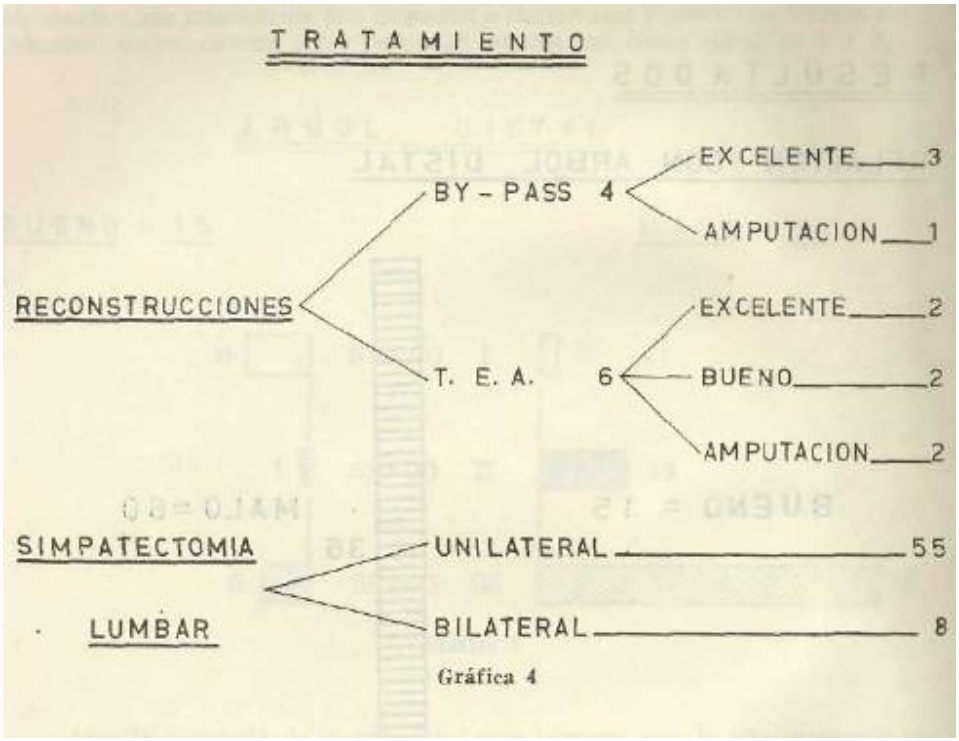
Es nuestro propósito exponer sinceramente el grave problema que enfrentamos en nuestro medio con lesiones arteriales obstructivas crónicas del sector fémoropopliteo, en vista del estado avanzadísimo de nuestros enfermos. Es necesario establecer, qué es lo mejor o lo menos malo, que se puede ofrecer a cada paciente según la situación en que se encuentra. No pretendemos en ninguna forma hacer alardes sobre técnicas quirúrgicas o de resultados brillantes, que, por otra parte, estuvimos bien lejos de alcanzar. Este pequeño trabajo nos sirve a modo de auto-crítica sobre la labor realizada con nuestros pacientes, compa-



Gráfica 3

rando la que desarrollaron autores de experiencia y capacidad reconocidas universalmente. Tal vez de todo esto pueda salir algo de provecho para el grave problema que confrontamos diariamente.

Antes que todo deberemos, para hablar en el mismo idioma, establecer los distintos estadios de la enfermedad en que se encontraban nuestros pacientes, ya que es muy distinto el manejo que puede ser aconsejable para un paciente



Gráfica 4

con una suave claudicación intermitente, de otro, portador ya de lesiones gangrenosas y con un panorama ante sí de amputación próxima.

CUADRO CLÍNICO

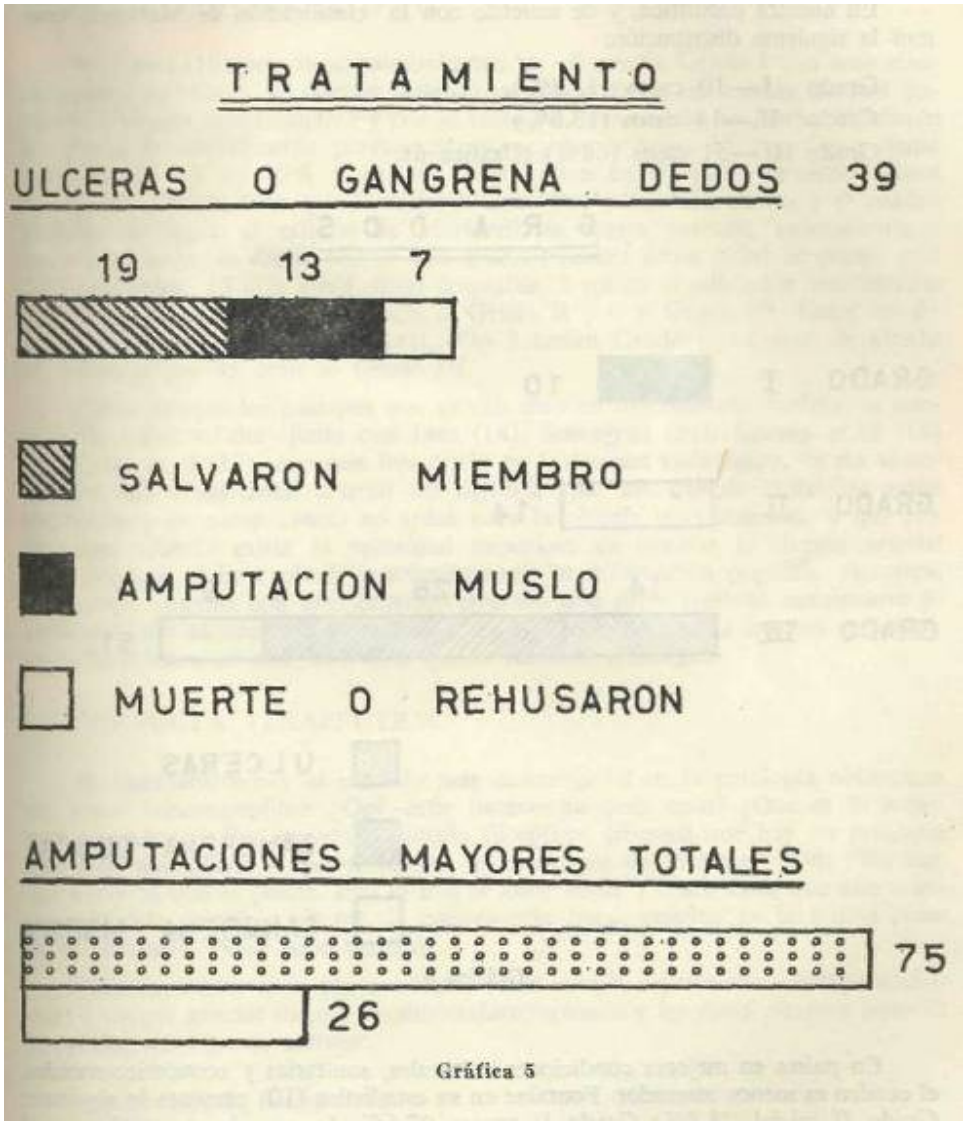
Entre las clasificaciones que existen hemos preferido por su objetividad, las de Fontaine y Martorell. Fontaine establece los siguientes cuatro estadios.

Grado I.—Pacientes asintomáticos.
Grado II—Pacientes con claudicación intermitente.
Grado III.—Pacientes con dolor en reposo.
Grado IV.—Pacientes con úlceras o gangrena.

Martorell (19), por su parte hace su clasificación en la siguiente forma:

Grado I.—Enfermos con isquemia muscular, sin isquemia cutánea. Tienen claudicación intermitente y arteriográficamente se comprueba en ellos una circulación colateral convergente, con relleno troncular distal, manteniéndose una buena temperatura y color de los pies. No hay dolor en reposo nocturno.

Grado //.—-Enfermos con isquemia muscular y cutánea, sin gangrena. Tienen isquemia muscular y cutánea; hay claudicación intermitente y radiológicamente se encuentra oclusión segmentaría y oclusión distal; la circulación colateral es de tipo divergente, sin relleno troncular distal. Los pies tienen cambios de tempe ratura y de color; hay úlceras y necrosis superficiales. Hay dolor nocturno en reposo. . . . . ■



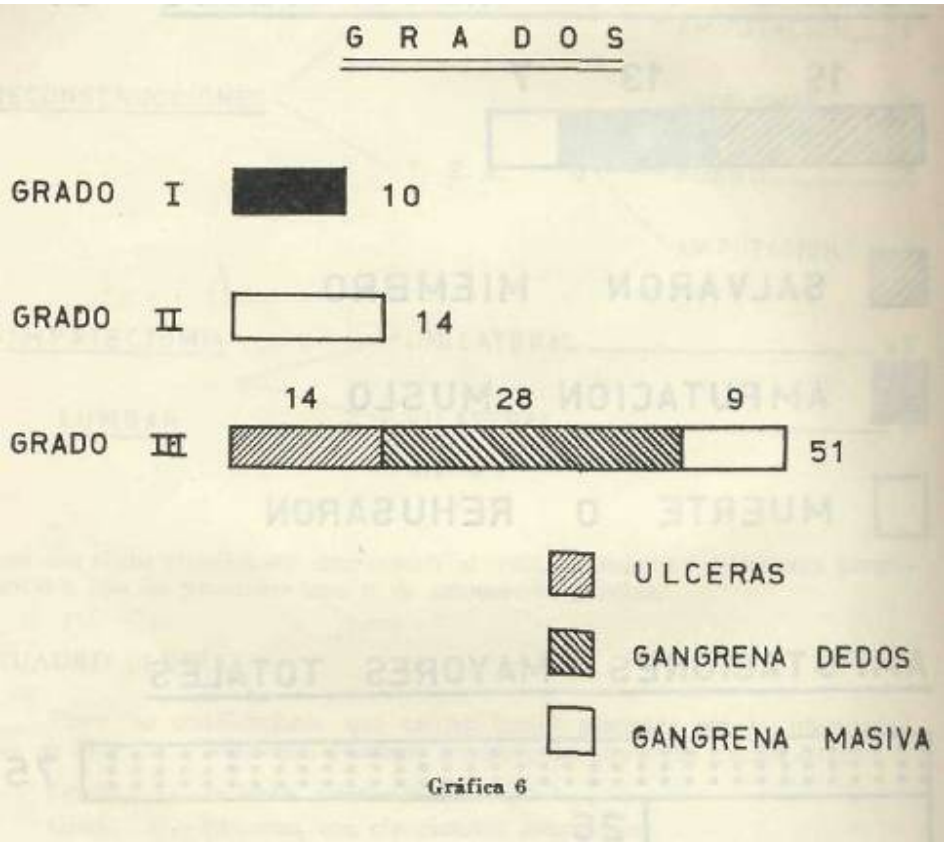
Gráfica 5

Grado lll.—Enfermos con isquemia muscular y cutánea y gangrena. Hay dolor en reposo y arteriográfícamente se caracterizan por oclusión intensa, con circulación colateral divergente e insuficiente- Hay gangrena.

Como puede verse, los grados II, III y IV de Fontaine y los grados I, II y III de Martorell corresponden entre sí bastante bien. Martorell no considera el grado I de Fontaine, asintomático. Como nosotros no podemos tener datos de pacientes asintomáticos, preferimos la clasificación de Martorell, que incluye además un concepto arteriográñeo que asimismo hemos considerado. Por eso hemos adoptado esta última.

En nuestra casuística, y de acuerdo con la clasificación de Martorell, tenemos la siguiente distribución:

Grado I.—10 casos (13.3%). Grado II.—14 casos (18.6%) Grado III.—51 casos (68%) (Gráfica 6).



Gráfica 6

En países en mejores condiciones culturales, sanitarias y económico-sociales, el cuadro es menos aterrador. Fontaine en su estadística (10) presenta lo siguiente: Grado II inicial, 28,3%; Grado II severo 27,6%, lo que da un total para el Grado II de 55,9%. El Grado III, con 23% y el Grado IV, con 19%, o sea, haciendo una grosera comparación con nuestra situación casi exactamente a la inversa.

En países menos desarrollados, el panorama es más sombrío.

Mercado, de la Argentina (20) con un número de pacientes semejante al nuestro (69 pacientes) refiere un 97.9% de ellos con gangrena de diversa extensión o úlceras.

Para Jaén, de Venezuela (14) lo avanzado de la mayor parte de sus 300 pacientes le permitió hacer cirugía directa solamente a 95, o sea el 36.6% de los casos.

Ef. ESTUDIO ARTERIOGRAFICO

Martorell (19) prescinde habitualmente de ello en su Grado I con solo claudicación intermitente, ya que de acuerdo con su criterio, no somete a estos pacientes a cirugía reconstructiva y por lo tanto no la considera necesaria. Siguiendo ;1 criterio de clasificación previamente apuntado, tuvimos 15 con árbol distal aceptable, o sea un 20% y en 60 casos, o sea en el 80% un árbol distal muy pobre. Quiere decir que la relación entre la clasificación clínica y el cuadro radiológico, según el criterio de Martorell, se ajusta bastante exactamente a nuestro hallazgo, es decir, 13.3(v con grado I contra árbol distal aceptable con *0'/(*. De éstos, 15 con árbol distal aceptable, 8 tenían claudicación intermitente solo, o sea Grado I; uno pertenecía al Grado II y 6 al Grado III. Entre los de árbol distal muy pobre, 60 en total, sólo 2 tenían Grado I; 13 eran de Grado I!, mientras que 45 eran de Grado III.

Como aunque los patrones son ciertos sólo en determinada medida, es conveniente hacer resaltar junto con Jaén (14), Sobregrau (24), Koontz et al (16) y Kuypers et al (17), que con frecuencia en la imagen radiológica, la no visualización del árbol distal arterial no significa que los troncos realmente estén obstruidos y en consecuencia no aptos para la cirugía reconstructiva, y que por lo tanto, cuando existe la necesidad imperiosa de intentar la cirugía arterial reconstructiva, debe explorar quirúrgicamente la trifurcación poplítea. Nosotros, aunque de acuerdo con este criterio, creemos que debe también consignarse lo contrario, que es aún más frecuente, y es el hecho de que la imagen radiológica es habitualmente más favorable que la realidad quirúrgica-

LA CONDUCTA TERAPÉUTICA

Es indudablemente, el capítulo más controversial en la patología obliterante del sector fémoropopliteo. ¿Qué debe hacerse en cada caso? ¿Qué es lo mejor para el paciente? Por su hondo sentido filosófico, creemos que hay un principio que debe mantenerse y que se resume en esta frase de Martorell (19): "No hay que hacer lo que se puede, sino lo que se debe hacer". Claro está, que aún manteniendo este principio vigente, la controversia puede resultar en la última parte de la sentencia: "Qué debe hacerse".

Ante la controversia tan candente, entre cirugía hiperemiante (simpaticectomía) y cirugía arterial directa (tromboendarterectomía y by-pass), veamos primero la opinión de algunos autores:

A) *Simpaticectomta lumbar*.

Moneada-Moneu (22) emplea la simpatícectomía como único recurso en las formas de arterieesclerosis difusas.

Malan (18) cuando hay lesiones múltiples así como cuando hay circulación colateral de la femoral profunda, y cuando el run-off es inadecuado; Siano Quirós (23). la considera imprescindible como acto previo a la cirugía reconstructiva; Fontaine con igual criterio (10), efectuó simpaticectomía lumbar previa a la reconstructiva en 713 casos; Alvarez (1) previo al by-pass y asimismo, cuando después de cuidadosos estudios se comprueba un run-off pobre o ausente en la porción distal de la poplítea y cuando el pulso distal está presente y la enfermedad reside en las pequeñas vías distales de la pierna y del pie, Fontaine (10) en el estadio II (suyo); Martorell en su estadio I cuando ha fracasado el tratamiento médico y en el estado II.

B) *Cirugía Reconstructiva.*

Hagamos una revisión de lo que opinan algunos autores, **(6-11-18-12-23-**10-25-9-4-13), de los resultados que obtienen (aunque no expresen muchas veces con claridad en que tipo de enfermos) y cuales son las condiciones que consideran necesarias para un buen pronóstico de esta cirugía y en todo caso, que tipo de cirugía reconstructiva prefieren.

Caldwelí et al (6) en su estadística, usa injertos venosos invertidos, habiendo sido la indicación en el 25% en enfermos con claudicación intermitente, otros 25% en enfermos con dolor en reposo y un 34% en pacientes con lesiones ulcerosas o gangrenosas.

Malan (18), la practica en los casos de obstrucción segmentaria limitada y en estos casos prefiere la tromboendarterectomía y excluye expresamente los pacientes con lesiones múltiples y los que tienen circulación colateral proveniente de la femoral profunda. Harjola et al (12) hizo 24 reconstrucciones fémoro-popliteas con 59% de buenos resultados. Siano Quirós (23) opina que la cirugía arterial directa es brillante en casos especiales únicamente y según él, a los 5 años sólo se mantienen permeables el 50% de las arterias tratadas con angioplastías. Para Fontaine (10), la cirugía reconstructiva demuestra fracasos primarios en el 2.1 % de los casos en estadio II (suyo) suave; en el 8.1% del estadio II severo, en el 20-7% en el estadio **III** y en el 27% del estadio IV y cree que la operación debería efectuarse preferentemente en el estadio II cuando la claudicación intermitente, bien tolerada hasta entonces, empieza a agravarse, sobre todo si no S3 ha compensado con la simpaticectomía.

Malan (18). cree también que a los 5 años sólo queda el 50% de arterias permeables después de la reconstrucción y que la agravación de las condiciones locales, debido a la obstrucción del by-pass alcanzan del 11 al 15% de los casos, con 15% de amputaciones secundarias.

Blumenberg et al (4) tiene 70%, de injertos venosos invertidos permeables en los pacientes que ha podido seguir por años; Troost et al (28) refiere el 20% de oclusiones tardías en 100 casos consecutivos de tromboendarterectomías con parche venoso. Sobre las preferencias de los autores por cierto tipo de cirugía reconstructiva, veamos algunas opiniones:

Suy et al (25) hace la tromboendarterectomía o el injerto venoso para la obstrucción de la trifurcación poplitea y condena para esta situación el injerto de Dacrón. Fontaine (9 y 10) se muestra en general partidario, cuando hay que hacer la cirugía reconstructiva, en el sector fémoro-popHteo, de la tromboendarterectomía o el injerto venoso, con los que obtiene resultados semejantes y prefiere reservar el Dacrón para las localizaciones aórtica e ilíaca.

Volmar (29) considera que primero debe hacerse la tromboendarterectomía y que si ésta fracasa, debe recurrirse al injerto venoso. Jean (14) sólo usa Dacrón cuando no puede usar injertos venosos en pontajes largos. Para Martorelí (19) la tromboendarterectomía no agrava las cosas aunque se obstruya de nuevo la arteria; el injerto venoso puede agravar la situación de fracasar, pero se tolera, y el injerto con Dacrón puede no tolerarse e infectarse y llevar a la amputación. Blanco et al (13) prefiere la tromboendarterectomía.

Nosotros creemos que si la cirugía reconstructiva está indicada, debe hacerse la tromboendarterectomía en segmentos relativamente cortos y cuando el paciente está en condiciones generales de poder soportar una operación más larga; si el

trecho obstruido es largo, usamos el injerto venoso invertido siempre y cuando podamos obtener una vena de esta longitud y con un diámetro adecuado. Reservamos el injerto de Dacrón en el caso de que las circunstancias antes mencionadas nos sean adversas. En todo caso, hemos tenido la misma experiencia de Siano Quirós (23) *y* de Moncada-Money et al (22) en el sentido de procurar hacer la anastomosis distal con sutura término-terminal después de haber comprobado !a obstrucción total poplítea, por considerar que la sutura se realiza en mejores condiciones y que se mantienen condiciones anatómicas y fisiológicas más adecuadas.

Consideramos que solamente se pueden sacar deducciones constructivas si valoramos la terapéutica de acuerdo con el estadio de cada paciente y de acuerdo con lo que_ debemos ofrecerle al paciente en relación con su sintomatología. La exposición de virtuosismo técnico, el suministro de estadísticas indiscriminadas sobre reconstrucciones arteriales, es de mucho lucimiento para el expositor, pero en sí, es un escaso aporte al manejo de este tipo de enfermos (Fig. 12 3 4 5a y 5b).

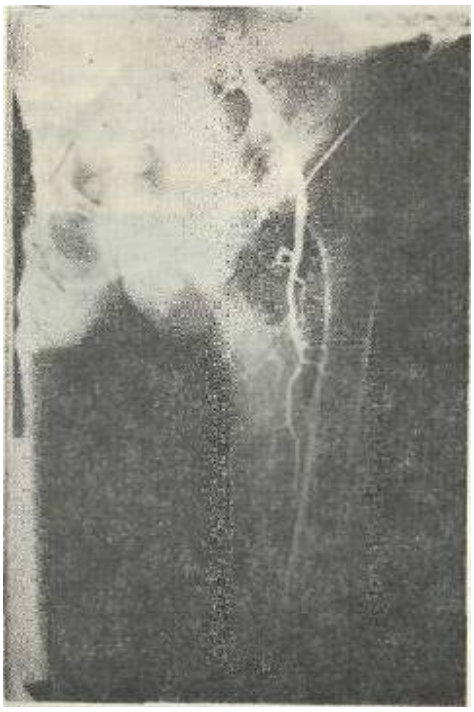


Fig. 1

Obstrucción femoral alta en ya que el árbol distal era inadecuado y por lo tanto no apta para cirugía reconstructiva.

Fig. 2

Obstrucción femoral segmentaria distal, apta para cirugía reconstructiva

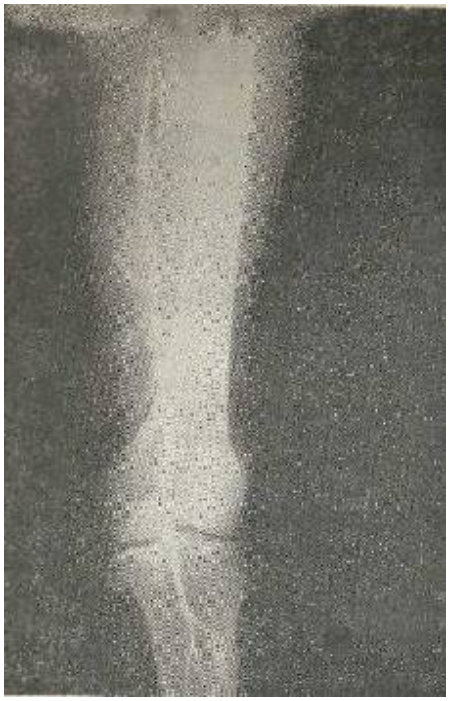


Fig. 3
Arteriografia femoral postoperatoria después de practicar tromboendarterectomía con parche venoso de la parte media de la arteria femoral.

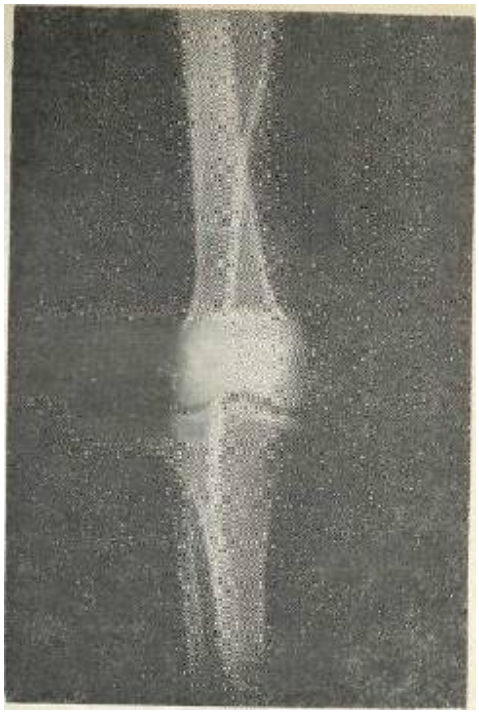


Fig. 4
Arteriografía femoral postoperatoria después de practicar tromboendarte recto mía con parche venoso de la artería poplítea.

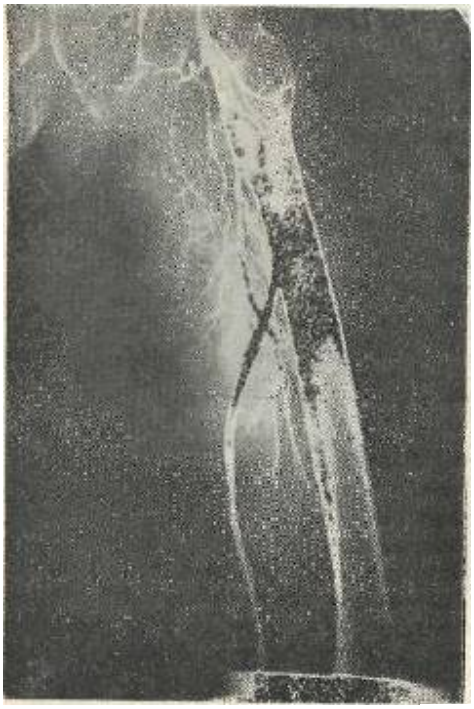


Fig. 5 a y b
Arteriografía femoral postoperatoria después de colocar un injerto de Dacron **femoro-popliteo.**

trecho obstruido es largo, usamos el injerto venoso invertido siempre y cuando podamos obtener una vena de esta longitud y con un diámetro adecuado. Reservamos el injerto de Dacrón en el caso de que las circunstancias antes mencionadas nos sean adversas. En todo caso, hemos tenido la misma experiencia de Siano Quirós (23) y de Moncada-Money et al (22) en el sentido de procurar hacer la anastomosis distal con sutura término-terminal después de haber comprobado la obstrucción total poplítea, por considerar que la sutura se realiza en mejores condiciones y que se mantienen condiciones anatómicas y fisiológicas más adecuadas.

Consideramos que solamente se pueden sacar deducciones constructivas si valoramos la terapéutica de acuerdo con el estadio de cada paciente y de acuerdo con lo que debemos ofrecerle al paciente en relación con su sintomatología. La exposición de virtuosismo técnico, el suministro de estadísticas indiscriminadas sobre reconstrucciones arteriales, es de mucho lucimiento para el expositor, pero en sí, es un escaso aporte al manejo de este tipo de enfermos (Fig. 1 2 ' 3 4 5a y 5b).

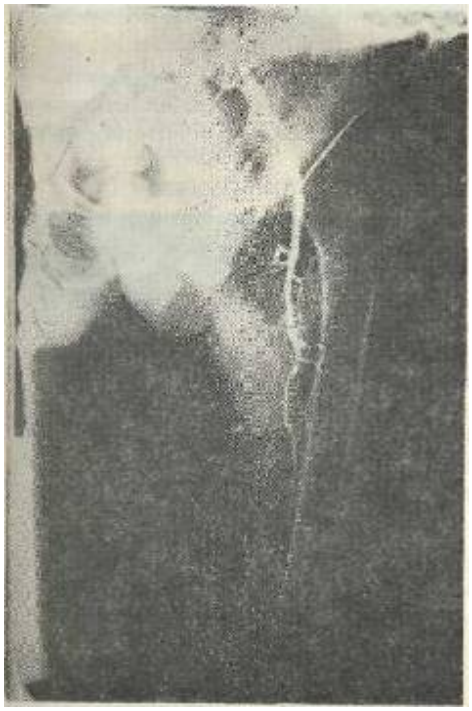


Fig. 1
Obstrucción femoral alta en la que e! árbol distal era inadecuado y por lo tanto no apta para cirugía reconstructiva.

Fig. 2
Obstrucción femoral segmentaria distal, apta para cirugía reconstructiva

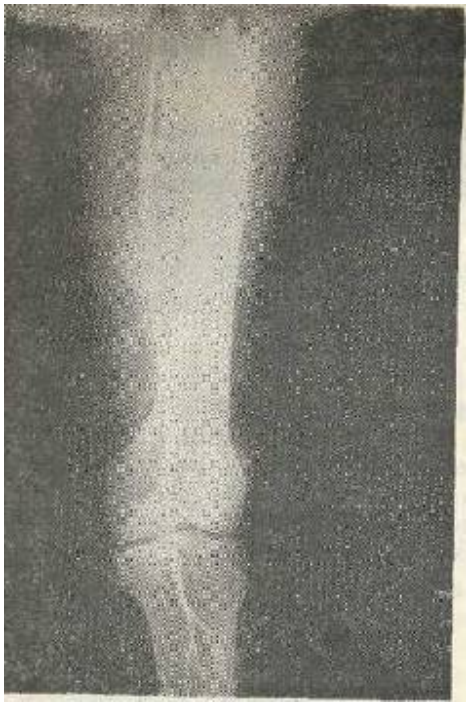


Fig. 3
Arteriografia femoral postoperatoria después de practicar tromboendarterectomía con parche venoso de la parte media de la arteria femoral.

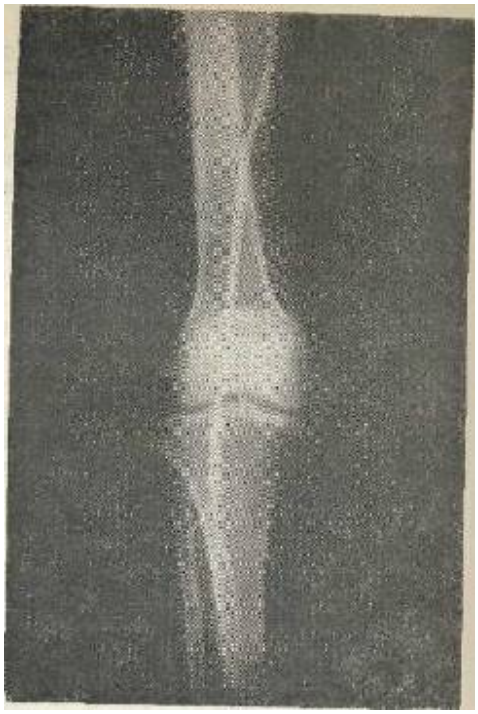


Fig. 4
Arteriografía femoral postoperatoria **después** de practicar tromboendarterectomía con **parche** venoso de la arteria poplítea.

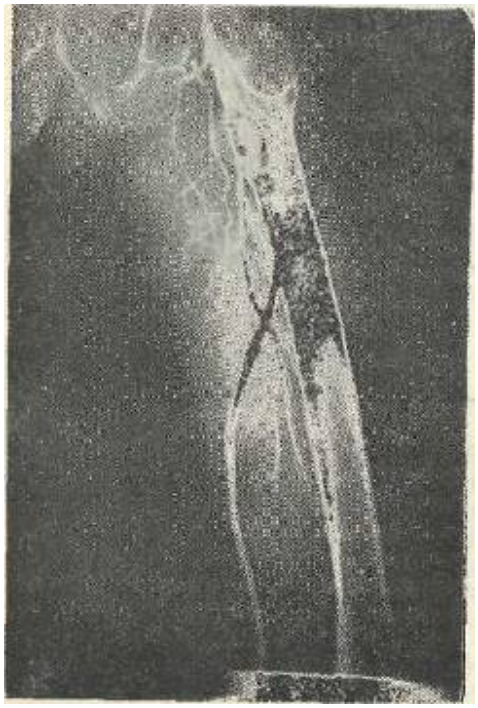


Fig. 5 **a** y b
Arteriografía femoral postoperatoria después de colocar un injerto de **Dacron femoro-popliteo.**

ANÁLISIS

Es indudable que no podemos aconsejar igual tratamiento en cada uno de los grados de pacientes afectos de oclusiones del sector fémoro-popliteo. Por ello, analizaremos la terapéutica en relación con los diversos grados:

Grado I de Fontaine. (asintomático), que Martorell! no clasifica precisamente por su cualidad de no dar manifestaciones- Cabe preguntarse con sentido de responsabilidad, si el mero hallazgo radiológico de una obliteración asinío-mática, autoriza al cirujano vascular a intervenir con un procedimiento arterial directo, que en todo caso sería el único recomendable aquí. Está la cirugía arterial suficientemente desarrollada y perfeccionada para someter a un paciente a riesgos más o menos grandes? ¿Podemos predecir cuál será la evolución de la enfermedad en el curso de los años?

Un portador de obliteración arterial puede vivir largos años sin que se vaya a traducir por patología incapacitarte. Consideramos que habrá bastante unidad de criterio al decidir que en este estadio, no cabe cirugía de ninguna clase.

Grado I de Martorell. Para Martorell (19), este estadio debe estar reservado para el tratamiento médico y solamente si este fracasa debe recurrirse a la simpaticectomía lumbar. Caldwell et al (6), en este período, aconseja la cirugía directa por las siguientes razones:

a) Porque ella no mejora enteramente en otra forma.
b) Porque ningún paciente suyo ha perdido la pierna por este procedimiento quirúrgico.
c) Porque la mortalidad es muy pequeña, y
d) Porque así, la recurrencia de la claudicación intermitente es muy baja y sólo tiene un 1,6% total de amputación.

Suy et al (25), expresa que Szilagy en 1960, no juzgaba adecuada la técnica de los injertos para la claudicación intermitente debido a las oclusiones femorales postoperatorias salvo cuando iba acompañada de síntomas incapacitantes, pero que este mismo autor, a partir de 1965, cambia de criterio y que preconiza la cirugía arterial directa e incluso afirma que la claudicación intermitente es la mejor indicación y que en cambio los resultados son decepcionantes cuando hay dolor en reposo o gangrena. Es evidente que en esta evolución de criterio son factores esenciales el aumento de la experiencia y el perfeccionamiento técnico.

Siano Quirós (23) preconiza el tratamiento médico para el grado I de Fontaine; para el período II (I de Martorell) la simpaticectomía, que debe asociarse a la angioplastía, cuando es necesario obtener restauración completa. Considera este autor que la simpaticectomía es generalmente satisfactoria aunque no brillante, y afirma obtener en un 15% una reducción de claudicación intermitente. Para Fontaine (7 y 10) en este estadio debe intentarse la simpaticectomía, la cual es generalmente suficiente y que la cirugía directa debe reservarse cuando el resultado con la simpaticectomía es insuficiente.

Nosotros, consideramos que en este estadio I, no es aconsejable en forma general aún la cirugía reconstructiva, porque si es cierto que puede rendir magníficos resultados, no es menos cierto que parece ser una cirugía muy riesgosa para una sintomatología relativamente menor. Pudiera reservarse, tal vez, para aquellos casos, muy bien seleccionados en los cuales la simpaticectomía no

mejora la situación y cuando por el tipo de ocupación del paciente, llegara a resultar una enfermedad incapacitante. En nuestra casuística, de los 10 casos que se presentaron con claudicación intermitente sólo en dos casos hicimos una tromboendarterectomía con resultado excelente, es decir recuperación de pulsos distales y desaparición de la sintomatología.

A los 8 restantes se les practicó simpaticectomía lumbar; de ellos cinco reaccionaron favorablemente, con franca disminución de su sintomatología. En tres no hubo mejoría aparente.

No debe esperarse en este grado la desaparición de la claudicación intermitente por medio de la simpaticectomía, aunque en muchos pacientes, mejora, pero si protegeremos al enfermo ante la eventualidad de una gangrena futura.

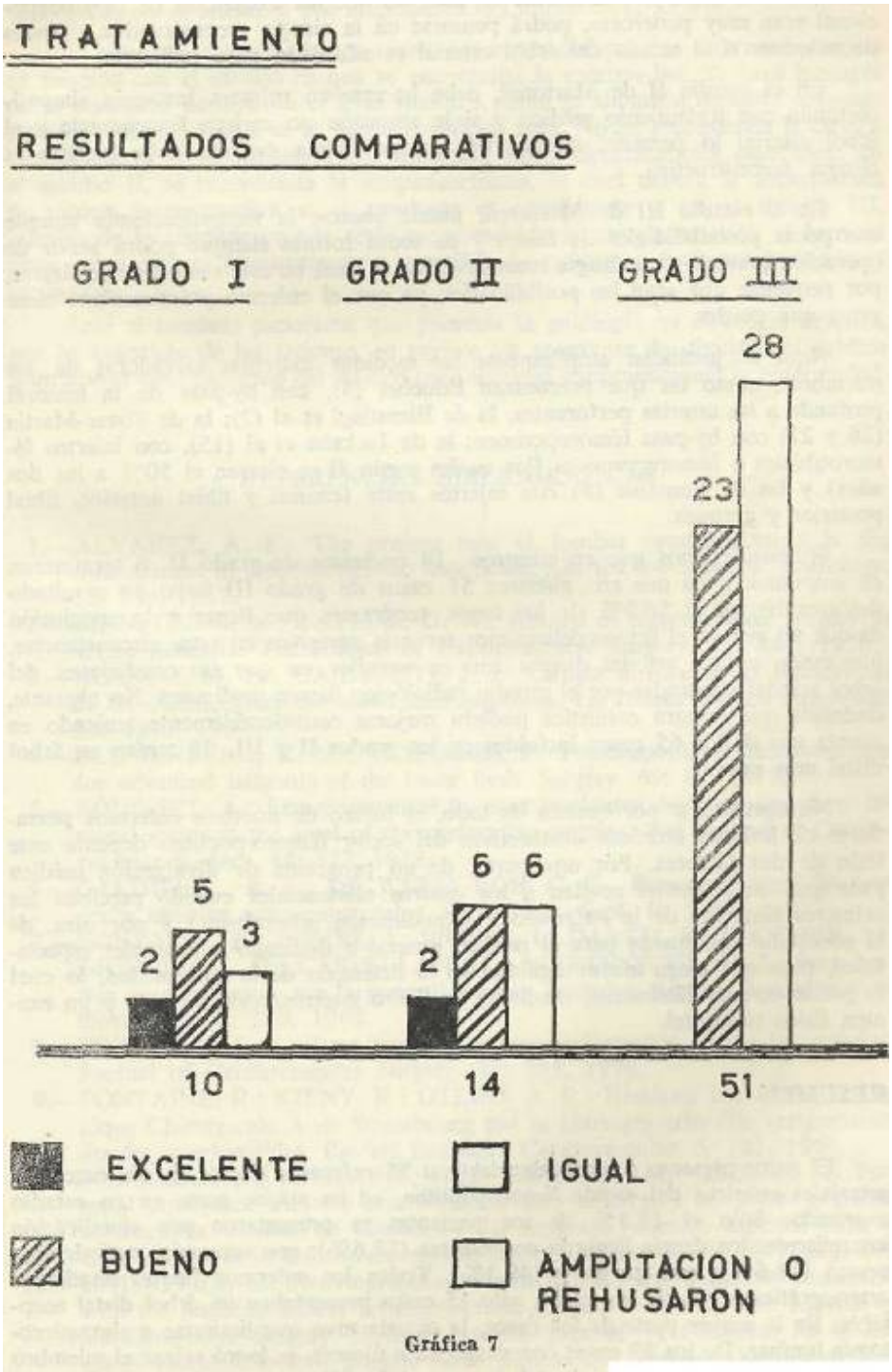
Grado II de Martorell.—En este estadio, Martorell recomienda la simpaticectomía, que según él debe ser pequeña, manteniendo al enfermo hipertenso y con tratamiento médico. Siano Quirós (23) recomienda la simpaticectomía lumbar más la angioplastia. Para nosotros, en estos casos, debe practicarse en primer lugar la simpaticectomía y esperar su resultado y si éste no es satisfactorio y la imagen radiológica es adecuada, debe hacerse un intento de reconstrucción arterial. Entre nuestros 14 pacientes con grado II sólo uno presentaba condiciones arteriográficas adecuadas para by-pass, el cual se practicó con resultado excelente; en otro, con árbol distal malo, se hizo también by-pass con resultado excelente y en los otros doce casos, con árbol distal malo, se practicó simpaticectomía, resultando seis casos favorables y otros seis terminaron con amputación de muslo.

Grado III de Martorell.—Es en el estadio en que todos estamos de acuerdo en que debe intentarse la cirugía reconstructiva. Lo malo es que en este estadio, que es cuando precisamente este tipo de cirugía está formalmente indicado, porque es cuando ya no hay nada que perder y es lícito someter al enfermo al riesgo correspondiente, es precisamente cuando es menos probable hallar las circunstancias anatómicas adecuadas para practicarla. Como decía Martorell, refiriéndose a la cirugía arterial directa: "cuando se puede, no se debe y cuando se debe, no se puede". Aunque tal vez, el concepto resulte demasiado general, es aplicable en su mayor parte. De nuestros 51 casos en este período, 6 tenían un árbol arterial distal aceptable y 45 muy pobre. 37 fueron sometidos a simpaticectomía lumbar; en 2 se hizo además tromboendarterectomía y 2 by-pass, uno con mal resultado y otro excelente (Gráfica 7)-

En siete casos cicatrizaron las úlceras, en 13 sólo se amputaron dedos; en 4 hubo amputación del ante-pie; 19 terminaron en amputación de muslo, 4 rehusaron tratamiento y finalmente 6 murieron. En otras palabras, de 51 enfermos con grado III, se obtuvo un resultado relativamente satisfactorio, con conservación del miembro en 23 casos o sea el 43.1% de ellos.

CONCLUSIONES

Hemos considerado que el problema de la obstrucción fémoropoplitea no puede ser tratada en miras a un beneficio positivo para el paciente, sino después de hacer un análisis del estadio en que se encuentra, de la valoración del cuadro arteriográfico y de las necesidades que, por razones de tipo profesional, tiene el paciente de una restauración total o parcial de su incapacidad. En el estadio I de Martorell, creemos que debe hacerse la simpaticectomía acompañada de


TRATAMIENTO
RESULTADOS COMPARATIVOS
GRADO I
GRADO II
GRADO III
28
23
6 6
5
3
2
2
10
14
51
EXCELENTE
IGUAL
BUENO
AMPUTACION O REHUSARON

Gráfica 7

tratamiento médico y, únicamente en caso de que las exigencias de tipo ocupacional sean muy poderosas, podrá pensarse en la cirugía reconstructiva, después de valorizar si el estado del árbol arterial es adecuado para realizarla.

En el estadio II de Martorell, debe hacerse en primera instancia simpaticectomía con tratamiento médico y si la situación no mejora francamente y el árbol arterial lo permite, aunque no sea en forma óptima, debe hacerse la cirugía reconstructiva.

En el estadio III de Martorell, puede hacerse la simpaticectomía aunque con pocas probabilidades de éxitos y de todas formas siempre podrá servir de operación previa a una cirugía reconstructiva, la cual en este caso debe realizarse, por pequeñas que sean las posibilidades, ya que el enfermo prácticamente tiene poco que perder.

Aquí se justifican ampliamente las medidas extremas salvadoras de los miembros, como las que preconizan Bouchet (5), con by-pass de la femoral profunda a las arterias perforantes, la de Bimstingl et al (2); la de Tovar-Martin (26 y 27) con by-pass fémoroperoneo; la de Jackson et al (15), con injertos fémorotibiales o fémoroperoneos (los cuales según él se cierran el 50% a los dos años) y las de Fontaine (8) con injertos entre femoral y tibial anterior, tibial posterior y peronea.

SÍ consideramos que en nuestros 14 pacientes de grado IF,, 6 terminaron en amputación, en que en nuestros 51 casos de grado III hubo un resultado desfavorable en el 56.9% de los casos, tendremos que llegar a la conclusión de que tal vez en el futuro deberíamos ser más agresivos en estas circunstancias, intentando cirugía arterial directa aun en aquellos en que Jas condiciones del árbol arterial mostradas por el estudio radiológico fueran mediocres. No obstante, dudamos que nuestra casuística pudiera mejorar considerablemente teniendo en cuenta que de los 65 casos incluidos en los grados II y III, 58 tenían un árbol distal muy pobre.

No obstante, y por encima de todo, el futuro de nuestros enfermos portadores de lesiones crónicas obstructivas del sector fémoro-popliteo depente ante todo de dos factores. Por una parte, de un programa de divulgación médica para que los pacientes acudan a los centros asistenciales cuando perciban los primeros síntomas de la enfermedad (claudicación intermitente) y por otra, de la educación continuada para el médico general o dedicado a cualquier especialidad, para que tenga mayor agilidad en la detección de la enfermedad, lo cual se puede obtener fácilmente, mediante un ligero interrogatorio dirigido y un examen fisico elemental.

RESUMEN

El autor presenta sus experiencias con 75 enfermos afectos de obstrucciones arteriales crónicas del sector fémoropopliteo, en su mayor parte en un estadio avanzado. Sólo el 13,3% de los pacientes se presentaron por claudicación intermitente; los demás llegaron con úlceras (18,6%); con isquemia, casi siempre severa (18,6%); con gangrena (49,3%). Todos los enfermos fueron estudiados arteriográficamenté, de los cuales sólo 15 casos presentaban un árbol distal aceptable. En la mayor parte de los casos, la cirugía tuvo que limitarse a simpaticectomía lumbar. De los 39 casos con gangrena o úlceras, se logró salvar el miembro en. el 48,5% de los casos, mientras que en el 51,5% se terminó con amputación

del muslo, la rehusaron o murieron. En el conjunto de los pacientes fue necesario sacrificar el miembro por amputación del muslo en el 35,6%.

Se hace una revisión de los resultados obtenidos por los diferentes autores en relación con el estadio en que se encontraba la enfermedad. Se hace hincapié en la necesidad de usar un criterio analítico según la situación de cada enfermo, pensando en que forma se le puede beneficiar más. No se recomienda la cirugía reconstructiva en el estadio I de Martorell!, salvo circunstancias especiales; en el estadio II, se recomienda la simpaticectomía, la cual deberá ir acompañada de cirugía reconstructiva si el resultado es insuficiente y en el estadio III, además de la simpaticectomía sería recomendable la cirugía arterial, si bien en estos casos ésta es frecuentemente imposible de realizar o tiene resultados muy mediocres.

Ante el sombrío panorama que presenta la patología en el medio descrito, por lo avanzado de las lesiones, se sugiere un programa de divulgación médica y un mayor entrenamiento del médico para detectar tempranamente la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—ALVAREZ, A. F.: The present role of lumbar sympathectomy in the management of arterioesclerotic ínsufficiency in the lower limbs. Angiology. 18: 586, 1967.
2.—BIRNSTINGL, M; TAYLOR, G. W.: Results of reconstructiva surgery in severe ischemia. The Journal of Cardiovascular Surgery. 11: 447, 1970.
3.—BLANCO, M. H.; GARIBOTTI, J. J-: Cirugía directa en el tratamiento de Jas obstrucciones crónicas íémoropopííteas. La Prensa Médica Argentina. *56:* 1833, 1969.
4.—BLUMENBERG, R. M.; TSAPOGAS, J.: Femoropopliteal reconstruction for advanced ischemia of the lower limb. Surgery. 69: 87, 1971.
5.—BOUCHET, A.: Femoropopliteal by-pass implaníed high on the deep femoral artery at the level of the perforating arteries. The Journal of Cardiovascular Surgery. 14: 322, 1973.
6.—CALDWELL, R. L.; DE WEESE-ROB, C. G.: Femoropopliteal by-pass grafts utilizing autogenous veins. Circulation. Supl. II: 1968.
7.—FONTAINE, R.; PIETRI, J.; WUYTS, L. DAYEH, S.; FOUCHER, E-; GIUFFRUDA, G.; CASTELLANI, L.; WERTENSCHLAG, J.: Introduction au symposyum sur Ja sympathectomie lombaire. Revista Brasileira Cardiovascular. 5: 289, 1969.
8.—FONTAINE, J. L.: Some remarks on revascularisation of the leg arteries. Journal of Cardiovascular Suraery. 11: 385, 1970-
9.—FONTAINE, R.; KIENY, R.; OTERO, A. R.: Resultáis obtenus á la CHnique Chirurgicaíe A de Strassbourg par Ja chirurgie arteriéile restauratrice des les arteriopathies. Revista Brasileira Cardiovascular- 5: 101. 1969. 10.—FONTAINE, R.; FONTAINE, J. L.; LAMPERT, M.; GROSSE, A.: Personal experience with the reconstructive arterial surgery in femoro-popliteal obstructions. Journal of Cardiovascular Surgery- (número especial para el IX Congreso de Ja Int. Cardiovascular Society, Buenos Aires, 1969, pág. 89). 11.—HAIMOVICI, H.: Arteriographic patterns in the lower extremity associated with the femoropopliteal arterioesclerotic occlusive disease. The Journal of Cardiovascular Surgery. Número especial para el IX Congreso de la Int. Cardiovascular Society. Buenos Aires página 100, 1969.

12.—HARJOLA, P. T.; TALA, P.: Long femoro-malleolar by-pass grafting in advanced femoropopÜíeal arterial occlusion. The Journal of Cardiovascular Surgery. 10: 229, 1969.

13.—IRVÍNE, W. T.; WILLIAMS, E. J.: Arterial reconstrucíion below the inguinal ligament. The Journal of Cardiovascular Surgery, 10: 270, 1969.

14. JAEN, R. L.; LIZARRAGA, P.: The surgical treatement of femoropopliteal occlusive dísease. The Journal of Cardiovascular Surgery. Número especial para el IX Congreso de la International Cardiovascular Society. Buenos Aires, página 110, 1969.

15.—JACKSON, D- R.; ABEL, D. W.: Reconstructive arterial surgery. Angiology, 24: 58, 1973.

16.—KOONTZ, T. J.; STANSEL, H. C: Factors influencing patency of the autogenous vein femoropopliteal bp-pass graft. Annalysis of 74 cases. Surgery. 71: 753, 1972.

17.—KUPERS, P. J.; TROOST, F. A.; PAUWELS, R- P.: Popliteal artery exploration in aortographies with no lower limb and vessel filling. The Journal of Cardiovascular Surgery. 11: 99, 1970.

18.—MALAN, E.: Critical **evaluation** of the possibilities and limits of femoropopliteal reconstructive surgery. The Journal of Card'ovascular Surgery. Número especial para el IX Congreso de la Int. Cardiovascular Society, Buenos Aires, página 95, 1969.

19.—MARTORELL, F-: La indicación en la arterieesclerosis obliterante de los miembros inferiores. Angiología, 25: 57, 1973.

20.—MERCADO, H. R.: Arteriopatías oclusivas distales de los miembros inferiores. Tratamiento quirúrgico. Técnica personal. Revista Brasileira Cardiovascular. 6: 157, 1970.

21.—MISHIMA, Y.: Current status of the chronic femoro-popliteal occlusion in Japan. The Journal of Cardiovascular Surgery. Número especial para el IX Congreso de la **Int-** Cardiovascular Society. Buenos Aires, página 67, 1969.

22.—MONCADA-MONEU, A.; MARTINEZ-CALZON, J. L.; FERNANDEZ DE ROSTA, A.; GARCÍA ALARCON, R.; ALGAARAGA GARCÍA, J.; NARBONA-LOPEZ, M.; DEL VALLE-MOYANO, D.: Arterieesclerosis obliterante de las extremidades inferiores. Angiología, 25: 32, 1973.

23.—SIANO GÜIROS, R.: Therapeutic criteria in femoro-popliteal obstructions- The Journal of Cardiovascular Surgery. Número especial para el IX Congreso de la Int. Cardiovascular Society, Buenos Aires, página 73, 1969.

24.—SOBREGRAU, R. C: Arterieesclerosis fémoropoplitea. Angiología, 24: **211,** 1972.

25.—SUY, R.; DAENEN, W.; PAKDAMAN, A.; STALPAERT, G.: Reconstructive operatíons of obliterant arterial disease of the lower limbs. The Journal of Cardiovascular Surgery, 10: 444, 1969.

26.—TOVAR-MARTIN, E.; DIAZ-PARDEIRO, P.; SOBRIDO, F.; BLANCO-RAYROY, L.: By-pass fémoro-tibial en el tratamiento de la isquemia grave de los miembros inferiores. Angiología: 24: 88, 1972.

27.—TOVAR-MARTIN, E.: By-pass fémoro-peroneo. Angiología. 25: 143, 1973.

28.—TROOST, F. A.; KUYPERS, P. J.: Late results in 100 consecutive cases of endarterectomy and vein patch grafting for femoropopliteal artery obstruction. The Journal of Cardiovascular Surgery. 10: 9, 1969.

29.—VOLMAR, J.: Management of chronic femoropopliteal artery obstruction. **Revista Brasileira** Cardiovascular. 6: 255, 1970.

"Importancia del Pneumoperitoneo en el diagnóstico del absceso hepático amebiano propagado a pulmón"

INFORME PRELIMINAR *Dres. Eva M. de*

Gómez y Edgardo Alonzo M,

Aunque la amebiasis sea una de las parasitosis más ampliamente distribuidas en el globo terráqueo y que entre sus complicaciones una de las más graves sea el absceso amebiano del hígado (A.A. del H.), el cuadro clínico y los métodos accesorios de investigación no siempre llevan al diagnóstico correcto.

El A.A. del H. suele presentar con frecuencia un cuadro insidioso que se prolonga por días o semanas hasta que el diagnóstico se hace evidente por signos tales como la hepatomegalia y el dolor a la palpación o puñopercusión hepática.

Posiblemente cada uno de nosotros ha tenido más de un "caso problema" de esta índole- En la presente comunicación nos referiremos a una complicación del A.A. del H. consecuencia de la propagación por contigüidad: el absceso amebiano de pulmón y la ayuda que el pneumoperitoneo nos da para determinar el origen hepático.

Veamos rápidamente los síntomas y signos del A.A. del H. más frecuentes en nuestro medio según un estudio realizado en equipo hace algunos años:

SINTOMAS CLINICOS

Fiebre	57 casos	93%
Dolor en hipocondrio derecho	53 "	87%
Anorexia	39 "	64%
Astenia	37 "	61%
Escalofríos	32 "	52%
Pérdida de peso	28 "	46%
Desintería o diarrea concomitante	28 "	46%
Ataque severo al estado general	26 "	43%
Diaforesis	25 "	41%
Tos	23 "	38%
Vómitos	18 "	29%
Ictericia	7 "	11%

* Trabajo presentado al XV Congreso Médico Centroamericano.

SIGNOS FISICOS		
Fiebre	58 casos	95%
Dolor a la puñopercusión	57 "	93%
Hepatomegalia	49 "	80%
Taquicardia	40 "	66%
Signos pleurales	24 "	39%
Signos pulmonares	9 "	15%
Ictericia	8 "	13%

La dificultad diagnóstica a que nos hemos referido anteriormente puede acentuarse cuando aparecen manifestaciones pulmonares, primordialmente punta de costado, expectoración mucopurulenta o achocolatada, con signos de condensación en base pulmonar derecha.

El caso más simple sería aquél en que ya se ha diagnosticado un proceso infeccioso del hígado, sea un absceso amebiano o bien un absceso piógeno.

Con este antecedente, la aparición de síntomas o signos de la base pulmonar derecha más un Rx que indique obliteración del ángulo costofrénico o condensación de la bí.se o pérdida de sustancia equivalente a cavidad, son hechos que se concatenan y fácilmente se deduce que ambos procesos son uno solo, en realidad.

Sin embargo, como dijimos, la sintomatología hepática puede no ser evidente y síntomas tales como fiebre, anorexia, pérdida de peso, náuseas, no han sido atribuidas a patología del hígado; si a ésto se agregan signos pulmonares y las imágenes Rx pulmonares antes citadas, podrían desviar el diagnóstico con resultados negativos para el paciente.

El objeto de nuestro trabajo va dirigido en dos sentidos:

I^{9}—Llamar la atención sobre la posibilidad de absceso pulmonar de procedencia hepática; y 2°—Describir como el pneumoperitoneo es un medio diagnóstico de valor en la pesquisa de la etiología del absceso pulmonar.

Pneumoperitoneo

Es posible disminuir el volumen pulmonar al introducir aire a presión en la cavidad peritoneal, en volúmenes que causen elevación del diafragma. En alguna época fue el método más aceptado de colapso en sanatorios tuberculosos.

Su ventaja principal era la reversibilidad completa del colapso sin pérdida permanente de la función pulmonar y sus pocas complicaciones- Con el advenimiento de los quimioterápicos para el tratamiento de la tuberculosis, este método fue cayendo poco a poco en desuso. Actualmente el pneumoperitoneo diagnóstico sigue siendo método útil para delinear en radiografías los contornos de algunas lesiones en la proximidad del diafragma.

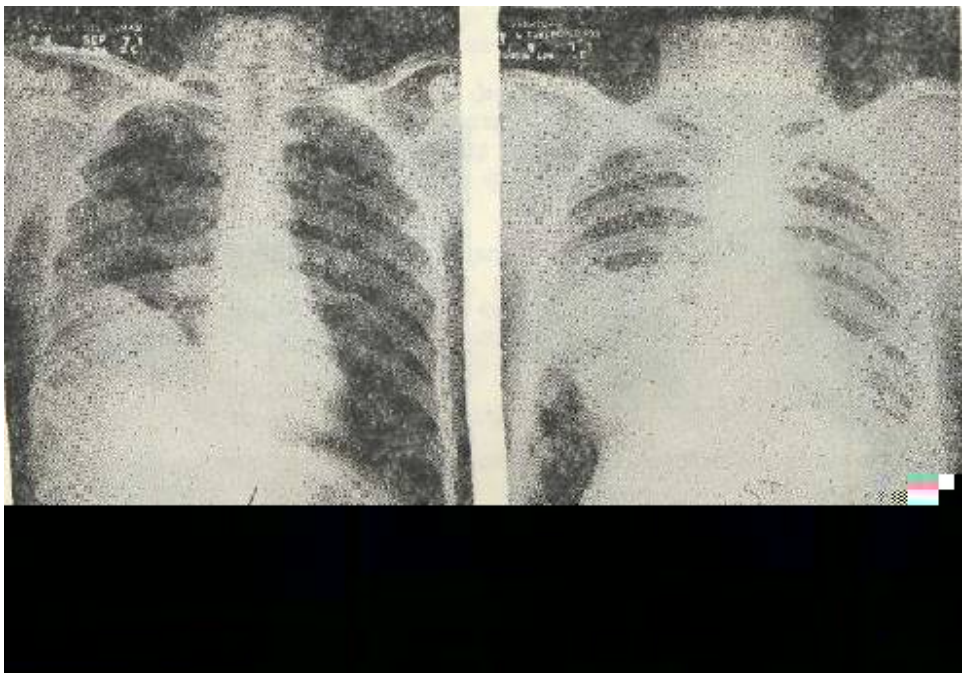
"Es un hecho bien demostrado que el pneumoperitoneo diagnóstico excluirá abcesos amebianos y subdiafragmáticos si muestra que la cúpula del hígado está totalmente separada del diafragma derecho", según Hinshaw.

Examen físico: bien nutrida, submatidez en la base derecha.
M-V. y V.V. disminuidos en la base derecha.
Tratamiento: antibióticos (Gentamicina, Tetraciclina) y nebulizaciones.
Pneumoperitoneo diagnóstico: despega perfectamente bien los hemidiafragmas.
Diagnóstico: Absceso base pulmonar derecha.

NOTA: Hemos escogido este caso como demostrativo de un absceso de base pulmonar derecha que no tiene relación en absoluto con patología hepática.

A continuación los casos que se refieren a este trabajo:

CASO N? 2



D. G. M.

Historia N? 71-11919. Edad: 46 años. Sexo: M-Ingresa el 13-IX-72, referido por Hospital de Juticalpa.
Sintomatología: tórpida, de 6 meses de evolución con síntomas respiratorios: tos, expectoración hemoptoica, fiebre, pérdida de peso, adinamia. No hay hepatomegalia y la puñopercusión hepática es negativa. Rx de ingreso: opacidad en la base derecha.
Rx con pneumoperitoneo: elevación de la cúpula diafragmática derecha sin lograrse "despegue" en absoluto de hemidíafragma derecho. , Dg: Absceso amebiano del hígado drenado a pulmón.

uno ventral derecho y dos dorsales laterales que drenan en la vena hemorroidal superior que tienen también los plexos externos-

El drenaje linfático se distribuye siguiendo el sistema de los vasos hemorroidarios- El sistema linfático superior sigue a la arteria hemorroidal superior, tiene tres clases de vasos: cortos, medianos y largos. Cada uno de ellos ganglios linfáticos que hacen de estación hasta alcanzar la raíz de la hemorroidal superior, mesentérica inferior. El sistema linfático medio justo con el inferior drena el conducto anorectal, se distribuye ampliamente por el aparato esfinteriano y se reúne con un sistema que sigue a la hemorroidal media, sus estaciones ganglionares más importantes se encuentran en el nacimiento de la hipogástrica.

Finalmente el territorio linfático inferior sigue a la hemorroidal inferior, la pudenda, la femoral, llegando hasta los ganglios inguinales superficiales y profundos.

Dadas estas consideraciones anatómicas, entraré a ¡as urgencias proctológicas que es el tema a tratar; a menudo se presentan enfermos portadores de afecciones anorrectales, que en algún momento de su evolución adquieren el carácter de agudos, patología que debe ser solucionada rápidamente, en forma adecuada. Expondré los cuadros patológicos más importantes y su tratamiento:

1º—*Flucción hemorroidal:* Hemorroides mixta inflamadas que puede ocurrir después de un período de diarrea o de estreñimiento. Su sintomatología se manifiesta por intenso dolor de aparición brusca y al examen llama la atención un rodete perianal, debido a la congestión y edema. El tratamiento es defluxionante y consiste en:

a) Reposo en cama.
b) Calor local, húmedo, antiséptico en forma de baños de asiento utilizando: ácido bórico o permanganato de potasio al 1 /4000 con una duración de 10-15 minutos repetido en número de 4 a 6 al día.
c) Lubricantes de la defecación, se recomienda el aceite mineral 1 cucharada 2 veces al día hasta obtener una deposición blanda, de fácil evacuación.
d) Antibióticos de amplio espectro, por el componente infeccioso que juega un papel importante en su etiología.
ej Antiinfl amatorios.
f) Analgésicos, en realidad será el calor local el que producirá la mayor analgesia, puede agregarse los del típo antiespasmódicos.

2º—*Trombosis hemorroidaria:* Este estado compromete los hemorroides externos, se manifiesta como un nodulo duro, doloroso y cianótico, que se acompaña de flucción.

El tratamiento es la Trombectomía: se efectúa anestesia local con Novocaína al *X%* Dímecaína al 1.5% infiltrando al subdermis de la piel que cubre el trombo. La simple incisión, expulsión del trombo con hemostasia de algún vaso sangrante; posteriormente baños de asiento.

3º—Fisura anal: Debe hacerse el diagnóstico entre fisura anal aguda, y crónica ya que el tratamiento será distinto. La fisura anal aguda se localiza por lo general en la línea media posterior y se presenta como una pequeña erosión o úlcera superficial longitudinal, que llega hacia afuera hasta la línea ano cutánea. Es un cuadro fundamentalmente doloroso, en relación con la defecación. En su

etiopatogenia analizaremos tres factores relevantes: la infección, el estreñimiento o constipación y Ja disposición en Y del esfínter externo (factor anatómico).

La primera, es decir la inflamación de la cripta o criptitis daría origen a una infección subtegumentaría, que provoca espasmo del esfínter interno; esta hipertonía esfinteriana actuando contra el bolo fecal produciría la lesión inicial de la mucosa que se transforma en fisura.

El diagnóstico diferencial debe plantearse ante cualquier proceso ulcerativo del conducto anal de evolución crónica: citaré la patología más frecuente sin entrar en su detalle:

a) La úlcera tuberculosa
b) La criptitis ulcerada
c) La ulceración luética
d) El carcinoma anal epidermoíde.

TRATAMIENTO:

A. Médico;

a) Reposo.
b) Régimen: Debe proscribirse todo alimento que deje residuo grueso, asi mismo los condimentos y el alcohol.
c) Lubricación de la defecación, con aceite mineral o laxantes suaves, para vencer el estreñimiento reflejo,
d) Calor local, en forma de baño de asiento que al disminuir el espasmo disminuye el dolor.
e) No dar opiáceos ya que aumentan e) espasmo esfinteriano.
f) Corticoides, especialmente indicados en las fisuras agudas. Debe descar tarse la coexistencia de un foco infeccioso local como criptitis o una fístula. Se usa prednisona o hidrocortisona local. Lo importante es recor dar que esta aplicación se hace digitalmente que no deben emplearse cánulas, pues el medicamento que va por encima del esfínter (que está espasmódico) sube directamente al recto, lo mismo sucede con los supo sitorios y estas además producen dolor en su introducción-

B. Quirúrgico:

Está indicada en aquellos casos en que hay poca o ninguna regresión del cuadro con el tratamiento médico y comprende la resección de la fisura incluyendo el plicoma, la papila hipertrófica, se completa la operación con esfinterotomía lateral, de las fibras superficiales del esfínter interno.

Absceso ano rectal:

Se trata de procesos supurativos, que comprometen rápidamente el estado general del paciente. Se manifiesta como un aumento de volumen, en la región perianal, rojo, doloroso y caliente. En ocasiones, solo se manifiesta como una infiltración dolorosa, tiene su punto de partida en una cripta de Morgagni enferma, de ella busca su salida al exterior, hacia el espacio subcutáneo perianaí, espacio isquio-anal, pelvi-rectal o bien submucoso.

En casos excepcionales los abscesos de esta región no tienen origen críptico, pudiendo ser provocados por lesiones ulcerativas del recto (colitis ulcerosa, cáncer ulcerado, etc.) o por cuerpos extraños enclavados en la pared rectal.

Los abscesos ano-rectales se dividen en dos grupos según su localizaćión anatómica en relación al músculo elevador del ano (Fig. 3).

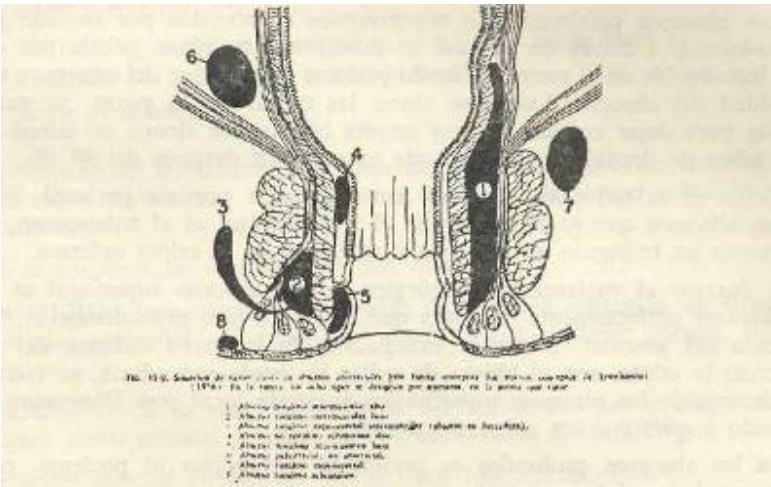


Fig. 3

A—Superficiales	B—Profundos
a) Perianal o subcutáneo	a) Pelvirectal
b) Isquioanal	b) Retrorectal
c) Retroanal.	c) Submucoso

Los abscesos perianales se ubican en las proximidades del ano, entre la fascia superficial del periné y la piel. Los abscesos isquioanales o isquiorectales ocupan el espacio o fosa del mismo nombre, limitada por arriba por el elevador del ano, y por dentro por el esfínter anal.

Los abscesos retroanales ocupan un espacio virtual triangular muy pequeño ubicado por la pared posterior del ano entre el esfínter externo y las fibras que desde éi se dirigen hacia atrás para constituir el rafe anocoxígeo.

Los abscesos submucosos ocupan la submucosa ds la parte más baja del recto, especialmente en la región posterior-

TRATAMIENTO:

Dos principios deben tenerse presentes frente a los abscesos anorectales:

1.—Vaciamiento precoz, tan pronto se hace el diagnóstico, aunque no se compruebe fluctuación.

Los abscesos pelvirectales se sitúan en el espacio del mismo nombre limitado por arriba por el peritoneo parietal, por abajo por el elevador del ano y por dentro por la pared rectal. El espacio retrorectal está ubicado entre la pared posterior del recto y la concavidad sacra-

2.—Incisiones amplias en Cruz, con resección de piel, para permitir un buen drenaje, el desprendimiento digital de la cavidad del absceso, dejando un tubo semi-rígido o un Penrose de drenaje que se retirará al tiempo que deje de drenar.

Es aconsejable en los abscesos superficiales practicar la incisión de drenaje lo más próxima al ano con el objeto de que el trayecto fistuloso sea más corto.

Los abscesos pelvirectales o retrorrectales se abordan por incisión perianal póstero-lateral, a través de la cual se introduce una pinza guiada por el dedo índice introducido en el recto, debiendo perforar el elevador del ano para alcanzar la cavidad del absceso. Luego se abren las ramas de la pinza, se extrae sin cerrarlas para dejar constituida una amplia brecha por donde se introduce uno o dos tubos de drenaje semirígido, que se retirarán después del 4^{9} día.

Como se ve todos los abscesos son abordados por vía perianal. El único de estos abscesos que se,drenan hacia el lumen rectal es el submucoso, al cual se le reseca un triángulo de su techo y resección de la cripta enferma.

Si durante el vaciamiento quirúrgico de un absceso superficial es posible individualizar perfectamente la cripta que le dio origen, procedemos al "Destrechamiento del absceso" o' sea la extirpación de la pared cutánea del absceso incluyendo la cripta, con el objeto de evitar la fístula secundaria, se recomienda en el drenaje de los abscesos superficiales anestesia local con Dimeacina al 2% infiltrando la piel que los cubre *o* xylocaína.

En los abscesos profundos es preferible hospitalizar al paciente, proceder bajo anestesia caudal o general.

El uso de antibióticos se contraindica por producir un retardo en la evolución de abscesos con infiltración indurada peri-anorectal, se indica antibióticos cuando se sospecha el desarrollo de gérmenes anaerobios después de su vaciamiento.

En el control post-operatorio sería determinado el momento en que se ha constituido la fístula ano rectal y la oportunidad de su tratamiento quirúrgico. No siempre queda el trayecto fistuloso aparente, porque se produce la cicatrización total, y en estos casos sólo cabe advertir al paciente de la posibilidad de que el absceso se repita.

PROCTITIS:

Se define como tal todos los cuadros inflamatorios de asiento en el canal anal, como ser, papilitis, criptitis. Dan como sintomatología: dolor intenso, punzante, acompañado de pujo y tenesmo-

La criptitis es la inflamación de la cripta de Morgagni que como se dijo anteriormente es el punto de partida de las afecciones del ano-recto, se explica por su disposición anatómica que permite la entrada fácil de deposiciones, cuerpos extraños por la boca de la cripta que está dirigida hacia arriba; y por el traumatismo persistente ocasionado por el paso de las deposiciones, también contribuyen a mantener la inflamación la presencia de túbulos glandulares crípticos.

La papilitis es la inflamación de la papila anal producida por la propagación secundaria de cualquier proceso inflamatorio ano-rectal, especialmente de la criptitis y fisura anal. La papila se edematiza en su primera etapa y luego el edema se organiza provocando la hipertrofia papilar que puede alcanzar gran tamaño, llegando en una etapa avanzada a la procedencia.

Al examen se comprueba un esfínter espástico, conducto anal sensible en su parte alta, enrojecimiento, edema alrededor de Ja cripta afectada, las papilas adyacentes se aprecian edematosas y turgentes.

TRATAMIENTO:

El médico está dirigido a:

1) Normalizar el hábito intestinal y lubricar las heces fecales.
2) Combatir la irritación e infección local.
3) Sedar ej dolor.

El empeño en normalizar el hábito intestinal debe ponerse tanto sobre la investigación y tratamiento etiopatogénico de la diarrea como sobre el manejo del estreñimiento.

En la constipación se procederá por etapas:

PRIMERO: Aumentando la ingestión de celulosa contenida en **frutas,** verduras, crudas o cocidas, eliminando la manzana por contener pectina, las frutas astringentes.

SEGUNDO: Si la evacuación no se normaliza con las medidas dietéticas se agregará aceite mineral a razón de 1-4 cucharadas al día (80 gr.)

El aceite mineral cumple su objetivo por tres mecanismos:

Lubrica las deposiciones, facilitando su expulsión por el ano; disminuye su consistencia al mezclarse con ellas, y por último aumenta su contenido acuoso por interponerse a la absorción del agua en el colon.

TERCERO: Si el estreñimiento es rebelde será necesario sumar a **las** medidas anteriores, el empleo de medicamentos estimulantes del peristaltismo intestinal, eligiendo con este objeto cualquiera de las sustancias que absorviéndose en el intestino delgado actúan por vía hemática sobre los plexos mioentéricos. Los medicamentos de uso local empleados en el tratamiento de la criptitís y otros procesos infecciosos e inflamatorios ano-rectales son:

Antisépticos, antibióticos, sulfas, anti-inñamatorios, a los que se agregan veno contrictores y anestésicos; estas sustancias son administradas en forma de pomadas y supositorios.

La sedación del dolor se obtiene mediante el empleo de analgésicos de acción general, anestésicos de uso local (Dimecaína-Xilocaína), contenidos en supositorios y fundamentalmente con el calor húmedo local en forma de compresas o baños de asientos calientes, que producen sensación de alivio y bienestar al relajar el esfínter contracturado. Los baños de asiento, con agua pura o con permanganato de potasio o con ácido bórico se indican 3 o más veces al día con una duración de 5 minutos. Las compresas pueden indicarse o permanecer manteniendo el calor con una bolsa de agua caliente que se reemplaza periódicamente.

TRATAMIENTO **QUIRÚRGICO:**

CRIPTECTOMIA: Se practican dos incisiones una a cada lado de la cripta que ha sido traccionada con un gancho para ponerla en evidencia, y se **prolonga**

hasta 2 cms. por fuera del margen anal así tallando este colgajo cutáneo se procede a disecarlo del plano muscular esficteriano hasta sobrepasar la cripta en 2 o 3 cms. en este punto se coloca una ligadura transfixiante de catgut crómico 0.0., luego se reseca el colgajo dejando un muñón de 0,5 cm. Esta resección se repetirá según el número de criptas afectadas, teniendo presente que en resecciones múltiples debe conservarse entre cada zona resecada un puente cutáneo viable. La suma de estos puentes en ningún caso debe ser inferior a la mitad del perímetro de la piel que cubre el conducto anal. Estos puentes cutáneos son el punto de partida para la epitelización de las zonas cruentas; si estos puentes son muy reducidos sobrevendrá la formación de cicatriz fibrosa retráctil y estenosis anal. Con el objeto de evitar el dolor post-operatorio ocasionado por el espasmo del esfínter interno es conveniente practicar la esfinterotomía interna parcial, seccionando perpendiculármente sus fibras superficiales en la comisura posterior.

Se secciona el músculo desde la línea pectínea hacia abajo en una profundidad de 3 a 4 cms.

Toda herida del canal anal debe ser prolongada hasta 2 cms. por fuera del margen como mínimo. Esta prolongación al exterior de la zona cruenta permite el fácil drenaje de las secreciones que de otra manera se acumularían en la depresión de la herida del conducto por constituir cavidad cerrada durante el período de reposo del esfínter.

Si no se favorece el drenaje, la herida no cicatriza y tiende a transformarse en una úlcera con los caracteres de la fisura del ano.

Las heridas del canal anal, por este motivo, deben cicatrizar de dentro a fuera.

En la gran mayoría de los pacientes proctológicos que son sometidos a intervención quirúrgica, se encuentra patología asociada (criptopapilitis y hemorroides, hemorroides y fisura o fístula, etc.)

Esta situación plantea el problema de que por una parte deben tratarse todas las afecciones asociadas en un solo acto quirúrgico o por otra que las resecciones excesivas conducen a la estenosis.

La respuesta a este problema se puede resumir así:

Frente a patología anorectal múltiple debe intentarse su corrección en un solo acto quirúrgico aplicando su ingenio el cirujano para economizar piel suficiente para evitar la estenosis- Si no es posible una solución satisfactoria se corregirán los defectos más importantes en un primer tiempo operatorio.

Recordemos que "más vale mejorar un ano en dos tiempos que empeorarlo en uno".

FECALOMA: Se presenta en enfermos de edad, crónicos o con déficit mental y como complicación del megaeoíon. Se caracterizan estos enfermos por presentar períodos de estreñimiento hasta de meses. Suelen manifestarse por dolor abdominal más o menos agudo, de tipo cólico acompañado de pujo y tenesmo. Es bien tolerado hasta que no se enclava en la pelvis o se manifiesta por torción o por su tamaño.

TRATAMIENTO:

a) Lavados intestinales pequeños, destinados a limpiar el contenido fecaloideo libres en la ampolla, no se recomienda los lavados grandes osifonajes.

b) Proctoclisis: se realiza agregando a un litro de agua una cucharada de bicar bonato de sodio más una cucharada de agua oxigenada, más una cucharada de sulfato de magnesio al 30%, en gota a gota por sonda rectal.

c) Uso de lubricantes intestinales: aceite mineral a tomar, pueden darse hasta 500 ce. durante el día, fraccionados.

d) El vaciamiento manual del fecaloma debe realizarse bajo anestesia raquídea o caudal, lo que da un relajamiento de esfínter, como para disgregarlo digitalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—JARPA, S.; SALAZAR, H.: Anatomía del colon, recto y ano- Boletín del Hospital San Juan de Dios. Vol. 17, N^{9} 5, Pág. 306, 1970.

2.—ROSALES, W.; JARPA, S.: Fisura anal. Boletín del Hospital San Juan de Dios. Vol. 17, N? 6, Pág 369, 1970.

3—MARÍN - MOLINA: Curso de Coloproctología. Departamento de Cirugía. Hospital JJ Aguire, 1970.

4.—SOROLLA, G. B,: Urgencias proctológicas. Revista Oficial de la Asistencia Pública. Año II, Ni» 7, Pág. 20, 1971-

5—NESSELROD, P.: Proctología clínica. Cap. I, 1965.

6.—GOLICHER, J- C: Clínica Quirúrgica Norteamericana, octubre 1965, P .1299-1305-1317.

7.—POLLARES, M. V., M.D.: Clinical concept *oí* the anal duet. American Journal of Proctology. Abril 1970. Vol. 21, N? 2, Pág. 113.

g. GALLOGHER, E.; ZIGLER M., M.D.: Rectal carcinoma in patients in the second and third decades of life. The Am. Journal of Surgery, N: 1972, Vol. 124, N? 5, Pág. 655-

9.—TANK EDWARD, CALVIN, B. E.: Urinary tract complications of anorectal surgery. The American Journal of Surgery. January 1972. Vol. 123, N? I, Pág. 118.

Hipertensión Arterial a través de las edades. Revisión bibliográfica de su evolución

*Dr. Carlos Sierra Andino**

INTRODUCCIÓN

En el año de 1930 en el New England Medical Journal, el Dr. Soma Weiss, publicó un artículo intitulado "El Desarrollo del Concepto Clínico de la Hipertensión. Arterial", e iniciaba dicho artículo con los siguientes conceptos: "La persistencia de las cifras de presión arterial, elevadas, asociadas a cambios patológicos del árbol vascular, es probablemente, responsable directa o indirectamente, de mayor número de morbilidad y mortalidad, que cualquier otra condición patológica, incluyendo cáncer y tuberculosis".

Estos conceptos vertidos en 1930, a pesar del adelanto tan grande, logrado hasta la fecha en los campos del Diagnóstico y la Terapéutica, todavía tienen validez, ya que es de todos conocidos, la gran cantidad de casos que se presentan a nuestros consultorios y hospitales, con elevaciones anormales de la presión arterial. No me refiero a elevaciones esporádicas o lábiles de la presión sistólica, ya que como dijo Weiss, lo que vale es la elevación constante y sostenida ya que es esta, la que viene a producir las alteraciones patológicas de estructuras anatómicas importantes.

De allí pues, que una entidad nosológica con estas características, merece ser estudiada, y analizada desde sus raíces y cimientos, ya que como es lógico suponer cuanto más conocemos una cosa, más fácil nos es resolver los problemas que presenta. Con este objeto nos hemos propuesto analizar los conceptos de presión arterial a través de las edades y vengo a presentárselos para su análisis y crítica.

Revisemos en primer lugar la edad antigua.

En la cultura egipcia lo más antiguo que conocemos es el Papiro Smith, que creemos data de una época 3000 años A.C., pero en él hay muy poca o ninguna información respecto al asunto que nos ocupa. Luego tenemos los escritos chinos de 1000 años A.C., en los cuales se ha encontrado una mezcla peculiar de conocimientos anatómicos y misticismo, que arrojan poca luz a nuestro problema.

En la Época de Oro de la cultura griega, encontramos descripciones que sobre disección de animales, hicieron Platón, Aristóteles e Hipócrates, los cuales, estuvieron bastante errados. Aristóteles, tiene el crédito de haberle dado el nombre a la aorta, pero no tenía idea acerca de su función.

---

* Jefe Departamento de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A.H. Jefe Departamento de Medicina, Hospital General y Asilo de Inválidos. Jefe Sección de Cardiología, Hospital General y Asilo de Inválidos.

Y 300 años A.C. en Alejandría fue Herófílo quien usando un reloj de agua, fue el primero en contar las pulsaciones-

Después, no es. sino hasta en tiempos de los romanos en que Séneca, nos describe su propia enfermedad, que viene a ser la primera descripción que se tiene acerca de la angina de pecho.

Después en los años 98-117 D.C., Rufus de Efcsus, escribió algunos tratados en que mencionaba el pulso y hay algunos investigadores que dicen fue él, el primero que mencionó el reflejo del seno carotideo, que sin embargo nadie le puso mucha atención.

Siguiendo la enumeración de los. antiguos investigadores vemos que, Galeno, de todos ustedes conocidos, quien fue un profuso escritor e investigador, dio a conocer ideas acerca de la circulación sanguínea, escribió acerca del pulso y demostró que las arterias contenían sangre; concluyendo además que el corazón tenía su propia energía; sin embargo todas sus ideas, estaban mezcladas con supersticiones y dogmas, las cuales hicieron en algunos casos que hubieran explicaciones falsas, que impidieron investigaciones subsecuentes.

Después de ésto, la humanidad cayó por siglos en un oscurantismo catastrófico y no es sino hasta el año de 1628 en que aparece un tratado que marcó el inicio de una era de investigación en el campo de la Fisiología que continúa hasta nuestros días. Me refiero al Tratado "De Motu Cordis" escrito por William Harvey; en el cual demuestra después de largos y astutos experimentos, que el corazón es una bomba muscular, que envía la sangre a las arterias y que la sangre regresa al corazón a través de las venas, aclarando así la serie de dudas e interpretaciones erróneas de los siglos, precedentes.

Después de Harvey y su serie de estudios volvimos a caer en un placentero sopor pues, no es sino hasta 105 años más tarde, en que nos encontramos que un Pastor de Almas, el Reverendo Stephen Halles, quien en el año 1733, publicó su trabajo clásico titulado "Hemostatics", y en él describe la manera como mide la presión arterial en animales (yegua) por medio de la inserción directa de un tubo de vidrio de 9 pies de largo, el cual fue insertado en la arteria crural izquierda de una yegua, por medio de la cual determina la elevación de la columna de sangre dentro del tubo, esta es pues la primera determinación directa de PA que se conoce en el mundo.

Después de Halles nuevamente nos sumimos, en el sueño de los justos, pues no es sino hasta 1828, en que nos encontramos con el estudiante de medicina francés de apellido Poiseville, quien en su trabajo de tesis describe un aparato de su invención que él llamaba "Hemodinamómetro". En esencia él repetía el experimento de Halles, pero sustituía, el largo tubo de vidrio con un manómetro de mercurio y éste a su vez se conectaba a la arteria por medio de un tubito metálico, que tenía la característica de estar Heno de carbonato de potasio, con el objeto de prevenir la coagulación de la sangre dentro del mismo. Con este aparato demostró que la presión sanguínea se eleva y cae en expiración e inspiración, además de que media la dilatación que sufría la arteria con cada pulsación.

En 1847 Karl Ludving, agregó al aparato de Poiseville, un flotador en la columna de mercurio, y tuvo el genio de agregar a este flotador, un inscriptor el cual marcaba en un cilindro, dando con esto creación al Kymógrafo, que ha sido de gran uso en fisiología.

Después de esto se llevó a cabo la primera estimación verdadera de la P.A., fue llevada a cabo por Faivre en 1856, quien én el curso de una intervención

quirúrgica, conectó un manómetro de mercurio a una arteria, haciendo de esta manera una lectura directa de la P. A. Determinó que la presión en la arterial femoral era de 120 mm. Hg. y que en la braquial variaba de 120 a 115.

En 1855 Vierordt, un Profesor de Fisiología en Tubingen, introdujo el método gráfico para registrar el pulso, y formuló además el principio, de que es posible estimar directamente la presión del pulso, midiendo la cantidad de presión necesaria para obliterar una arteria y para esto construyó un aparato llamado Esfigmógrafo.

En 1880 Von Bash, describe el método más exacto, usando una pelota llena de agua, por medio de la cual obliteraba la radial. Después de éste, Potain usó este principio sustituyendo la pelota de agua por un balón de aire conectado a un manómetro.

Y por úlimo no fue sino hasta 1896 en que Riva Rocci introdujo un aparato, que consistía en una bolsa de hule, rodeada por otra bolsa más grande hecha de material inelástíco, conectado a un manómetro de mercurio y a una pelota de hule. El aire era introducido en la bolsa elástica, hasta que el pulso desaparecía y la presión sistóiica se estableció cuando el pulso se sentía nuevamente. Así terminó la búsqueda del principio marcado por Stephen Halles 163 años antes. Después se hicieron modificaciones, en cuanto al diámetro del manguito de hule y el brazalete inelástico y por último en 1905 el ruso Korotkoff introdujo en medicina el método auscultatorio de medición de la P.A., marcando las pautas que hasta la fecha están en uso.

DESARROLLO CLÍNICO

Ya enumeramos al principio de este trabajo lo que se pensó en la antigüedad y antes de la Edad Media.

Las primeras menciones exactas de la enfermedad hipertensiva, las encontramos en Francia con Bertin en 1824 y con Hope en Inglaterra en 1832 quienes describen la asociación que existía entre la hipertrofia del ventrículo izquierdo y la hemorragia cerebral.

En 1836 Richard Bright de Londres presentó su bien conocida tésís llamada: "Casos y observaciones ilustrativas de enfermedad renal con la secreción de orina albuminosa". En esta primera época Bright llamaba la atención al hecho de que había una gran correlación entre el hallazgo de ríñones pequeños e hipertrofia cardíaca en autopsias. Sin embargo, clínicamente, no hubieron observaciones de estos hechos relacionados con el aparato cardio-vascular- Con estos hallazgos anatomo patológicos descritos por Bright dieron lugar a discusiones acerca de la enfermedad renal y albuminuria.

De 1850 a 1870 el alemán Traube hizo observaciones en cuanto al endurecimiento de las arterias se refiere y fue el que primero declaró que la P.A. elevada era la causa de arterieesclerosis.

La separación de lo que se reconoció como hipertensión esencial primaria y enfermedad primaria bilateral renal se llevó a cabo por un grupo de clínicos londinenses, entre los cuales se destacaba el Dr. Frederique Mahomed quien en 1874 describió lo que él llamó el estado pre-albuminúrico de la enfermedad renal. Mahomed probó que la elevación de la presión sanguínea puede estar presente sin evidencia clínica de daño renal. Observó además que la elevación

de la presión sanguínea a menudo precede la aparición de albúmina en la llamada "Enfermedad Aguda de Bright" y sugirió por lo tanto, que la condición vascular causa la albuminuria, y no la albuminuria causa la enfermedad vascular; Mahomed sentó pues las bases para el reconocimiento de la enfermedad hipertensiva primaria, sin embargo, sus trabajos se vieron interrumpidos pues la muerte lo sorprendió a la edad de 35 años.

Después de esto, una serie de clínicos investigadores, como Samuel Von Vosch de Viena, Sír Cliford Albbutt en Inglaterra, Huchard en Francia y Pal también de Viena, hicieron grandes contribuciones acerca de la Fisiopatología y clasificación de esta enfermedad, hasta llegar al siglo actual, que con el advenimiento de modernos métodos de determinación de la P.A. hicieron posible el conocimiento a fondo de esta enfermedad. Sin embargo, es justo llamar la atención de que a pesar de todo, en la primera década de este siglo, era muy poco o casi nada lo que se sabía de la hipertensión y es así como llegamos a analizar la historia natural de los mcdicamenlos en el control de la hipertensión.

Es innegable que en los últimos 30 años, se ha conocido mucho de esta enfermedad y se han encontrado drogas que han demostrado ser efectivas en el control de la P.A. elevada.

El desconocimiento de su etiología, fisiopatología y más que nada de métodos exactos para su medición, que era lo que imperaba antes del advenimiento de este siglo; y esto hacía posible que el tratamiento fuera a base de sustancias diversas, comunes y extrañas. Y así nos encontramos en la literatura tratamientos, a base de extractos de sandías, pepinos, ajos, etc- y en nuestro país ha sido muy favorecido el cocimiento a base de hojas del árbol que dá la fruta llamada "Matasano" y que en México los indígenas lo usan con el mismo fin, llamándosele, allá "Zapote Blanco".

Hacía 1890 ya se empiezan a recomendar drogas como: tintura de hierro, en la forma llamada "Vieja Tintura de Hierro". Después vinieron otras drogas que estuvieron en boga muchos años y que fueron desplazadas con el advenimiento de las drogas utilizadas por nosotros actualmente. Entre ellos vale la pena mencionar el Sulfacionato de Potasio, el cual fue reportado por primera vez en Europa en el año 1903 (Pauli), haciendo su aparición en Estados Unidos en 1925 en un reporte que escribió Nichols en el American Journal of Medical Sciences. No se conocía su modo de acción pero si había certeza acerca de su toxicidad y su manera lenta de eliminarlo. Todavía en la década del 40 aparecen artículos, recomendando diferentes esquemas terapéuticos a base de esta droga.

Al mismo tiempo se usaban el yoduro de potasio, nitrato de sodio, nitroglicerina y morfina.

Después hizo su ingreso en el armamentarium terapéutico el Veratrum, cuya acción aún no está completamente definida, pero que todavía se usa en algunos lugares.

Pensando que había una relación entre el nivel de sal en e! organismo y el nivel de tensión sanguínea, Frederick Alien elaboró el primer tratamiento a base de dieta hiposódica. que luego fue perfeccionado por Kempner, cobrando estas dietas gr:¡n popularidad en fas décadas 30 y 40.

Justo es mencionar que en la década de los 30 la Cirugía hizo su primera incursión en este campo, haciendo simpatectomías en casos de hipertensión maligna, observándose por primera vez franco aclaramiento en el fondo de ojo, y

normalización de las ondas T en el ECG y reducción del tamaño del corazón a los Rayos X. Con estos triunfos se quiso hacer su uso indiscriminado, creyendo en el advenimiento de una panacea y por supuesto los fracasos no se hicieron esperar, haciendo que su uso se abandonara poco a poco. Pero en la actualidad se preconiza y se usa en los casos de hipertensión esencial maligna, con muy buenos resultados.

Viene a continuación el advenimiento de los ganglioplejicos, como consecuencia lógica del efecto beneficioso alcanzado por la Cirugía. Con su uso se buscaba una acción similar a la provocada con el escalpelo del Cirujano. El bloqueo ejercido por estas sustancias afecta a la transmisión de los estímulos tanto del simpático como del parasimpático, su acción se traducía en una caída de la presión, particularmente en la posición ortostática, pero los efectos secundarios, debidos en primer lugar al bloqueo del parasimpático, eran alarmantes de ver y mucho más de soportar. Sin embargo todo esto sirvió para subrayar la importancia del factor neurógeno en la hipertensión.

A pesar de todo fue así como en esta época, que las Compañías de Seguros dieron a conocer sus estadísticas que mostraban por primera vez un descenso en la mortalidad por hipertensión-

Después a mediados de la década del 40 nos encontramos con el descubrimiento de Ja Hidralazina. Esta sustancia es de gran utilidad actual en el tratamiento de la hipertensión. A pesar del tiempo transcurrido, todavía no conocemos a ciencia cierta su exacto mecanismo de acción; pero como humanos que al fin y al cabo somos, conocemos casi todas sus desventajas, las cuales propalamos a los cuatro vientos, pero su acción beneficiosa es innegable, y ocupa lugar importante en la terapéutica antihipertensiva.

En el año de 1949 Rustorn Vakil de Bombay reportó en el British Heart Journal el uso de la Rawolfia Serpentina en el descenso de la presión arterial. Las raíces de esta planta se usaban desde siglos en la India como un poderoso sedante para aquellos con perturbaciones del sistema nervioso y algunos de sus alcaloides fueron conocidos desde el año de 1931.

Con la incorporación de la Reserpina en el arsenal terapéutico de la Medicina Interna se abrió una nueva y gran etapa para el tratamiento de la hipertensión.

El período más interesante de la historia de la Reserpina fue quizás la demostración de que esta sustancia provoca, a nivel del cerebro, la liberación de la mayor parte de la Serotonina y de la Noradrenalina existentes en forma combinada. Dicho fenómeno ha suscitado una cantidad ingente de trabajos farmacológicos, no sólo acerca de la combinación de las aminas biógenas, sino también relativos a los efectos nerviosos centrales del almacenamiento y la liberación de las mismas. Y es así y en esta época en que más o menos nació el concepto de las sustancias tranquilizantes.

Por otra parte desde el año de 1934 se venía estudiando la acción antibacteriana de la Sulfanilamida y fue la alteración que esta sustancia determinaba sobre la reabsorción tubular del sodio y la ligera inhibición de la carboanhidrasa que dio lugar al descubrimiento de un poderoso diurético, que se llamó Clorotiazida, el cual fue sintetizado en 1957 por Novelo y Sprague, marcando así el inicio de la época de Jas Tiazidas y cuyas variedades y características son de ustedes conocidas y que son hoy por hoy una de las mejores armas con que *contamos para el tratamiento de la hipertensión. A* continuación hace su aparición *la Er>pirolactona, con el propósito de antagonizar la acción de la Aldosterona.*

Dos años después de la aparición de los diuréticos tiazídicos, Mull, Maxwell y Píumer consiguieron sintetizar la Guanetidina. Esta sustancia presenta la gran ventaja de que promueve la eliminación de la Noradrenalína, sustancia mediadora del simpático, y que inhibe asimismo la liberación de la misma, en el punto de transición de las fibras simpáticas con las células musculares lisas, aunque, en cambio, no paraliza simultáneamente el para simpático. Se ha escrito tanto sobre el mecanismo de acción de la Guanetidina y de los diuréticos que no es preciso volver aquí sobre el tema.

Pero es bueno agregar a propósito de la Guanetidina, que si nos dieran a escoger un solo producto para el tratamiento de la hipertensión, seguro estoy que la casi totalidad escogeríamos esta sustancia por su buen resultado y por sus escasos efectos indeseables.

En el año de 1960 se vio la introducción por Sjoerdsma de otra sustancia hipotensora, resultado de extensas investigaciones llevado a cabo en Suecia, Canadá, Alemania y los Estados Unidos, sobre el metabolismo de la Noradrenalina. Se trata de la Alfametil Dopa, cuyo mecanismo de acción nos es aún desconocido- Al principio, se le consideraba como inhibidor de la Decarboxilasa, pero es evidente que su acción hipotensora primaria no es debida a esta propiedad. Sin duda la Metil Dopa es un medicamento útil y su eficacia aumenta, al igual que la de los otros preparados, cuando es asociada a diuréticos. Pero debido a su inseguridad en cierto número de pacientes, el medicamento no está indicado en la hipertensión maligna, en la que el rápido descenso de la tensión es de importancia vital para el paciente.

En los últimos años se ha querido dar beligerancia como hipotensor a un inhibidor de la Monoaminoxidasa. Ustedes recuerdan el auge que estas sustancias han tenido como antídepresivos y como antíanginosos. El uso de la Pargilina (Eutonyl) como hipotensor dá en muchos casos respuestas bastante aceptables, pero siempre conviene recordar que al mismo tiempo aumentará la respuesta vasopresora frente a sustancias tales como la Tiramina y así vemos que la ingestión de alimentos que contienen Tiramina como sucede con ciertas variedades de queso provoca una elevación peligrosa de la P.A.

El vino Chianti y algunas clase de cerveza contienen asimismo una cantidad considerable de Tiramina. También es virtualmente peligroso prescribir un inhibidor de la monoamino-oxidasa al mismo tiempo que ciertos tranquilizantes y antihipertensores, pues algunas de estas sustancias liberan Noradrenalina o Serotonina en el sistema nervioso central. De ordinario la acción estimulante de estas aminas es contrarrestada por la destrucción causada por la enzima correspondiente, pero si la Oxidasa en cuestión está ya inhibida hay que esperar la aparición de trastornos. La ingestión simultánea de inhibidores de la MAO y de tranquilizantes o alimentos que contengan Tiramina puede provocar agitación extrema, crisis hipertensivas y comportamiento anormal. De esto resulta que un descuido nos puede hacer aparecer borrachos, con sólo haber comido queso y tomado un tranquilizante.

En la revisión que hemos hecho, hemos llegado al capítulo de las emergencias hipertensivas y hemos encontrado que en estos el medicamento actual de elección en estos casos es el uso del nitroprusiato sódico por vía I.V.

Es bueno dejar constancia que este es el medicamento que tiene mejor efecto hipotensor, más constante, más sostenido y casi sin efectos desagradables o adversos.

A pesar de conocerse sus ventajas hace muchísimos años no se ha usado comercialmente, por tener el gran defecto de que es tan barato que ninguna casa farmacéutica se ha decidido a venderlo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1—BREST, A. N.; ONESTI, G.; HEIDER, C. y MOYER. J. H.: Ann. N. Y. Acad. Se. 107: 1016, 1963.

2—BREST. A. N.; NOVACK, P.; RASPARÍAN, H. y MOYER. J. H.: Dis. Chest. 42: 359, 1962.

3.—DE SOLDATI, L. y Col-: Enfermedades cardiovasculares. Librería "El Ateneo, Editorial Buenos Aires, P. 492, 1970.

4— FRES, E. D.; ROSE, J. C; HIGGINS, T. F.; FINNERTY, F. A. Jr.; KELLEY, R. T- y PARTE NOPE, E. A.: Circulation. 8: 199, 1953.

5.—GIFFORD. R. W.. Jr.: M. Clin. North America. 45: 441-52, 1961.

6.—JANEWAY, T. C: Arch. Intern. Med., 12: 755, 1913-7.—

JONES, R. S.: Circulation. 7: 357, 1953. 8.—KEMPNER, W.: Amer. J.

Med. 4- 545, 1948.

9.—KEITH, N. M.; WEGNER, H. P. and BARKER, N. W.: tr. A. Am. Physicians. 53: 81, 1938.

10.-—MOYER, J. H. y Col.: Hypertensive. The First Hahnemannn Symposium on Hipertensive Disease. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1959.

11.—OSTFELD, A. M. y PAUL, O.: Lancet, 1: 575, 1963,

12— PERERA, G. A.: J. Chromic Dis., 1: 33, 1,955.

13.—PAGE, I. H.: Ann. Int. ed. 12: 978, 1939.

14.—SJOERDSMA. A.: Heart Bull. 12: 1-4, 1963.

15.—WEIS, S.: Ann. Int. Med. 8: 296, 1934.

36.—WEIS, S. and PARKER, F., Jr.: Tr. A. Am. Physicians. 53: 60, 1938.

[4t]El Aborto en el Hospital del I.H.S.S. de Tegucigalpa"

Dr. Elias Alejandro Faraj

INTRODUCCIÓN

El hallazgo cada vez más frecuente del aborto en los centros hospitalarios produce deficiencias presupuestarias en la aplicación de recursos humanos y materiales médico-quirúrgicos en el tratamiento de fas enfermedades.

La industrialización trae aparejada la invasión de la gente del campo hacia las ciudades, que va en busca de mejores condiciones de vida, lo que ocasiona disminución significativa en la producción de materia prima (granos, cereales, banano, algodón, azúcar, café, tabaco, madera, ganadería, etc.) Esta inmigración no planificada aumenta las deficiencias existentes en agua potable, fluido eléctrico, comunicaciones telefónicas, escuelas, viviendas, hospitales, etc. Por otra parte, las fuentes de trabajo no han aumentado proporcionalmente, lo que trae por consecuencia un aumento del índice de desocupación. Finalmente, el alto costo de la vida, precipita a la mujer hacia el aborto, como solución segura que frena el crecimiento de su familia ya numerosa, de bajos ingresos y con paternidad irresponsable.

Este panorama desalentador es de carácter universal, pero que en un país subdesarrollado, como Honduras, que además, tiene un índice de crecimiento elevado, de 3.5%, las consecuencias aún son peores. Este índice de crecimiento significa que nuestra población se va a duplicar en un período de 20 años, es decir, que para 1994, la población será aproximadamente de 6.000.000 de habitantes, lo que indudablemente vendrá a incrementar el desequilibrio ya existente.

Este aumento del aborto nos ha impulsado para investigar lo que está sucediendo en la población afiliada al Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa. Aunque de sobra es conocido, que solamente los abortos complicados acuden a los hospitales en busca de salud; estos abortos representan, solamente, la tercera parte del total.

MATERIAL DE TRABAJO

Analizamos los egresos de pacientes del Hospital del I.H.S.S- de Tegucigalpa durante el año 1972, en especial, lo relacionado con la Ginecología y Obstetricia y lo comparamos con lo que está ocurriendo en las otras salas del Hospital y con el Hospital Materno Infantil.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El Hospital del Seguro Social de Tegucigalpa contaba con 215 camas en 1972, de las cuales, 40 correspondían a la maternidad y 20 a Ginecología. Es decir, que estos dos Servicios poseían el 27,9% de las camas del hospital, sin

embargo, proporcionaron el 53,4% de los egresos. Tal como puede verse en el Cuadro N? 1.

CUADRO Nº 1

EGRESOS HOSPITAL IHSS EN 1972

Sala de	Nº	%
Maternidad	3390	39.4
Ginecología	1199	14.0
Otras salas	4026	46.6
Total	8615	100.0

La relación de aborto-parto fue de 18.7% y la de aborto-resto Sala de Ginecología fue de 70.5% (Véase Cuadro Nº 2). Estas relaciones demuestran que los recursos humanos y médico-quirúrgicos están orientados en la atención del aborto; en otras palabras, que la atención del aborto absorbe gran parte del presupuesto hospitalario, lo que difiere notoriamente la obtención de recursos necesarios para aplicarlos oportunamente, tal como lo exige la buena práctica de la Medicina. En trabajo realizado anteriormente, encontramos que la relación aborto-parto fue de 17,4% en 1963 (2).

CUADRO Nº 2

RELACION ABORTO-PARTO GINECOLOGIA

	Nº	%
Abortos	674	18.7
Partos	2923	81.3
Total	3597	100.0
Sala de Ginecología		
Abortos	846	70.5
Causas restantes	353	29.5
Total	1199	100.0

Hallazgos similares se encontraron en el Hospital Materno Infantil, en donde la relación aborto-parto fue de 16,5% y la de aborto-resto Servicio de Ginecología fue del 61,9% en el año 1972 (Véase Cuadro N? 3).

CUADRO Nº 3

EGRESOS HOSPITAL MATERNO INFANTIL

	1970		1971		1972	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Abortos	1030	16.2	1287	16.9	1366	16.5
Partos	5301	83.8	6324	83.1	6766	83.5
Total	6331	100.0	7611	100.0	8132	100.0
Salas de Ginecología						
Abortos	1030	53.6	1287	76.5	1366	61.9
Causas restantes	890	46.4	395	23.5	841	381.
Total	1920	100.0	1682	100.0	2207	100.0

Si comparamos entre sí ambos hospitales, observamos que la incidencia del aborto es mayor en el Seguro Social, tanto para la relación aborto-parto de 18.7% contra 16.5%, como para la relación aborto-resto Servicio Ginecología de 70.5% contra 61.9% del Materno Infantil.

La mayor frecuencia del aborto en el Seguro Social se podría explicar por la motivación especial de la mujer asegurada, quien al poseer un nivel socioeconómico más elevado aspira a superarse más en todo sentido y por lo tanto, comprende bien que el nacimiento de un nuevo hijo le impediría lograrlo. Esta misma explicación sería valedera para hallazgos similares entre las mujeres aseguradas y las beneficiarías del Seguro Social. Tal como se observa en el Cuadro N^{9} 4, que en el grupo de mujeres beneficiarías el número de 1.836 partos fue mucho mayor que en el grupo de aseguradas, con 1087 partos. En cambio, se encontraron 188 abortos entre las beneficiarías y 486 entre las aseguradas.

CUADRO Nº 4

EGRESOS CALIDAD ASEGURADA 1972

Asegurada		Nº	%
Abortos		486	30.8
Partos	Normales 944	1087	30.8
	Complicados 143		
Total		1573	100.0

Beneficiaria		Nº	%
Abortos		188	9.2
Partos	Normales 1671	1836	90.8
	Complicados 165		
Total		2024	100.0

AI hacer la relación aborto-parto el resultado es más impresionante, por cuanto, mientras en la mujer beneficiaría es de 9.2%, en la asegurada es de 30.8%. Esto significa aproximadamente, que de 10 mujeres aseguradas que acudieron al Hospital de] IHSS en 1972, tres lo hicieron por aborto, en cambio, de 10 mujeres beneficiarias, solamente una lo hizo por aborto.

La atención del aborto necesitó de los recursos humanos y físicos de las Salas de Operaciones, a tal grado que llegó a ocupar el 29.2% de las actividades quirúrgicas. Por otra parte, del total de pintas de sangre transfundidas, consumió el 21-0% (Véase Cuadro N* 5).

CUADRO Nº 5

BIOESTADISTICAS HOSPITAL IHSS 1972

	Nº	%
Abortos	674	29.2
Total Operaciones	2304	100.0
	Pintas	%
Aborto	198	21.0
Total sangre	940	100.0

Además de la alta incidencia, el aborto presenta una mortalidad muy elevada que contrasta con el avance de la Medicina en el campo de la Fisiopatología, laboratorio, arsenal terapéutico, equipo quirúrgico, etc. Esta elevada mortalidad se explica por la clandestinidad en que se desenvuelve y que cuando acude al hospital lo hace demasiado tarde, la infección ya se encuentra generalizada a todo el organismo y las condiciones físicas de la paciente son tan precarias que se precipita con facilidad el estado de shock irreversible.

En el Cuadro N<* 6 se aprecia que la mortalidad por 100.000 abortos es de 3.000 en toda la República de Honduras (3), 400 en Chile, 250 en el Hospital del I.H.S.S. Estas cifras tan elevadas contrastan con las encontradas en los países en que el aborto se ha legalizado, como Escandinavia 40, Inglaterra 17, y la ciudad de New York 5-3 en el primer año de legalización del aborto (7). Las últimas cifras de mortalidad en New York es de 0.7 (4). La diferencia que

existe entre estos países, se debe a que en New York se aprovechó la experiencia de los países que se habían adelantado en la legalización, como por ejemplo: no recomiendan la práctica del aborto en los embarazos mayores de 16 semanas.

CUADRO Nº 6

MORTALIDAD POR 10.000 ABORTOS

Honduras	3.000
IHSS	250
Chile	400
Escandinavia	40
Inglaterra	17
New York, ciudad 1971	5.3
New York, ciudad 1973	0.7

En la actualidad más de la mitad de la población mundial, 58,0%, vive en países en que está aceptada la legalización del aborto (6); van a la cabeza los cinco países más poblados: China, India, Rusia, Estados Unidos de Norteamérica y Japón. A pesar que la población mundial aumenta anualmente en 75 millones de habitantes; estos países alegan que han llegado a tal medida no por razones demográficas, sino más bien, para proteger Ja salud de la mujer, o como una manifestación de libertad, en que la mujer ha logrado conquistar sus propios derechos, etc. El aumento de la población se hace a expensas de los pueblos subdesarrollados, ya que los desarrollados emplean métodos para frenar los nacimientos indeseados. Aún dentro del mismo país, el crecimiento es mayor entre los grupos de bajos ingresos económicos. La inocuidad del aborto legalizado queda demostrada en el Cuadro N^{9} 6, en donde se observa la elevada mortalidad en los países en que está proscrito el aborto.

En práctica diaria, el médico especialista pocas veces ha logrado persuadir a la mujer en su propósito de provocarse aborto; a pesar de sus esfuerzos, la mujer acude en forma desesperada a personas ignorantes e irresponsables a que les practiquen aborto, conscientes del peligro a que se exponen,, y que a veces terminan en la muerte o quedan con secuelas definitivas.

Las estadísticas del primer año de legalizado el aborto en la ciudad de New York (7), son las siguientes:

|.—El total de abortos practicados fue de 165.000. Con una mortalidad de 5.3 por 100.000. Las muertes fueron en aquellos embarazos mayores de 16

semanas de evolución y fueron en estos embarazos avanzados en donde se registraron el máximo de complicaciones, de 8.7%.

Como dato comparativo mencionamos que en la India se registraron 6,500.000 de abortos en 1967 y que solamente hasta en 1972 la India legalizó el aborto (8). La mujer de la India se somete al aborto, más por razones económicas que médicas (9).

2.—La mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos de 5.3 antes de la legalización, ha descendido a 0.7 en los últimos informes de la ciudad de New York.

3.—La mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos de 24,5% descendió a 22.0%.

4—En cuanto a la incidencia de hijos ilegítimos, también se registró un descenso. (Véase Cuadro N<? 7).

CUADRO Nº 7

ABORTO LEGALIZADO 1er. AÑO - NEW YORK

Abortos inducidos		165.000
Mortalidad	5.3	100.000
Complicaciones	8.7	
Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos		
Octubre 1969 a marzo 1970	5.3	
Octubre 1970 a marzo 1971	2.6	
Mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos		
Enero a abril 1968	24.5%	
Enero a abril 1971	22.0%	
Hijos ilegítimos		
Enero a marzo 1970	7.764	
Enero a marzo 1971	7.581	

Sklar comunica que la tasa de nacimientos legítimos e ilegítimos descendió en California con la legalización. Este descenso fue menos notorio entre los nacimientos ilegítimos. En el grupo de mujeres blancas y muy jóvenes (15 a 19 años) se registraron las cifras más elevadas de ilegítimos, a pesar de que conocían

de la legalización del aborto. En este mismo, estudio se anotaron 2/3 de abortos y 1/3 de nacimientos entre las no casadas.

Tietze refiere que la experiencia en la ciudad de New York después de dos años de haber legalizado el aborto, ha demostrado una disminución franca de la natalidad y un aumento en el empleo de anticonceptivos. Según Daily la reincidencia del aborto en dicha dudad es de *6.0%.*

La Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras efectuó recientemente entre sus asociados una encuesta relacionada con este tema. Los resultados de la misma fueron los siguientes:

1.—El 92.3% de los miembros de dicha Sociedad acepta la liberación de nuestras ¡leyes sobre el aborto terapéutico.

2.—El 84.6% no está de acuerdo en el aborto en demanda.

3.—En caso que se autorizara la interrupción del embarazo por razones socioeconómicas, el 53-8% la ejecutaría.

4.—El 84.6% ha practicado alguna vez un aborto terapéutico.

Estos resultados revelan cambios definitivos en la actitud de los ginecoobstetras hondureños, en relación a la liberalización de nuestras leyes sobre el aborto inducido. Esta misma encuesta será realizada por la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras entre todos los médicos de la República.

RESUMEN

El aumento creciente del aborto en los centros hospitalarios nos motiva a realizar la presente investigación en el Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa durante el año 1972. Los resultados de este estudio son los siguientes:

í,—La Maternidad y la Sala de Ginecología teniendo 27,9% de las camas del hospital, proporcionaron durante 1972, el 53.4% de los egresos.

2—La relación aborto-parto fue de 18.7%. Entre las mujeres beneficiarías esta relación fue de 9,2% y entre las aseguradas fue de 30.8%. En el Hospital Materno Infantil fue de *16.5%* •

3.—La relación aborto-resto Sala de Ginecología fue de 70.5% y en el Hospital Materno Infantil fue de 61.9%.

4.—El aborto ocupó los recursos médico-quirúrgicos de las Salas de Operaciones en el 29.2%.

5,—El aborto necesitó del 21.0% de las pintas *de* sangre transfundidas a través del banco de sangre del Hospital.

6.—Del análisis del primer año de legalizado el aborto en la ciudad de New York, se registra:

a) Una mortalidad de 5.3 por 100.000 abortos. En los reportes de los últimos meses ha descendido a 0.7%-

b) Que la mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos ha descendido de 5.3 a 2.6%.

c) Que la mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos ha descendido de 24.5 a 22.0%.

d) Un descenso del número de hijos ilegítimos.

7.—En encuesta realizada por la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras entre sus asociados de toda la república, se comprueba actitud favorable en relación con la liberalización de las leyes sobre el aborto inducido-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—DAILY, E. F. et al: Repeat abortion in New York city: 1970-1972. Family Planning Perspectives. 5, N? 2 (Spring 1973): 89-93.

2.—FARAJ, E. y CARRANZA, R.: Aborto, factores médico-sociales. Revista FCASOG (Federación Centroamericana Sociedades Obstetricia y Ginecología). Vol. IV, N? 3, 1964.

3.—FARAJ, E.: El aborto ilegal como problema de salud en Honduras. Revista Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FCASOG). Vol. VIII, N? 1, 1968.

4.—GUTTMACHER, A. F.: Perspectivas en el control de la concepción. Boletín Médico de IPPF. Octubre 1973.

5.—KAR, S. B.: Opinión towards induced abortion among urban women in Delhi, India, Social Sciencie and Medicine, 6, N[1]? 6, December 1;972: 731-736.

6.—LEE, L. T.: Five largest countries allow abortion on broad grounds. Popiilation Report. Serie F, Number 1, April 1973.

7.—PACKWOOD, B.: Papel del Gobierno Federal. Clínicas Norteamericanas de Obstetricia y Ginecología. Dic. 1971: 1212-1224.

8.—SING, S. G.; INDIA, IN: LEE, Y. T. and LARSEN, Eds.: Population and Law. Leiden, A. V. Sijthoff and Durham, N. C, Rule of Law Press. 1971, P. 110.

9.—SKLAR, J.; BERKOW, B.: The effects of legal abortion on legitímate and illcgitimate birth rates: The California experience. The Population Council. November 1973-

10.—TIETZE, C: Two years experience with a liberal abortion law: its impact on fertility trends in New York city. Family Planning Perspectives, 5 (Winter 1973): 36-41.

Complicaciones Post - Operatorias en Cirugía Abdominal

(SEGUNDA PARTE)

Dr. Silvio R. Zúñiga (*)
Dr. José Gómez-Márquez G. (*•)

COMPLICACIONES EN LA HERIDA O CICATRIZ OPERATORIA

Fuera de la infección de la herida operatoria, que ya ha sido tratado en otra parte del presente trabajo, pueden presentarse las siguientes complicaciones a nivel de la misma o de la cicatriz que la sigue:

A—DEHISCENCIA Y EVISCERACION

La dehiscencia de la herida operatoria y la evisceración pueden presentarse en cualquier momento del postoperatorio inmediato pero suelen ocurrir alrededor del séptimo día o en el momento de retirar los puntos cutáneos. SÍ la piel ha quedado intacta y se forma una herniación subcutánea, se habla de dehiscencia. Si las visceras irrumpen a través de todas las capas de la herida se establece la evisceración.

En el primer caso es posible ver o palpar asas intestinales en situación subcutánea; tal condición puede dar lugar al establecimiento de un íleo rebelde o de una obstrucción mecánica de intestino. En el segundo caso, antes de que se efectúe la evisceración se comprueba que los apositos se tifien de un líquido serosanguinolento, advertencia inequívoca de la separación de los labios de la herida operatoria (62) y que anuncia la futura evisceración. Si no. ha habido solución de continuidad cutánea y el retiro de los puntos no ha traído consecuencia inmediata, la evisceración puede establecerse cuando el enfermo efectúa un esfuerzo: tos, sentarse, deambulación, etc. La brusca saüda de las visceras se acompaña de dolor agudo puede acondicionar un shock.

Ocasionalmente se ve que el peritoneo queda intacto mientras que los planos superficiales se separan (músculos, aponeurosis, celular subcutáneo y piel). Según Haley y Williamson (63) al aumentar la presión intraabdominal en estos pacientes, el peritoneo resiste por su elasticidad pero las restantes estructuras rígidas son vencidas y separadas. Más raramente se constata que la dehiscencia toma únicamente piel y tejido celular subcutáneo; parece que esto ocurre cuando

---

(*) Jefe Departamento Quirúrgico (UNAH), y Hospital General, Tegucigalpa, D, C. Profesor de Diagnóstico Quirúrgico (UNAH). (*•) Jefe del Servicio de Cirugía Vascular, Hospital General, Tegucigalpa, D. C- - Profesor de Diagnóstico Quirúrgico (UNAH).

la aposición en profundidad del último no se hace adecuadamente, lo que permite que la sangre o serosidad se deposite entre ambos labios del tejido graso subcutáneo que impide una cicatrización y propicia la separación de la piel al retirar los puntos cutáneos.

Según Vareo (64) son muchos los factores que predisponen a estas cora, plicaciones y, a menudo, se aunan: a) en la *fase preoperatoria:* hipoproteinemia, anemia crónica, deficiencia de vitamina C, medicación esteroide prolongada, b) en el período *intraoperatorio:* material de sutura inadecuado o mala técnica para su uso, hemostasis descuidada, idiosincrasia para material de sutura inabsorbible, incisión longitudinal a media, desvitalización de la herida y c) en el *período postoperatorio:* tensión anormal brusca de la pared abdominal (tos, hipo, estornudos), distensión intensa, ascítis e infección. Hill (65) coincide con la mayoría de estos factores etiológicos.

B.—HERNIA INCISIONAL

El denominador común de las hernias postoperatorias es la separación de las capas músculo aponeuróticas de la incisión quirúrgica con integridad de las capas cutánea y peritoneal.

Sus causas coinciden con las que rigen la dehiscencia o la evisceración *(66).* La hernia íncisional puede tomar toda la longitud de la cicatriz operatoria, puede localizarse en un segmento de la misma comprender varias porciones separadas por tabiques, representativos del cierre parcial músculo-aponeurótico- Frecuentemente son irreductibes, bien por su amplitud y por adherencias al saco hermano- Su pared es extremadamente delgada y está constituida por el adosamiento del saco peritoneal con la piel; a través de ella puede observarse el movimiento peristáltico del intestino.

FÍSTULAS EXTERNAS

Según Welch y Edmunds (67) en casi todos los casos de fístulas abdominales externas una operación quirúrgica precede su aparición. A veces el cirujano maneja la enfermedad intraabdomínal en forma adecuada y, no obstante, se forma la fístula por la naturaleza misma de la enfermedad o por el terreno en que se forma. Sin embargo, en la mayoría de los casos es posible implicar como causante de la complicación a un error técnico (en el 67% de sus casos personales).

De acuerdo a literatura disponible, una de las fístulas más frecuentes proce dentes del tracto gastrointestinal es la procedente del *muñón duodenal de la gastrectomía tipo Billroth II* condicionada por dificultad de su cierre o por desvitalización de su riego sanguíneo. Menos frecuentemente la fístula parte de una *gastroyeyunostomía con resección parcial del estómago* causado por una insuficiente vascularización del estoma gástrico a consecuencia de la ligadura alta de la arteria gastroepiploica izquierda. Strode (68) hace referencia a la perforación de la pared del estómago después de gastrectomía parcial e invoca igual mecanismo isquémico. Otros errores técnicos que conducen a la formación de fístulas incluyen *estomas intestinales proximales a estenosis completas, anas tomosis técnicamente mal ejecutadas, falta de reconocimiento de daño del intes tino, tensión en la línea de anastomosis.*

La complicación fistularía genera, a su vez, complicación: a) Infección que puede limitarse a la herida o que puede manifestarse por un absceso intraperitoneal, peritonitis generalizada o septicemia, b) Trastornos electrolíticos severos que son más importantes cuanto más alto es el origen de la fístula, c) Desnutrición con pérdida de peso e hipoproteinemia, d) Digestión cutánea, que es más común con las fístulas altas y s) Sangrado de la fístula (69).

La *fístula pancreático-cutánea* es una complicación resultante de la cirugía efectuada en las pancreatitis, en los traumatismos de la glándula o en las biopsias pancreáticas (70). Se observa, asimismo en las marsupjalizaciones de los pseudoquistes pancreáticos, cuando éstos comunican con un conducto pancreático importante (72). Según Warren y Hardy (71) la fístula pancreática es la más común complicación de la resección pancreáticoduodenal . Tal fístula es una temida complicación porque se asocia a alta mortalidad debida a las pérdidas líquidas y electrolíticas, a inanición y a destrucción tisular; el problema es más serio cuando el jugo gástrico y la bilis confluyen en el trayecto fistuloso pancreático.

La *fístula biliar después de la colecistectomía* no es tan infrecuente. Cuando proviene *del* lecho vesicular o de pequeños desgarros hepáticos la cuantía del derrame biliar es modesto y para espontáneamente en pocos días. Cuando procede de un cístico inadecuadamente ligado el derrame puede ser copioso pero, igualmente, decrece y para espontáneamente. Cuando no ocurre ello debe sospecharse una obstrucción de la vía principal por abajo de la desembocadura del cístico; igual conclusión debe extraerse ante profuso drenaje por el tubo en T después de la coledocotomía (cálculo, edema, estenosis o tumor) o ser la resultante de obstrucción de la rama inferior del mismo o de su acodadura (73). Los *traumatismos hepáticos con desgarro* del órgano son propicios, para establecer fístulas biliares que se hacen externas por el orificio del dreno (74).

Las *fístulas urinarias* en pocas ocasiones siguen a intervenciones efectuadas directamente sobre el tracto urinario. Frecuentemente complican a una operación llevada a cabo en órganos o estructuras vecinas al mismo. Los mayores aportadores de estas fístulas pertenecen al área ginecológica u obstétrica y el punto de escape habitual de la orina radica en el tercio distal de los uréteres o **procedo** de la vejiga misma. Fuera de ellas, la cirugía del cáncer rectal está aportando fístulas besicoperineales y urétero perineales con la práctica de resecciones abdómino-perineales (75).

La *fístula fecal* no es muy frecuente como complicación de cirugía colónica ni apendicular. Se tratará de ella más adelante.

CUERPOS EXTRAÑOS INTRAPERITONEALES

Según Durón (76) "es un hecho muy conocido, aunque poco divulgado por razones obvias, que cirujanos de todas partes del mundo y de todas las especialidades, en más de una ocasión accidentalmente han dejado cuerpos extraños en alguna cavidad orgánica durante el acto operatorio". Igualmente asevera que "parece que la cavidad abdominal donde más frecuentemente quedan otros cuerpos extraños (gasas, compresas, instrumentos, etc.)" Probablemente, por la razón antes expuesta la literatura mundial no es muy prolija y las mayores aportaciones proceden de fuentes latinoamericanas.

Son varias las causas que motivan el abandono de cuerpos extraños intraperitoneales: a) Malas condiciones íntraoperatorías del paciente que exigen rapidez en terminar la intervención; b) acumulación de casos quirúrgicos que

andan celeridad para darles cabida a todos; c) cambio de personal asistente en medio de una intervención. Cabría agregar el olvido del cirujano de reclamar el recuento del material usado, antes de cerrar el peritoneo.

Sintomatología entra en escena en el inmediato postoperatorio y, usualmente, al final de la primera semana se presentan síntomas y signos suboclusívos i oclusivos completos, manifestaciones de absceso intraperitoneal o una combinación de ambos. Estas condiciones obligan a una reintervención. En otras ocasiones las manifestaciones no son tan agudas o amainan progresivamente, pudiendo permanecer durante meses o años el cuerpo sin ocasionar mayores trasoraos. No obstante, tienden a ser eliminados y para ello se fraguan caminos fistularios que los conducen, bien a la superficie cutánea o, más frecuentemente, hacia la luz gastrointestinal y al caer en ella son movilizados por el peristaltismo que los hace avanzar distalmente , hasta que son detenidos en un sitio de menor calibre normal o patológico, momento en que se instala una obstrucción mecánica I intestino. Es excepcional que tales cuerpos extraños sufran cambios de desintegración con reabsorción siguiente o que se calcifiquen.

La manera de prevenir esta complicación post-operatoria es disminuir al mínimo la variedad de material usado (gasas, esponjas, compresas, rollos) y establecer reglamentación especial de contaje preoperatorio y recuento de tal material inmediatamente antes del cierre peritoneal- Siendo tales cuerpos extraños radiotransparentes y no siendo plenamente segura e inconstante la imagen de "panal de abejas" que pueden ofrecer radiológicamente , para facilitar tal diagnóstico de la indeseada complicación se aconseja utilizar compresas y gasas que lleven incluidos elementos radio-opacos.

Existe otra posibilidad de cuerpo extraño intraperitoneal de diferente etiología a la mencionada y la misma proviene del uso de drenos (dreno simple, dreno de Penrose , sondas, etc.) que por falta de absoluto e incompleto anclaje cutáneo son progresivamente llevados al interior del abdomen o que en el momento de su extracción se dividen sin que el ejecutante se percate de ello. lo que trae consigo la permanencia de una fracción en el intraperitoneo .

ULCERA DE CURLING

En 1842 Curling describió una úlcera duodenal aguda que acompañaba a las quemaduras y también a ciertos traumatismos y al curso postoperatorio de algunos pacientes. Sin embargo, posteriormente se ha observado que esta úlcera es más frecuente en el estómago que en el duodeno. En el estómago muchas veces son múltiples, pequeñas y alargadas. En el duodeno característicamente la lesión es única, localizadas en la pared posterior, amplia y penetrante (77).

En forma experimental se observa que no hay aumento de la secreción gástrica y se cree que se puede evitar la formación de ese tipo de úlceras si se impide la hemoconcentración . La causa de la úlcera se desconoce y los estudios clínicos no han podido demostrar ninguna relación uniforme con la secreción gástrica de ácido o de uropepsina . La sintomatología es pobre; muchas veces el primer síntoma es la hemorragia; otras veces sus síntomas se reducen a molestia en el epigastrio y a cierta distensión abdominal.

PROBLEMAS NUTRICIONALES DESPUÉS DE CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

Las secuelas nutricionales de la cirugía gastrointestinal suministran serios problemas porque pueden existir múltiples factores etiológicos y mecanismos patofisiológicos aún no bien analizados.

A.—DEFICIENCIA CALÓRICA

Es la complicación nutricional más frecuente y se exterioriza por: 1) Pérdida de peso o incapacidad para recuperarlo; 2) fácil fatiga o inhabilidad de trabajar tiempo completo sin observar pérdida de peso y 3) pérdida de la sensación de bienestar con incapacidad de concentración o de completar una tarea (78). Sus causas son múltiples y las consideraremos sucesivamente.

a) DUMPING.—Según French et al. (78) los síntomas que pueden producir un estómago pequeño son debidos al volumen de alimento que bruscamente distiende al intestino- En contraste, los síntomas del "dumping" son debidos al volumen de líquidos que desde la circulación debe entrar al intestino para que los alimentos solubles ingeridos (especialmente los carbohidratos) obtengan isotonicidad y, sólo después de logrado ésto, pueden los alimentos principiar a ser absorbidos. Según Silver el al (79) la presencia de soluciones hipertónicas en el yeyuno próxima! estimula la producción y liberación de serotonina de la masa celular argentafínica de tal sitio, la que va a actuar en el tracto digestivo, en los órganos vasomotores y circulatorios.

Debilidad, mareo, sudoración, palidez e incomodidad epigástrica postprandial pueden atribuirse tanto a la distensión yeyunal como a la disminución del volumen plasmático (80).

Este síndrome es particularmente común después de la gastrectomía total y de la gastroyeyunostomía parcial Polya tipo Billroth II, pero puede presentarse en la gastroyeyunostomía valvular Hoffmeister , en la gastroduodenostomía Billroth I y aún en la piloroplastia . Según Silver et al (79) solo el 10% o menos de los operados del estómago experimentan síntomas del "dumping" que logran desaparecer en los primeros meses postoperatorios.

b) SÍNDROME DEL ASA AFERENTE. Los pacientes afectos del mismo experimentan después de las comidas sensación de repleción epigástrica que dura aproximadamente una hora, a la que sigue vómito brusco de jugo duodenal intensamente coloreado de bilis y desprovisto de alimentos (81). Aunque algunos cirujanos consideran que el mismo es debido a adherencias con obstrucción como causa de la estasis , en el asa aferente, French et al (78) opinan que la estasis es funcional: el duodeno y el yeyuno preanastomótico no se vacían porque sus secreciones no los distienden vigorosamente para excitar una onda peristáltica, condición que se acentúa en períodos de tensión emocional. Woodward (82) postula que los materiales alimenticios que entran en el asa yeyunal eferente provoca la liberación de secretina, pancreozimina y colecistoquinina, que son tan abundantes en el yeyuno superior como en el duodeno; las mencionadas estimulan un abundante flujo biliar y pancreático en el asa ciega duodenal; su lumen se dilata y el asa se elonga , lo que produce una angulación del asa yeyunal aferente; la obstrucción resultante produce una rápida elevación de la presión intraduodenal exteriorizada por dolor o, a veces, por intensa náusea; cuando la presión se eleva lo suficiente para forzar la obstrucción incompleta, se produce una repentina

inundación gástrica de todo el contenido duodenal, lo que provoca pronto vómito sin alimentos pues el estómago se había vaciado hacia el asa eferente el alimento desencadenante de la sintomatología.

Si es evidente en un determinado caso la existencia de una causa mecánica comprobada radiológicamente debe hacerse corrección quirúrgica; no obstante se recomienda no emprenderla inmediatamente pues la molestia suele desaparecer dentro del primero o segundo año (83).

c) DIARREA.—La diarrea puede ser parte del cortejo sintomático del "dumping", del síndrome del asa aferente o de malabsorción . Sin embargo, en cirugía gástrica la diarrea más molesta es la que puede acompañar a la vagotomía , especialmente si no es selectiva (84); este tipo de diarrea debe sospecharse cuando particularmente tiene carácter nocturno (78).

Observación frecuente es la constatación de una diarrea moderada y transitoria en los pacientes que han sufrido una resección intestinal, que a menudo es precipitada por las comidas y que suele acompañarse de dolores cólicos. Sé cree que la estasis intestinal (vagotomizados , presencia de asa ciega, etc.) trae consigo proliferación bacteriana; algunos de estos microorganismos desconjugan las sales biliares que actúan como irritantes colónicos (85) que producen diarrea postprandial . Otro tipo de diarrea postoperatoria fue considerado en el capítulo "Infección postoperatoria".

d) MALABSORCIÓN.—El síndrome de malabsorción puede ocurrir después de cirugía gastrointestinal. Malabsorción definitiva con pérdida de grasa fecal sobre 10 gm . diarios suele observarse en el 25% de las gastrectomías, siendo acentuado en el 5-10% de los pacientes (78). Es muy frecuente en el Billroth II, más rara con el Billroth I o con la piloroplastia .

Igualmente, se observa malabsorción cuando se practica una resección intestinal amplia, con lo que se efectúa un tránsito intestinal rápido que impide la absorción adecuada. Se dice que la válvula ileocecal enlentece el tránsito y tal hecho parece probado en los obesos en quienes se crea intenciónalmente una malabsorción para reducir su obesidad; cuando se efectúa una yeyunotransversostomía la esteatorrea es severa, cuando se practica una yeyunoileostomía con igual cantidad de asa excluida pero conservando la válvula ileocecal, hay menos esteatorrea y la nutrición es usualmente buena.

La pancreatectomía parcial puede traer consigo una insuficiencia pancreática exócrina , lo que conduce a malabsorción por esteatorrea. Sin embargo, es sorprendente la cuantía de páncreas que se puede resecar sin que se produzca tal complicación.

Otro factor que puede contribuir a la malabsorción es la deficiencia de lactasa. La intolerancia a la lactosa no ha sido demostrada en pacientes con resecciones intestinaJes y muy raramente en gastrectomizados.

B.—DEFICIENCIA PROTEICA.

Se informa (78) que la deficiencia proteica es tan frecuente como la deficiencia calórica en los sujetos sometidos a la cirugía gastrointestinal. Hace algunos años se creía que los responsables de tal circunstancia era una mala digestión o malabsorción de las proteínas; no obstante, en la década pasada se ha evidenciado que la exudación de proteínas dentro de la luz intestinal juega un papel

importante en la hipoproteinemia, particularmente en la hipoalbuminemia ; tal hecho se ha logrado demostrar utilizando albúmina marcada con radioisótopos- La deficiencia proteica se ha demostrado después de gastrectomías, pancreatectomías y resecciones intestinales.

C—DEFICIENCIA DE SODIO, POTASIO, MAGNESIO Y CALCIO

Estos déficits pueden acontecer en el postoperatorio de un intervenido en el tubo digestivo pero con el objeto de evitar repeticiones se refiere al capítulo en que se tratan trastornos electrolíticos.

D.—ANEMIA

Los tipos de anemias observados en cirugía gastrointestinal caen en tres categorías (85): 1) deficiencia de hierro que ocurre semanas o meses después de cirugía; 2) el tipo megaloblástico que acontece si el paciente vive lo suficiente para desarrollarlo y 3) la combinación de ambos.

ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO.—Está relacionada con uno o varios de los siguientes factores: 1) dieta pobre en alimentos ricos en hierro, 2) falta de acidez gástrica que dificulta la absorción de hierro, 3) derivación que omite el paso del alimento por el duodeno, donde el hierro es mejor absorbido, 4) disminución de proteínas ligadas al hierro y 5) Pérdida sanguínea continuada. Según French (86) la deficiencia de hierro es la causa más común de anemia en el gastrectomizado y produce una anemia hipocrómica microcítica.

ANEMIA MEGALOBLASTICA.—Sólo logra presentarse si el paciente vive lo suficiente para dejar exhaustas las reservas hepáticas de factores antianémicos.

Se asevera que después de gastrectomía total todos los pacientes desarrollan anemia macrocítica megaloblástica dentro de los 5 primeros años, por la falta del factor intrínseco, y que el 5-10% de las gastrectomías subtotales evidenciarán deficiencia del mismo factor dentro de los 10 años de la operación.

La deficiencia de la vitamina B12 se observa cuando se reseca el íleum terminal pero si se conservan por lo menos 6 pulgadas del mismo habrá una adecuada absorción de vitamina y no se presentará anemia. Otra causa de deficiencia de vitamina B12 es lo que Frenen llama "piratería": cuando hay estasis intestinal, especialmente en una asa ciega, las bacterias que habitan esa asa estática ingieren la vitamina B12 antes que la misma llegue al íleum terminal, no dejando nada para ser absorbida.

En otros pacientes, especialmente aquellos con malabsorción general, la deficiencia del ácido fólico puede causar anemia macrocítica megaloblástica (87).

COMPLICACIONES PSÍQUICAS

Contra lo que podría creerse, los pacientes psicóticos conocidos no suelen experimentar exacerbaciones de tal condición en el postoperatorio. Estadísticamente estos trastornos se observan con mayor frecuencia en los postoperatorios complicados y en los ancianos, especialmente en los últimos. Los trastornos psíquicos obedecen a los siguientes factores (88):

1—*Uso de barbitúricos.* No es muy frecuente. En todo caso se observan más después de la aplicación de barbitúricos de acción rápida. Producen excitaciones y manías, estados confusionales y depresiones. Las excitaciones, manías y estados confusionales ocurren, sobre todo, al principio del uso de los barbitúricos, mientras que las depresiones se observan primordialmente después de tratamientos prolongados.

2.—*Uso de anticolinérgicos.*—Se observan por el uso de estos agentes aplicados para el acto operatorio o como medida coadyuvante del mismo. Entre los colinérgicos que pueden causar acción psíquica nociva en el post-operatorio cabe mencionar a la atropina, la escopolamina y sus compuestos, a los agentes antitusígenos, antiparkinsonianos , antidepresivos tricíclicos y a los antihistamínicos.

3.—*Por la alteración de los gases de la sangre.*—La hipoxia es frecuente después de las operaciones en corazón abierto con suministro de sangre conservada.

En la inhalación prolongada de oxígeno al 100% se produce una transformación de catecolaminas en adrenocromo, el cual es un veneno cerebral.

La hipocapnia produce confusión mental. La hipercapnia condiciona narcosis.

4.—*Por trastornos electrolíticos.*—Se pueden producir trastornos psíquicos por déficit de magnesio, lo que se manifiesta por estados de alucinosis. Raramente lo producen la hiponatremia y la hipopotasemia.

5-—*Trastornos nutricionales.*—Los pacientes mantenidos en forma prolongada con infusiones de glucosa sufren déficit de tiamina, rifoblavina y ácido nicotínico. El déficit de tiamina da lugar a confusión mental o coma; el de ácido nicotínico provoca primero ansiedad severa, agitación depresiva después y, por último, psicosis confusional.

6.—*Por daño cerebral.*—Este puede ser causado por la hipoxia y la hipoventilación.

7.—*Por hiperactividad adrenocortical.*—Se observa cuando se suministra ACTH.

8.—*Por suministro de epinefrina.*—Usualmente, el 95% de la epinefrina no transformado en sustancias inocuas a través del ácido vinilmandéiico. No obstante, en condiciones normales la epinefrina se transforma en adrenocromo el cual, como ya se dijo antes, es un veneno cerebral. Tal proceso es el que se produce cuando se agrega epinefrina al plasma humano.

9.—*Por factores no bien comprobados*-—Cuando se suprimen ciertas impresiones sensoriales, como sucede cuando postoperatoriamente se ocluyen ambos ojos.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA ABDOMINAL

A—COMPLICACIONES EN CIRUGÍA GÁSTRICA

1.—*Hemorragia.*—Según State (89) se observa en el 1 % de las resecciones gástricas y puede ocurrir en los dos primeros días o entre el séptimo y décimo días postoperatorios; la hemorragia temprana tiene su causa en una hemostasia defectuosa de la capa mucosa y suele ceder con terapéutica conservadora y solo en caso contrario se debe efectuar una gastrotomía por encima de la anasto-

mosis con objeto de hacer hemostasia sin perturbar la iniciada cicatrización de la anastomosis; cuando la hemorragia ocurre en la segunda semana postoperatoria su causa usual es el desprendimiento de escaras a nivel de la sutura; usualmente no es masiva y cede a la irrigación salina fría; si la hemorragia ocurre después de la tercera semana operatoria puede pensarse en reactivación de una úlcera conservada o en el desarrollo de una úlcera de neoboca.

2.—*Shock.*—El shock que ocurre en el inmediato postoperatorio puede ser debido a: 1) inadecuado reemplazo sanguíneo durante la intervención; 2) a depresión de la presión sanguínea por los. anestésicos o sedativos; 3) a insuficiencia suprarrenal insospechada o conocida pero sin terapéutica de reemplazo; 4) a una causa cardíaca con trombosis coronaria en insuficiencia ventricular izquierda; 5) a sangrado persistente hacia la luz gástrica o hacia peritoneo.

3.—*Falla en la anastomosis o del muñón duodenal.*—La separación total de la línea anastomótica es rara comparada con la falla parcial con goteo; ésta usualmente es debida a un déficit circulatorio tisular con necrosis posterior. Como factores asociados se mencionan el cierre inadecuado por dificultades técnicas (muñón duodenal fibroso o edematoso), obstrucción de asa duodenal aferente y pancreatitis local por daño o división de un conducto pancreático accesorio.

Suele ocurrir entre el segundo y séptimo día postoperatorio, más frecuentemente al cuarto, y se acompaña de dolor brusco, fiebre, taquicardia y deterioro del estado general del paciente.

4.—*Retardo en el vaciamiento del estómago remanente.*—Si tal retardo es moderado puede controlarse con aspiración y cede en pocos días- Si persiste y se exterioriza por vómitos, el fenómeno puede ser debido a obstáculo en la anastomosis por edema o excesiva redundancia interna de la línea de sutura; una reacción inflamatoria perianastomótica puede causar lo mismo. El déficit de K y Na puede, asimismo, causar enlentecimiento del vaciamiento.

La resección gástrica parcial con vagotomía produce un estómago atónico con poca o ninguna acidez; los alimentos de alto contenido en celulosa son pobremente digeridos por el estómago humano y en estas circunstancias estos alimentos se acumulan y forman una bola fibrosa dentro de la parte del estómago que se ha conservado. Los alimentos que han sido informados como causantes de estos fitobezoares son los tallos de brocoli y apio y las hojas de espinaca y lechuga (90).

5.—*Hernia estrangulada interna.*—-Puede ocurrir cuando se efectúa una anastomosis antecólica y la estrangulación ubicarse entre la anastomosis y el colon transverso. Su sintomatología es la de una obstrucción mecánica alta del intestino, que más bien recuerda un síndrome pilórico agudo.

6.—*Ictericia.*—Cuando ha habido transfusión sanguínea intraoperatoria puede haber un ligero grado de ictericia en el postoperatorio inmediato y su tipo, lógicamente, es hemolítico. Si aparece algunos días después de la gastrectomía y es de tipo obstructivo, su significación es grave ya que implica lesión* de la arteria hepática o de la vía biliar principal.

El daño de la arteria hepática, en su origen o en una de sus divisiones principales, puede resultar en una necrosis hepática, si no hay circulación colateral adecuada. El cuadro es el de fiebre de rápido inicio, hipotensión, insuficiencia hepática y renal.

El daño de la vía biliar principal puede suceder cuando una úlcera duodenal penetrante a páncreas destruye la anatomía normal y el colédoco es atraído hacia la úlcera por fibrosis y, en esta condición, ser seccionado al efectuar la disección o bien la obstrucción acontecer en el momento del cierre del muñón duodenal o de la anastomosis gastroduodenal, por inclusión del colédoco en la sutura-

7.—*Disfagia.*—La disfagia que ocurre después de la gastrectomía total puede resultar de dos factores (91): estrechamiento a nivel de Ja anastomosis esófago-yeyunal o esofagitis por regurgitación. Igual mecanismo se puede observar en las gastrectomías parciales proximales con elevación del resto del estómago y anastomosis esofagogástrica.

La disfagia postvagotomía no es común pero es más frecuente después de la vagotomía transtorácica que en la transabdominal. Según Guillory y Clagett (92) su etiología puede obedecer a tres factores: 1) disfagia secundaria a denervación del esófago; 2) disfagia debida a inflamación periesofágica con edema, hematoma o fibrosis y 3) disfagia ocasionada por esofagitis.

8.—*Otras complicaciones.*—Asimismo, entre las complicaciones de la cirugía gástrica deben incluirse el "dumping", el síndrome del asa aferente, la diarrea, la malabsorción, el síndrome del asa ciega, etc., que ya han sido tratadas en otra sección del presente trabajo.

B.—COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DUODENAL

Los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la úlcera duodenal exceden numéricamente a la duodenotomía que se efectúa para las operaciones sobre vías biliares o para la extracción de tumores duodenales. Mucha de la cirugía gástrica antes apuntada implica parcialmente cirugía duodenal y la parte de complicaciones correspondientes a este último deben incluirse en esta parte.

Según Beal y Moody (93) existen factores que influencian el desarrollo de complicaciones en esta cirugía antiulcerosa:

1) Actividad de la úlcera: la extensión de la reacción inflamatoria periulcerosa produce mayor dificultad técnica.
2) Las complicaciones simutáneas de la úlcera se asocian, dando un aumento de la morbilidad y mortalidad-
3) Las enfermedades sistémicas coexistentes, mencionándose entre ellas la arterio-esclerosis, enfermedad cardíaca o renal.
4) Las operaciones efectuadas como emergencia, especialmente la hemorragia masiva, van acompañadas de incremento de la morbilidad.

La infección de la herida operatoria es la complicación más frecuente en las operaciones de la úlcera duodenal. Otras complicaciones que pueden acontecer son el absceso intraperitoneal, falla de la sutura duodenal, hemorragia intraluminal y complicaciones pulmonares (neumonía y atelectasia).

C—COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL INTESTINO DELGADO

La cirugía del intestino delgado puede acompañarse de complicaciones que, según Habif (94) tienen el siguiente orden de frecuencia:

1.—*Obstrucción.*—Esta complicación ya ha sido tratada en otra parte del trabajo y solo habrá que recordar que puede ser de tipo adinámico o mecánico.

2.—*Peritonitis.*—La peritonitis no presente antes de]a operación o la no ocasionada durante el acto quirúrgico es consecuencia de falla de una sutura gástrica o intestinal, de obstrucción mecánica estrangulante postoperatoria o del esfacelo postquirúrgico de una porción desvitalizada del tracto intestinal. Tales complicaciones ya han sido consideradas en otra parte y en ella se han mencionado las fístulas, las peritonitis localizadas y las formas generalizadas de la infección.

3.—*Infección de la herida.*—Igualmente, ya se le ha dedicado capítulo especial y se han analizado las consecuencias que la misma puede provocar.

D.—COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL INTESTINO GRUESO

En otras latitudes existe un incremento constante de la cirugía del intestino grueso por la alta frecuencia de neoplasias malignas de este segmento digestivo y por la amplitud quirúrgica del tratamiento de las diverticulitis-

1.—*Infección de la herida operatoria.*—La frecuencia de esta complicación está en razón indirecta con la adecuada preparación preoperatoria del intestino y en relación directa con el segmento de intestino grueso intervenido. Según Rousselot y Slattery (95), en un grupo por ellos estudiado se presentó infección de la herida operatoria en el 20% de las operaciones rectales, en el 15% de las operaciones sigmoideas y del colon descendente, en el 12% de las ubicadas en el colon transverso y en el 12% de las del colon ascendente.

Existen dos tipos específicos de infección de la herida en la cirugía colónica, que afortunadamente no son frecuentes:

a) *Gangrena sinergística* causada por la acción conjunta de dos microorganismos (un estreptococo microaerofílico no hemolítico y un estafiloco aeróbico hemolítico, a menudo asociados a Proteus formador de penicilinas). Usualmente se presenta 7 días después de la operación y se exterioriza por un área muy roja de celulitis que rodea la herida y los bordes de esta toman una coloración púrpura con necrosis, gangrena y ulceración. AI inicio hay poca manifestación sistémica pero la necrosis y la ulceración avanzan, toman amplias zonas del abdomen y pueden conducir a la muerte del paciente.

b) *Infección por Clostridios.*—Los Clostridios productores de infecciones gaseosas frecuentemente están presentes en el colon. Para que fructifiquen son indispensables ciertas condiciones favorables: tejidos desvítalizados y falta de oxígeno para su desarrollo anaeróbico. La primera queja es dolor en la herida y precede al eritema y crepitación gaseosa en los alrededores de la misma; se presentan manifestaciones sistémicas como fiebre, taquicardia, toxemia profunda y colapso vascular periférico; de la herida operatoria puede emanar un líquido sanguíneopurulento y pútrido. Su ocurrencia conlleva un muy pobre pronóstico, a pesar de terapéutica adecuada y vigorosa.

2.—*Dehiscencia de la herida.*—Esta complicación ocurrió en el 2.7% de los casos informados por Rousselot y Slattery y entre los factores involucrados se contó con infección, malnutrición, distensión abdominal postoperatoria, anemia, hipoproteinemia, tos severa, peritonitis postoperatoria, colocación de dreno o de colostomía por la herida, etc. Ellos consideran que el candidato ideal para esta complicación es el paciente añoso con una neoplasia maligna de colon de larga evolución, con anemia e hipoproteinemia y con evidencias de metástasis-

3.—Complicaciones anastomóticas.—Según los autores antes mencionados, en una serie de 250 resecciones por carcinoma de colon hubo un 11% de fístulas o dehiscencias anastomóticas. Fueron más frecuentes en el sigmoides y en las resecciones anteriores que en las resecciones derechas o transversas; en el colon derecho su incidencia fue de 3.3%.

La obstrucción anastomótica es rara y si ocurre es transitoria por edema, el que se resuelve rápidamente.

Igualmente puede considerarse como infrecuente el sangrado procedente de la línea de sutura, ya que la ejecución de ella en dos capas da como resultado obtener una buena hemostasia.

4.—*Complicaciones asociadas con la formación de estomas parietales.*—Frecuentemente se ejecuta la *ileostomía* para el tratamiento de la colitis ulcerativa en conjunción con la colectomía . Se asegura que de todos los estomas artificiales, es éste el que está asociado con el mayor número de complicaciones y ellas obedecen a: a) defectos técnicos en su ejecución (el íleum utilizado debe ser normal, hay que efectuar un ojal cutáneo, hay que formar un manguito distal por eversión del intestino), b) escoriación cutánea por el efecto corrosivo del contenido íleal, c) formación de fístulas y d) prolapso ileal.

La *transversostomía* puede complicarse con: a) isquemia que puede conducir a gangrena del segmento exteriorizado, b) hemorragia después de abierta la colostomía y c) absceso alrededor de la colostomía por derrame de heces en la herida.

La *sigmoidostomia terminal,* que usualmente es definitiva, puede complicarse con a) retracción, b) gangrena, c) obstrucción y d) infección alrededor del estoma.

5.—*Complicaciones sépticas intraperitoneales.*—Entre ellas debe mencionarse la *peritonitis,* que frecuentemente da un cuadro de shock séptico, y la formación de *abscesos,* cuando la infección logra localizarse.

6—*íleo paralítico.*—La incidencia de íleo paralítico prolongado, probablemente debido a contaminación peritoneal, fue de 7% en la serie de Rousselot y Slattery.

7.—*Enterocolitis seudomembranosa.*—Esta complicación ya fue detallada en otra sección.

8.—*Complicaciones de la resección abdominoperineal por cáncer del recto.*—Merecen especial mención las complicaciones del tracto urinario. Según Deddish y Whitely (96) en el 25% de los pacientes se presenta *disfunción vesical* que los imposibilita efectuar la micción, teniendo que abandonar el hospital con una sonda de Foley permanente, la que se retira a los 2 meses, época en que usualmente la micción se ha restablecido. La disección abdominopélvica con extirpación de la mayoría de los plexos simpáticos periarteriales produce este disfuncionamiento y, además, impotencia en el hombre.

Se han observado *fístulas vesicoperineales y uréteroperineáles,* sobre todo en aquellos casos en que se efectúa disección de los ganglios linfáticos-

Otra complicación se refiere a *problemas mentales* en respuesta a la presencia de una colostomía y su rechazo a la aceptación de esta alteración fisiológica.

E— COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMIA

De acuerdo a Madden (97) estas complicaciones pueden considerarse en cuatro capítulos: 1) pulmonares, 2) cardiovasculares, 3) de la herida y 4) del peritoneo.

1.—*Complicaciones pulmonares.*—La *atelectasia* es la más frecuente de ellas y puede ocurrir con la anestesia local, raquídea o general, aunque es más comúnmente observada con la última.

La neumonía, ya sea en un tipo lobar o bronconeumónico, se dice que se está presentando menos frecuentemente, probablemente debido a una mejor preparación preoperatoria y, sobre todo, a cuidados profilácticos de parte del anestesiólogo- Relacionados con la neumonía cabe mencionar la instalación de un empiema pleural postneumónico y el absceso pulmonar.

El absceso pulmonar puede, asimismo, resultar de aspiración bronquial durante la recuperación de la anestesia y frecuentemente se localiza en el segmento posterior del lóbulo superior derecho.

2.—*Complicaciones cardiovasculares.*—La *trombosis coronaria* puede ocurrir en pacientes que estén o hayan pasado la 5^ década.

La complicación vascular más frecuente es la *trombosis del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores;* en algunos casos puede presentarse la *phlegmasia cerúlea dolens* o tromboflebitis aguda fulminante. A consecuencia de la trombosis venosa puede presentarse *embolia pulmonar,* ya en su carácter fatal inmediato o como tromboembolismo de repetición.

3.—*Complicaciones de la herida.*—La más común de estas complicaciones es la *infección de la herida.* Cuando el apéndice está agudamente inflamado pero intacto se considera que la herida no está contaminada y cuando está perforado o hay pus en la cavidad peritoneal la herida se clasifica como infectada. Para prevenir esta infección se han aconsejado diversos cuidados durante lá operación (protección de los labios de la herida con gasas húmedas en solución salina, manejo exclusivo del apéndice con instrumentos que son eliminados, aspiración del pus evitando contacto con la pared, cambio de guantes, uso local de antibióticos, cierre retardado de las capas superficiales (98).

La *dehiscencia total* de la herida operatoria de una apendicectomía no es frecuente. La separación de las capas superficiales condicionada por la infección sí es de observación más común. Es, asimismo, raro encontrar una hernia incisional postapendicectomía.

La *hemorragia* interna o externa no adquiere aquí ninguna particularidad diferente a lo que anteriormente se dijo en el capítulo general.

4.—*Complicaciones peritoneales y otras.*—Nos contentaremos con mencionar la posibilidad de un *absceso lumbar, pélvico o subfrénico* porque ya han sido tratados en otra parte. Igual ocurre con la *pileflebitis.* Infrecuentemente se observan *fístulas fecales.*

(Continuará en el próximo número)

DEFIBRILffICION VENTRICULfIR POR MEDIOS MECfiNICOS

(PRESENTACIÓN DE UN CASO)

Dr. Marco A. Bográn Centro Médico Hondureño, Tegucigalpa, Honduras, C. A.

En 1920 Schoff reportó que un golpe seco en el precordio pudo restablecer el pulso periférico en un enfermo con ataque de Stoke-Adams. En 1960 Sherf publicó una serie de 11 pacientes en asístole documentada en los cuales un golpe fuerte en el pecho estimuló la reversión a arritmias ventriculares. Es éste un procedimiento ya establecido en salas de cuidados coronarios para el tratamiento de paro cardíaco y asístole, pero su uso como tratamiento de taquicardia ventricular era menos conocido hasta que Semple en 1968, informa que los golpes fuertes en el precordio eran capaces de abolir taquicardia supraventricular paroxística con bloqueo completo de rama que no respondía a otras medidas terapéuticas; y Pennington en 1970, describe a 5 pacientes en los cuales 12 episodios de taquicardia ventricular fueron abolidos de esta manera.

La maniobra mecánica mencionada es importante en reanimación cardíaca y debe ser dada pocos segundos después del establecimiento de la arritmia y antes del advenimiento de fibrilación ventricular que generalmente sobreviene inmediatamente después y que es bien sabido representa una arritmia cardíaca frecuentemente fatal.

A continuación presentamos un caso clínico visto recientemente por nosotros en el cual un golpe seco en la región external produjo la reversión de taquicardia ventricular.

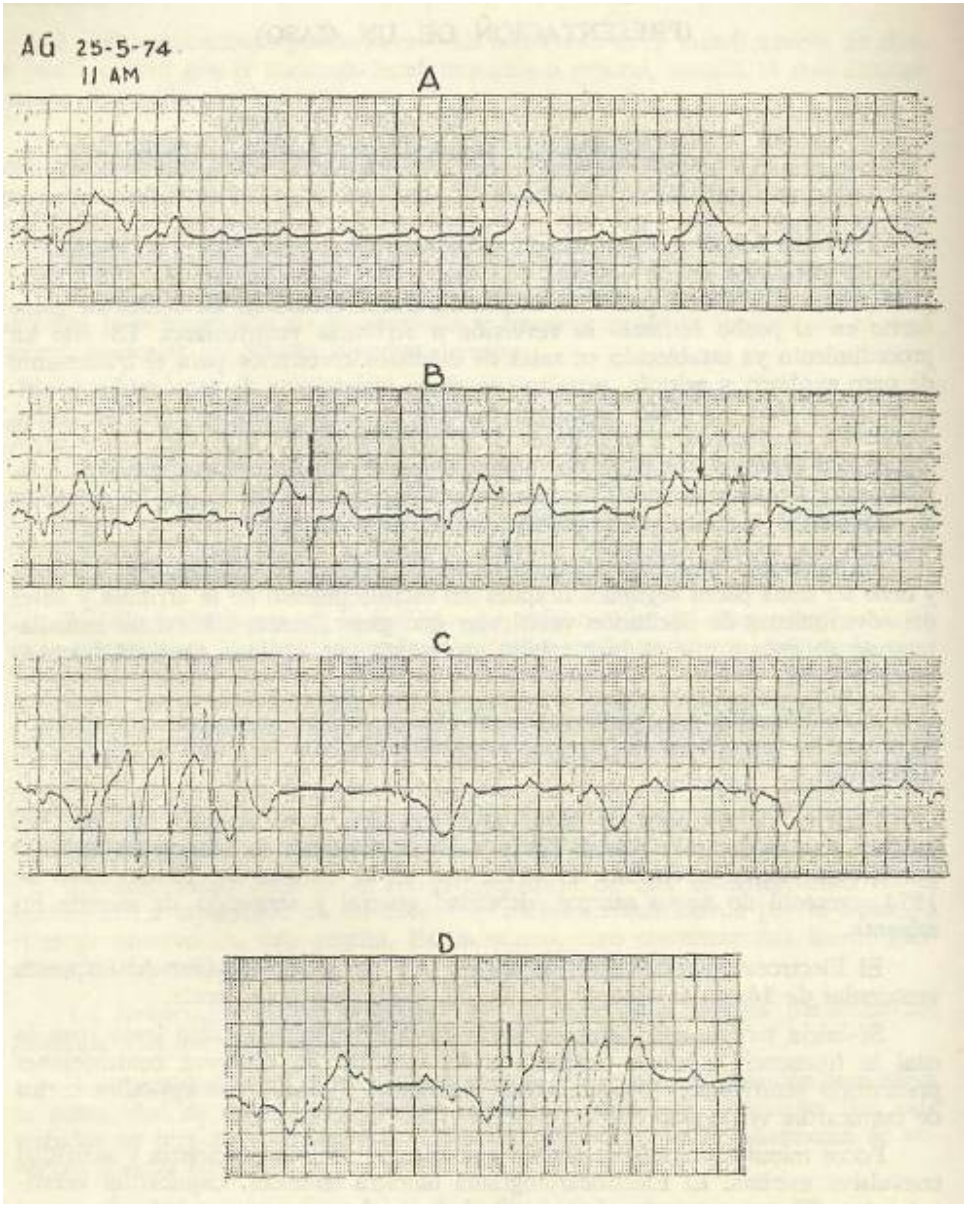
Paciente de 64 años de edad, sexo femenino, con bloqueo AV de 3er. grado y ataques de Stoke-Adams desde 1959, implantación de marcapaso artificial por tercera vez en noviembre de 1972, que en la mañana del 25 de mayo de 1974, presentó de nuevo mareos, debilidad general y sensación de muerte inminente.

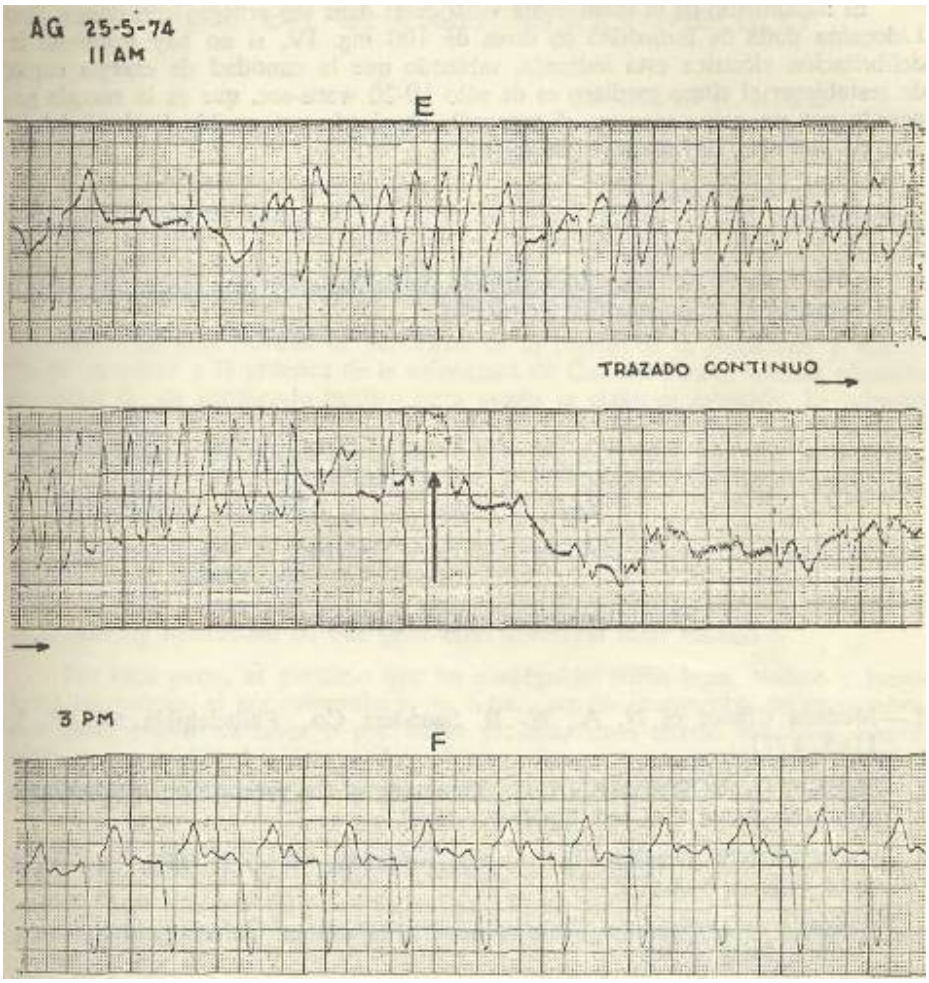
El Electrocardiograma mostró bloqueo AV de 3er. grado (ver A) respuesta ventricular de 34, no se observó función del marcapaso permanente.

Se inicia terapia con Atropina intravenosa e Isuprel en goteo lento, con lo cual la frecuencia cardíaca aumenta a 46 (ver B). Se observan contracciones prematuras ventriculares y bigeminismo ventricular (flechas), con episodios cortos de taquicardia ventricular de desaparición espontánea (C y 0).

Pocos minutos después desarrolló episodios de semi-inconsciencia y actividad convulsiva mínima. El Electrocardiograma muestra entonces, taquicardia ventricular (ver E) que con golpe brusco (flecha) en el pecho se convierte de nuevo al ritmo inicial.

Se trasladó entonces la paciente para inserción de marcapaso externo temporal, como paso previo a Ja implantación del aparato permanente. En (F) se puede observar función del marcapaso artificial con una frecuencia de 83.


AG 25-5-74
11 AM
A
B
C
D



COMENTARIO

El *tratamiento de la* fibrilación ventricular de cualquier etiología es esencialmente un choque eléctrico transtorácico o directo sobre la pared ventricular. Se ha demostrado que corriente eléctrica de 200-400 watts-sec producen despolarización completa de las fibras miocárdicas interrumpiendo así la actividad desordenada y errática que caracteriza esta arritmia.

Es bien sabido que *la fíbrilación ventricular* es *precedida en* un *gran* porcentaje de casos por *taquicardia ventricular que se presenta como consecuencia de contracciones prematuras ventriculares, especialmente del tipo "maligno" y* enfermedades cardíacas asociadas con bradícardía y bloqueo AV completo.

El tratamiento de la taquicardia ventricular debe ser primero con drogas tipo Lídocaína dada de inmediato en dosis de 100 mg. IV, si no hay respuesta la defibrilación eléctrica está indicada, sabiendo que la cantidad de energía capaz de restablecer el ritmo cardíaco es de sólo 10-20 watts-sec. que es la energía generada por un golpe seco en el precordio , haciendo así posible la defribilación aún en ausencia de aparatos eléctricos.

RESUMEN

Se informa el 1er. caso documentado de defibrilación por medios mecánicos para conversión de taquicardia ventricular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—Medical Clinics of N. A., W- B. Saunders Co., Phíladelphia 55, N? 5, 1165, 1971.

2.—SHERF, D-; BORNEMANN, C: Thumping of the precordium in ventricular standstill. Amer. J. Card. 5: 30-40, 1960.

3.—HARRISON'S: Principies of infernal medicine. Me Graw Hill, New York 1974, páginas 194-195.

4.—SEMPLE, T.: Discussion, acute myocardial infarction. University of Edinburg, 1968, páginas 82-83.

5.—CECIL & LOEB: Tratado de Medicina Interna. Saunders Co., Philadelphia. Página 1082, 1971.

6.—HURST & LOGUE: The heart. Me Graw Hill, New York, página 558, 1971.

7.—PENNINGTON, J. E. et al: Chest thump for reverting ventricular tachycardia N E J M. Página 283, 22: 1192, 1970.

8—DON MICHAEL T-: Precordial percussion in cardíac resuscitation. Amer. Heart J. Páginas 721-722, 1965.

Fallas en el Certificado Médico

Dr. Gabriel H. Aguilar

En la Revista "El Médico" que se edita en la Ciudad de México correspondiente al mes de agosto de 1957 y en la misma revista del mes de septiembre de 1960 encontré algo relacionado con el Certificado Médico y que por ser de sumo interés lo he escogido como tema para ser puesto a discusión de la honorable Asociación Médica de la ciudad de San Pedro Sula.

En la Escuela Normal de Señoritas, de la capital de la República y con el fin de no asistir a la práctica de la asignatura de Cultura Física, muchas alumnas se valían de un certificado médico para evadir la clase en mención. El número de exenciones en un período relativamente corto, fue alarmante y cuando el Colegio Médico tuvo conocimiento de lo anterior se aprestó a emitir un acuerdo, en el cual hacía saber: que solamente serían válidas, en aquel centro educativo, las certificaciones extendidas por el Centro de Salud.

Los certificados en referencia tienen la apariencia de una falta insignificante, sin tomar en consideración que pueden ocasionar graves dificultades, desde el punto de vista profesional y social, precisamente porque se pone en entredicho la seriedad y honestidad de que debe estar revestido todo médico.

Por otra parte, el prestigio que ha conseguido como buen médico y honorable ciudadano, al ser comprobada su falta, está en menoscabo de su nombre, por haber hecho un favor o por haber recibido unas cuatro monedas despreciables, por debilidad o extremada pobreza, momentos o actos que no justifican su conducta.

Cuando la falta es grave constituye un delito, penado por los tribunales de justicia. Por ejemplo: para dictaminar en la defunción de un empleado de la T.R.C. yo practiqué un examen minucioso del cadáver y en presencia de dos testigos, hice levantar un acta, en la cual hacía constar que no tenía ninguna lesión externa, además que no había hemorragia por el oído, boca, fosas nasales; y ayudado por ciertos datos suministrados por los parientes cercanos del occiso, dictaminé en la forma siguiente: que la muerte había sido producida por un infarto del miocardio. Dos horas después, los deudos trajeron otro profesional con el propósito de darle carácter de accidente de trabajo y extendió un certificado, haciendo constar que se trataba de una fractura de la base del cráneo. Entonces, el asunto se ventiló en los tribunales de justicia y en audiencia acordada por el Juez de Letras de San Pedro Sula se citó a los médicos, de los cuales solamente yo me presenté- El Juiz dictaminó a mí favor, quedando descartado, de hecho, lo aseverado por el otro profesional.

Otra vez, un reo de la Penitenciaría Central tomó un esputo de otro reo, francamente tuberculoso y lo llevó a examen al laboratorio de la Sanidad, y en esa Oficina se le recibió la muestra, en vez de exigirle un esputo de su persona. Por supuesto, el resultado fue positivo por bacilo de Koch, y con esto, el reo obtuvo el permiso que deseaba.

En mi larga experiencia profesional he tenido centenares de casos como los anteriores que sería prolijo enumerar. En otra oportunidad tendré el gusto de ser más explícito.

Los Delegados de la Asociación Médica Americana aprobaron un nuevo Código de Moral Médica, del cual copio los artículos siguientes:

"Preámbulo: Estos principios llevan la intención de ayudar a los médicos, individual y colectivamente para mantener una conducta de alto nivel en sus actuaciones."

Sección *1$.*—El objeto principal de la profesión médica es de servir a la colectividad con respeto pleno de la dignidad humana.

Sección 4?—La profesión médica debe proteger al público y se debe proteger asimismo contra los médicos de responsabilidad dudosa.

Sección 6^—El médico no debe disponer de sus servicios bajo condiciones que tiendan a interferir o impedir el ejercicio libre de juicio y habilidad profesional o que tiendan a producir un deterioro en calidad de la atención médica.

En la Medicina Legal del Dr. Salvador Martínez Murillo, se encuentra lo siguiente: "Cae bajo la sanción penal (Arts. 244 y 246 del Código Penal) quien extendiese certificados falsos para sustraer a una persona de sus obligaciones, obteniendo o no beneficios con ello, o para ocultar hechos deshonestos".

COLOPON:

Es de suponer que existen todavía, aunque en escaso número, médicos que extienden certificados falsos, por tal motivo, se debe excitar ante las autoridades respectivas a fin de que dicten las medidas pertinentes para corregir el mal, siendo que esto está en detrimento del buen nombre del gremio médico.

Y a pesar de estar penado por las leyes que nos rigen aún hay médicos que extienden certificados en papel sellado corriente.

San Pedro Sula, 18 de marzo de 1974.

SECCIÓN EXTRACTOS DE REVISTAS

CAMBIOS EN EL METABOLISMO DE LOS ÁCIDOS BILIARES ANTES Y DESPUÉS DE COLECISTECTOMIA

H- R. Almond, M.D., Z. R. Vlahcevic, C. Cooper Bell, D. Gregory, M.D. y L. Swell Ph. D. - New England Journal *oí* Medicine, 289: 1213, 1973.

Estudios en los últimos años han demostrado que la colelitiasis es una enfermedad de la bilis y no de la vesícula biliar. Estudios cinéticos y de "pool" de ácidos biliares fueron realizados en 10 pacientes antes y después de coleéistectomías, las determinaciones post-operatorias fueron continuadas hasta un período de 41 meses después de efectuada la colecistectomía. La operación no produjo cambios en la composición lipídica de la bilis, la cual permaneció tan Iítogénica como antes de la cirugía, aunque la producción total de ácidos cólico y quenodesoxícóiico fue significativamente incrementado después de la operación.

Los hallazgos del presente estudio están de acuerdo con el concepto actual de que la vesícula no tiene papel de importancia en la producción de bilis litogénica ni en la producción del "pool" de ácidos biliares que se observa en los pacientes con litiasis de colesterol.

(G.A.Z.)

INSUFICIENCIA OVARICA PRODUCIDA POR CICLOFOSFAMIDA

G. L. Warne, et al.
New England Journal of Medicine - 289: 1159, 1973

La frecuencia creciente de reportes de azoospermia en hombres y amenorrea en mujeres ha sido motivo de preocupación en los últimos años especialmente cuando se trata de pacientes con condiciones no malignas.

Veintidós mujeres en edad fértil, tomando cíclofosfamida por glomerulonefritis progresiva (20) y por artritis reumatoidea (2) fueron estudiadas en vista de presentar anormalidades menstruales.. Todas las pacientes fueron estudiadas con estrógenos urinarios, gonadotrofinas totales y en algunos casos biopsia de ovario, demostrándose que 17 de las pacientes presentaban insuficiencia ovárica. Una de las pacientes en quien se descontinuó la droga presentó después de 10 meses pruebas funcionales bioquímicas ováricas normales, lo mismo que regurización de su ritmo menstrual.

(G.A.Z.)

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

G. A. Jacoby, M.D.; Morton N. Swartz, M.D. Departamento de Medicina de la Escuela de Medicina de Harvard y de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, Mass. General Hospital Boston, Mass. - New England Journal of Medicine, 289.

Perlas de la Historia de la Medicina

Dr. Alfredo León Gómez

Fotografía tomada en la Sala de Operaciones del antiguo Hospital de Tegucigalpa, 1897. Aparecen de izquierda a derecha los Doctores Carlos J. Pinel, Vicente Idiáquez, Alberto Bernhard, Miguel Ugarte, Alejo S, Lara, Tomás Idiáquez y Valentín Durón.

(Foto cortesía del Dr. Francisco Murillo Selva, colección del Dr. Alejo Lara L.)

REMINISCENCIAS

El año de 1897 ha quedado atrás en la historia para no volver jamás. Tres generaciones nos separan de esa época tan notablemente representada por la fotografía; setenta y siete años que no en vano han pasado y han transformado nuestra sociedad y al país entero.

En 1897 la población de Honduras apenas alcanzaba el medio millón de habitantes. Los mayores centros de población lo eran por su orden: Tegucigalpa, Comayagua, Yuscarán en el interior, Amapala en el Pacífico y La Ceiba, Puerto Cortés y Trujillo en el Norte-

El Presidente de la República era el connotado hombre público don Policarpo Bonilla, quien gobernaría desde 1895 a 1898. Evento político de gran importancia lo fue la formación de la llamada República Mayor de Centro América con la participación de Nicaragua, El Salvador y Honduras, esfuerzo destinado al fracaso por ambiciones mezquinas del medio centroamericano. El Presidente salvadoreño era don Rafael A. Gutiérrez, en Nicaragua gobernaba don José Santos **Zelaya.**

El Hospital General estaba situado donde actualmente se encuentra el Palacio de los Ministerios. Según estadísticas de la época la población hospitalaria era de un promedio de 36 pacientes masculinos y 25 femeninos. Se practicaban corrientemente legrados e histerectomías abdominales.

El Decano de la Escuela de Medicina* lo era el Dr. Carlos E. Bernhard, alemán radicado en Honduras. El Vicedecano era el Dr. Remigio Díaz y el Secretario el Dr. Alejo S. Lara. Eran profesores de la Escuela entre otros los Doctores Julián Baíres, Valentín Durón, Ángel Ugarte y Juan Cabrera. Entre los alumnos de aquel año se pueden citar a José del Carmen Carrasco, Emilio Torcuato Reina, Alejandro Montoya, Guillermo Moneada, Romualdo Zepeda, Isidoro Martínez, Juan López, José de la Cruz Díaz, Emilio Reina, Vicente Idiáquez, Carlos Pinel, Tomás Idiáquez, Manuel G- Zúniga, José María Rodríguez, Esteban Guardiola y César Castillo.

Establecimiento importante era la Botica La Violeta del Dr. Diego Robles Anunciaba Vino de Quina, hierro y carne; Tiro Seguro para lombrices; Gotas Japonesas para las muelas; Polvos para Chinches; Vino Cerezo; Harina Lacteada Nestlé y Preparaciones del Dr. Jaime.

Por otra parte la Farmacia Unión de don Rafael Fiallos anunciaba el Vino de San Rafael;; Copas de Cuasia; Pildoras de Holloway; Elíxir Potifosfatado para los Débiles y Pesarios de la última forma. Además existía en Tegucigalpa la Botica del Dr. Bernhard.

El presupuesto de gastos de la República alcanzaba los siete millones de pesos. Había en todo el país gran entusiasmo por el movimiento unionista de la América Central, en parte ya logrado con la República Mayor de Centro América. El gobierno se interesaba por el adelanto de la cultura y ese año de 1897 fueron becados a Chile para hacer estudios superiores los jóvenes Carlos M. Lagos, Pedro P. Amaya, Manuel F. Barahona y Luis Landa.

La prensa nacional estaba representada por el Diario dirigido por don Alejandro Miranda y que circulaba diariamente. Por el Semanario La Unión dirigido por don Rómulo E. Durón y don Carlos García- Circulaba además el Semanario "5 de Julio" dirigido por el Dr. Julián Baires. En Santa Rosa de

Copan circulaba el periódico El Occidente publicado por la firma Arias, Fiallos y Compañía. En Catacamas se publicaba entonces el-Semanario El Cometa.

En ese año de 1897 don Rómulo E. Durón publicó Honduras Literaria de 835 páginas con material de gran valor intelectual y editado en la Tipografía Nacional. Don Manuel de Adalid y Gamero, residente en Danlí anunció su invención de dos instrumentos musicales; uno era el Orquestrófono que sería fabricado por la Compañía Carpenter de Nueva York y el otro el Eolífono. Ambos serían remitidos a la Exposición Centroamericana.

Políticamente conmovió a la opinión pública la renuncia del Ministro de la Guerra General Manuel Bonilla, quien había tenido serias desaveniencias con el Presidente don Policarpo Bonilla. Un movimiento militar encabezado por don Enrique Soto tomó Puerto Cortés pero al intentar marchar sobre San Pedro Sula fue destruido totalmente por las fuerzas del gobierno. Desde la frontera salvadoreña Manuel S. López dirigió un alzamiento que llegó hasta la toma de La Esperanza pero fue debelado rápidamente.

El Presidente Bonilla realizó un viaje por el Occidente y Norte del país, acompañado del General Terencio Sierra, quien sería el próximo Presidente en 1899. El joven Juan Ramón Molina, distinguido intelectual y poeta fue nombrado Subsecretario de Fomento.

Los diarios anunciaban la pronta reanudación de los trabajos del Ferrocarril Interoceánico de Puerto Cortés al Golfo de Fonseca, interrumpidos desde 1875. Se trataba de la construcción del tramo La Pimienta a Comayagua- Se excitaba a operarios a trasladarse a La Pimienta para comenzar los trabajos. Se ofrecían buenas condiciones de pago. Dirigiría los trabajos W. S. Valentine.

Funcionaba en Tegucigalpa el Colegio El Porvenir y una escuela norturna para obreros de la Sociedad La Democracia. En ese año de 1897 se fundó la Fábrica de Cerveza de los señores George Oertge y Federico Werling y que produciría la cerveza alemana de excelente calidad. Se fundó en la ciudad de Yuscarán una Fábrica de Calzado y Artefactos de Cuero de propiedad del señor Calixto-Marín. Esta fábrica pretendía surtir al país entero de calzado y eliminar la importación del extranjero.

La Costa Norte apenas comenzaba a despertar. Todavía las grandes inversiones extranjeras que después, constituirían el enclave del banano no habían llegado al país. Sin embargo ciertos centros de población de alguna importancia comenzaban a formarse y ya se notaba movimiento comercial de exportación e importación. La Ceiba exportaba plátanos, naranjas y cocos; los vapores S. Pizzati, Jorholl y Robert llegaban con frecuencia con mercadería y pasajeros. Trujillo y Puerto Cortés eran visitados por el Wanderer, el Stillwater y el R. A. Smith- En el Pacífico en Amapala fondeaban el City of Panamá y el Costa Rica que traían carga y pasajeros para la capital.

En la capital se notaba ya cierto grado de actividad social. El Teatro Provisional de Comayagüela presentaba "Muérete y verás" de Bretón de los Herreros. La agrupación "La Juventud Hondureña" obsequió a la Sociedad Tegucigalpense con una velada artística. Se distinguieron: Virginia García que cantó El Anillo de Hierro; Chabelita Midence que ejecutó la mandolina; Lupita Ferrari interpretó al piano la Rapsodia Húngara; las hermanas Medina que can-

taron Hear me, Norma"; Raquel Gutiérrez y Prisca Ugarte tocaron el piano; Meches Turcios ejecutó La. Hija del Regimiento; Lolita Inestroza e Isolina Lozano' tocaron al violín; Queta Ordóñez y Carlota Membreño ejecutaron con sus guitarras; Josefita Inestroza deleitó con su preciosa voz y Camila Bustamante tocó el Miserere del Trovador- .

Y los domingos por la noche la Banda. de los Supremos Poderes, dirigida por don Carlos Hartling ejecutaba la retreta, que como- muestra citamos el programa siguiente:

Marcha de Guerra. El Sacerdote de Athalia. Mendelsohn-Bartholdy.

Opera. Las Alegres Mujeres de Windsor. Nicolai. . . ; -

El Correo en el Bosque. Schaffer.

Ojos Azules, Cielo Azul, Vals. Fetra.

Esa era la Tegucigalpa de 1897; la Honduras que cerraba el siglo diecinueve para entrar con paso inseguro, tambaleante al siglo veinte.

Una era que parece tan lejana, perdida allá siete décadas atrás, pero que nos trae recuerdos imborrables y nostálgicos. . .

SECCIÓN GREMIAL

La Asamblea del Régimen de Pensiones de Retiro ratificó en los cargos directivos a los Doctores Ramón Custodio, Jorge Rivera Miyares, Julio C- Batres y Alberto C. Bendeck N. y nombró al Dr. Jacobo Palma Molina en sustitución del Dr. Francisco Alvarado S.

* # *

Se nombró a los Doctores Jorge Haddad O. y Virgilio Cardona López, representantes ante el Comité Ejecutivo del Servicio Médico Social.

* * *

Asimismo se nombró a los Doctores Jorge Haddad Q., Manuel Carrasco Flores y Adán Boza Zerón, representantes del Colegio Médico ante el Comité Organizador de la Federación de Colegios Profesionales de Honduras.

COMISIONES:

Se nombró a los Doctores Virgilio Cardona López (Coordinador por la Junta Directiva) y Julio C. Batres, José Gómez-Márquez, Alejandro Zúniga, Alberto C. Bendeck N. y Manuel Enrique Larios, integrantes de Ja Comisión encargada de la elaboración del Arancel Médico, con excepción del Coordinador los demás miembros fueron ratificados, ya que habían sido nombrados por la Junta Directiva anterior.

* * #

Se nombró a los Doctores Rubén Villeda Bermúdez y Ramón Pereira Aguilar, miembros propietario y suplente ante la Comisión de Selección del Personal Médico Docente Hospitalario.

* * #

La Junta Directiva aprobó posteriormente una iniciativa de la Presidencia para elaborar un Anteproyecto de Reformas a la Ley Orgánica del Colegio, para ser presentado a la consideración de la próxima Asamblea, la Comisión quedó integrada por los Doctores Jorge Haddad O-, (Coordinador), Eugenio Matute Cañizales, Carlos Godoy Arteaga, Ricardo Bulnes y Carlos A. Medina R-, decidiéndose que el dictamen sobre el trabajo que elabore esta Comisión será encargado a los Doctores César Abud Handal (Coordinador), Jose Elias Handal. Salvador Paredes T., Mario Peraza y Rafael Aguilar, residentes en San Pedro Sula.

* * *

Se solicitó a la Facultad de Ciencias Médicas y al Ministerio de Salud Pública la integración de una Comisión con el Colegio Médico para revisar el Reglamento de Especialidades, el miembro por el Colegio es el Doctor Virgilio Cardona López.

Se nombró a los Doctores Ernesto Pinto G., Marcial Vides Turcios y Francisco Alvarado S., miembros para integrar la Comisión de Estudio y Revisión del Arancel para Salarios de los Empleados del Colegio Médico, siendo su Coordinador el Doctor Salvador Lovo López-Villa.

* * *

Se integró el "Comité de Emergencias Médico Nacionales", en la forma siguiente: Por los Cirujanos, Dr. Francisco Murillo Selva; por los Pediatras, Dr. Roberto Rivera; por los Ginecólogos y Obstetras, Dr. Carlos Martínez; por los Internistas, Dr. Marcio Sarmiento S.; por los Sanitaristas, Dr. Gustavo Bardales R.; por los Médicos Anestesistas, Dr. Jorge Alberto Corea; por los Traumatólogos y Ortopedas, Dr. Adán Boza Zerón; Representante de la Junta Directiva y Coordinador Propietario, Dr. Ricardo Ochoa Alcántara; Suplente, Dr. Rigoberto Arriaga Chinchilla.

* * *

IX CONGRESO CENTROAMERICANO DE DERMATOLOGÍA DEL 5 AL 10 DE NOVIEMBRE 1974 TEGUCIGALPA.

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente	Dr. Hernán Corrales Padilla
Secretario General	Dr. Héctor Laínez N.
Tesorero	Dr. Ramón Sarmiento Soto
Pro-TesoreraDra. Virginia de Espinoza	
Vocal I[9]	Dr. José Trinidad Paz
Vocal 2?	Dr. Alberto Downing Ch.
Vocal 3?	Dr. Alberto Elias Handal
Vocal 49	Dr. Miguel Ángel Girón

Se encuentran en la recta final los preparativos del IX Congreso Centroamericano de Dermatología, que a nuestro juicio será el evento científico-cultural de mayor trascendencia en todo el ámbito geográfico de Centro América y Panamá durante el presente año.

Esto Congreso tendrá verificativo en el HOTEL HONDURAS MAYA de esta ciudad capital, del 5 al 10 de noviembre próximo.

Se impartirán tres cursos intensivos simultáneos sobre los siguientes tópicos:

a) Dermatología Pediátrica (días 5 y 6 de noviembre de 1974)
b) Micología Médica (días 5 y 6 de noviembre de 1974)
c) Enfermedades de la Boca (días 5, 6 y 7 de noviembre de 1<974).

Los temas oficiales del Congreso versarán sobre los tópicos que a continuación se enumeran:

a) Avances en Dermatología ■-
b) Sífilis y otras veneropatías :
c) Vascularitis