

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

ORGANO DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

FUNDADA EN 1930

VOL. 26

Enero, Febrero y Marzo, 1958

No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS  
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL  
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.



VI Jornada Médica Hondureña y II Asamblea del Colegio Médico de Honduras se celebrará en Tegucigalpa. Está pendiente de su fecha

# Revista Médica Hondureña

Organo de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:

**RAUL A. DURON M.**

ADMINISTRACION:

**DR. FEDERICO BALTODANO M.**      **DR. JORGE A. VILLANUEVA**

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

---

## NOTAS EDITORIALES

### **“EL PROBLEMA CIENTIFICO DEL HOSPITAL “SAN FELIPE”**

---

Nuestra máxima Institución hospitalaria representa para el cuerpo médico que en él labora, el pozo donde ha abrevado y seguirá abrevando su sed de ciencia, la escuela permanente de la medicina práctica, donde día a día asimila nuevas enseñanzas, y donde prolonga su noble tarea humanitaria de aliviar el dolor ajeno. Para llenar ese objeto, necesita estudiar a fondo sus enfermos, pues para lograr un tratamiento efectivo es imperativo sentar diagnósticos y los diagnósticos se hacen a base de ciencia en los tiempos actuales. Ya pasamos de la época en que el médico era un simple consolador, amigo y consejero. Hoy, además de eso, necesita saber qué es lo que hay dentro de ese ser que sufre y para ello no se basta solo, necesita del auxilio de las ciencias básicas auxiliares, casi desconocidas en siglos anteriores.

Por eso nosotros los médicos que trabajamos en dicha Institución no debemos engañarnos ante la realidad que representa la parte científica que en él se imparte y no debemos dejar que el tiempo transcurra sin que veamos operar cambios radicales tendientes a la creación del verdadero centro científico dentro de este enorme caserón que hasta la fecha no ha sido más que un asilo hospitalario para los 2.000 y pico de seres que en su seno alberga.

Porque ese es el problema básico del Hospital San Felipe: problema científico; y ese problema no se va a resolver con cambios en el personal médico actualmente en funciones. La calidad del personal médico que se puede traer podrá ser de lo más excelente en el mundo y aún así, de no atenderse los servicios básicos en la forma adecuada, transcurrirán otros 30 años de vida para nuestro Hospital y las cosas desde el punto de vista científico, no habrán variado en nada.

Y cuáles son esos servicios básicos cuyo funcionamiento adecuado debemos estimular? A nadie se le escapa que son los servicios diagnósticos auxiliares: Departamento de Patología, Laboratorio y Radio-Diagnóstico.

Si se hiciera una encuesta de hospitales centroamericanos para valorar la calidad científica de los hospitales del mismo, el nuestro saldría muy mal parado: Qué excusa daríamos al informar que en San Felipe, a pesar de contar con patólogos competentes, no suman a 50 el número de autopsias realizadas en los 5 años de funcionamiento que tiene el Departamento de Anatomía Patológica? Y qué excusa daríamos al informar que en nuestro Laboratorio Clínico no existe Departamento de Bacteriología, que los médicos o estudiantes interesados en algún caso tienen que recurrir a Laboratorios particulares y pagar por exámenes de Química sanguínea que no pueden efectuarse en el Hospital? Quizás el único Departamento básico auxiliar que no anda tan mal encaminado es el de Radio Diagnóstico, pero aún allí se necesita una bodega permanentemente repleta de material de trabajo, que se agota día a día, pues las exigencias de trabajo aumentan cada vez más; se necesitan dispositivos para la tomografía en serie, servicio de Angiografía, archivo de enseñanza, Depto. de conferencias clínico-radiológicas, etc. etc.

No para satisfacer demandas personales, o por favorecer un determinado grupo de médicos en San Felipe, sino para beneficio de todos y cada uno de nosotros, para beneplácito de la Facultad de Medicina y de sus estudiantes y para beneficio directo de los enfermos del Hospital, debe acondicionarse adecuadamente el Departamento de Anatomía Patológica, asignándole una partida de sostenimiento mensual para reponer láminas, soluciones fijadoras, deshidratantes, colorantes, equipo moderno necesario con que debe contar el laboratorio médico de los tiempos actuales, unidades de congelación, material y mesa de autopsias, etc. etc., para que nunca se detenga el servicio en su marcha y las biopsias se reporten a tiempo no importa el número que de ellas se remitan, para que se practiquen autopsias y se aproveche en conferencias dentro del Hospital y fuera del mismo, todo ese material precioso que día a día se nos pierde para detrimento de nuestra cultura científica nacional.

Sin un buen servicio de Patología y Laboratorio pierden todos los otros servicios del Hospital, ya que no puede completarse el estudio clínico de los diferentes pacientes quienes son los que al final pierden al no poderse realizar en ellos los diversos exámenes auxiliares tan necesarios hoy en día para la buena práctica de la Medicina Moderna

Es insospechada el área de proyección que la Anatomía y Fisiología Patológicas tienen sobre toda la Medicina; aunque estas cosas ya las sabemos de sobra, es nuestro deber insistir siempre en ellas, porque ¿de qué calidad serían nuestros Congresos de Medicina, si los trabajos en ellos presentados no van debidamente documentados con material de los laboratorios Patológico, Clínico y Fotográfico? Qué valor tiene la es-

tadística en un Hospital sin base en diagnósticos Anatómicos y Fisiopatológicos? Cómo puede aspirarse al ejercicio de la Medicina Legal en nuestro País, sin el asesoramiento de Laboratorios Patológicos y Toxicológicos? Cómo puede marchar bien la Facultad de Medicina, cuando la instrucción en materia de Patología General y Especial queda relegada a última categoría? Qué avances pueden hacerse en una campaña contra el Cáncer, si la unidad de diagnóstico no cuenta con adecuado servicio de Patología y Citología? Cómo celebrar conferencias científicas en los Hospitales y centros médicos del país o fuera de él, sin el concurso de la Patología y cómo saber en general si los diagnósticos clínicos y tratamientos instituidos a nuestros pacientes estaban bien encaminados, en caso de fallecer éstos? Debemos culparnos de su muerte? O tener la satisfacción de no haber andado errantes por los linderos de la ciencia al conocer los reportes de autopsia? O será mejor que nunca lo sepamos, para evitar así la crítica? Y será quizás por eso que no damos un paso en pro de la práctica de autopsias y acondicionamiento del servicio de Anatomía Patológica en el Hospital San Felipe?.

Ninguna excusa es válida máxime en estos cruciales momentos, cuando hay un movimiento estudiantil tendiente al mejoramiento de la instrucción universitaria en demanda de más ciencia y menos teoría.

Pero he aquí que hemos llegado al punto álgido de la cuestión: Para que sea realidad en nuestro Hospital esa transformación científica de que hoy hablamos, es necesario modificar su presupuesto, triplicarlo y hasta quintuplicarlo, para poder hacerle frente a los gastos que dicha transformación implica. Es necesario estimular con buenos sueldos a los especialistas, que, por el carácter mismo de su especialización deberían estar dedicados exclusivamente a la investigación dentro del Hospital preparando trabajos científicos, conferencias, etc. y para ello necesitan disponer de tiempo amplio y suficiente, sin estar con la preocupación constante de terminar lo más pronto posible en el Hospital, para ir a ganarse el pan cotidiano con la práctica privada, la cual, para Patólogos y Radiólogos es tan escasa, reducida y mal remunerada.— Es nuestra responsabilidad hacer conciencia ante las autoridades gubernamentales superiores que en el ramo de Sanidad, para los fines que estamos anotando y para muchos otros similares, toda modificación presupuestaria, en el sentido de su aumento y no de su descenso, como ¡lógicamente podría ocurrir, tendientes al mejoramiento científico hospitalario sería un ánima mente recibida con beneplácito por el staff médico del Hospital San Felipe y de los demás Hospitales dependientes de dicho ramo en el resto del País.

Dr. RAÚL A. DUSON M

Director

## ***Carta del Colegio Médico de Honduras al Sr. Ministro de Salud Pública***

Tegucigalpa, D. C, 15 de marzo de 1958

Sr. Secretario de Estado en los Despachos de  
Salud Pública y Asistencia Social, Dr. D.  
Rafael Martínez. Palacio de Salud Pública.  
Tegucigalpa, D. C.

Muy distinguido Sr. Ministro:

Como es del conocimiento particular de Ud., el Colegio Médico de Honduras y la Unión Médica Hondureña en vista de la aceptación de los propósitos de una y otra agrupación por los miembros de cada una de ellas, decidieron constituir una sola agrupación con el nombre de Colegio Médico de Honduras. Es también de su conocimiento particular, y por este medio se lo comunicamos oficialmente, que los suscritos fuimos electos Presidente y Secretario de la Junta Directiva del nuevo Colegio.

Uno de los deberes del Presidente es el de representar al mismo y a la Junta Directiva ante toda clase de autoridades, entidades particulares y entidades similares. Y es por esto, que en compañía del Secretario, me dirijo a Ud., en cumplimiento de un deseo de la Asamblea Local del Distrito Central y con la autorización ya adelantada por la Asamblea General de La Ceiba. Es el caso que el Colegio se ha visto preocupado por los contratos por servicios médicos a dependencias de la Administración Pública, contratos que casi siempre en forma tácita aceptan los médicos al ejecutar tareas para las que son nombrados por el Ejecutivo. En la mayor parte de los contratos se establece con base en la Ley del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del país, la cantidad a percibir por honorarios por los servicios prestados, cantidad que también tácitamente se conviene en recibir en forma mensual. Tal procedimiento deja al profesional sin la seguridad de la cantidad a percibir de un año a otro o más bien de un presupuesto a otro. Las cantidades presupuestadas en la ley, para honorarios mensuales y anuales, han venido siendo propuestas por los directores de las diversas instituciones gubernamentales, discutidas o estudiadas por el alto personal del Ministerio de Economía Y Hacienda, el cual las considera en conjunto con la Oficina del Presupuesto; son después estudiadas por el Consejo Nacional de Economía o su similar; son algunas veces discutidas con el Presidente del Ejecutivo; llevadas después al seno del Congreso Nacional en donde una comisión de Presupuesto dictamina sobre ellas y por último el Congreso, en sesión plenaria, discute el anteproyecto y el dictamen y toma la resolución final que fija en la ley.

A pesar del número de oficinas por las que pasa el proyecto de los directores, parece que ni éste ni los otros funcionarios pueden apoyarse en principios debidamente estudiados, reglamentados y legislados, que permitan acercarse lo más posible a la realidad económica del país, en lo que se refiere a honorarios profesionales médicos. Parece que en el pasado y hasta el día de hoy, lo que ha sucedido es que los Directores de Sanidad, Hospitales, etc., han hecho las proposiciones al Ministerio, basándose probablemente en los honorarios de años anteriores, en el cambio relativo de la riqueza del país y en el costo de la vida en el mismo; en las solicitudes de médicos que trabajan en los diversos servicios; en el criterio del director sobre la adecuación de la remuneración en los casos en que no hay solicitud de modificación. Como se ve, es mucho lo que queda al criterio personal de cada Director proponente; cada uno de ellos tiene una gran responsabilidad que tiene que basar en sus propias ideas, personalidad y experiencia, en vez de poder usar además de tales orígenes para las proposiciones, criterios que puedan ser más estables en el transcurso del tiempo y a lo largo y ancho del país. Parece que lo mismo sucede en cuanto al establecimiento de sueldos para el personal no profesional, pero en ese sentido ya hay un paso importante, cual es la obligación que se da al Director de los Hospitales del Estado, en el reciente Reglamento General de Hospitales, en su artículo 10, letra e), de elaborar en conjunto con el Administrador y el Comité Consultivo, una Ley de Salarios. Como las instituciones médicas del país, hemos venido sosteniendo criterio opuesto a la consideración del médico como empleado asalariado, entendemos que los médicos directores, todos los cuales a nuestro entender se acogen a las resoluciones de sus organismos colegiados, no han pensado en incluir en tal ley a los médicos que trabajen en las dependencias de medicina y salud pública.

Parece ser que en tanto la práctica de la medicina era de tipo general en todo el país, no se presentaban mayores problemas en cuanto a la diferencia de honorarios entre unos y otros médicos. Tampoco se presentaron mayores dificultades con la presencia de especialidades de gran amplitud y practicadas por los profesionales al mismo tiempo que hacían práctica de medicina general. Pero con el progreso de las especializaciones, cuyo estudio y ejercicio principió a dar lugar a la diferenciación del monto de honorarios por servicios al Estado, sobre todo en el Hospital General de Tegucigalpa, los directores se ven envueltos en problemas difíciles de resolver ya que desean ser lo más justos que puedan y mantener la armonía entre la dirección y el cuerpo médico. Es probable que el Hospital General sea, desde este punto de vista, el que tenga mayores dificultades por resolver, y también aquel en el que actualmente el problema ha tomado mayor vigencia. Sin la adecuada prevención, iguales problemas se presentarán próximamente en las otras instituciones médico-sanitarias del Estado.

El asunto de las especializaciones no es, desde luego, el único, pero por haber sido el inicial, se ha discutido más- Para los direc-

tores proponentes, es difícil hacer ante sí la calificación de especialista, cuando no la de especialidad. La Escuela de Medicina, a nuestro entender, no ha dado bases para esa calificación. No sabemos que la hayan dado tampoco, ni el primer Colegio Médico de Honduras, ni la Unión Médica Hondureña, ni la Asociación Médica Hondureña, ni ninguna otra asociación, oficina u organismo médico del país. Es probable que los directores puedan tratar de basarse para tomar por menos un fundamento de tipo regional, en lo que suceda en otros países de Centro América y de América Latina, similares al nuestro. O que se basen en los criterios de las Asociaciones Regionales Centroamericanas de especialidades, por ejemplo, las Asociaciones Centroamericanas de Tisiología, de Dermatología, de Psiquiatría, etc. O se basen quizás en los estudios académicos de los candidatos, en la obtención de títulos, en la práctica e instituciones bien calificadas para el entrenamiento de especialistas, en los diplomas que acrediten la práctica y la calidad de la misma, en simples certificados de asistencia, o de práctica supervisada, etc. En cualesquiera de los casos puede entrar en la calificación, el número de años de estudio, los de práctica, los trabajar en la misma. Institución gubernamental, o puede dársele rango de especialista (el caso es extremo e hipotético), a quienes sin estudios y sin práctica, y aun sin vocación ni aptitud, se encarguen de un tipo especial de enfermos que no atraen a los demás. Los directores pueden encontrarse con las dificultades de la estrechez e inmutabilidad de denominaciones en la estructura del presupuesto en su forma actual, por ejemplo, se necesita de un Pediatra, pero lo que hay es una plaza libre de Neurocirujano, y se conviene en el nombramiento de Neurocirujano para el trabajo de Pediatría. O el presupuesto considera la existencia de un médico anesthesiologo y no hay en la ciudad quien lo desempeñe. El director puede verse obligado a nombrar «Médico Anesthesiologo» a un técnico anestesista.

Pero supongamos que se ha establecido ya la calidad de especialista para nuestro propio país. Las dificultades no terminan allí, ni tampoco en todas las que mencionemos en esta corta exposición. Se presentaría a consideración el modo de ejercer, en la práctica, esa especialidad. El especialista, se dedica sólo al ejercicio de su especialidad, y no entra en competencia con el médico general? O es un especialista en tal o cual rama de la medicina, pero hace al mismo tiempo medicina general, pediatría, cirugía y obstetricia, oftalmología, etc. O bien, el especialista se dedica sólo a SM especialidad, no hace más que dermatología, o patología, o enfermedades respiratorias o neuropsiquiatría, o urología? Tiene la obligación el director proponente de promover tal práctica restringida con honorarios diferenciados? Es aceptable esto? O bien, si se consideran los riesgos de los roentgenologos, tiene la obligación el Estado de pagarle mayores honorarios porque por su propia determinación desee no ser médico general, sino roentgenólogo? O pagarle más porque por su propia determinación renunció a las posibilidades de ingresos en la medicina general, y dedicarse a una especialidad para servicio de los otros médicos. Otro caso sería el

del médico que ha seguido la carrera de Administración de Hospitales y de Servicios Médicos, que no puede tener oficina particular, ya que su carrera es de servicio institucional. No hay que olvidar que la medicina general puede enmarcarse en el futuro como "una especialidad, con las limitaciones consiguientes de su ejercicio.

No hemos olvidado las cavilaciones que los directores proponentes puedan tener sobre la consideración del pago de honorarios por hora-mes de trabajo. Y no hay un segundo durante el cual olvidemos que los Hospitales y otros centros médico-sanitarios son casas de estudios Y de enseñanza, no sólo para el personal de cada uno y para los pacientes que en ellos se atienden, sino para la comunidad en general. Hay casos, además, como el del Hospital General de Tegucigalpa, que es un Hospital de enseñanza médica universitaria profesional. Tal condición la ha desempeñado no sólo por la aceptación tácita de esta obligación, sino también porque en el año de 1950, aproximadamente, después de un acuerdo con el Ministro de Sanidad y Beneficencia, el entonces Ministro de Educación, un Médico por cierto, lo declaró Hospital Clínico con funciones docentes.

**Aprovechamos esta oportunidad para hacer mención de que en vista del fracaso de aquella disposición tan bien intencionada, y de la reorganización presente de la Universidad en camino hacia la autonomía, nos parece indispensable y urgente que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, bajo cuya organización funciona el Hospital General, promueva conversaciones Y entendimientos con los organismos universitarios competentes, con el objeto de llegar a sentar las bases que a través de los decretos correspondientes indiquen la forma de desarrollo por parte de las organizaciones médico-sanitarias estatales de su misión docente universitaria de profesionalización.**

Lo anterior no está desde luego separado del tema central de nuestra comunicación sino que es una causa más de preocupación para el Director del Hospital General, cuando piensa que no sabe cómo resolver si debe existir entre los médicos que trabajan en la Institución una diferenciación que corresponda a su calidad profesoral.

Estos son sólo algunos de los problemas que sabemos que tienen los directores de Servicios Médicos que deben de proponer a sus Ministros respectivos, presupuestos de honorarios por trabajo profesional. Aunque falten muchas cosas por considerar, ya éstas son suficientes para pensar en las tribulaciones de los que tienen tales responsabilidades, aumentadas con la delegación de facultades que con criterio loable sigue ese Ministerio, y que aumentan también con la apertura de las discusiones durante las sesiones plenarias del Congreso Nacional, no solamente a los diputados sino que a representantes de las oficinas públicas, de asociaciones de todas clases y al hondureño o residente mismo en su calidad individual. Esta práctica ha dado lugar recientemente a una difícil situación dentro del cuerpo médico directivo y clínico del Hospital General, cuando la actual legislatura, apoyándose en gran



parte en el criterio del distinguido colega médico que tiene la función directiva como leí del Gobierno hospitalario, emitió un capítulo de la Ley del Presupuesto, que ha dejado insatisfechos a muchos colegas en particular y al Colegio Médico en general, por cuanto castigó a quince médicos del Hospital General con una rebaja de un mil ochocientos lempiras anuales para cada uno, en su remuneración por servicios profesionales. Es evidentemente cierta la explicación dada por el Congreso Nacional, que la intención del mismo no fue la de castigar, pero el resultado ha sido una lesión a la dignidad y a la economía de esos médicos.

La disminución de las cantidades presupuestadas, se nos dice que no solamente ha tenido lugar en el Hospital General. Parece que se rebajaron los de los Directores de los Hospitales de Santa Bárbara y Choluteca. Se nos ha dicho que en el primer caso, la rebaja se debe a que el Hospital de Santa Bárbara es una construcción hospitalaria, pero no un hospital en funciones, y que en tal circunstancia, el Director de ese Hospital es propiamente un Jefe de Dispensario, y que si no gana más que otros Jefes de Dispensarios de la República, por lo menos gana igual cantidad. Yo pasaré con gusto esta explicación al pleno capitalino del Colegio Médico de Honduras.

En el caso del Hospital del Sur en Choluteca, hemos oído que probablemente la rebaja en honorarios se debe a que se dan a tal dirección prestaciones que no tienen las otras direcciones de otros hospitales similares, tales como el uso de casa para el Director y su familia, y otros servicios para los mismos. Esto introduce otro problema, debe ser cierto y cumplirse así, que cuando con el aumento de las condiciones que conviene ofrecer a los médicos para el desempeño de sus funciones, se deja atrás por lo menos temporalmente, la provisión de esas mismas condiciones para otros médicos, debe de efectuarse un ajuste y disminuir en alguna forma y en una cantidad equis, la percepción de honorarios y salarios que esos médicos perciban?

Repetimos que no; damos cuenta de las dificultades envueltas y de que la presentación de los problemas se aumenta a medida que avanza el tiempo y el desarrollo de los servicios médicos gubernamentales, y hacen llegar un buen día, a situaciones imprevisibles. Suena a frase de Perogrullo que la vida se vive viviéndola, previendo muchas veces algunas de sus facetas, y dejando siempre sin prever otras de ellas; o previendo muchas pero sin poder prevenir la presentación de situaciones desagradables, ni poder promover la llegada solamente de situaciones felices. Todos nos imaginamos a veces algunas de las situaciones del país, de las cuales no estamos ni medianamente satisfechos. En administración de medicina y de salud pública también nos falta y suponemos que por la naturaleza del hombre siempre le faltará, mucho que hacer. El problema a que nos estamos refiriendo es sólo uno de los muchos, que considerados y resueltos, o por lo menos planteados, pueden promover la armonía entre las organizaciones gubernamentales y la clase médica que trabaje en ellas. Pero falta, creemos, un estudio

escrito preliminar sobre la regulación de tasas de honorarios para los servidores médicos del estado. Sabemos que la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es muy reciente, y que en corto tiempo ha caminado mucho. Estamos seguros de que todos los que antes han trabajado en él y los que actualmente lo hacen, convierten en pasión el desarrollo de funciones tan atractivas, pero que siempre, siempre, habrá mucho por hacer.

Para la mejor consideración futura de este problema, el Colegio Médico de Honduras, en la sesión que celebró en Tegucigalpa el cinco de marzo en curso, resolvió: 1<sup>o</sup>—**Sugerir al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, el estudio de las bases y principios en que han de fundarse las proposiciones del Ejecutivo para la remuneración de los médicos que trabajen en dependencias del Estado en funciones de medicina y de salud pública en sus diversas ramas.** 2<sup>o</sup>—**Sugerir al mismo Ministerio que con tales fundamentos, se formen escalas bases de honorarios médicos para las diferentes categorías de funciones que los profesionales de la medicina hayan de desempeñar,** 3<sup>c</sup>—**Pedir al mismo Ministerio que entre las personas encargadas de tales estudios se acepte un número suficiente de miembros del Colegio Médico que no trabajen en los diversos ramos de la administración pública.**

Sirva la presente, distinguido Sr. Ministro, para cumplir con lo ordenado por nuestros mandantes, y para decirle que seguros de los propósitos que a Ud. animan en el desempeño de sus delicadas y arduas funciones, esperamos que tales estudios se inicien pronto, se organicen de tal manera que se asegure su continuidad, y se asegure hasta donde es posible la terminación de los estudios y proyectos en un tiempo tal que puedan servir: a las personas que han de hacer las proposiciones para el próximo año fiscal; al personal ministerial que ha de hacer su estudio y final proposición al Congreso Nacional; a los congresistas dictaminadores del presupuesto y a los diputados que han de votar esa ley.

Nos es grato asegurar al Sr. Ministro, el continuado interés del Colegio Médico de Honduras por los problemas de la Salud Pública y de la Medicina en toda su integridad y con todas sus relaciones, Y nos es grato también expresar nuestros deseos por el persistente éxito en sus funciones.

Cordial y respetuosamente, sus colegas y servidores.

**Dr. RAMÓN ALCERRO CASTRO,**  
Presidente Colegio Médico.

**DR. J. ADÁN CUEVA V.,**  
Secretario Colegio Médico.

# APENDICITIS: CORRELACIÓN CLÍNICO - PATOLÓGICA

*Revisión de 100 Casos Operados en el Hospital "San Felipe"*

Dr. RAÚL DURON M. (\*)      Dr. FRANCISCO MONTES G(\*\*)

## INTRODUCCIÓN

Siempre ha llamado la atención en los Departamentos de Patología, el gran número de apéndices normales que se reciben extirpados con el diagnóstico erróneo de apendicitis. Ha sido nuestra intención cotejar el cuadro clínico con los hallazgos microscópicos en los apéndices extirpados con el diagnóstico de apendicitis en un medio hospitalario de asistencia gratuita como lo es el Hospital General San Felipe, eliminando así los factores de diversa índole que pudieran influir en el ánimo de los cirujanos ante un cuadro abdominal que simulase una apendicitis, si de pacientes de clientela privada se tratase.

Veamos lo que dice la literatura reciente en los Estados Unidos; MUELLER <sup>(1)</sup>, en 1945 en un estudio de 1481 casos de apendicitis aguda diagnosticados clínicamente, encontró que muchos de los apéndices extirpados con este diagnóstico fallaron de ser diagnosticados así, después de seccionados en el Departamento de Patología.

AYCOCK <sup>(2)</sup>, en 1945 encontró 143 apéndices reportados como esencialmente normales en una serie de 1007 casos de apéndices extirpados con el diagnóstico clínico de apendicitis aguda, o sea un 14.2% de error diagnóstico.

Según CULOÏTA <sup>(3)</sup>, en 1957 de una serie de 492 pacientes explorados con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda, en el 15.8% no se encontraron hallazgos anormales abdominales en la operación. En dos de estos pacientes se observó más tarde que habían tenido una neumonía y otra acidosis diabética. En 4 casos (0.8%) se encontró: uno colitis amibiana, otro colitis de origen, indeterminado, otro endometriosis y un último de ruptura del folículo ovárico. El 4.8% tenían otras enfermedades abdominales agudas que simulaban

(\*) Patólogo, Departamento de Anatomía Patológica. Hospital San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, C. A. (\*\*■) Médico Interno Casa de Salud La Policlínica. Tegucigalpa, Honduras.

apendicitis, en las cuales la intervención quirúrgica estaba indicada, aunque el diagnóstico preoperatorio fuera erróneo. De estos casos, la tercera parte correspondía a patología del abdomen superior, siendo la úlcera perforada la más común. El error diagnóstico total fue de un 21,3% y el diagnóstico correcto de 78-7%.

En la literatura latinoamericana encontramos:

MARCASOLI <sup>4</sup>), en 1955 dice: Si repasamos la clínica vemos que en lo que se refiere al diagnóstico de apendicitis crónica hay muchos vacíos y puntos pocos claros Y aún en nuestros días, el médico ve a diario gran cantidad de cicatrices por apendicectomía, donde aún persisten las molestias por la fosa ilíaca derecha. ¿Qué quiere decir esto entonces? que a pesar de la clínica, el laboratorio y todos los medios de que disponemos para arribar a un diagnóstico, desgraciadamente no los poseemos para las apendicitis crónicas. Mucho se debe esto a que no tengamos un signo casi patognomónico y a que esta enfermedad remede tantas otras y se nos presenta a veces con una sintomatología tan vaga, que desorienta al más sagaz de los galenos. Otras veces quizás, apresuramos demasiado el diagnóstico al comprobar una fosa ilíaca dolorosa y así enviamos a la mesa de operaciones a un enfermo que la apendicectomía nada remediará y sus molestias seguirán haciéndolo deambular por consultorios Y hospitales.

En Honduras poco se ha escrito acerca de los diversos problemas a encarar con relación a la apendicitis:

LOZANO <sup>11</sup>), en 1957 en un estudio de 151 casos de operación por apendicitis aguda haciendo un análisis sobre el uso de diversos medicamentos quimioterápicos y antibióticos, encontró que el 100% de sus casos eran agudos, de los cuales el 31.1% eran perforados y el 15.9% gangrenosos. Pero estos diagnósticos no fueron corroborados en cortes histológicos.

Comprendemos que nuestro estudio sólo abarca 100 casos Y deberá ser ampliado en el futuro con un número mucho mayor. Sin embargo, trataremos de establecer en la medida de lo posible los porcentajes de exactitud e inexactitud del diagnóstico clínico en estos casos y tratar de establecer las causas de error en los que fallaron ser diagnosticados correctamente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro estudio comprende la revisión de 100 apéndices en los cuales se hizo diagnóstico clínico de Apendicitis Aguda o Crónica aceptando el diagnóstico de Apendicitis Crónica solamente como entidad clínica, los cuales fueron llevados a sala de operaciones con tal diagnóstico, en un período comprendido entre el 15 de diciembre de 1953 al 5 de septiembre de 1957. Eliminamos de hecho los casos de apendicitis aguda comprobados macroscópicamente en Sala de Operaciones, pero en los cuales no se hizo estudio histológico.

De los preparados histológicos solamente aceptamos aquellos en los cuales se podía hacer un estudio sin tropiezos por defectos técnicos. El estudio clínico de estos casos, según se desprende de

las hojas clínicas fue en su mayoría deficiente, sobre todo en los casos de urgencia, en los cuales faltan datos de laboratorio y datos clínicos importantes, sobre todo cuando se trataba de mujeres.

Para la clasificación patológica nos ceñimos a la de Anderson (G), y aceptamos los siguientes diagnósticos como patológicos:

Apendicitis Aguda Simple  
Apendicitis Purulenta con perforación  
Apendicitis Purulenta sin perforación  
Gangrena del Apéndice.

Cuando las lesiones inflamatorias no eran muy marcadas, hicimos el diagnóstico de Apendicitis Mínima. No aceptamos como diagnóstico el término Apendicitis Crónica.

El término fibrosis del apéndice lo empleamos cuando había reacción fibrosa apreciable con o sin obliteración del lumen por esta causa y generalmente asociado a atrofia parcial del órgano. Si esto representa o no secuelas de ataques antiguos de apendicitis, o representen hipotrofia o atrofia congénita del órgano secundario a procesos extra-apendiculares, estuvo fuera de nuestro alcance determinarlos.

Los casos en los cuales encontramos huevos de parásitos o parásitos adultos pequeños en el lumen del apéndice los rotulamos ya como parasitismo intestinal o como parasitismo apendicular asociado o no a apendicitis, según fueran acompañados o no de reacción inflamatoria de las capas del órgano.

Todos los casos en que no encontramos absolutamente signos microscópicos de inflamación aún en presencia de huevos de parásitos o parásitos pequeños en el lumen del órgano o de fibrosis en ninguna de las capas del apéndice preferimos agruparlos bajo el término de N.D.P. (No Demostrable Patología), en vez de apéndices esencialmente normales, porque creemos que para afirmar categóricamente ausencia de patología en un apéndice, y esto lo hacemos extensivo a toda otra clase de biopsias, deberían hacerse cortes seriados de toda la longitud del órgano, lo cual bajo todo punto de vista es impráctico e inoportuno. La política de nuestro Departamento de Patología respecto a los apéndices macroscópicamente normales, es hacer dos cortes de ellos, uno en una unión del tercio superior con el tercio medio y otro en la unión del tercio distal con el tercio medio. En los apéndices francamente patológicos un solo corte de la zona anormal es suficiente.

La revisión microscópica se hizo cuidadosamente en todos los apéndices capa por capa, incluyendo el examen de la materia contenida en el lumen (\*) por la posible presencia de huevos de parásitos que pudieran haber pasado desapercibidos en exámenes previos.

---

(\*) Se entiende que este examen fue hecho en preparados histológicos. Nuestro estudio deberá ser ampliado en el futuro con exámenes coproparasitológicos y bacteriológicos del contenido apendicular en fresco, antes de ser remitidos los apéndices al Departamento de Patología.

## RESULTADOS

---

### SÍNTOMAS PREDOMINANTES EN LOS IQO CASOS ESTUDIADOS

Se enumeran a continuación los síntomas que predominaron en los cuadros apendiculares estudiados, por orden de frecuencia:

1. Náusea y vómito.
2. Dolor inicial en fosa ilíaca derecha o de fijación secundaria en la misma.
3. Fiebre.
4. Dolor inicial en región epigástrica o umbilical.
5. Sensación de adormecimiento en miembro inferior derecho.
6. Estreñimiento.
7. Dolor lumbar.
8. Dolor inicial abdominal difuso.

### RESULTADOS DE LOS RECuentOS EN CÉLULAS BLANCAS EN LOS 100 CASOS

Entre 5 y 8.000 por m.c. ....	26
Entre 8 y 10.000 por m.c. ....	16
Entre 10 y 20.000 por m.c. ....	43
Sin recuento globular .....	■ 15
TOTAL .....	100

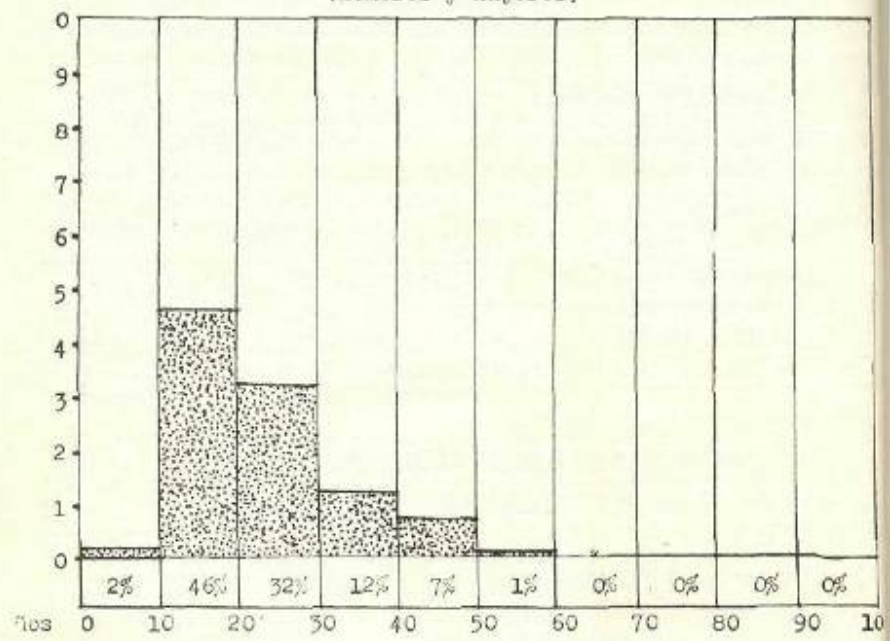
De los 100 casos que se estudiaron corresponden a-

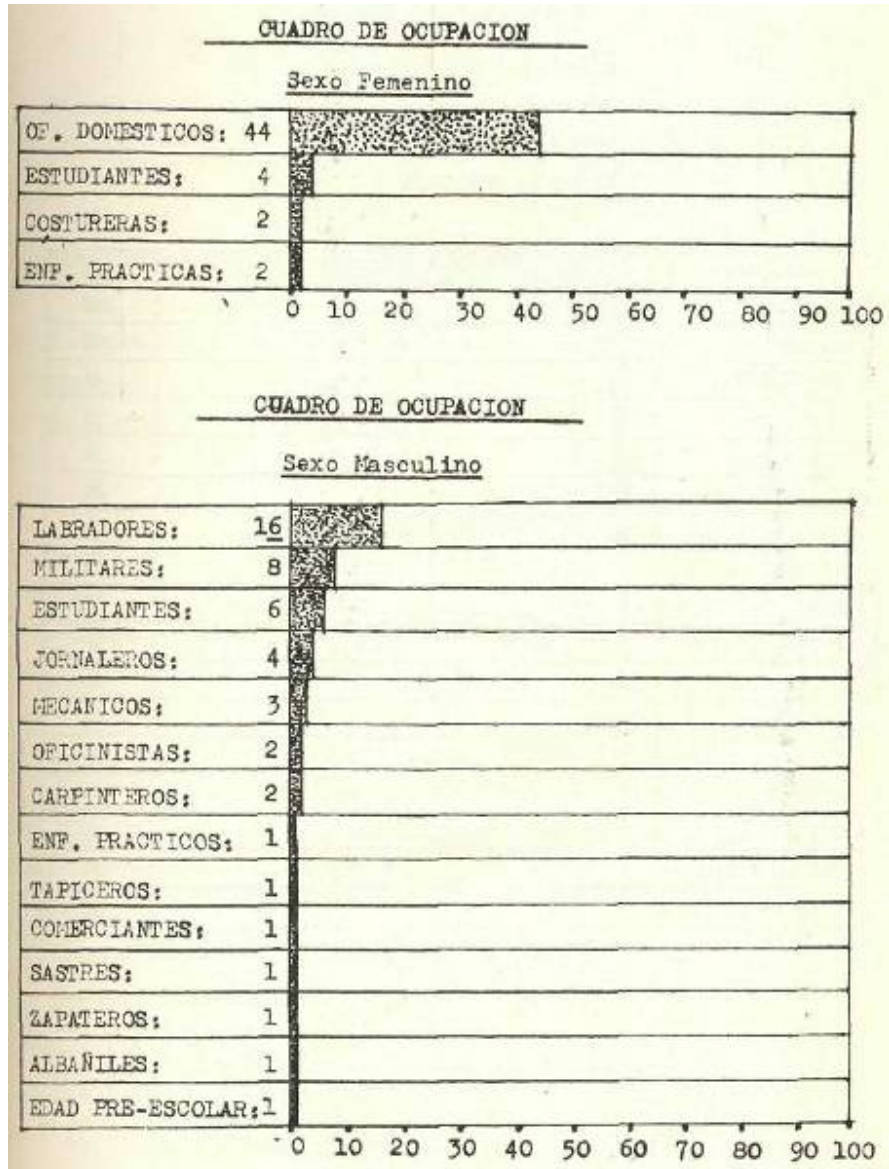
Sexo femenino .....	52
Sexo masculino .....	48

53 casos se operaron de urgencia 47  
casos no de urgencia.

De los 100 casos, en 31 se encontró Parasitismo Intestinal, de los cuales 19 estaban asociados con patología apendicular y 12 sin patología apendicular.

CUADRO DE EDAD  
(Hombres y mujeres)







CUADRO DE PROCEDENCIA

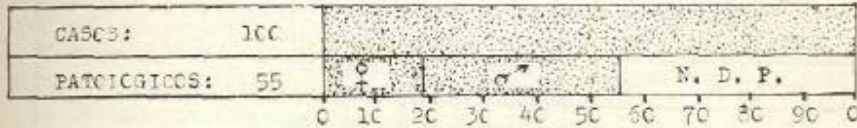
F. MORAZAN:	65		65%
VALLE:	10		10%
OLANCHO:	8		8%
CHOLUTECA:	4		4%
COMAYAGUA:	3		3%
EL PARAISO:	3		3%
ATLANTIDA:	2		2%
SANTA BARRARA:	2		2%
CORTES:	1		1%
YORO:	1		1%
LA PAZ:	1		1%
LEMPIRA:	0		0%
OCOTEPEQUE:	0		0%
COPAN:	0		0%
INTIBUCA:	0		0%
COLON:	0		0%
GRACIAS A DIOS:	0		0%
ISLAS DE BAHIA:	0		0%

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

**CLASIFICACION CLINICO PATOLOGICA DE NUESTROS 100 CASOS**

Apéndice Agudas ..... 36 (parasitarias 3)	}	Aguda simple ..... 11
		" perforada ..... 7
		" gangrenosa ..... 10
		" purulentas ..... 8
Apéndice Crónicas ..... 13	}	Agudizadas ..... 4
		Fibrosis del apéndice ..... 8
		Plastrón apendicular ..... 1
Periapendicitis ..... 5		..... 5
Mucocele ..... 1		..... 1
Apéndices N.D.P. .... 45(*)		..... 45
		<b>TOTAL.....100</b>

**APÉNDICES PATOLÓGICOS**



**MUJERES**

**Clasificación**

Apéndices Agudos Francos .....	7
Apéndices con lesiones predominantes de Fibrosis e Infiltrados Inflammatorios Mixtos .....	6
Apéndices con lesiones predominantes de Periapendicitis .....	4
<b>TOTAL .....</b>	<b>18</b>

**Edad de Pacientes:**

Entre 15 y 18 años .....	4
Entre 20 y 28 años .....	8
Entre 31 y 39 años .....	4
1 caso de 45 años .....	1
1 caso de 53 años .....	1
<b>TOTAL .....</b>	<b>18</b>

(\*) De estos 45, 8 presentaban como hallazgos incidentales: Parasitismo Intraluminal 4, Cuerpo extraño intraluminal (Pelo humano) 1, Hemorragia intraluminal 2, Reacción eosinofílica de mucosa 1.

## H O M B R E S

**Clasificación:**

Apéndices Agudos Francos .....	32
Apéndices con lesiones de Fibrosis y de apendicitis mínima .....	4
Apéndices con lesiones predominantes de Pariapendicitis .....	1
<b>TOTAL</b> .....	<b>37</b>

**Edad de los Pacientes:**

Entre 7 y 10 años .....	2
Entre 15 y 20 años .....	8
Entre 21 y 30 años .....	14
Entre 32 y 40 años .....	7
Entre 41 y 48 años .....	6
<b>TOTAL</b> .....	<b>37</b>

**APENDICES N. D. P.**

## H O M B R E S

**Edad de pacientes:**

Entre 14 y 19 años .....	9
Entre 21 y 28 años .....	2
<b>TOTAL</b> .....	<b>11</b>

De estos 11 pacientes se operaron de urgencia 4 y no urgencia 7

## M U J E R E S

**Edad de pacientes:**

Entre 14 y 19 años .....	23
Entre 21 y 29 años .....	10
Un caso de 36 años .....	1
<b>TOTAL</b> .....	<b>34</b>

De estas 34 pacientes se operaron de urgencia 13 y no urgencia 21

### COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

La incidencia de signos y síntomas abdominales provocando un cuadro apendicular en nuestros casos, fue ligeramente predominante en pacientes de sexo femenino.

Los casos operados de urgencia habían sido diagnosticados como Apendicitis Aguda. Los que no se operaron de urgencia, habían sido diagnosticados ya como Apendicitis Crónica o como Apendicitis Sub-Aguda, a excepción de 11 casos que presentaban sintomatología aguda.

■ La mayor incidencia de cuadros clínicos apendiculares se presentó en pacientes entre 2<sup>a</sup> y 3<sup>a</sup> décadas de la vida, lo cual está de acuerdo con diversas estadísticas al respecto.

El 65% de estos pacientes pertenecían al Departamento Francisco Morazán, lo cual explicamos al suponer que ante un cuadro apendicular agudo, el paciente recurre al medio hospitalario más próximo donde probablemente es intervenido sin demora.

MANN (7), dice que: el porcentaje de apéndices agudamente enfermos quitados, comparados con el número total de apéndices quitados (Patológicos e Incidentales), habiendo mostrado elevación sustancial durante los últimos tres años, pareciera indicar que los Pacientes con apendicitis aguda, son operados más temprano en el curso de su enfermedad, tal vez porque el paciente está mejor educado que antes y busca al médico más temprano.

Pareciera que la sintomatología de cuadro apendicular agudo o crónico no tiene ninguna relación con la ocupación del paciente. Solamente el 36% de nuestros casos cotejaron el cuadro clínico en los cuales se hizo diagnóstico de Apendicitis Aguda, cualesquiera de sus tipos y donde efectivamente el examen histológico confirmó dicho diagnóstico.

Anteriormente dijimos que bajo el punto de vista patológico, el diagnóstico de apendicitis crónica es discutido, no siendo aceptado por la mayoría de los patólogos. En 13 de nuestros pacientes encontramos lesiones de fibrosis, 8 de ellas sin infiltrado inflamatorio; por razones técnicas y didácticas clasificamos estos 13 casos como Apendicitis Crónicas. Hemos de advertir, sin embargo, que los 8 casos de fibrosis pura del órgano, posiblemente no provocaban síndrome clínico de apendicopatía y en los cuales sería menester investigar también patología extra apendicular de proximidad para explicar la sintomatología acusada.

BOCKUS (8), al respecto dice: que no es probable que las lesiones fibrosas del apéndice causen síntomas en ausencia de una inflamación aguda o de una periapendicitis. La extirpación de un apéndice que no presente estas últimas lesiones, rara vez conduce a la desaparición permanente de los síntomas.

*Lo más sorprendente de nuestro estudio fue haber encontrado un 45% de apéndices en los cuales a pesar de haber existido síndrome clínico de apendicopatía, el examen histológico no mostró absolutamente patología del órgano, ni siquiera fibrosis. Resulta entonces evidente que la síntoma-*

*tología acusada por estos 45 pacientes no era debida a patología apendicular.*

Es interesante el hecho de que 34 de estos pacientes pertenecieron al sexo femenino, y sólo una tercera parte al sexo masculino.

La revisión clínica de los 11 pacientes del sexo masculino arrojó algunos datos que quizás tengan valor en la evaluación de su sintomatología, seis de ellos presentaban parasitismo intestinal comprobado en el laboratorio o en cortes histológicos; en 3 pacientes el examen clínico no arrojó ninguna luz sobre la posible causa de sintomatología y los dos restantes eran militares: ¿Simulación?

La revisión clínica en las 33 mujeres sin lesiones apendiculares fue desgraciadamente incompleta, puesto que para nosotros esto constituye el punto más interesante de este trabajo, ya que el total de estos casos se presentaron entre la 2<sup>a</sup>. y 3<sup>ª</sup> décadas de la vida, es decir, en pleno período de procreatividad. De los pocos datos que pudimos obtener al revisar las hijas clínicas de estas pacientes, hicimos ciertas deducciones lógicas de posible patología extra-apendicular: Parasitismo Intestinal 8; Hidrosalpix 1, (hallazgo operatorio) posible salpingitis 1 (paciente presentaba flujo blanco); Quiste ovárico 1, (hallazgo operatorio) Hemorragia de Cuerpo Amarillo 7; Mittelschmerz 3; en el resto no fue posible encontrar datos clínicos ni de laboratorio que arrojaran alguna luz sobre la exacta patología. La razón de esto estriba quizás en que el cirujano ve tan claro el cuadro apendicular, sobre todo en mujeres que recién inician su actividad menstrual, que no se molesta en hacer un análisis clínico más detenido y prescinde del laboratorio llevando a estos pacientes a la sala de operaciones, de urgencia, muchas veces sin ordenar siquiera un recuento de glóbulos blancos.

Nosotros creemos que en este grupo de edad de pacientes del sexo femenino ante la presencia de dolor en fosa ilíaca derecha, hay muy probablemente ausencia de patología apendicular y se deben enfocar más nuestros medios diagnósticos hacia los órganos anexiales derechos que en este tiempo se encuentran en pleno estado de actividad fisiopatológica.

TANIGUCHI (9), dice que: en el ciclo normal de la actividad ovárica, la ruptura del folículo de Graff, es un proceso fisiológico pero la ruptura del cuerpo lúteo es patológica y va acompañada de hemorragia activa. La hemorragia puede ser profusa y exanguinante. La causa exacta de 3<sup>a</sup> ruptura es desconocida, pero dilatación quística con incremento de la presión interna parece ser la causa fundamental. El factor precipitante que causa la ruptura es variable y frecuentemente difícil de determinar. Se sabe que la ruptura puede ocurrir durante el sueño, durante el trabajo cotidiano, durante el coito, durante el examen pélvico bimanual y después de un golpe en el abdomen.

El cuerpo lúteo puede romperse en cualquier tiempo de procreatividad, desde la pubertad a la menopausia, pero la incidencia más alta ocurre en los adultos jóvenes entre los 18 y 35 años.

Mientras que la ruptura folicular mejor conocida con el nombre de «MITTELSCHMERZ» es bien conocida, la ruptura del cuerpo lúteo,

que ocurre característicamente durante la segunda mitad del ciclo menstrual, parece que es pobremente apreciada como entidad clínica. Hasta 1937, prácticamente en todos los casos reportados en la literatura, esta condición fue equivocadamente diagnosticada preoperativamente ya como apendicitis aguda o como embarazo ectópico. La rápida instalación de síntomas de hemorragia intraperitoneal en cualquier mujer durante su período procreativo en la segunda mitad del ciclo menstrual, debe inducir al cirujano a sospechar la ruptura del cuerpo lúteo.

PRATT <sup>(10)</sup>, dice que de 1.970 operaciones de emergencia realizadas en la clínica Mayo, de 1945 a 1949, el 47% fueron hechas con diagnóstico de apendicitis aguda; el 14% por lesiones ginecológicas, de las cuales la mitad fueron abdominales; de éstas, a su vez, casi la mayoría eran hemorragias intraperitoneales. La causa más común de estas hemorragias abdominales era embarazo ectópico, y la segunda más común era ruptura del cuerpo lúteo.

Casi todas estas emergencias fueron llevadas a la Sala de Operaciones con diagnóstico de Apendicitis Aguda o de Embarazo Ectópico.

Cuando el «Mittelschmerz» se diagnostica clínicamente, el tratamiento es conservador y el paciente debe tenerse en observación porque ocasionalmente la hemorragia puede ser severa. Si el diagnóstico se encuentra entre Apendicitis y Mittelschmerz, entonces debe hacerse Laparatomía exploradora y solamente que se encuentre hemorragia de cantidad suficiente que sugiera embarazo ectópico, la operación debe hacerse sin demora.

Novak no está de acuerdo en que el término «Mittelschmerz» debe aplicarse a las rupturas del Cuerpo Lúteo y debe conservarse sólo para el Síndrome doloroso que ocurre en el momento de la ovulación, sin estar necesariamente asociado con hemorragia intraperitoneal.

BOCKUS <sup>(8)</sup>, dice: que las mujeres jóvenes pueden sufrir con frecuencia dolor abdominal bajo, debido a una disfunción del ovario. Este diagnóstico se hace evidente por la existencia de una relación constante entre el dolor y determinado momento del ciclo menstrual, por la presencia de otros signos de disfunción endocrina, por el hallazgo de un ovario doloroso al tacto vaginal o rectal, practicado cuando se acusan molestias, y por la respuesta favorable a un tratamiento apropiado.

NOVAK <sup>(9)</sup>, dice: que normalmente pueden haber hemorragias dentro de un Cuerpo Lúteo, en la segunda mitad del ciclo menstrual. Hay quistes persistentes del mismo, que dan dolor, tumoración palpable y metrorragias, que se pueden confundir en el diagnóstico con un Embarazo Ectópico o una apendicitis aguda.

• •

Estamos muy de acuerdo en que hay cuadros quirúrgicos de muy difícil diagnóstico Y en los cuales la expectación resultaría tal vez contraproducente, pero es nuestro deber recomendar ante la frecuente extirpación innecesaria de apéndices normales, haciéndolo extensivo a todo otro tipo de órganos, la creación en nuestro medio

de Comités de Patología en todos los hospitales privados o no, con el fin de revisar periódicamente las piezas operatorias extirpadas, para ir acostumbrándonos cada vez más a no emitir juicios diagnósticos superficiales y ahondar más en la clínica antes de someter los pacientes con cuadros dolorosos a operaciones tal vez innecesarias y de alto costo. Iríamos cumpliendo así el doble fin humanitario y científico de la medicina de todos los tiempos, hoy en día desgraciadamente muy comercializada.

#### R E S U M E N

Se hace una revisión microscópica de 100 apéndices extirpados con diagnóstico clínico de Apendicitis en un medio hospitalario de asistencia gratuita. En 55 de ellos se encontraron diversos tipos de lesiones patológicas del apéndice que justificaban la intervención quirúrgica. En los restantes (45) no se encontraron lesiones en las diversas capas del órgano. Los autores intentan en estos 45 casos, explicar la posible patología extrapendicular que provocaba la sintomatología. Creen que el mayor número de estos casos que ocurrieron en jóvenes del sexo femenino entre la 2° y 3° décadas de la vida, son debidos a procesos fisiológicos y fisiopatológicos localizados en órganos anexiales derechos. Recomiendan la creación de Comités de Patología en hospitales privados y gratuitos.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MUELLER, R. Sterling. The local use of Sulfanilamide in the treatment of Acute Appendicitis. *Annals of Surgery*, 123, 625:630, 1945.
2. AYCOCK, Thomas B. et al. Apendicitis: The possible effects of Sulfonamides on Mortality. *Annals of Surgery*, 121, 710:717, 1945.
3. CULOTTA, Ralph J. et al. Analysis of three hundred and eighty seven cases. *The American Surgeon*. 23, 356:361. 1957.
4. MARCASOLI, Héctor Alfredo. Un nuevo Signo en el Diagnóstico de las Apendicitis Crónicas. *Revista de la Confederación Médica Panamericana*. 2, 630:632, 1955.
5. LOZANO H., Ramiro y BERMUDEZ, Antonio. Apendicitis Aguda y Consideraciones sobre el uso Racional de los Diferentes Agentes Quimioterápicos y Antibióticos. *Análisis Estadístico y Resultados en ciento cincuenta y un casos*. *Revista Médica Hondureña*. 25, 94:105, 1957.
6. ANDERSON, Apendicitis. *Pathology*, Pag. 787, Second Edition, Mosby, St. Louis.
7. MANN, Lawrence S. et al. Incidente of acute Appendicitis. *The Journal of the International College of Surgeons*. 22, 456:458, 1954.
8. BOCKUS, Henry L. Apendicitis Crónica. *Gastroenterología*. Pag. 939, Tomo II. Primera Edición. Salvat Editores, S. A. Buenos Aires, República Argentina.
9. TANIGUCHI, Tokuso, et al, Surgical Emergencies resulting from Corpus Luteum Cyst and Hematomas. *Obs. & Gyn, Survey*. 67, 590:591. 1952.
10. PRATT, Joseph Hide et al. Surgical Diagnosis and Treatment of Acute Gynecologic Conditions. *Obs. & Gyn. Survey*. 11, 584:587, 1956.
11. NOVAK, Emil. *Gynecologic and Obstetric Pathology*, Pag. 324, Third Edition. W. B. Saunders. Company.

# *Coledocografías- Pre - Operatorias*

Trabajo presentado en la II Jornada Médica Hondureña,  
San Pedro Sula, septiembre, 1955

----- «a-a» -----

Por el DR. EDGARDO ALONZO M. (\*>

Dividiré para su estudio, las exploraciones efectuadas en el Pre-operatorio, durante la operación y en el Post-Operatorio. En la primera y tercera fase, he podido recoger cierto número de casos de los que derivo las conclusiones del final.

## Exploración Pre-Operatoria

Los métodos usados en la actualidad, van desde la colecistografía simple de Granan y Colé (1), pasando por exploraciones de técnica más especializada, tales como la Colangiografía Laparoscópica de Royer (2, 3), la Coledocografía Trans-parieto-hepática de Kapan-di(4), hasta en que, en el momento actual, tenemos a nuestra disposición preparados iodados de alta purificación que permiten la administración por la vía endovenosa, tal como la Biligrafina Schering (con 6 átomos de iodo por molécula, casi exclusivamente hepatotropas) (5), o bien por la vía oral como el Telepaque Wintrop (3 amino, 2'4'6' triiodofenil 2 etilpropanoico), que dejan ver la imagen coledocográfica, lo que hasta ahora había sido imposible Y que significa un gran adelanto en materia de radiodiagnóstico de las vías Biliares. Tal progreso abre un amplio campo de esperanza para que en un futuro no lejano se despejen incógnitas insolubles para el clínico en la actualidad. Para el cirujano, el diagnóstico preoperatorio de lesiones del árbol biliar significa el poder actuar sobre un terreno conocido de antemano, lo que le da un buen margen de seguridad a sus exploraciones.. Pero son los casos de colecistectomía efectuada, que presentan nuevos sufrimientos después de la operación, el llamado síndrome post-colecistectomía, en los que la visualización del colédoco ofrece la mayor importancia, ya que es el único medio en la actualidad para poder "diagnosticar la causa de los trastornos residuales. Es, pues, sobre esta nueva fase de la exploración

I\*) Departamento de Gastroenterología, Hospital San Felipe. Tegucigalpa, D. C, Honduras. C. A.



radiológica del árbol biliar a la que deseo referirme; dejo deliberadamente de lado la colecistografía simple, harto conocida en el presente, así como la colangiografía de Royer y la Transparieto-hepática de Kapandji, por ser métodos con determinadas indicaciones.

El presente trabajo pudo haber sido más completo si se hubiese podido establecer sistemáticamente la capacidad funcional hepática de cada paciente, ya fuera por la prueba de la Bromosulfaleína (la más recomendada) u otro de los métodos reconocidos del funcionamiento hepático, pero razones de orden económico no lo permitieron y he tenido que guiarme clínicamente para seleccionar los casos en que la función hepática se supuso estaría indemne. Para que, en el caso de la Biligrafina, pueda ésta ser administrada, el hígado no debe retener más del 25% de la B.S.P. a los 45 minutos, después de esta cifra los resultados son malos; sin embargo, en algunos casos nuestros en que según esta, prueba obtendríamos buenos resultados, la visualización del colédoco fue nula, por lo que deducimos que aún hay factores hepáticos relacionados con la excreción del preparado yodado que se escapan y que necesitan determinarse para mayor seguridad del método.

Los primeros casos estudiados fueron exclusivamente a base de Biligrafina. Después obtuvimos Telepaque, con lo que a una buena imagen colecistográfica se agregó la del colédoco, con buenos resultados. Y luego, hemos comenzado a usar el Telepaque y la Biligrafina a la vez como lo describimos abajo.

**Administración de la Biligrafina:** Paciente en ayunas. Se prueba la sensibilidad al iodo, inyectando 1 cc. de biligrafina endovenosa y esperando 5 minutos, observando las reacciones. Luego se inyectan de 20 a 40 cc. del producto, lentamente, endovenoso. Se puede tomar antes un «flat» abdominal o bien se procede a tomar clisés cada 20 minutos después de su administración, hasta 1 hora y media ó 2 horas.

**Administración del Telepaque:** Después de la cena, tomar 6 tabletas de Telepaque y 1 hora después una cucharadita de Elixir Pargórico, que se repite a las 11 de la noche y 7 de la mañana del día siguiente. En ayunas, tomar un clisé y si es visible la vesícula, dar la comida de prueba y tomar clisés cada 10 minutos, durante la evacuación de la misma. En los casos celcistectomizados se recomienda comenzar a tomar los clisés a las 14 horas de la administración del producto. No hemos tenido experiencia en estos casos, pues los que hemos logrado recoger los hemos estudiado con Telepaque y a las 12 ó 14 horas, se les ha inyectado 20 cc. de Biligrafina, de manera que la excreción que hemos visualizado corresponde a una mezcla probable de ambos productos.

**Administración de ambos productos:** Ya está dicho en el párrafo anterior; Telepaque como si se tratara de hacer una colecistografía,

más el E. Paregórico, luego a las 12 ó 14 horas, administrar 20 cc. de Biligrafina, y 20 minutos después comenzar a tomar los clisés.

**La Exploración Pre-Operaioria** es todo un capítulo de la mayor importancia que aún no ha podido ser puesta a punto en nuestro medio, pero que se impondrá en el futuro, ya que con ello se determinan factores patológicos que deberán afrontarse en el mismo acto operatorio. Hemos hecho un resumen del llamado método de la Radiomanometría de Carolí anteriormente.

La Exploración Post-Operatoria se obtiene, ya sea por la Colangiografía simple o bien por la Radiomanometría de Carolí, ambas a través del tubo colocado en vesícula o bien por el tubo en T dejado en fel colédoco. Traemos algunos estudios que ilustrarán la importancia de dicha exploración. (6)

A continuación, el cuadro de los pacientes estudiados según administración de los antedichos productos iodados en la íase pre-operatoria:

Nº	PACIENTE	EDAD	SEXO	Administrado	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO RAYOS X	Comprobación	RESULTADO
1.	C. B. Nº 28116	72 años	Fm.	Biligráfina	Colecistitis	Col. Normal	.....	Regular
2.	M. A. Nº 29811	39 años	Fm.	Biligráfina	.....	Prob. cálculo o con- prensión ext. Colec. Calc.	.....	Regular Bueno
3.	A. B. 18	38 años	Fm.	Biligráfina	Colec. Calc.	Colédoco normal	.....	Col. Calc. Malo
4.	H. L. El Carmen	47 años	Msc.	Biligráfina	Colec. Calc.	.....	.....	Regular
5.	J. A. de C. 31504	58 años	Fm.	Biligráfina	Colec. Crónica	.....	.....	Regular
6.	E. B. 28099	52 años	Fm.	Biligráfina	.....	.....	.....	Regular
7.	A. R. C. M. H.	38 años	Fm.	Biligráfina	Colec. Calc.	Col. Calc. y Coledociana	.....	Muy bueno
8.	B. C. C. M. H.	72 años	Msc.	Biligráfina	Colecistitis	Dilatación del colédo- co, calculosa?	.....	Bueno
9.	M. de M. H. Viera	60 años	Fm.	Biligráfina	Coledocolitiasis?	Dilatación compensa- toria del colédoco	.....	Bueno Bueno
10.	J. C. R. 31186	27 años	Msc.	Telepaque	Normal	Normal	.....	Bueno Bueno
11.	E. H. 31047	65 años	Fm.	Telepaque	Colecistitis	Normal	.....	Muy bueno
12.	C. de C. Colectectomizada-22289	35 años	Fm.	Telepaque y Biligráfina	Coledocolitiasis?	Normal	.....	Muy bueno Bueno
13.	T. M. 31296	40 años	Msc.	Telepaque	Colecistitis	Normal	.....	Bueno
14.	M. E. B. 3298-Colectectomizada	35 años	Fm.	Telepaque y Biligráfina	Coledocolitiasis?	Normal	.....	Malo Muy bueno
15.	M. S. 9241-C. M. H.	27 años	Fm.	Telepaque	.....	Normal	.....	Bueno
16.	R. C. 22807-La Policlínica-Colectectomizada	34 años	Fm.	Biligráfina	.....	Normal	.....	Bueno
17.	A. de S. 23124-La Policlínica	49 años	Fm.	Biligráfina	Coledocolitiasis	Normal	.....	Regular

N°	PACIENTE	EDAD	SEXO	Administrado	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO RAYOS X	Comprobación	RESULTADO
18.	S. de M. 23685-La Policlínica	52 años	Fm.	Telepaque		Normal		Muy bueno
19.	E. R. S. 23024		Fm.	Biligrafina	Coldocolitiiasis			Regular
20.	C. R. C. 32763	34 años	Fm.	Telepaque y Biligrafina	Colec. Calc.	Idem.		Muy bueno
21.	D. B. El Carmen	37 años	Fm.	Telepaque	Colec. Calc.	Idem.		Muy buen
22.	Ma. de R. La Policlínica		Fm.	Biligrafina		Colédoco normal		Regular
23.	C. C. 30921	29 años	Fm.	Telepaque	Colecistitis			Regular
24.	I. A. 48036	33 años	Fm.	Telepaque	Disquinesia hipertónica	Dilatación del colédoco, hipertomía?		Muy buen
25.	R. G. de B.	38 años	Fm.	Telepaque y Biligrafina	Colédoco normal	Idem.		Muy bueno

NOTA: Fuera de los casos especificados, el número de la hoja clínica corresponde a los archivos del Hospital San Felipe.

## CONCLUSIONES

Del presente cuadro se desprenden las siguientes conclusiones:  
1) 13 exámenes practicados con Biligrafina con:

1	resultado malo
6	„ regulares
6	„ buenos

2 exámenes fueron practicados en Colecisiéctomizados con buen resultado, ya que el colédoco pudo visualizarse en toda su extensión y se descartó patología orgánica.

1 caso se estudió con la vesícula excluida (por el método de la colecisiografía simple), administrándose entonces biligrafina, lo que permitió plantear el diagnóstico de colédocolitiasis, dada la dilatación que éste presentó.

1 caso semejante, con vesícula excluida, en el que se planteó el diagnóstico firme de colédocolitiasis. Por peligro de vida, el cirujano no pudo continuar la exploración coledociana, pero sí colocar un tubo en T, por el que efectuamos una colangiomanometría post-operatoria, pudiendo comprobarse la situación correcta de los cálculos que habíamos diagnosticado en el examen pre-operatorio.

Tenemos, pues, en nuestra experiencia, 2 casos de diagnóstico pre-operatorio con comprobación quirúrgica.

Con respecto a la Biligrafina, deducimos lo siguiente: 40% de resultados buenos. Del resto, las conclusiones que se obtuvieron fueron mediocres o malas y dejaron incertidumbre en el diagnóstico. No podemos negar que hay factores de técnica que dañaron nuestros primeros exámenes, tales como presencia de gases, falta de penetración adecuada para hacer resaltar la imagen radiopaca y otros. En los casos de vesícula excluida o de colecistectomizados, es un buen método, ya que permite saber el tiempo de excreción del preparado y el momento apropiado para la toma de clisés.

2) 8 exámenes practicados con Telepaque, con

1	resultado regular
2	„ bueno
5	„ muy buenos

Este preparado se utilizó en los casos en que se investigaba el estado de la vesícula, los cuales fueron en un 80% de los casos con muy buena concentración de la vesícula y visualización bastante buena del colédoco. Solamente en un caso en que por los antecedentes del paciente y la imagen radiológica obtenida nos arriesgamos a plantear el diagnóstico de Disquinesia Hipertónica de] esfínter de Oddi (Fig. N° 1). En el resto de exámenes las imágenes coledocianas fueron normales (Fig. N° 2).

Con respecto al Telepaque, creemos que es el preparado ideal para estudios primarios de la vesícula y del colédoco. Se ha aconsejado el uso único del producto en colecistectomizados, pero el tiempo de excreción no está bien precisado y nosotros no tenemos experiencia para poder presentar alguna opinión.

3) 4 exámenes practicados con Telepaque y Biligrafina, con

2 resultados muy buenos  
1 „ regular  
1 „ malo

Los 2 exámenes con resultados muy buenos corresponden a los casos C. de C. y R. G. de B., en que se descartó patología coledociana y se obtuvo una visión del colédoco perfecta. Aunque los casos no sean suficientes como para sentar una opinión, tenemos la impresión de que ambos productos combinados, será la fórmula ideal para las colecografías pre-operatorias, especialmente en los casos de vesículas excluidas Y colecistectomizados.

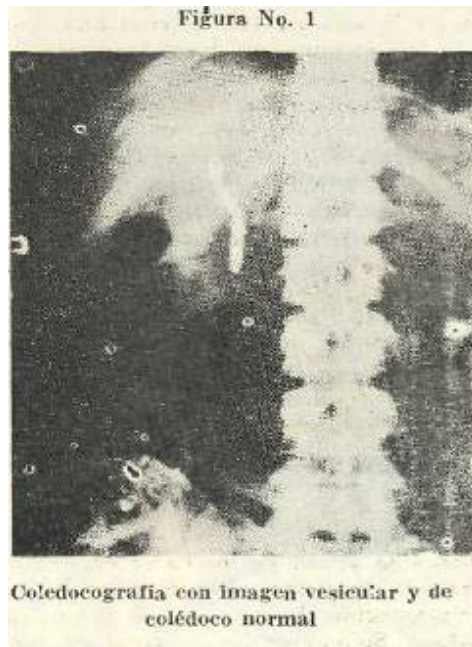


Figura No. 2



Coledocografía normal en un paciente  
colecistectomizado

Agradezco la colaboración a este trabajo, a los Doctores  
J. Ramón Pereira, Cornelio Corrales y  
Jorge A. Villanueva

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Graham y Cole. Cit. de Bockus. Tratado de Gastroenterología, Pág. 514, 1951.
- (2) Royer M. La Cholangiographie laparoscopique. Cholangiographie directe. La Revue du Foie, Tome LX, 3, 1950.
- (3) Royer M. Solary A. V. y Lemus Garcia M. La Colangiografía no quirúrgica en la litiasis vesicular. Arch. Arg. de Enf. del Ap. Dig. y de la Nut. XXI, N° 1, 1946.
- (4) Kapandji M. Technique de la ponción transparieto-hepatique de la vesicule biliaire et radiomanometrie transhepato-vesiculaire preoperatoire. Revue de Chirurgie, Mai 1950.
- (5) Caroli J. Porcher P., Mme Gilles E., Ledoux J. et Charpentier. La part de la angiocholangiographie intravenouse dans le diagnostic des maladies des voies biliaires. La Semaine des hopitaux, 30 anne N° 21.
- (6) Alonzo Medina E. These a Paris. Les Resultats de la Radiomanometrie Dans la Pathologie Biliaire. Juin, 1954. Faculté de Medicine. Paris.