

AD, látex agglutination and indirect hemagglutination). For these reasons it is believed that serological tests (especially the 3 first easier to perform) are of practical use in the diagnosis of ALA; particularly if the commercial kits could be presented by the pharmaceutical companies reduced in volume and therefore in costs.

REFERENCIAS

1. Investigación Nacional de Morbilidad. Parasitismo Intestinal. Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia. Ministerio de Salud Pública y Asociación de Facultades de Medicina (Bogotá) pp. 62, 1969.
2. Duque, I. y Zuluaga, H.: Estudio de la amebiasis y otras parasitosis intestinales en relación con el medio familiar y socioeconómico en Santo Domingo (Antioquia). *Antioquia Med* 12: 243-322, 1962.
3. Bravo, C.: Absceso hepático. *Antioquia Med* 14: 681-722, 1964.
4. Duque, O.: Amibiásis fatal en Colombia. *Antioquia Med* 18:
5. Maddison, E. E., Powell, S. J. y Elsdon-Dew, R.: Application of serology to the epidemiology of amebiasis. *Amer J Trop Med Hyg* 14: 554-557, 1965.
6. Powell, S. J., Maddison, E. E., Wilmot, A. J. y Elsdon-Dew, R.: Amebic gel diffusion precipitin test clinical evaluation in amebic liver abscess. *Lancet* 2: 602-603, 1965.
7. Healy, G. R., Kaga, I. G. y Gleason, N. N.: Use of the direct hemagglutination test in some studies of seroepidemiology of amebiasis in the Western Hemisphere. *Health Lab Sci* 7: 109-116, 1970.
8. Healy, G. R., Cahill, K. M. y Powell, S. J.: Symposium on amebiasis. Panel discussion. The serology of amebiasis. *Bull NY Acad Méd* 47: 94-507, 1971.
9. Kagan, I. G. y Norman, L.: Serodiagnosis of Parasitic Diseases in *Manual of Clinical Microbiology* 2a. edición, pp. 645-663, 1974.
10. Ouchterlony, O.: Antigen-antibody reactions in gels: types of reactions in coordinated systems of diffusion. *Acta Path Microbiol Scand* 32: 231-240, 1953.
11. Morris, M. N., Powell, S. J. y Elsdon-Dew, R.: Latex agglutination test for invasive amebiasis. *South Africa Medical J* 44: 594-595, 1970.
12. Wilmot, A. J.: *Clinical Amoebiasis*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 166 pp. 1962.
13. Report by a study group. Metronidazole in the prevention and treatment of bacteroides infections in gynaecological patients. *Lancet* 2: 1540-1544, 1974.
14. Juniper, K. Jr., Worrell, C. K., Minshew, Ch., Roth, L., Cypert, H. y Lloyd, R. E.: Serologic diagnosis of amebiasis. *Amer J Trop Med Hyg* 21: 157-168, 1972.
15. Krupp, I. M. y Powell, S. J.: Antibody response to invasive amebiasis in Durban, South Africa. *Amer J Trop Med Hyg* 20: 414-420, 1971.
16. Krupp, I. M.: Antibody response in intestinal and extraintestinal amebiasis. *Amer J Trop Med Hyg* 19: 57-62, 1970.
17. Stam, W. P., Ashely, M. J. y Parelkar, S. N.: Evaluation of a latex agglutination test for amoebiasis. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 67: 211-213, 1973.
18. Morris, M. N., Powell, S. J. y Elsdon-Dew, R.: A rapid latex-agglutination test for invasive amoebiasis. *South Africa Med J* 44: 594-595, 1970.
19. Krupp, I. M.: Comparison of counter-electrophoresis with other serologic tests in the diagnosis of amebiasis. *Amer J Trop Med Hyg* 23: 27-30, 1974.
20. Sepúlveda, B., Lee, E., de la Torre, M. y Landa, L.: El diagnóstico serológico de la amibiásis invasora con la técnica de inmunoelectroforesis cruzada. *Arch Invest Med (México) Suplemento* 1: 263-268, 1971.

LAPAROTOMIA RUTINARIA O SELECTIVA EN TRAUMA ABDOMINAL ABIERTO Y CERRADO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE. 1972 - 1974 *

Armando González M., M. D.¹, Armando Vernaza G., M. D.², Leonardo Velásquez², Rodrigo Guerrero V., M. D., Dr. P. H.³, Diego Fajardo, M. D.⁴, Edilberto Gómez, M. D.⁴ y Miguel Esmeral, M. D.⁴

EXTRACTO

Aprovechando el cambio de conducta en el manejo de las heridas penetrantes de abdomen realizado en el Hospital Universitario del Valle el 1o. de Noviembre de 1973 se estudiaron todos los casos de tales heridas atendidas en los años inmediatamente anterior y posterior a esa fecha. La conducta de realizar laparotomía rutinaria en toda herida penetrante de abdomen fue reemplazada por una conducta de laparotomía selectiva en caso de aparición de signos abdominales positivos. El porcentaje de pacientes a quie-

nes se les practicó laparotomía bajó de 79.4 (177/223) en el año antes a 49.4 (163/330) en el año después. El porcentaje de laparotomía en blanco bajó de 26 a 5 al comparar los mismos períodos. Aunque la frecuencia de complicaciones fue mayor en el segundo período, se considera que la conducta selectiva es más favorable para los pacientes.

INTRODUCCION

Con base en la experiencia de varios otros centros¹⁻⁸, el Hospital Universitario del Valle (HUV) modificó la conducta para el manejo del trauma abdominal abierto. Antes del 1o. de Noviembre de 1973 todo paciente que ingresaba al Servicio de Urgencias con herida penetrante de abdomen, o sea con compromiso del peritoneo, era sometido a la laparotomía exploradora. A partir de esa fecha sólo se sometieron a exploración quirúrgica de los pacientes con signos abdominales positivos o estado de choque. El paciente se consideraba "positivo" y debía ser llevado a cirugía, cuando presentaba dolor abdominal, rigidez, ausencia de peristaltismo o signos severos de irritación peritoneal (dolor a la decompresión). Esta medida representó una innovación

* Programa de Investigación "Sistema de Cirugía Simplificada" Auspiciado por la Universidad del Valle, el Hospital Universitario del Valle y la Fundación Rockefeller a través de la donación No. 72003.

1. Profesor Auxiliar, Departamento de Cirugía, División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Auxiliar de Cátedra, Ingeniero de Sistemas, División de Ingeniería, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
3. Profesor Asociado, Departamento de Medicina Social, División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
4. Residentes de Cirugía General, Departamento de Cirugía, División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

en la conducta en el manejo de pacientes con trauma abdominal abierto ya que los que presentaban trauma abdominal cerrado siempre han sido seleccionados y tan sólo sometidos a laparotomía exploradora cuando presentaban signos abdominales positivos.

A pesar de que las laparotomías negativas en el HUV tendían a disminuir según había sido descrito en un estudio preliminar⁹, esta cifra (26%) era todavía muy alta, especialmente al compararla con los resultados de otros estudios donde se aplicaba la conducta de seleccionar los pacientes con trauma abdominal abierto. Una publicación reciente¹⁰ por ejemplo, analiza la experiencia de 2.212 pacientes que consultaron a tres hospitales de Louisiana (EE.UU.) con trauma abdominal abierto y seleccionando los pacientes lograron disminuir las laparotomías negativas del 53% al 11% y el porcentaje de complicaciones del 14% al 8%.

El cambio de política permitía hacer una comparación entre los efectos de las dos conductas porque ofrecía condiciones casi experimentales y ese es el objeto del presente trabajo.

MATERIAL Y METODOS

La nueva conducta se puso en práctica a partir del 1o. de Noviembre de 1973, consignándose en un formulario previamente diseñado, información relacionada con la evaluación, conducta observada y resultados del tratamiento de los pacientes que consultaban con trauma abdominal al HUV.

Simultáneamente, y con el fin de reafirmar en una forma más precisa los hallazgos del estudio preliminar, se revisaron las historias clínicas correspondientes a los pacientes con trauma abdominal que consultaron al HUV durante los doce meses inmediatamente anteriores al inicio de la conducta selectiva también utilizando para ello el formulario mencionado.

Se hizo el análisis de los pacientes que consultaron al HUV con trauma abdominal durante un período de dos años: 1o. de Noviembre de 1972 a 31 de Octubre de 1974 o sea, un año antes y uno después del cambio en la conducta. En total se estudiaron 553 pacientes de los cuales 446 (80.2%) tuvieron trauma abierto y 107 (19.8%) trauma cerrado.

RESULTADOS

Del total de 553 pacientes 223 correspondieron al período anterior y 330 al posterior al cambio de conducta. De los 223 pacientes del primer período a 177 (79.4%) y 163 de los 330 (49.4%) pacientes del segundo período se les practicó laparotomía. Esta reducción se debe no sólo al cambio de la conducta que favorecía el que no se practicara la intervención sino también a que en el período posterior hubo una proporción menor de pacientes heridos con armas de fuego y una mayor de accidentes de tráfico (Cuadro 1).

I. Trauma Abierto

En el año inmediatamente anterior al cambio de conducta se realizaron 177 laparotomías de las cuales 46 (26%) fue-

Cuadro 1. Distribución de 553 Pacientes con Trauma Abdominal Según Causa del Trauma y Conducta. HUV, Cali.

Conducta Causa del Trauma	Rutinaria (antes 1 Nov./73)		Selectiva (después 1 Nov./73)	
	No.	%	No.	%
Arma cortopunzante	143	64	211	64
Arma de fuego	38	16	32	10
Accidente de tránsito	22	10	57	14
Otros	20	10	30	12
Total	233	100	330	100

$$X^2 = 10.17 p < .02$$

ron negativas o en blanco, en cambio en el año inmediatamente posterior de las 163 realizadas únicamente 8 (5%) fueron negativas (Cuadro 2). Estos resultados son estadísticamente significantes ($p < .001$) lo cual indica que es muy poco probable que se deban al azar.

Cuadro 2. Comparación de las Dos Conductas en Trauma Abdominal Abierto (Antes de Seleccionar los Pacientes y Después de Seleccionarlos), HUV, Cali

Laparotomía	Laparotomía (+)	Laparotomía (-)	Total	Negativas %
Rutinaria (antes 1 Nov./73)	131	46	177	26
Selectiva (después 1 Nov./73)	155	8	163	5
Totales	286	54	340	15.8

$$X^2 = 27.23 p < .001$$

Una explicación que podría darse para esta reducción drástica en el porcentaje de laparotomías negativas sería un cambio en la severidad u otros factores asociados, en los pacientes atendidos después del cambio de conducta. Esta explicación parece poco probable, sin embargo, ya que ni la distribución por edad y sexo, ni los hallazgos operatorios (Cuadro 3) mostraron diferencias significantes. Tampoco hubo diferencias significantes en cuanto a la presencia de trauma asociado a la lesión abdominal.

Cuadro 3. Hallazgos Operatorios en Pacientes con Trauma Abdominal Abierto. HUV, Cali

Viscera	Rutinaria (antes 1 Nov./73)		Selectiva (después 1 Nov./73)	
	No.	%	No.	%
Intestino Delgado	49	22	68	24
Hígado	46	20	54	19
Estómago	25	11	33	11
Diafragma	17	8	26	9
Riñón y Vías urinarias	14	7	14	5
Colon derecho	14	6	27	9
Colon izquierdo	9	4	18	6
Bazo	9	3	8	3
Páncreas	5	2	7	2
Recto	1	0.4	5	1

$$X^2 = 4.32 (6 \text{ G.L.}) p < .5$$

N.S.

Haciendo un análisis más detallado de los casos atendidos en el año posterior al cambio de conducta, es decir, cuando se implantó la conducta selectiva, encontramos que en ese período consultaron 269 pacientes con trauma abierto de los cuales a 106 (39.4%) no se les practicó laparotomía. Es importante anotar que de estos pacientes, 60 (57%) presentaron herida penetrante abdominal comprobada por exploración local, los cuales habrían sido llevados a cirugía de no haber sido cambiada la conducta de laparotomía rutinaria.

Al examinar las complicaciones post-operatorias entre los pacientes antes del cambio de conducta y los pacientes que habían sido llevados a cirugía selectivamente, después de observación, se encontró una mayor frecuencia de complicaciones en este último grupo (30.7%) en comparación del primero (17.5%) ($p < .05$), siendo lo más llamativo el hecho de que se presentaron 5 fístulas en el segundo grupo y ninguna en el primero (Cuadro 4).

Cuadro 4. Distribución de Complicaciones en Pacientes Operados con Trauma Abdominal Abierto. HUV.

Complicación	Rutinaria	Selectiva
	Antes	Después
Absceso herida	19	22
Absceso Intraabdominal	4	6
Evisceración	0	4
Insuficiencia renal aguda	2	1
Peritonitis	1	2
Fístula intestinal alta	0	1
Fístula intestinal media	0	1
Fístula intestinal baja	0	3
Obstrucción intestinal	1	2
Septicemia	1	1
Otras	3	7
Totales	31	50
% total complicaciones	31/177 = 17.5%	50/163 = 30.7%

Es necesario recordar, sin embargo, que este hallazgo es explicable por cuanto en el segundo grupo no había prácticamente laparotomías en blanco, es decir, los pacientes eran más graves.

Setenta pacientes con trauma abdominal abierto fueron sometidos a observación de los cuales 10 requirieron cirugía posteriormente por aparición de signos abdominales sospechosos de lesión visceral. Tres de estos presentaron abscesos de pared y ninguno murió.

II. Trauma Cerrado

Aunque la conducta de seleccionar los pacientes estaba dirigida principalmente a pacientes con trauma abdominal abierto el porcentaje de laparotomías negativas en caso de trauma cerrado bajo del 11% al 7%. También en el porcentaje de laparotomías no realizadas se elevó del 3% al 26%.

Los hallazgos quirúrgicos en los pacientes con trauma abdo-

minal cerrado y laparotomías positivas fueron similares en los dos períodos estudiados (Cuadro 5). Igual cosa sucedió con el trauma asociado.

Cuadro 5. Hallazgos Operatorios en Pacientes con Trauma Abdominal Cerrado. HUV.

Viscera	Antes (1 Nov./73)		Después (1 Nov./73)	
	No.	%	No.	%
Hígado	14	28	13	26
Bazo	12	24	13	26
Riñón y Vías urinarias	7	14	5	10
Intestino Delgado	6	12	8	16
Colon Izquierdo	3	6	—	—
Colon Derecho	2	4	—	—

DISCUSION

Los hallazgos descritos indican que el cambio de conducta en el manejo de las heridas abdominales ha sido beneficio para los pacientes, al disminuir drásticamente el porcentaje de laparotomías negativas. La observación de los pacientes es una conducta más apropiada que la laparotomía rutinaria siempre y cuando sea hecha en forma cuidadosa. La experiencia de otros países recomienda como ideal el que la observación sea realizada por el mismo equipo quirúrgico que recibe el paciente en Urgencias, y que el paciente sea intervenido inmediatamente presente signos abdominales positivos, bien sea al ingreso o en cualquier momento durante la observación.

La frecuencia mayor por edad estaba en los grupos de 16 a 40 años, donde se agruparon el 76% de los casos. Se encontró una relación de 6/1 entre hombres y mujeres. Ambos hallazgos han sido frecuentemente descritos en estudios similares. En trauma abdominal abierto las vísceras más frecuentemente lesionadas fueron intestino delgado, hígado y estómago. En trauma abdominal cerrado fueron hígado, bazo, riñón e intestino delgado.

La mortalidad disminuyó del 9% al 7% de un período a otro pero no se presentó en ningún caso con la laparotomía negativa.

El porcentaje de complicaciones aumentó del 17.5% al 30.7% siendo lo más llamativo el hecho de que se presentaron 5 fístulas en el segundo grupo y ninguna en el primero. Esto tiene una explicación en el hecho de que por el mismo tiempo se modificó la conducta para el manejo de trauma de colon utilizando el cierre primario¹¹. Es de anotar sin embargo, que el manejo de estas fístulas se hace en forma conservadora sin que se presenten complicaciones mayores.

SUMMARY

With the occasion of the change of policy in the management of penetrating abdominal wounds that took place in the Hospital Universitario del Valle, in Cali, the 1st. of November/73 all cases attended in the year prior and the year after were studied. Compulsory laparotomy was changed for selective laparotomy in case of positive abdominal signs. Frequency of laparotomies descended from 79.4% (177/223) in the year before, to 49.4% (163/330) in the year after. Percentage of negative laparotomies descended from 26 to 5 in the two periods. Although there were more complications in the second period in is considered that selective laparotomy is beneficial for the patients.

REFERENCIAS

1. Fitcher, R. M. y Zaki, M. H.: Selective conservative management of penetrating abdominal injuries. *Surg Gynec Obstet* 130: 677-680, 1971.
2. Lofti, J. W. y Jurani, P.: Comparative study of mandatory and selective surgical intervention in stab wounds of the abdomen. *Surgery* 69: 546-550, 1971.
3. Richter, R. M. y Zaki, M. H.: Selective conservative management of abdominal injuries. *Ann Surg* 166: 238-242, 1967.
4. Stein, A. y Lissos, L.: Selective management of penetrating wounds of the abdomen. *J Trauma* 8: 1014-1017, 1968.
5. Shaftan, G. W.: Selective conservation in penetrating abdominal trauma. *J Trauma* 9: 1026-1032, 1969.
6. Mathwson, C.: Positive exploration of stab wounds of the abdomen. *J Trauma* 9: 1028-1030, 1969.
7. Shaftan, G. W.: Selective conservation in penetrating abdominal trauma. *Surgery* 69: 114-119, 1971.
8. Wilder, J. R. y Haberman, R. T.: Selective surgical interventions for stab wounds of the abdomen. *Surgery* 61: 231-236, 1967.
9. Vernaza, A., Echeverry, O. y González, A.: Trauma abdominal: Experiencia de cinco años en el Hospital Universitario del Valle. *Acta Med Valle* 6: 1-3, 1975.
10. Nance, F. C., Wennar, M. H., Johnson, L. W., Ingram, J. C. y Cohn, I.: Surgical judgment in the management of penetrating wounds of the abdomen: Experience with 2.212 patients. *Ann Surg* 179: 639-644, 1974.
11. Muñoz, G., Manzano, C. y Guerrero, R.: Comparación de la colostomía y el cierre primario en el tratamiento de las heridas de colon. *Acta Med Valle* 2: 144-147, 1972.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS SINDROMES ESTILOHIOIDEO Y ESTILOIDE¹

Pedro Blanco S., M. D.²

EXTRACTO

Noventa pacientes con síndrome estilohioideo recibieron como tratamiento una infiltración de un esteroide de depósito, en el punto más hipersensible de la región lateral del cuello. El seguimiento a tres años revela una recidiva del 27%, de los cuales el 90% recibieron dos o tres dosis posteriores con la remisión de sus síntomas. De 20 pacientes con síndrome estilohioideo, sólo a 5 se les practicó resección quirúrgica de la apófisis estiloides. El grupo restante rehusó el procedimiento. Se presentan y discuten las bases clínicas y radiológicas para el diagnóstico diferencial de estos dos síndromes.

INTRODUCCION

Normalmente la apófisis estiloides mide de 2-3 cms¹ y se encuentra elongada en el 4% de la población en general². Por otra parte el ligamento estilohioideo sufre calcificación asintomática en el 4% de la población³. En algunas ocasiones, sin que conozca hasta el momento la causa, la elongación de la estiloides o la calcificación del ligamento estilohioideo se vuelven dolorosos presentando una sintomatología vaga, frecuentemente, mal interpretada, que da origen a lo que se conoce con el nombre de síndromes estilohioideo (SE) y estilohioideo (SEH) respectivamente.

Los síntomas principales de estos síndromes son: dolor en la región lateral del cuello, alrededor del hueso hioides, dolor de oído y de garganta.

El diagnóstico clínico diferencial puede hacerse con relativa facilidad. Al examen físico no se encuentra patología a nivel de faringe o laringe en ninguno de los dos síndromes, pero si se realiza una palpación cuidadosa del cuello, se encuentra hipersensibilidad sobre el trayecto del ligamento estilohioideo, en caso del SEH, y reproducción del dolor, a la palpación endoral, en el SE.

Los hallazgos radiológicos muestran un ligamento estilohioideo calcificado en casos de SEH y una apófisis estiloides mayor de 3 cms. en los casos de SE (Figuras 1, 2 y 3)

Con este estudio se pretende establecer una caracterización clínico-patológica de estos síndromes y presentar los resultados de un método de tratamiento a base de infiltración local con un esteroide de depósito para el SEH y quirúrgico para el SE.

MATERIALES Y METODOS

Los casos fueron recogidos a través de un seguimiento prospectivo realizado en la sección de Otorrinolaringología del Hospital Universitario del Valle (HUV), desde el 1o. de Marzo de 1972 al 1o. de Marzo de 1975.

Durante este período se diagnosticaron 90 casos del sín-

1. Trabajo presentado en el IX Congreso Latinoamericano de ORL, Bogotá, Colombia, Junio 22 de 1975.
2. Auxiliar de Cátedra, Sección de Otorrinolaringología, División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.