

## CONDUCTA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS PERFORADAS GASTRODUODENALES (\*)

Basada en el análisis de 197 casos

Dr. Juan E. Cendán Alfonso

Hemos deseado traer nuestra experiencia sobre el *ulcus perforado gastroduodenal* y nuestro concepto actual sobre la conducta a seguir en su tratamiento.

Hasta hace unos años, parecía haberse llegado a un acuerdo unánime respecto al tratamiento de estos casos:

- Diagnóstico precoz, sin dilaciones.
- Operación urgente, dentro del más breve plazo posible.
- Supresión de la fuente de contaminación peritoneal mediante el cierre quirúrgico de la perforación.

Tales eran las maneras de resolver las tres directivas universalmente aceptadas, por así decir, con algunas variantes o agregados, en función de las condiciones locales y generales, o de eventuales complicaciones coexistentes.

Recordamos como las principales:

- La gastrectomía parcial.
- La gastroenterostomía complementaria del cierre simple en los casos de estenosis.
- La fistulización quirúrgica, método de Neumann, de excepcional aplicación en los casos de cierre o gastrectomía imposibles.

Tal era la conducta standard seguida en nuestro medio hasta 1948.

Los trabajos presentados en la Sociedad de Cirugía sobre este problema muestran la evolución de las ideas.

—En 1922 *Prat* presenta una comunicación basada en el

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 4 de mayo de 1955.



) estudio de 12 casos de ulcus perforados. En él defiende como conducta de elección y salvo excepciones, la gastroenterostomía complementaria del cierre de la perforación con el doble objeto de ponerse a cubierto de la estenosis duodenal consecutiva a la sutura de la úlcera, y de favorecer la cicatrización ulterior de ésta.

Este criterio fué compartido prácticamente por todos los cirujanos asistentes.

Sin embargo, *del Campo y Armand Ugón*, luego de haber practicado sutura y gastroenterostomía durante un tiempo, pasan a practicar el cierre simple de la perforación, y en 1928 presentan una serie de 11 casos con un fallecido (operado 48 horas después de la perforación). En ninguno de los 10 restantes, la evolución demostró que fuera necesaria la gastroenterostomía. Los autores concluyen que hay indicaciones netas pero muy raras de gastroenterostomía (en las estenosis muy acentuadas de píloro y duodeno) y de gastrectomía (dificultades de cierre por desgarró de la zona indurada). Pero en la inmensa mayoría de casos, la sutura simple resuelve el problema inmediato y permite una conducta ulterior variable y adecuada.

—En 1932 *Pérez Fontana y Chifflet*, presentan una estadística de 39 casos de los cuales 34 tratados por sutura simple (6 fallecidos) y 5 con gastroenterostomía complementaria (2 fallecidos). Hubo 8 muertes (mortalidad global 20,5 %). De esos 8 casos y dejando de lado 1 en el que la causa de la muerte no fué aclarada, 4 fallecieron de complicaciones pulmonares y 3 de peritonitis evolutiva (100 % de los casos con más de 15 horas).

—En 1933 *Piquinela* reúne en una tesis, 27 observaciones y luego de cuidadoso estudio llega a las siguientes conclusiones del punto de vista terapéutico:

- El tratamiento quirúrgico debe ser lo más precoz posible.
- En casi todos los casos se practicó cierre simple y drenaje del Douglas por ojal suprapúbico.
- Considera fundamental el tratamiento médico después de la operación.

En esta serie figuran 5 fallecidos: 1 sin ser operado, a las 5 horas del ingreso; 1 de complicación pulmonar; 1 de hemorra-

gia post-operatoria en ulcus de pequeña curva y 2 de peritonitis evolutiva.

—En 1939 *del Campo* publica en Anales de la Facultad de Medicina, una serie de 61 casos de los cuales 52 fueron tratados con sutura simple; 2 (al comienzo) con sutura, exclusión del píloro y gastroenterostomía. El drenaje del Douglas fué practicado casi sistemáticamente.

En ese trabajo del Campo estudia minuciosamente la mortalidad y las causas de muerte. Sobre 59 operados, fallecieron 15 (25,4 %).

—De los 33 operados antes de las 6 horas fallecieron 3: 1 de shock inicial y 2 de asociación de gran hemorragia y perforación.

—De 15 operados entre 6 y 12 horas fallecieron 4 (26.6 %). Procesos pulmonares 2; hemorragia 1; falla de sutura 1.

—De 5 operados de 12 a 24 horas fallecen 3. El autor hace notar muy especialmente que los 2 que se salvaron tenían su perforación cubierta.

—De 5 operados después de 24 horas fallecieron 4. En el que se salvó, hombre de 42 años, con 28 horas de perforación de un ulcus de cara anterior de primera P.D., aunque en el protocolo operatorio no figura el dato de perforación cubierta, la sintomatología peritoneal limitada al hemivientre derecho y el poco dolor en el Douglas, hacen pensar en que se trataba de una peritonitis poco importante.

En esta estadística de del Campo, la causa más frecuente de muerte, es la peritonitis (6 en 15). En uno, hubo una perforación iterativa. En los restantes la peritonitis continuó evolucionando después del cierre simple.

Entre las conclusiones el autor se declara fiel a la sutura simple con epiploplastía y cree que los perforados que hubieran sido gastrectomizados por quienes hacen dicha intervención, son aquellos que operados por sutura simple, tienen una mortalidad que avecina al 0 %.

—En 1947 *Larghero, Bosch, Mérola y Giuria*, presentan una estadística que comprende 95 operados divididos en 3 series. *Larghero* se declara también partidario de la operación precoz y sistemática, considerando al cierre simple como la indicación

de regla en las perforaciones duodenales, y la resección, en caso de perforación gástrica. La gastroenterostomía complementaria la considera de aplicación excepcional. Insiste, entre otras cosas, en la importancia de la intubación gástrica sistemática pre - operatoria y evacuación del estómago. La mortalidad global fué de 19 en 95 (20 %). El análisis de los fallecidos muestra:

—Sobre 13 casos con perforaciones de más de 12 horas, 9 fallecidos (69 %) :

6 de peritonitis (cuya evolución no fué modificada por la operación).

2 de bronconeumonia;

1 de hemorragia operatoria; complicaciones atribuibles a la operación.

Sobre 72 casos con perforaciones de menos de 12 horas, 10 fallecidos (13,9 %) :

4 de bronconeumonia; 1 de íleo paralítico; 1 de fístula post-gastrectomía (complicaciones atribuibles a la operación).

2 de peritonitis (evolución no evitada con la operación).

† 1 de perforación y hemorragias profusas.

1 de causa ignorada.

En la actualidad permanecen aún incambiados los conceptos relativos a la fisiopatología del proceso perforativo y de sus consecuencias, así como a la manera de evitarlas, que es en suma la supresión de la fuente de contaminación peritoneal.

Existe un cierto número de perforaciones que *evolucionan espontáneamente hacia la curación*, constituyendo las formas latentes o frustras, la mayoría de los neumoperitoneos llamados espontáneos, y las perforaciones cubiertas, para los cuales se ha discutido desde hace muchos años la oportunidad de la intervención. Constantini y Courtillet (Revue de Chirurgie, 1936, página 268: "Les Ulcères perforés bouchés"), defendían ya en su trabajo la abstención frente a esas situaciones.

Pero es Hermon Taylor, quien en 1945 (Lancet, London), por primera vez se pronuncia contra el principio universalmente aceptado de la operación sistemática y considera que, en condiciones especiales, la aspiración gástrica creando las condiciones necesarias para la obliteración espontánea de la perforación, volvería superflua la intervención. A partir de este trabajo fun-

damental se ha producido en estos últimos años una corriente en el sentido de revisar la conducta a seguir frente a una perforación gastro duodenal.

Han contribuído fundamentalmente a ello:

Por una parte, el estudio de las causas de muerte.

Por otra, cuatro grandes adelantos de la cirugía contemporánea.

A saber.

1º) Progresos en materia de anestesia.

2º) Disponibilidad de antibióticos efectivos contra las especies bacterianas del aparato digestivo.

3º) Posibilidad de una terapéutica de reposición y de sostén realmente efectiva (hemoterapia, plasmoterapia, aporte de proteínas, hidratación, regulación de electrólitos, etc.).

4º) La intubación gastrointestinal, permitiendo la desgravitación y aspiración combinada; sucesiva, alternativa o concomitantemente con la hidratación y alimentación enteral.

Tales adelantos trajeron dos grandes consecuencias:

1) Por un lado, ampliaron las posibilidades de los cirujanos de urgencia, pues merced a una conveniente preparación preoperatoria rápida (evacuación gástrica, hidratación, terapéutica antishock), una eficaz terapéutica postoperatoria en base de antibióticos y reposición y una adecuada anestesia, permitieron:

a) Mejorar las estadísticas, disminuyendo la mortalidad operatoria y las complicaciones post-operatorias (shock, evolución de la peritonitis, perforación iterativa, complicaciones pulmonares, etc.).

b) Ampliar el campo de acción, pasando de un programa mínimo de cierre de la perforación, al programa máximo del tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa.

La gastrectomía de urgencia, método de excepción hace algunos años, ha pasado a ser un método de elección en situaciones especiales, en el bien entendido de que deben ser cuidadosamente seleccionadas.

2) Por otro lado, la posibilidad de reducir al mínimo o evitar por completo el pasaje del contenido a través de la perforación, mediante la intubación y evacuación gástrica por aspiración continua a la vez que evitando el desarrollo de la perito-

nitis séptica mediante antibióticos adecuados, trajo como corolario el ensayo exitoso del tratamiento no operatorio de ciertos casos de úlceras perforadas, que en años anteriores hubieran sido sometidas a la operación inmediata.

Tal es el estado actual de las posibilidades terapéuticas frente a esta grave complicación de la úlcera gastroduodenal.

Ello ha traído como consecuencia discrepancias en las opiniones de los numerosos autores, que se han ocupado del problema, opiniones que si bien pretenden estar basadas en datos estadísticos y en experiencia personal, en realidad enfocan el problema desde un punto de vista unilateral, ya que oponen las distintas conductas terapéuticas cuando en realidad ellas tienen sus indicaciones, precisas en unos casos, discutibles u objetables y sujetas a revisión en otras, y muchas veces pueden complementarse, tal como sucede con la aspiración continua, que es una medida útil en el pre y post-operatorio de todos los casos.

En nuestro concepto, basado en la aplicación de los diversos métodos citados, el tratamiento de las perforaciones agudas gastroduodenales en el momento actual ha dejado de pertenecer a la conducta standard de sutura simple de la perforación, pero ello no significa que seamos ciegos defensores de la gastrectomía o del tratamiento médico.

La indicación terapéutica frente a cada situación particular debe surgir de la consideración de los diversos elementos que la experiencia ha demostrado influyen en la evolución de estos procesos.

Por tal motivo hemos juzgado imprescindible, para poder fundamentar nuestra conducta en el tratamiento de las perforaciones agudas gastroduodenales, realizar una revisión estadística de los 197 casos de ulcus perforados gastroduodenales tratados en los 5 últimos años, en el Hospital Maciel, en el que actuó como cirujano de guardia.

El haber tomado los datos estadísticos de estos últimos 5 años, no ha sido caprichoso. Lo hemos hecho para poder establecer comparaciones con las estadísticas de períodos anteriores

donde prácticamente, el tratamiento del ulcus perforado gastroduodenal se realizaba con la técnica standard del cierre simple, siguiendo la norma establecida por los cirujanos que nos precedieron.

## ESTUDIO ESTADISTICO

### Ulcus perforados gastroduodenales tratados en el Hospital Maciel

En 5 años (1º - I - 50 a 31 - XII - 54: 197 casos).

## SEXO

Hombres: 186 (94.5 %). Mujeres: 11 (5.5 %).

Un primer hecho llama la atención en esta estadística: de 197 casos, 186 son en hombres y sólo 11 en mujeres, lo que da un porcentaje relativo de 94,5 % y 5,5 % respectivamente. Este hecho, en contraste con lo que establecen las estadísticas de otros países, merecen algunas consideraciones:

—En primer lugar no cabe duda de que tan pequeño porcentaje en la mujer obedece a la rareza relativa de la úlcera gastroduodenal en la mujer en nuestro país.

—En segundo lugar, como acotación a este hecho cabe notar que de los 11 casos registrados, 7 corresponden a extranjeras oriundas de Europa Central.

—En tercer lugar la misma rareza de estos casos explica que en 6 de las 11 observaciones, el diagnóstico de perforación gastroduodenal no haya sido hecho siendo operadas las enfermas:

—En tres casos, con diagnóstico de peritonitis de origen apendicular.

—En dos casos, con diagnóstico de colecistitis aguda.

—En un caso, con diagnóstico de pancreatitis aguda.

Tales errores de diagnóstico, no tuvieron mayores consecuencias, pues fueron rectificados durante la operación, procediéndose en consecuencia. Cabe anotar que en ninguno de esos casos, se recurrió al estudio radiológico que seguramente en muchos de ellos hubiera permitido hacer un diagnóstico correcto por la visualización del neumoperitoneo.

## E D A D

| Edad       | Casos | Fallecidos |                                 |
|------------|-------|------------|---------------------------------|
| 0 a 20 a.  | 6     | 0          |                                 |
| 21 a 30 a. | 24    | 1          | El más joven: 17 años           |
| 31 a 40 a. | 51    | 1          | El más viejo: 78 años           |
| 41 a 50 a. | 54    | 6          | 0 a 40 años: 81 casos; 2 falle- |
| 51 a 60 a. | 45    | 5          | cidos (2.5 %).                  |
| 61 a 70 a. | 7     | 4          | más de 40 años: 116 casos; 17   |
| más de 70  | 10    | 2          | fallecidos (14.6 %).            |

El segundo elemento que se considera en la estadística es la edad; y se establece el número de casos correspondientes a cada decenio y el número de fallecidos de cada grupo. Por él se ve que el porcentaje de fallecidos aumenta sensiblemente a partir de los 40 años; sin embargo no atribuimos a este hecho un valor decisivo como para sacar conclusiones pronósticas basadas exclusivamente en la edad, ya que el análisis de los casos fallecidos y de las causas de muerte demuestra que intervienen numerosos factores y entre ellos principalmente, el *horario de la perforación*.

## H O R A R I O

(Horas transcurridas entre el momento de la perforación y la operación, o la instalación de la aspiración, en los casos sometidos a tratamiento médico).

| Horas   | Casos | Porcent. | Fallec. | Causa de la muerte                                                                                                     |
|---------|-------|----------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 a 6   | 102   | 51.8 %   | 2       | — 1 de hemorragia y perforación.   |
|         |       |          |         | — 1 de vólvulo al 9º día.                                                                                              |
| 7 a 12  | 46    | 23.3 %   | 5       | — 1 gastrect. (perforación y he-  |
|         |       |          |         | morragia).                                                                                                             |
|         |       |          |         | 1 acidosis diabética.                                                                                                  |
|         |       |          |         | 2 anemia aguda.                                                                                                        |
|         |       |          |         | 1 peritonitis enq. a focos múl-                                                                                        |
|         |       |          |         | tiples.                                                                                                                |
| 13 a 18 | 26    | 13.2 %   | 5       | — 2 gastrec. (perforación y he-                                                                                        |
|         |       |          |         | morragia).                                                                                                             |
|         |       |          |         | 1 perf. iterativa.                                                                                                     |
|         |       |          |         | 1 colapso.                                                                                                             |
|         |       |          |         | 1 peritonitis generalizada.                                                                                            |

|           |    |       |   |                                |
|-----------|----|-------|---|--------------------------------|
| 19 a 24   | 9  | 4.6 % | 2 | — 2 colapso (compl. pulmonar). |
|           |    |       |   | (compl. vascular).             |
| más de 24 | 14 | 7.1 % | 5 | — Todos de peritonitis.        |

Este cuadro muestra que más del 50 % de los casos han concurrido al Hospital y han sido tratados antes de las 6 horas, y el 75 % lo han sido dentro de las primeras 12 horas, es decir en el período en que el peligro del desarrollo de peritonitis séptica, puede ser eficazmente combatido.

En esta precocidad del tratamiento estriba fundamentalmente en nuestra opinión, el excelente resultado porcentual obtenido, ya que la mortalidad global no alcanza a 10 %, cifra extremadamente baja en comparación con las estadísticas corrientes que dan un promedio de 20 a 25 % de mortalidad por úlcus perforado. Para aquilatar la importancia de este factor horario, hecho destacado por todos los autores, basta ver que en el 75 % de los casos que fueron tratados dentro de las 12 horas, el porcentaje de mortalidad fué de 4,7 % (7 muertes en 148 casos), mientras en el 25 % restantes tratados después de las 12 horas, el porcentaje de mortalidad se elevó a 24,5 % (12 en 49).

El factor obliteración espontánea, que luego estudiaremos, unido al factor horario, constituyen en nuestra opinión los dos factores más importantes de pronóstico.

## ESTUDIO RADIOLOGICO

### Casos estudiados: 132

- A) **Neumoperitoneo:** Ausente: 42 casos (31.8 %). Presente: 90 casos (68.2 %).  
 —Neumoperitoneo pequeño: 59 casos — Valor diagnóstico.  
     id            mediano: 8 id — Import. para tra-  
     id            a tensión: 5 id — tamiento.
- B) **Neumoperitoneo con derrame líquido:**  
 —Nivel hidroaéreo intraperitoneal: 18 casos.  
 (Importante para indicación terapéutica).
- C) **Ileo por peritonitis:** Presente en 31 casos.  
 —Segmentario (duodeno - transverso) 14 casos.  
 —Limitado de intestino delgado: 6 casos.  
 —Ileo mixto difuso: 11 casos.

El estudio radiológico del perforado gastroduodenal ofrece tal importancia que debe ser realizado como una exploración de rutina, ya que aporta datos de valor decisivo para el diagnóstico y la conducción e indicación terapéutica.

En el Hospital Maciel se realiza el estudio radiológico del vientre agudo casi sistemáticamente, prescindiéndose de él, sólo en los casos en que por la gravedad y grado de evolución, se considera que la movilización del enfermo debe ser evitada. Estamos firmemente convencidos que las indicaciones quirúrgicas en cirugía de urgencia deben basarse en el estudio clínico - radiológico - evolutivo de los enfermos.

Los errores de diagnóstico con la perforación gastroduodenal, entre los que figuran como los más frecuentes la apendicitis aguda y la colecistitis, pueden ser evitados por la comprobación radiológica de un neumoperitoneo.

Pero hay algunas situaciones que merecen especial consideración:

a) *Neumoperitoneo a tensión*: De los 5 casos en que fué observado, y no obstante las pocas horas de evolución, 3 enfermos se presentaron con un grave estado de colapso por la distensión abdominal, con gran polipnea y cianosis, pulso rápido e irregular, signos todos determinados por la distensión peritoneal y la gran elevación del diafragma con gran disminución o abolición de la incursión respiratoria.

En estos casos hay un gesto terapéutico fundamental que consiste, antes de toda otra maniobra, en la punción y evacuación del gas intraperitoneal. Inmediatamente mejora el estado general y se puede someter al enfermo sin riesgo a la anestesia general y la intervención.

Precisamente en 2 de los casos con gran neumoperitoneo donde no se tuvo la precaución de la punción evacuadora previa, las consecuencias fueron: grandes dificultades anestésicas con respiración inadecuada, cianosis, etc., y al practicar la incisión y provocar la descompresión brusca, se produjo un grave estado de shock, que se prolongó en el post - operatorio determinando en uno de ellos la muerte.



**TRES FORMAS POCO  
HABITUALES DE  
NEUMOPERITONEO**

1. — Neumoperitoneo  
a izquierda del liga-  
mento suspensor.  
(Triángulo claro a  
derecha de la 12ª D).



2. — Neumoperitoneo  
mediano. (Se ve la  
faja de aire entre 11ª  
y 12ª D).



3. — Neumoperitoneo  
subhepático. (El aire  
forma un cono en epi-  
gastrio).

b) *Nivel líquido intraperitoneal*: Cuando es bien visible, puede asegurarse que hay más de 1 litro de líquido intraperitoneal y si ésta comprobación se hace en un perforado que ha ingerido alimentos poco tiempo antes y es visto dentro de las 12 horas y con más razón antes de las 6 horas, se puede tener la certeza de que el pasaje del contenido del tubo digestivo al peritoneo ha sido importante y es una indicación neta de evacuación quirúrgica. En cambio, cuando el nivel sólo aparece después de las 24 horas, puede deberse a exudación peritoneal y no tiene el valor decisivo antes anotado.

c) *Ileo de peritonitis* (asociado o no al neumoperitoneo y al derrame): A veces se observa un íleo limitado a 1 ó 2 asas delgadas. Cuando es importante y más difuso, es signo de peritonitis en evolución.

#### HORARIO DE LA ULTIMA COMIDA EN RELACION CON LA PERFORACION

78 casos.

|                |            |          |
|----------------|------------|----------|
| 0 a 2 horas    | — 19 casos | — 24.4 % |
| 2 a 8 horas    | — 12 casos | — 15.4 % |
| más de 8 horas | — 47 casos | — 60.2 % |

Este dato sólo consta en 78 de los 197 casos estudiados. Es sin embargo de gran valor del punto de vista del pronóstico y la indicación terapéutica. Es necesario establecer: hora de la última comida importante y eventuales ingestiones ulteriores así como su volumen y calidad.

El estado de vacuidad del estómago es un elemento de real valor en la evolución del accidente perforativo.

De acuerdo con nuestra estadística, la cuarta parte de los casos se perforan dentro de las 2 horas siguientes a una comida copiosa. Estos casos evolucionan rápidamente a la peritonitis y tienen siempre un pronóstico serio. La indicación operatoria en ellos nos parece indiscutible.

Pero en la mayoría de los casos (60 %) la perforación sobreviene en horas de la madrugada o la mañana a 8 horas o más de distancia de la última comida, el pasaje al peritoneo y la contaminación son menores y más lenta la evolución de la peritonitis.

séptica; el pronóstico en ellos es siempre mejor. Es interesante notar que el neumo peritoneo es muy frecuente en estos casos independientemente del sitio de la perforación.

Un hecho llamativo en esta estadística, es la relativa rareza de las perforaciones en el lapso comprendido entre las 2 y las 8 horas de la última comida.

Respecto a indicación terapéutica, creemos que el dato que estudiamos tiene gran valor. Salvo casos excepcionales, el tratamiento médico no debe ser instituido cuando la perforación ha ocurrido corto tiempo después de la ingestión de alimentos.

### PERFORACION CUBIERTA

En 197 casos: 66 (30 %)

**Tratamiento médico:** 25 casos; Perforación cubierta (síntomas clínicos) 9 (36 %).

**Operados:** 171 casos; Perforación cubierta (comprobación operatoria) 56 (33 %).

### PERFORACIONES CUBIERTAS EN RELACION CON EL HORARIO

| Horas     | Operados | Perf. cubiertas | Fall. | Perf. no cubiertas | Fall. |
|-----------|----------|-----------------|-------|--------------------|-------|
| 0 a 6     | 91       | 13              | 0     | 78                 | 2     |
| 7 a 12    | 41       | 16              | 0     | 25                 | 4     |
| 13 a 18   | 24       | 17              | 1     | 7                  | 3     |
| 10 a 24   | 6        | 5               | 1     | 1                  | 1     |
| más de 24 | 9        | 5               | 0     | 4                  | 4     |

Los casos de perforación no cubierta con más de 18 horas, fallecieron de peritonitis a pesar de la operación.

La obliteración espontánea de la perforación fué observada en un tercio de los casos de esta serie. Si bien en algunos casos era precaria y no permitía confiar en ella para suprimir la continuidad de la contaminación, significa sin embargo, una comprobación de gran interés a los efectos de la indicación del tratamiento médico. Veamos lo que nos muestra la estadística:

Sobre 25 casos sometidos a tratamiento médico, 9 (más

de  $\frac{1}{3}$ ) se presentaron con sintomatología de evidencia de perforación cubierta.

Sobre 171 casos operados, en 56 figura el dato de que la perforación estaba ya cubierta en el momento de la operación, por hígado, epiplón, otras vísceras, o por falsas membranas.

Es interesante el número de perforaciones cubiertas en relación con el *horario*: después de las 12 horas  $\frac{2}{3}$  de los casos (27 en 39), presentan tendencia a cubrir la perforación. Cuando ésta no se halla obstruída, y ha persistido hasta ese momento la contaminación peritoneal, la muerte ha sobrevenido en más del 60 %. Es decir que la supresión quirúrgica de la fuente de contaminación ha sido muy tardía, y la peritonitis continúa su evolución a pesar de la aspiración del derrame peritoneal, los drenajes y la terapia con antibióticos.

Este es un hecho que constituye una seria indicación para plantear la conveniencia de instituir el tratamiento no operatorio en los casos que llegan después de las 12 horas de la perforación, pues si la perforación ya está cubierta, la operación resulta innecesaria, y si no lo está el pronóstico, sombrío de por sí, es agravado por el traumatismo operatorio, sin que sus resultados se demuestren superiores a los obtenidos por el tratamiento médico, siempre que el momento de la perforación se halle a más de 6 horas de distancia de la última comida.

## PERFORACION Y HEMORRAGIA

### 11 casos: 5 vivos; 6 fallecidos

**Gastrectomía:** — U. duodenal doble: 3 — 2 vivos — 1 fallecido.

8 casos — U. d. y U. gástr.: 1 — 1 vivo

— U. peq. curva: 4 — 1 vivo — 3 fallecidos.

**Tratamiento médico:** — 1 perforación iterativa — vivo.

2 casos — 1 fallecido de anemia aguda.

**Cierre simple:** — U. peq. c., 64 a., 28 h. — Hematemesis. Fallec.

1 caso

La coexistencia de perforación con hemorragia digestiva grave llevando a la anemia aguda, es una gravísima complicación que se presentó en 11 casos (5.6 % aprox.).

De ellos en 8 se practicó gastrectomía con 50 % de mortalidad.

En 3 por razones de edad, estado general y horario de la perforación, no se practicó gastrectomía obteniéndose sobrevida en un caso con tratamiento médico y a pesar de una perforación iterativa.

El problema de la indicación operatoria y del momento oportuno de la intervención es en estos casos extremadamente difícil y no puede ser correctamente resuelto sino luego de estudio minucioso de cada caso particular: Edad, horario, estado general, antecedentes, última comida, importancia de la hemorragia y su persistencia, sintomatología peritoneal.

En base a la consideración de todos estos elementos podrá decidirse la gastrectomía y el momento de realizarla, sabiendo que es la única forma segura de terminar a la vez con los dos factores decisivos en la evolución, es decir: la repetición de la hemorragia y la persistencia de la contaminación peritoneal; pero recordando también que el riesgo quirúrgico de la gastrectomía en estas situaciones es muy grave y que es prudente no forzar su indicación.

## PERFORACION ITERATIVA

### 5 casos — 1 fallecido

En peritoneo libre: 2 — 1 de peq. curva. Trat. médico. — vive.

— 1 pilórico. Fall. 9º día, peritonitis.

En peritoneo tabicado: — 3 casos: tratados con aspiración exter. fístula digestiva

(No hubo casos de perforación de *otra* úlcera).

Esta grave situación ha sido relativamente rara en nuestra serie. Se presentó en 5 casos, lo que da un porcentaje de 2.5 % aproximadamente. Es de hacer notar que el único caso fallecido fué reintervenido practicándose nuevamente la sutura de la perforación de un ulcus pilórico. Causa de la muerte, peritonitis. Es decir que la reintervención no puso a cubierto de la evolución fatal de la peritonitis. En cambio evolucionó bien un caso de perforación iterativa en peritoneo libre que fué tratado con aspiración continua y donde se consideró extremadamente difícil resolver la situación con una reintervención (véase el cuadro sobre tratamiento médico).

## RESULTADOS TERAPEUTICOS

A) GASTRECTOMIA: 16 casos. — Fallecidos: 4

Por **perforación sola**: 8 casos — 0 fallecidos.

— Ulcus gástricos: 7 — Todos de 0 a 6 horas.

— Ulcus duodenales 1 id id

Por **hemorragia y perforación**: 8 casos — 4 fallecidos.

— Ulcus duod. doble: 3 — 2 vivos.

1 fall. 6º día, dehisc. sutura.

— Ulcus duod. perforado y u. gástrico sangrando: 1 — 1 vivo.

— Ulcus de peq. curva: 4 — 1 vivo. 2 por dehisc. de sutura.

3 fallecidos 1 por colapso - cirrosis alc.).

12 casos vivos: 8 controlados — todos bien.

Realizada en casos elegidos (8 casos con menos de 6 horas de evolución), el resultado fué excelente: 100 por % de éxitos. Pero la mortalidad es elevada en los casos de hemorragia y perforación: 50 % en 8 casos. Ello indica que debe pesarse muy bien la indicación operatoria. No debe sin embargo olvidarse la extrema gravedad de esta asociación cualquiera sea el tratamiento que se instituya, como lo demuestra el cuadro respectivo.

B) CIERRE SIMPLE: 153 casos. — Fallecidos: 10.

| Horario   | Casos | Fallec. | Causa de la muerte                                                        |
|-----------|-------|---------|---------------------------------------------------------------------------|
| 0 a 6     | 78    | 1       | — Vólvulo de delgado sobre adherencia pelviana.                           |
| 7 a 12    | 40    | 3       | — 1 acid. diabética; 1 anem. aguda; 1 peritonitis.                        |
| 13 a 18   | 22    | 2       | — 1 peritonitis; 1 estenosis reop., colapso.                              |
| 19 a 24   | 6     | 2       | — 1 perit. y compl. vascular; 1 peritonitis y compl. pulm. de peritonitis |
| más de 24 | 7     | 2       | — nitis (los 5 salvados, perf. cubierta).                                 |

El análisis de los casos tratados por cierre simple muestra hechos interesantes. La mortalidad global de 6,5 % aproximada-

mente (10 en 153) es notablemente baja y demuestra que esta conducta terapéutica es excelente. Cuando estudiemos las complicaciones evolutivas volveremos sobre esto, pero queremos hacer notar que el cierre de la perforación, el secado del peritoneo y el drenaje del Douglas, no fueron suficientes para detener la evolución de la peritonitis en 5 casos tratados después de las 12 horas.

Obsérvese además que de los 7 casos operados después de las 24 horas, en los 5 salvados se comprobó durante la intervención que la perforación estaba cubierta.

**C) TRATAMIENTO MEDICO: 25 casos. — Fallecidos: 3.**

(Diagnóstico radiológico de neumoperitoneo en 17 casos).

— **Perforación iterativa: 1 caso.**

(51 a. U.P. de peq. curva, adherente a páncreas. Anemia 2.600.000 gl. r., cierre simple y dren. Douglas. Al 9º día, reperf. Trat. médico inmediato; aspiración. Gastrectomía 4 meses después; curación).

— **Perforación y hemorragia: 2 casos      1 fall. de anemia aguda.**

(No se operaron por: edad, anemia crónica, grave estado general).

— **Perforaciones con síntomas de perforación cubiertas: 9 — 0 fallecidos.** (En 7 comprobación radiológica de neumoperitoneo).

— **Perforaciones sin síntomas de perforación cubierta: 13 — 2 fallecidos.**

| Horario   | Casos | Fallec. | Causa de la muerte —                          | Complicaciones   |
|-----------|-------|---------|-----------------------------------------------|------------------|
| 0 a 6     | 7     | 0       |                                               | 1 absc. subfrén. |
| 7 a 12    | 1     | 0       |                                               |                  |
| 13 a 18   | 0     | 0       |                                               |                  |
| 19 a 24   | 2     | 1       | — Peritonitis al 2º día. <sup>(1)</sup>       |                  |
| más de 24 | 3     | 1       | — Peritonitis 5 horas después. <sup>(2)</sup> |                  |

(1) 75 años, 16 h. de perf. — colapso; peritonitis, íleo.

(2) 71 años, 28 h. de perf. — gran alcoholista: peritonitis, colapso.

Comenzaremos por anotar que en 17 de los 25 casos tratados la comprobación radiológica del neumoperitoneo unida al

estudio clínico, pone a cubierto de toda posibilidad de error de diagnóstico. A ellos se agrega los 3 fallecidos donde si bien falta el dato del neumoperitoneo, la necropsia demostró la existencia de un ulcus perforado.

En uno de los casos restantes, la aparición de un absceso subfrénico al 5º día con nivel hidroaéreo, certificó el diagnóstico que en un principio pudo ser discutido.

Quedan pues 4 casos en los que el diagnóstico puede ser objetado por estar basado exclusivamente en el cuadro clínico. En todos ellos sin embargo el estudio radiológico ulterior, demostró la existencia de un ulcus y 2 de ellos fueron gastrectomizados comprobándose la existencia de adherencias periulcerosas elocuentes en el sentido del antecedente de perforación.

Consideramos pues debidamente confirmada la realidad de la perforación ulcerosa en los 25 casos estudiados, condición necesaria para poder apreciar debidamente los resultados del tratamiento no operatorio.

La indicación del tratamiento médico en estos casos surgió de diversas consideraciones. Analicemos el cuadro:

—*Un caso de perforación iterativa*: ante la gravedad de la complicación, sitio de la úlcera, importancia de la anemia y mal estado general, no podía plantearse la indicación de una gastrectomía de urgencia que significaba un gravísimo riesgo quirúrgico. Por tal motivo y considerando poco útil y peligroso intentar un nuevo cierre simple, se decidió instituir el tratamiento médico. La evolución fué excelente y el enfermo pudo ser gastrectomizado sin riesgo, en buenas condiciones, 4 meses después.

—*Perforación y hemorragia*: La gravedad del estado general, la nueva hemorragia insistiendo sobre una anemia crónica, y la edad avanzada, hicieron descartar la posibilidad de gastrectomía de urgencia.

El cierre simple no fué considerado, pues aparte del riesgo operatorio inherente, no constituía solución para la hemorragia. Se resolvió realizar tratamiento médico, lográndose la salvación de un caso. El otro falleció de anemia aguda, es decir que no fué a consecuencia de la contaminación peritoneal. Estamos convencidos de que la muerte se habría producido en los dos casos si se hubieran operado.

—*Perforación con síntomas de perforación cubierta*: Los 9 casos en que la clínica permitía establecer la posibilidad del cese de la contaminación peritoneal en el momento del ingreso (alivio del dolor, contractura limitada, ausencia de otros signos peritoneales), fueron considerados como *indicación neta para tratamiento no operatorio*. La evolución fué excelente en todos. La comprobación radiológica del neumoperitoneo pone a cubierto de errores en 7 casos. En los dos restantes el cuadro clínico era tan claro que no se tuvo dudas en el diagnóstico. En ambos se comprobó ulteriormente la existencia de ulcus duodenales y en uno de ellos, que fué gastrectomizado por no responder al tratamiento médico de la úlcera, se comprobó la existencia de adherencias de la vesícula al bulbo en la zona de la úlcera.

—*Perforación sin síntomas de perforación cubierta*: En este grupo de 13 casos, la indicación del tratamiento médico obedeció a diferentes razones:

—De los 8 casos vistos antes de las 12 horas, en 6, la relativa poca intensidad de la sintomatología peritoneal a pesar de ser difusa (defensa generalizada, dolor en Douglas), unido al dato de que la perforación se había producido alejada de la última ingestión (más de 8 horas), nos llevó a intentar el tratamiento médico de prueba, que se mostró rápidamente efectivo en todos los casos. En los dos restantes vistos antes de las 12 horas, se trataba de hombres de edad y grandes alcoholistas (gran riesgo quirúrgico), que se perforaron también a las 9 y 13 horas de la última comida. Se instituyó el tratamiento no operatorio con buen resultado. Uno de ellos presentó la única complicación observada en esta serie: una colección hidrogaseosa epigástrica subhepática (diagnóstico radiológico), que en razón de la intensa terapéutica antibiótica no dió sintomatología. Fué un hallazgo radiológico al 5º día, que permitió la confirmación del diagnóstico de perforación y que curó por simple punción evacuadora (se extrajo líquido puriforme amicrobiano).

—En los 5 casos con evolución de más de 18 horas, el tratamiento no operatorio, fué indicado en base a las siguientes consideraciones: edad avanzada, estado general, distancia de la última comida, antecedentes de alcoholismo, colapso grave en 3 de ellos, desastroso resultado de la cirugía en estos casos.

De esos 5 casos, 2 fallecieron en breve plazo, de peritonitis. Su estado avanzado de evolución hace afirmar que la muerte no hubiera podido ser evitada con el tratamiento quirúrgico. En los 3 restantes, la evolución con tratamiento no operatorio fué sorprendentemente buena, pues se trataba de casos donde el pronóstico se consideró muy serio. Los consideramos como éxitos del



Úlcus perforado tratado sin operación. Al 5º día se practica estudio radiológico. Las placas de frente y perfil muestran una imagen hidrogaseosa epigástrica anterior. La punción evacuadora dió salida a aire y líquido puriforme aséptico. Fué la única complicación observada en esta serie.

tratamiento no operatorio que deben llamar la atención y hacer pensar seriamente en la *conveniencia de no operar los perforados con más de 18 horas de evolución, cuando el accidente está alejado de la última comida* y en especial cuando se trate de pacientes de edad, alcoholistas, con mal estado general, colapso, o taras orgánicas, es decir cuando el riesgo quirúrgico es grave y son pocas las posibilidades de éxito.

#### D) OTROS TRATAMIENTOS: 3 casos.

—Fistulización quirúrgica: 1 caso: fallecido de peritonitis. (Úlcus gigante de peq. curva — 28 horas — imposible gastrectomía: tal vez hubiera beneficiado de tratamiento médico exclusivo).

—Drenaje del Douglas solamente: 1 caso: fallecido de peritonitis.

(57 años — 7 días de evolución — Peritonitis evolucionada: íleo; colapso).

—Cierre y yeyuno -yeyunostomía: 1 caso.

(Perforación de ulcus péptico de asa aferente de g.e. por ulcus duodenal; estenosis del asa aferente. Cierre de la perforación y yeyuno -yeyunostomía; evol. buena. No se hizo gastrectomía por: edad, estado general, etc.).

Han sido tratamientos de oportunidad y no entramos a estudiarlos. Merece sin embargo tener en consideración la posibilidad de asociar en algún caso al tratamiento médico de la perforación, el drenaje peritoneal por botonera suprapúbica y tubo de aspiración en el Douglas.

### COMPLICACIONES EVOLUTIVAS

(incluidos los casos de muerte)

#### A) ULCEROSAS: 9.

—Reperforación: 5. — 2 en peritoneo libre; 1 fallecido.

— 3 en peritoneo tabicado.

—Estenosis: 1 (gastroenterostomía al 10º día), fallecido.

—Hematemesis: 3. — 2 fallecidos.

— 1 gastrectomía; curación.

#### B) PERITONEALES: 25.

—Peritonitis generalizada evolutiva: 5 fallecidos.

—Abscesos: 7 — 2 múltiples; fallecidos.

— 2 del Douglas (en ambos se había cerrado sin drenaje.

— 3 subfrénicos: en 2 no se aspiró peritoneo.  
1 después de tratamiento médico.

—Ileo por peritonitis: 12.

7 a 12 horas: 3.

Más de 12 horas: 9.

—Vólvulo por adherencias: 1 fallecido.

#### C) DE LA INCISION: 15.

—Evisceraciones: 7 — En la laparotomía: 5.

Mediana: 2.

Paramediana transrectal: 3.

—En el orificio suprapúbico: 2.

—Supuración (importante): 8 (2 de los eviscerados).

- D) DE ORDEN GENERAL, ANESTESICO, etc.: 31.  
—Pulmonares: 11. Fallecieron 2.  
—Vasculares: 1. Trombosis de la femoral, fallecido.  
—Shock postoperatorio: 16. Fallecieron 2.  
—Tromboflebitis: 2.  
—Acidosis diabética: 1 fallecido.

### CAUSAS DE MUERTE

**1. Peritonitis: 12 casos.**

- a) Evolutiva: Generalizada: 5 casos.  
Localizada a focos múltiples: 2 casos.  
b) Por dehiscencia de sutura en gastrectomía: 3 casos.  
(los tres, por anemia aguda y perforación).  
c) Por perforación iterativa: 1 caso.  
d) Por vólvulo intestinal postoperatorio con necrosis de  
intestino y peritonitis: 1 caso.

**2. Otras causas: 7 casos.**

- a) Anemia aguda por hematemesis: 2.  
b) Colapso postoperatorio: 2.  
c) Complicaciones pulmonares: 1.  
d) Complicaciones vasculares: 1.  
e) Acidosis diabética: 1.

### Análisis de las causas de muerte

**1. Causas directamente atribuibles a la úlcera: 9.**

- 7: Peritonitis evolutiva.  
— 2: Anemia aguda por hemorragia.

**2. Complicaciones atribuibles a la operación: 10.**

- 3: Dehiscencia de suturas en gastrectomía.  
—2: Colapso postoperatorio.  
—2: Complicaciones pulmonares.  
—1: Trombosis arterial aguda.  
—1: Acidosis diabética.  
—1: vólvulo de intestino.

### COMPLICACIONES EVOLUTIVAS Y CAUSAS DE MUERTE

El análisis de los fallecidos y el estudio de las causas de muerte, son de fundamental importancia cuando se quiere for-

# ANALISIS DE LOS FALLECIDOS — 19 CASOS.

| Número | Edad | Horas | Última comida | SINTOMAS                    | Riesgo oper. | ULCERA        |                          |                                        | Neumo - perit. R. X | Derrame periton. | TRATAMIENTO        | COMPLICACIONES postop.       | Necr. | Día  | CAUSA DE LA MUERTE                   |
|--------|------|-------|---------------|-----------------------------|--------------|---------------|--------------------------|----------------------------------------|---------------------|------------------|--------------------|------------------------------|-------|------|--------------------------------------|
|        |      |       |               |                             |              | SITIO         | Tamaño de la perf.       | Zona vecina                            |                     |                  |                    |                              |       |      |                                      |
| 1      | 48   | 13    | ?             | Hematesis anemia ag.        | grave        | u. d. doble   | 3 mm. perfo. en páncreas |                                        | ?                   | si               | gastreot.          | dehisc. sutura gastroyey.    | si    | 6ºd. | Peritonitis gen.                     |
| 2      | 59   | 5     | ?             | Id. id.                     | grave        | peq. curva    | 5 mm. callosa            |                                        | ?                   | si               | gastreot.          | Id. id.                      | si    | 7ºd. | Peritonitis gen.                     |
| 3      | 26   | 16'   | ?             | Id. id.                     | grave        | peq. curva    | 1 cm. adh. a páncreas    |                                        | ?                   | si               | gastreot.          | dehisc. muñón duodenal       | si    | 3ºd. | Peritonitis gen.                     |
| 4      | 14   | 14    | 4             | Hematesis alcoholismo       | grave        | peq. curva    | 5 mm. edema              |                                        | ?                   | si               | gastreot.          | colapso postoperat.          | si    | 24h. | Colapso postop.; cirrosis            |
| 5      | 59   | 13    | 2             | Shock                       | grave        | pilór.        | 2 mm. edema              |                                        | gran nivel          | grande 2 l.      | c. s. y dd.        | colapso evisceración         | si    | 9ºd. | Peritonitis gen.; perf. iterativa    |
| 6      | 49   | 29    | 3             | Shock                       | discreto     | pilór.        | 5 mm. edema necrosis     |                                        | gran nivel          | alimentos        | c. s. y dd.        | abscesos perit. - ileo       | si    | 45d. | Perit. enquistada a focos múlt.      |
| 7      | 37   | 12    | 9             | S/p.                        | discreto     | u. d.         | 3 mm. edema              |                                        | si                  | escaso purif.    | c. s. y dd.        | abscesos perit. - ileo       | si    | 38d. | Perit. enquistada a focos múlt.      |
| 8      | 46   | 4     | 10            | S/p.                        | poco         | u. d.         | 2 mm. edema              |                                        | si                  | escaso           | c. s. y dd.        | vólvulo de delgado           | si    | 7ºd. | Peritonitis gen. por vólv. e infarto |
| 9      | 58   | 18    | 8             | Hipertensión balonado       | grave        | u. d.         | 1 cm. gran infiltr.      |                                        | gran nivel          | grande 1 l.      | c. s. y dd.        | estenosis duod. reop. 3º día | no    | 1ºd. | Colapso postop. de gastroenterost.   |
| 10     | 62   | 25    | 1             | 38º ½ - 120 p. shock        | grave        | u. d.         | 3 mm. gran infiltr.      |                                        | No                  | grande alim.     | c. s. y dd.        | oliguria - ileo foco pulm.   | no    | 4ºd. | Peritonitis gen.                     |
| 11     | 62   | 12    | 20            | Diabético desconocido       | poco         | antro         | — —                      |                                        | ?                   | escaso           | c. s. y dd.        | Acidosis eviscer. 6º d.      | no    | 7ºd. | Acidosis; coma diabético             |
| 12     | 46   | 21    | ?             | Colap. - balon. ret. orina  | grave        | peq. curva    | 5 mm. gran infiltr.      |                                        | gran nivel          | grande purif.    | c. s. y dd.        | Tromb. aguda d. art. femor.  | no    | 2ºd. | Tromb. vascular, colapso             |
| 13     | 63   | 19    | 1             | Balon. ret. orina           | med.         | peq. curva    | ?                        | calloso                                | ?                   | grande purif.    | c. s. y dd.        | foco pulm. escara sacra      | no    | 11d. | Compl. pulmonar; colapso             |
| 14     | 64   | 9     | ?             | Hematesis anemia ag.        | grave        | p. c. y antro | 5 mm. gran infiltr.      |                                        | ?                   | escaso           | c. s. y dd.        | hematemesis 3er. día         | no    | 3ºd. | Anemia aguda                         |
| 15     | 57   | 7d    | ?             | Peritonitis difusa          | grave        | —             | —                        | —                                      | ?                   | grande purul.    | sólo dren. Douglas | peritonitis                  | no    | 4ºd. | Peritonitis gen.                     |
| 16     | 48   | 28    | ½ h.          | Peritonitis difusa          | grave        | antro         | 1 cm. edema necrosis     |                                        | ?                   | oscuro vinoso    | fistuliz. quirúrg. | peritonitis ileo             | no    | 12d. | Peritonitis gen.                     |
| 17     | 75   | 16    | 18            | Urea 1gr.60, Ileo; ret. or. |              |               |                          | se resuelve no operar por la gravedad. |                     |                  | médico             | peritonitis ileo             | si    | 2ºd. | Peritonitis gen.                     |
| 18     | 71   | 28    | 12            | Gran alcohol, colapso       |              |               |                          | se resuelve no operar por la gravedad. |                     |                  | médico             | algidez                      | si    | 5h.  | Peritonitis gen.                     |
| 19     | 58   | 7     | ?             | Anemia crón. hem. digest.   |              |               |                          | se resuelve no operar por la gravedad. |                     |                  | médico             | hematemesis algidez          | no    | 2ºd. | Anemia aguda                         |

Todo esto demuestra que al encarar la indicación terapéutica en los perforados, no deben perderse de vista lo que muestran las estadísticas sobre complicaciones evolutivas y causas de muerte.

### EVOLUCION ULTERIOR

Gastrectomías: 12. Controlados: 8. Todos bien.

Cierre simple: 143. Controlados: 85. Libres de síntomas: 38. En tratamiento médico: 20. Gastrectomizados: 27.

Tratamiento médico: 22. Controlados: 12. Libres de síntomas: 7. Tratamiento médico: 2. Gastrectomizados: 3.

Secuelas y complicaciones: oclusión por adherencias o bridas: 4. Eventraciones: 5.

### GASTRECTOMIAS SECUNDARIAS

#### 30 en 97 casos controlados.

—Por hemorragia: 4. — 3 ulcus doble de duodeno. —1 ulcus de pequ. curva.

—Por estenosis pilór.: 2. Ulcus duodenal y ulcus pilórico.

—Por neoplasma: 2. Ulcus de pequ. curva (2 y 3 años).

—Por ulcus de p. curva: 7. — 3 exteriorizados (2 en páncre.; 1 en híg.).

—Por ulcus antro - pilóricos: 9.

—Por ulcus duodenales: 6. — 3 dobles; 1 con ulcus gástrico.

#### Localización de la úlcera perforada

| Sitio               | Casos | Gastrec.                              | C. simple | Fist. quir.                |
|---------------------|-------|---------------------------------------|-----------|----------------------------|
| Pequ. curva         | 19    | 9                                     | 9         | 1                          |
| Antro               | 29    | 2                                     | 27        |                            |
| Píloro              | 36    | 0                                     | 36        |                            |
| Duodeno             | 81    | 1                                     | 80        |                            |
| U.P. asa aferente — | 1     | 0                                     | 1         | (con yeyuno yeyunostomía). |
| No especificados —  | 5     | 0                                     | 5         |                            |
| No compr. operat. — | 26    | (25 trat. méd. y 1 dren. de Douglas). |           |                            |

### ELECCION DEL TRATAMIENTO

La decisión de la conducta a seguir frente al ulcus perforado es un problema difícil que debe ser resuelto en cada caso

particular previa consideración de todos los datos obtenidos en un cuidadoso estudio clínico - radiológico y evolutivo.

No es posible esquematizar, pero haremos una enumeración de los factores que consideramos de gran importancia para la elección del tratamiento: *A. Patrón's*.

1º **Diagnóstico exacto:** eliminar las posibilidades de error de diagnóstico.

2º **Estado general.** — Edad, estado humoral, importancia del colapso, pulso.

Terreno: estado cardiovascular, pulmonar, renal, etc. Diabetes, alcoholismo, anemia crónica.

3º **Estado local.**

Contractura y dolor: su intensidad, *extensión y duración*.

Estado intestinal: importancia y topografía del íleo.

Importancia del derrame peritoneal: neumoperitoneo, hidroneumoperitoneo, estado del F. S. del Douglas.

4º **Datos relativos a la importancia de la contaminación peritoneal.**

—Tiempo transcurrido desde la perforación.

Contenido del tubo digestivo:

Importancia de la última comida.

Vómitos: caracteres, cantidad, frecuencia.

Estado del estómago: datos del sondeo. Datos radiológicos: radiología simple; radiología contrastada.

Tamaño y sitio de la perforación. (Radiología).

—Estado del peritoneo (estado local, repercusión general).

5º **Datos relativos a la persistencia de la contaminación peritoneal.**

—Evolución de la *contractura y del dolor*.

—Evolución del *neumoperitoneo* y el *derrame peritoneal*.

—Datos del estado general.

6º **Asociación con hemorragia.**

—Hematemesis; melenas. Su importancia. Anemia aguda.

## CONDUCCION DEL TRATAMIENTO

A) **Tratamiento médico.** — Es imprescindible, si se ha decidido la intervención, se le realiza como pre - operatorio y mien-

tras se completa el estudio del enfermo, radiografía, preparación operatoria, etc.

Comprende:

a) *Sedación.* — Atropomorfina. Cuidado con los viejos.

Es el mejor tratamiento del colapso por perforación.

Calma el dolor y la ansiedad, facilita la intubación gástrica.

Es ya medicación pre - anestésica.

b) *Evacuación gástrica y duodenal* mediante la intubación y aspiración continua. Debe usarse sonda de calibre adecuado. La sonda duodenal corriente no es suficiente en general. Conviene usar sondas del calibre 16 de la serie Charriere; puede hacerse con tubo de goma de 1 metro y medio; no requiere oliva. Conviene que tenga varios orificios y que esté marcada de 20 en 20 cms. *Aspiración continua vigilada*, para que sea efectiva. Es fundamental.

c) *Terapéutica de reposición* asegurando la corrección o el *mantenimiento* de un balance humoral normal. Se usará la vía parenteral, de preferencia por venoclisis (según los casos, sangre, plasma, sueros, ácido ascórbico, elementos del complejo B, etc.).

d) *Lucha contra la contaminación bacteriana del peritoneo*, evitando el desarrollo de la peritonitis séptica mediante el uso de antibióticos adecuados. Teniendo en cuenta el origen digestivo de la contaminación conviene utilizar la Terramicina a la dosis de 200 mgrs. cada 6 horas por vía intramuscular ya que su uso intravenoso no está exento de peligros. Se usará la vía bucal en cuanto el enfermo esté en condiciones de ingerir sin peligro.

e) Si hay *neumoperitoneo a tensión*, hay una indicación formal de urgencia: la punción abdominal (que se realiza sin peligro en parte alta de epigastrio), seguida de evacuación lo más completa posible del aire intraperitoneal. Esta maniobra es imprescindible como previa a la anestesia y a la operación. También es conveniente en los neumoperitoneos grandes aunque no haya trastornos respiratorios, ni circulatorios, pues la evacuación del aire permite la coaptación de superficies y facilita la obliteración de la perforación.

f) *Vigilancia horaria de la evolución.* Se considerará fun-

damentalmente, la evolución del dolor y la contractura, y el estudio radiológico consecutivo.

El primer síntoma que muestra los buenos resultados del tratamiento médico, es la disminución del dolor, que se observa desde las primeras horas. Los otros signos favorables son, la disminución de la contractura y la normalización del pulso.

Si entre la 2ª y 3ª hora, la evolución no es francamente favorable no deberá insistirse en diferir la intervención, y salvo contraindicaciones, se procederá a operar.

En general después de las 24 horas, el dolor desaparece; la contractura ha cedido o ha quedado limitada a la mitad supra-umbilical del recto derecho, y el líquido gástrico extraído por la sonda disminuye rápidamente y adquiere aspecto normal. Es el indicio de que la perforación se ha cubierto y ha cesado por lo tanto la contaminación peritoneal. El cierre de la perforación es todavía precario. Conviene mantener aspiración discontinua, según necesidad y guiándose por el estado del píloro.

Cuando éste es permeable, es posible a veces iniciar al 2º día la hidratación por vía oral o por la sonda.

Pero muy a menudo, sobre todo cuando la reacción peritoneal ha adquirido cierta importancia, el íleo, reflejo de la peritonitis, persiste hasta el 3º ó 4º día, impidiendo el uso de la vía oral y obligando a continuar con la hidratación parenteral.

En esos casos muchas veces la sonda pasa al duodeno, circunstancia que aprovechamos para instalar enteroclisia muy lenta, gota a gota con suero Hartmann, novocaína y terramicina o estreptomycin, lo cual abrevia considerablemente la evolución del íleo.

En general entre el 3º y 4º día la intubación puede ser suspendida y se reinicia la alimentación por boca en la misma forma que en el post-operatorio de los gástricos.

## **B) Tratamiento quirúrgico.**

En el momento actual el tratamiento quirúrgico del úlcus perforado gastroduodenal comprende:

a) Tratamiento pre y post-operatorio que puede resumirse diciendo que es el mismo tratamiento no operatorio que acabamos de estudiar.

Es de fundamental importancia en los casos donde hay estado de shock y especialmente en el neumoperitoneo a tensión: en tal caso la punción y evacuación del gas normaliza las condiciones tensionales abdominales, facilita la incursión diafragmática y mejora las condiciones circulatorias y respiratorias.

b) Preparación pre - anestésica y anestesia adecuada. En este punto hay que recordar:

—La anestesia general con pentotal ciclopropano y éter es la de más corriente indicación. Es ventajoso y sin inconvenientes el uso de curarizantes para obtener adecuada relajación. Pero hay que insistir en la ventaja de asociar la anestesia regional (espláncicos, vagos) con procaína cuando se ha de practicar gastrectomía, lo que facilita las maniobras operatorias y disminuye la incidencia de complicaciones pulmonares fluxionarias post - operatorias.

—La anestesia local y regional con procaína tiene sus indicaciones precisas y permite realizar con comodidad el cierre de la perforación.

—La raquianestesia es excelente y debe ser usada en casos elegidos.

c) Conducta quirúrgica: describiremos nuestro modo de actuar.

1) *Abordaje amplio*, prolongable en caso de necesidad, mediante celiotomía supraumbilical mediana oblicua cruzando en X la línea blanca de arriba a abajo y de izquierda a derecha. Esta incisión, preconizada por del Campo, es la que usamos casi sistemáticamente pues permite un abordaje cómodo a la vez del duodeno y de la parte alta de la pequeña curva, es suceptible de fácil ampliación, se cierra con rapidez y es poco eventrante.

2) *Secado del peritoneo*, mediante aspirador y extracción con pinza de los trozos de alimentos que puedan hallarse en caso de grandes perforaciones. Ya en este momento, y en función del estado del peritoneo, la importancia y calidad del derrame, y las horas transcurridas, se decidirá la pertinencia del *drenaje del Douglas*. Si se resuelve drenar se practicará de inmediato el ojal suprapúbico secado con aspirador y colocación del tubo. Prácticamente no usamos otro drenaje.

3) Protección alrededor del foco con compresas antes de

toda maniobra exploratoria de la perforación, para evitar aumentar las contaminaciones. Hay que proteger sobre todo la fosa de Morrison y bloquear el espacio parietocólico derecho.

4) *Exploración*, levantando el hígado con una valva y traccionando estómago con una pinza de anillo; aspiración.

5) Descubierto el sitio de la perforación proceder al *inventario lesional*, en cuyo momento se decidirá en definitiva la conducta a seguir. Sitio, aspecto y tamaño de la perforación; extensión y localización del proceso inflamatorio peri-ulceroso; estado del peritoneo y órganos vecinos; estado de los mesos; abundancia, caracteres y localización del contenido gastroduodenal derramado y del exudado peritoneal reaccional; concomitancia de otros procesos (úlceras múltiples, hemorragia asociada, litiasis biliar, cirrosis, etc.); se considerará también las posibles dificultades de una resección según sitio del ulcus, dificultades de exteriorización, estado general, etc.

6) Resuelta la conducta a seguir tenemos:

A) *Cierre simple*. — Lo realizamos con puntos en X de gastergut cromado o OO, de preferencia con aguja curva atraumática. Puntos no penetrantes tomando suficiente espesor y a distancia de la zona de perforación. Nunca usamos hilos no reabsorbibles: si son finos son cortantes; si gruesos hacen de cuerpo extraño; hemos operado enfermos donde el hilo se hallaba en medio de la úlcera como si mantuviera su actividad.

Si el cierre es precario por el edema e infiltración de vecindad o por el tamaño o sitio de la perforación hacemos epiploplastia o usamos el ligamento suspensor como preconiza Pérez Fontana. La sutura no debe ser estenosante lo que sólo puede suceder cuando se trata de perforaciones duodenales muy próximas al píloro; en este caso está indicada la gastrectomía parcial.

B) *Gastrectomía parcial*. — Realizamos la gastrectomía amplia (sub-total) con anastomosis de preferencia oral total, tipo Polya, precólica, a asa larga, deshaciendo el ángulo duodeno yeyunal. Practicamos la gastrectomía en casos elegidos.

C) *Cierre y gastroenterostomía*. — Nunca nos hemos visto en la necesidad de practicarla. Actualmente no se justifica su

empleo, pues en los casos en que estaría indicada, es preferible la gastrectomía parcial.

### CONCLUSIONES

1º El tratamiento del U. P. G. D., en el momento actual exige:

- 1) Diagnóstico precoz, exacto, sin dilaciones, mediante el estudio clínico - radiológico - evolutivo.
- 2) Supresión de la fuente de contaminación peritoneal dentro del plazo más breve posible.
- 3) Lucha contra la contaminación o la infección peritoneal ya existente.
- 4) Restablecimiento y normalización del estado orgánico general.
- 5) Consideración y tratamiento de las eventuales complicaciones.

---

2º La conducta terapéutica debe ser ecléctica. Cada conducta tiene sus indicaciones y contraindicaciones, pero si ellas son precisas en ciertos casos, son discutibles y objetables en otros, y su elección no puede surgir sino de la cuidadosa consideración de todos los elementos en juego que hemos estudiado.

Tres conductas terapéuticas se ofrecen en el momento actual.

A) **El tratamiento médico** (por intubación y evacuación gástrica, restableciendo el equilibrio humoral, tratamiento del shock, antibioticoterapia y sedación), debe ser instituido de inmediato y tiene un lugar definido en las indicaciones terapéuticas del U. P. G. D., en 3 aspectos fundamentales:

1) *Como preparación preoperatoria*: imprescindible en ciertas situaciones, es siempre ventajoso en todos los casos y ha contribuido firmemente a mejorar los resultados de la cirugía.

2) *Como método de espera para aclarar el diagnóstico*. Ciertas afecciones médicas (en primera línea el infarto de miocardio), y abdominales (pancreatitis, crisis solares, obstrucciones vesiculares agudas, ciertas apendicitis). Son de diagnóstico diferencial a veces muy difícil con el U. P. G. D. Pero en la práctica, en casi todos los casos el diagnóstico puede ser hecho con

exactitud mediante los exámenes auxiliares( en especial la radiología) y el criterio evolutivo.

3) *Como terapéutica única*, en las siguientes situaciones:

- a) Cirugía contraindicada o de grave riesgo.
- b) Formas con tendencia a la limitación siempre que el derrame peritoneal no sea abundante y que el momento de la perforación, esté alejado de la última comida.
- c) Formas ya cubiertas, latentes y frustras.

Pero para decidir la abstención quirúrgica se requiere:

—Diagnóstico seguro.

—Vigilancia horaria de la evolución.

—Disminución franca del dolor.

—Atenuación y limitación de la contractura.

—Control radiológico.

B) **La gastrectomía.** — Dentro de las 6 horas, y salvo contraindicaciones de orden general o local, es el método de elección en las siguientes situaciones:

- a) Úlcus perforados/gástricos, y en especial los de pequeña curva, de difícil cierre y expuestos a la hemorragia y a la perforación iterativa. La posibilidad de degeneración neoplásica también debe ser recordada.
- b) Úlcus/duodenales. — Complicados: hemorragia, estenosis, exteriorización, cronicidad, multiplicidad, perfo - iterativa.

C) **El cierre simple.** — Es nuestra conducta corriente fuera de las situaciones citadas.

exactitud mediante los exámenes auxiliares( en especial la radiología) y el criterio evolutivo.

3) *Como terapéutica única*, en las siguientes situaciones:

- a) Cirugía contraindicada o de grave riesgo.
- b) Formas con tendencia a la limitación siempre que el derrame peritoneal no sea abundante y que el momento de la perforación, esté alejado de la última comida.
- c) Formas ya cubiertas, latentes y frustras.

Pero para decidir la abstención quirúrgica se requiere:

- Diagnóstico seguro.
- Vigilancia horaria de la evolución.
- Disminución franca del dolor.
- Atenuación y limitación de la contractura.
- Control radiológico.

B) La gastrectomía. — Dentro de las 6 horas, y salvo contraindicaciones de orden general o local, es el método de elección en las siguientes situaciones:

- a) Úlcus perforados/gástricos, y en especial los de pequeña curva, de difícil cierre y expuestos a la hemorragia y a la perforación iterativa. La posibilidad de degeneración neoplásica también debe ser recordada.
- b) Úlcus duodenales. — Complicados: hemorragia, estenosis, exteriorización, cronicidad, multiplicidad, perfo - iterativa.

C) **El cierre simple.** — Es nuestra conducta corriente fuera de las situaciones citadas.

## BIBLIOGRAFIA

### 1) BIBLIOGRAFIA GENERAL EXTRANJERA. (\*)

- 1) AUCHINCLOSS, H. — "Immediate subtotal gastrectomy for acute perforated peptic ulcer". Ann. Surg. 135:134; 1952.
- 2) BEAHR, O. H.; DUNCAN, D. K. y VADHEIM, L. A. — "Emergency surgical treatment of perforated gastric and duodenal ulcers". Surg. Gyn. Obst., 96:637; 1953.
- 3) BIERRING, F.; GAMMELGAARD, P. A. y HJORT GULDHAMMER, E. — "Perforated peptic ulcer (Gastric and Duodenal). Pri-

---

(\*) Para bibliografía general consultar la de los trabajos de Miaret y Edelman <sup>(13)</sup> y de Moore, Harkins y Merendino <sup>(14)</sup>. Aquí sólo consta la bibliografía consultada.

- mary and late results from treatment with simple suture". *Acta Chir. Scand.* 106:128; 1953.
- 4) DACOSTA, C. S. — "Tratamiento de las perforaciones agudas abiertas del estómago y duodeno". *Rev. Clin. Esp.* 44:335; 1952.
- 5) DONOVAN, R. E. y GARAT, J. A. — "Gastrectomía precoz en las úlceras gastroduodenales perforadas y operadas por el cierre y epiploplastia". *Bol. y T. de la Acad. Arg. de Cirugía.* 31:555; 1947.
- 6) EMMET, J. M. y OWEN, E. T. — "Gastrectomy as a treatment for perforated peptic ulcers". *Ann. Surg.* 138:320; 1953.
- 7) GRAVES, A. M. — "Perforated Peptic Ulcer in German clinics, an analysis of 4402 cases". *Ann. Surg.* 98:197; 1933.
- 8) ILLINGWORTH, C. F.; SCOTT, L. D. y JAMIESON, R. A. — "Progress after perforated peptic ulcer". *Brit. M. J.* 1:787; 1946.
- 9) JUDINE, S. S. — "Partial gastrectomy in acute perforated peptic ulcer; observation on diagnosis and treatment of 426 new cases". *Surg. Gyn. & Obst.* 64:63; 1937.
- 10) JUDINE, S. S. — "Etude sur les ulcères gastriques et duodénaux perforés". *J. Internat. Chir.* 4:219; 1939.
- 11) JUDINE, S. S. — "Nouvelle série d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum". *J. de Chir. Paris,* 38:159; 1931.
- 12) MAGE, S. y PAYSON, B. A. — "A consideration of present status of simple suture in the treatment of acute perforated gastroduodenal ulcerations". *Surg. Gyn. & Obst.* 94:581; 1952.
- 13) MIALARET, J. y EDELMAN, G. — *Les problèmes du traitement des ulcères perforés gastro-duodénaux*. Masson, Paris, 1949.
- 14) MOORE, H. G.; HARKINS, H. N.; MERENDINO, K. A. — *The treatment of perforated peptic ulcer by primary resection*. (Collective Review). *Int. Abstr. Surg.* 98:105; 1954.
- 15) NOORDIJK, J. A. — "Perforated peptic ulcer. The resultats of treatment in the Netherlands". (1934-1950). *An Analysis of 2551 cases.* *Arch. Chir. Neerl.* 5:262; 1953.
- 16) PHOU, B. P.; SHEH, Y. H.; KOU, T. Y. y LIN, Y. T. — "Acute perforation of gastric and duodenal ulcers. Analysis of 100 consecutive cases and discussion of choice of treatment". *Chin. M. J.* 343, 1953. (I.A.S. 98:550; 1954).
- 17) POESEL, J. — "Operationsergebnisse der freien Ulkus-perforation". *Wien. med. Wschr.* 103:947; 1953.
- 18) RAUSCH, W. — *Zum Roentgenbefund bei Ulcus Perforans Fortsch. Roentgenstrahl*. 79:309, 1953. (I.A.S. 98:403; 1954).
- 19) SAEGESSER, F. — "Résultats du traitement chirurgical de la perforation aigue des ulcères de l'estomac et du duodénum". *Helvet. chir. acta,* 20:268; 1953.
- 20) SCHMITZ, E. J.; HARKINS, H. N., OLSON, H. H.; MOORE, H. G., MERENDINO, K. A. — "Perforated peptic ulcer: A study of 136 cases in a County Hospital". *Ann. Surg.* 138:689; 1953.

**2) TRATAMIENTO NO OPERATORIO.**

- 1) BEATTIE, A. D. — Brit. M. J. 1:992; 1951.
- 2) BEDFORD TURNER, E. W. — Brit. M. J. 1:457; 1945.
- 3) BINGHAM, D. L. C. — Canad. Med. Ass. J. 58:1; 1948.
- 4) BIRKS, P. M. — Lancet. 467; 1947.
- 5) BURBANK, C. B. y ROE, B. B. — New England. J. Med. 247:424; 1952.
- 6) CASELLA, G. — Policlínico (Sez. Prat.). 59:601; 1952.
- 7) CHAMBERLAINI, D.; TAYLOR, H.; BENTLEY, J. F.; BEDFORD TURNER, E. W.; LEWIS, I.; STEAD, J. R.; DOLL, R. — Discussion on the operative conservative Treatment of perforated peptic ulceration". Proc. Roy. Soc. of Med. 44:273-282; 1951.
- 8) CORAJOD, E.; DENISE, TRUCHET, P. — "Lyon Chirurgical. 46: 860, 856, 875; 1951.
- 9) GILMOUR, J. — "Prognosis and treatment in acute perforated peptic ulcer, a review of 206 cases". Lancet, London. 1:870; 1953.
- 10) MOULONGUET, P. y VERNE, J. M. — Mém. Acad. Chir. 78:529; 1952.
- 11) PAVLOWSKY, A. J. — Bol. y Trab. Acad. Arg. Cir. 36:589; 1952.
- 12) QUENU, J. — Mém. Acad. Chir. 77:220 y 299; 1951.
- 13) REA, Ch. E. — Surgery. 32:654; 1952.
- 14) SEELEY, S. F. — Postgrad. Med. 10:359, 1951 (Moore y col. Int. Abs. Surg. 98:118; 1954).
- 15) SEELEY, S. F.; HOGAN, E. A. J. y BERTRAM, H. F. — Bull. U. S. Army M. Dep. 9:124, 1949. (In Moore y col. Int. Abs. Surg., 98:118; 1954).
- 16) STEAD, J. R. — Lancet. 1:12; 1951.
- 17) TAYLOR, H. — "Perforated peptic ulcer treated without operation". Lancet. 2:441; 1946.
- 18) TAYLOR, H. — Further report. Lancet. 1:7; 1951.
- 19) TRUSCOTT, B. McN. y WITHEYCOMBE, J.F.R. — Perforated Peptic Ulcer. Assessment of Value of Non operative Treatment". Lancet. 1:894; 1950.
- 20) VISICK, A. H. — "Conservative treatment of patients with acute perforated peptic ulcer". Brit. M. J. 2:941; 1946.
- 21) ZINNINGER, M. M. — "Should operation be discarded in treating perforated peptic ulcer?" (Editorial). Surg. Gyn. & Obst. 91:224; 1950.

**3) BIBLIOGRAFIA NACIONAL**

- 1) CARREL, H. E. — "Neumoperitoneo en la exploración radiológica del abdomen". An. Fac. M. de Med. 6:329; 1921.
- 2) CAPRIO, G. — "Sutura simple en un caso de ulcus gástrico perforado. Gastrorragia intensa postoperatoria. Gastrectomía Secundaria alejada". Bol. S. Cir. U. 5:227; 1934.

- 3) DEL CAMPO, J. C. — “Discusión sobre el tema”. Bol. S. Cir. U. 5: 252; 1934.
- 4) DEL CAMPO, J. C. — “El neumoperitoneo espontáneo. Estudio radiológico del ulcus perforado en las contracturas abdominales”. An. Fac. M. de M. 24:685; 1939.
- 5) DEL CAMPO, J. C. — “Úlcera perforada gastroduodenal. Estudio estadístico de 61 casos personales”. An. Fac. M. de M. 24:829; 1939.
- 6) DEL CAMPO, J. C. — “Abdomen agudo”. Montevideo. Ed. Cient. del S. Méd. del U. Vol. VIII - 1940.
- 7) DEL CAMPO, J. C. y ARMAND UGON, C. V. — “Úlceras gástricas y duodenales perforadas”. An. Fac. M. de M. 14:401; 1929.
- 8) LARGHERO YBARZ, P. — “Perforación iterativa de úlcera gástrica”. Bol. S. Cir. U. 3:45; 32.
- 9) LARGHERO YBARZ, P.; BOSCH, L. M.; MEROLA, L. y GIURIA, F. — “Úlceras gástricas y duodenales perforadas”. Bol. S. Cir. U. 18:14; 1947.
- 10) OTERO, JOSE P. y FERREIRA BERRUTTI, P. — “Hemorragias gástricas mortales”. Bol. S. Cir. U. 9:321; 1938.
- 11) PEREZ FONTANA, V. — “Signo radiológico precoz de las perforaciones gastroduodenales”. Bol. S. Cir. U. 3:26; 1932.
- 12) PEREZ FONTANA, V. — “La utilización del ligamento suspensor del hígado en el cierre de las perforaciones gastroduodenales”. Bol. S. Cir. U. 3:34; 1932.
- 13) PEREZ FONTANA, V. y CHIFFLET, A. — “Las perforaciones gastroduodenales en el último trienio en el Hospital Maciel”. Bol. S. Cir. U. 3:18; 1932.
- 14) PIQUINELA, J. A. — “Úlceras gástricas y duodenales perforadas”. (Estudio de 27 observaciones). An. Fac. M. de M. 22:387; 1937.
- 15) PRAT, D. — “Úlcus gastroduodenal perforado”. An. Fac. M. de M. 7:101; 1922.

**Dr. Prat.** — Hace notar el Dr. Cendán Alfonso de que en mi estadística, presentada creo que en el año 1916 como cirujano de urgencia, hacíamos el tratamiento de la perforación con el cierre por sutura y la gastro enterostomía complementaria. Al principio empezamos haciendo el cierre simple y creo que el complemento de la gastro enterostomía lo hicimos por la prolongada evolución de la úlcera. En esa época los casos que nos llegaban eran sumamente avanzados, con una evolución muy larga de la úlcera, y por lo general encontrábamos lesiones tumorales muy grandes y con gran acartonamiento e induración de las paredes del píloro en las úlceras del antro y también del duodeno. Cuando realizábamos el cierre actuábamos en una pared acartonada, el pliegue de la pared gástrica era muy grande y traía como consecuencia el cierre, o estrechamiento del píloro; fué por eso, que al poco tiempo de la prác-

tica del cierre simple, me incliné a realizar gastro enterostomía complementaria y como los resultados fueron muy favorables, consideré que convenía practicar esa terapéutica, que además de evitar la estenosis pilórica, trataba de complementar la terapéutica de la úlcera. Esa es la explicación por qué he hecho poco tiempo después de iniciado el cierre simple del úlcus gastro duodenal perforado esta terapéutica de la gastro enterostomía complementaria.

Estoy de acuerdo con lo que dijo el Dr. Larghero sobre el hecho fundamental en cirugía, que en el tratamiento de la peritonitis lo primero, lo más importante y principal, es la supresión de la causa de la peritonitis; en ese sentido este hecho capital ha sido una conquista muy grande de la cirugía, verdadero dogma que no puede dejarse de lado ni puede modificarse y que cuando tengamos que cambiar esta conducta debemos tener la seguridad absoluta de que lo que vamos a hacer es superior al principio establecido y ya consagrado. Considero que esta norma debe ser cumplida porque ha costado extraordinarios sacrificios a los cirujanos poder conseguir operar rápidamente a los enfermos de vientre agudo y sería una gran pena que hoy día pudiera prolongarse ese período de espera con que los enfermos llegan al cirujano.

La otra cuestión a que quería referirme es a lo siguiente: el derrame y la reacción peritoneal que hay en toda perforación gástrica o duodenal es muy variable y por lo general se cataloga como peritonitis, peritonitis infecciosa, peritonitis química, de mayor o menor gravedad según el agente infeccioso que la provoca. Se ocupó muy bien de esto el Prof. Larghero; ahora bien, creo, que como lo estableció perfectamente Lecène en uno de sus trabajos, siempre es conveniente realizar el examen bacteriológico del derrame o líquido peritoneal, porque así sabremos el agente etiológico de la peritonitis y conoceremos su gravedad. Es bien conocido el pronóstico horario de la peritonitis y que se curan las que tienen pocas horas de evolución: 6, 8 o 10 horas; sin embargo hemos visto casos que con 40, 70, 80 horas y que curan en una forma completamente normal. Eso quiere decir que la peritonitis no es una peritonitis infecciosa grave ni muy séptica que mata al enfermo en pocas horas y entonces sí se cumple el horario pronóstico de gravedad.

Creo pues que es muy conveniente para tener un criterio biológico lógico y seguro para establecer la gravedad de esta peritonitis por perforación, que nos explicará por qué muchos casos curan después de muchas horas de evolución y otros, por el contrario, mueren de esas peritonitis hiper sépticas. De ahí la importancia y la necesidad del examen biológico sistemático de los derrames peritoneales en las perforaciones viscerales abdominales.

**Dr. Larghero.** — A la discusión del trabajo del Dr. Cendán Alfonzo, aportamos las cifras de nuestra experiencia de 25 años de Cirugía de Urgencia. Declaramos de entrada que permanecemos aferrados al concepto de que toda úlcera perforada debe ser operada en el plazo más breve posible, completándose el tratamiento con las medidas fundamen-

tales tendientes a restablecer el equilibrio humoral y circulatorio del perforado. En el aspecto de gravedad de un perforado, que lo hace aparecer en circunstancias raras, como intocable, intervienen 3 factores fundamentales: el choc por hipovolemia, determinado por la sangría blanca dada por el exudado peritoneal profuso; la hipertensión peritoneal provocada por el neumoperitoneo a tensión, agravado por la contractura abdominal y la fijación del diafragma; en último término, la infección, no constante. La reposición rápida por plasma y suero de la volemia y apertura del vientre (o la punción previa con trocar grueso) son las medidas fundamentales para combatir el estado de choc. La infección es, en la perforación gastro duodenal, un elemento de valor relativo y de incidencia no constante y los antibióticos son de poca ayuda. Con estas medidas no hemos encontrado en nuestra práctica enfermos inoperables. En nuestra serie consta un caso de enfermo de 69 años, moribundo, salvado con estas medidas y el drenaje del Douglas realizado a las 12 hs. de la perforación.

J. V., 69 años. Perforación de 12 horas.

Melenas previas.

Colapso gravísimo. Livideces en flancos y miembros. P.A. - 9 - 6.

Drenaje del Douglas (olas de líquido purulento y grumos de leche).

Verdadera resucitación. 2 meses después, absceso interhepatogástrico junto al úlcus de pequeña curva. Curación.

Con respecto a los fundamentos del método en el cual, la aspiración gástrica es el recurso fundamental, no comprendemos como él puede evitar el corrimiento de jugos en la perforación duodenal. Es archiconocido el contraste que ofrece, en la úlcera duodenal perforada, en la casi totalidad de los casos, el aspecto oscuro del líquido extraído del estómago, con el exudado gomoso del peritoneo; casos hay en que parece bilis pura.

El cierre por contractura del piloro o por estenosis explica esta desigualdad.

La evacuación en seco del estómago con una sonda (siempre que ello sea logrado) no impedirá el corrimiento de bilis o de jugo duodenal y pancreático como lo hace una sutura que exige pocos minutos.

La operación simple, suprime la fuente de la irritación e infección peritoneal y suprime el caldo de cultivo para los microbios. La reposición de la volemia y los antibióticos hacen lo demás. No creemos que el tratamiento médico pueda hacer lo mismo.

Expuesto nuestro criterio radical y antes de enumerar las cifras de nuestras estadísticas, debemos expresar que consideramos peligroso que desde la alta tribuna de la Sociedad de Cirugía se preconice, aún con todas las limitaciones para casos particulares, el tratamiento no operatorio de las úlceras perforadas del estómago y del duodeno.

Los casos que comprenden nuestra serie son todos probados por la operación. En ausencia de operación, sólo puede afirmarse la perforación si existe neumoperitoneo.

Hace un año vimos con el Dr. Cendán en la guardia, un enfermo en el que él y yo hicimos diagnóstico de perforación gástrica. El Dr. Cendán

# BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

propuso tratarlo médicamente. El enfermo fué operado y no tenía perforación. De haber sido tratado médicamente contaría en el activo del tratamiento médico de las úlceras perforadas.

Desde 1930 a abril de 1955, fueron operados 146 casos de úlceras perforadas del estómago y duodeno, divididas en 4 series. La mortalidad global, sin discriminación de horario, edad y tipo de conducta quirúrgica, sutura o sutura y gastroenterostomía o gastrectomía, ha sido de 15,3 %.

## ULCERAS PERFORADAS DEL ESTOMAGO Y DUODENO

### 146 OBSERVACIONES (Operadas)

|      |                            |       |          |       |        |         |
|------|----------------------------|-------|----------|-------|--------|---------|
| 95 { | 1930 - 1940                | ..... | 52 obs.  | ..... | 29 %   | MUERTES |
|      | 1940 - 1944                | ..... | 29 obs.  | ..... | 6.8 %  | ..      |
|      | 1944 - 1946 (Set.)         | ...   | 14 obs.  | ..... | 14 %   | ..      |
|      | (Oct.) 1946 - 1955 (Abril) | ..    | 51 obs.  | ..... | 11.7 % | ..      |
|      |                            |       | 146 obs. | ..... | 15.3 % | ..      |

Las 3 primeras series ya han sido presentadas a la Sociedad. (1)

Analizaremos la 4ª serie que consta de 51 observaciones tratadas en mi turno de Cirugía de Urgencia, o en la Clínica del Hospital Pasteur por mí o mis colaboradores Dres. L. M. Bosch del Marco, J. Pradines, L. A. Gregorio, A. Fernández Chapella, R. Rubio, H. Cardeza y T. Chiara.

### 4ª S E R I E

#### 51 OBSERVACIONES

|                                                                                                                                                                 |       |         |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|--------|
| Duodeno                                                                                                                                                         | ..... | 34 Obs. | 66.3 % |
| Estómago                                                                                                                                                        | ..... | 17 Obs. | 33.7 % |
| Muertes = 6 (11.7 %) $\left\{ \begin{array}{l} \text{Duodeno} \text{ — } 4 \quad (11.7 \%) \\ \text{Estómago} \text{ — } 2 \quad (11.7 \%) \end{array} \right.$ |       |         |        |

Vale la pena comparar estos resultados con los obtenidos en una serie similar, de 136 casos de Schmitz y colaboradores.

Schmitz, E. J.; Harkins, H. N.; Olson, H. H.; Moore, H. G.; Merendino, K. K.; — Ann. Surg. 1953, V. 138, p. 689

#### 136 casos — 1948 - 1954

|                                                                      |         |        |       |        |
|----------------------------------------------------------------------|---------|--------|-------|--------|
| 12 HORAS $\left\{ \begin{array}{l} \text{Antes} \end{array} \right.$ | .....   | 105    | Mort. | 6.2 %  |
|                                                                      | Después | ... 31 | Mort. | 64.5 % |

Tratamiento médico: 31 casos — 77 % mortalidad.

Tratamiento médico deliberado: 46 % Mort.

(\*) Larghero Ybarz, P.; Bosch del Marco, L. M.; Mérola, L.; Giuria, F. "Úlceras gástricas y duodenales perforadas". Bol. Soc. de Cir. del Uruguay. XVIII; N° 1, 14 - 54, 1947.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

El factor edad es fundamental en el pronóstico: en nuestra 4ª serie, las muertes corresponden a casos de más de 50 años.

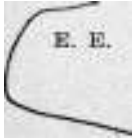
|                 |          |                        |
|-----------------|----------|------------------------|
| De 17 a 29 años | 7 casos  | } . . . . Mort. = 0 %  |
| De 30 a 49 años | 20 casos |                        |
| De 50 a 60 años | 23 casos | } . . . . Mort. = 19 % |
| De 70 a 80 años | 1 caso   |                        |

53 % de casos tenían menos de 50 años.

47 % de casos tenían entre 54 y 76 años

De las 6 muertes de esta serie, que son analizadas a continuación, una se debió a perforación en peritoneo libre sobre perforación "tapada", al 9º día; el 2º a la ruptura de un absceso subfrénico en un enfermo que ingresó con un cuadro de perforación "tapada" al 5º día y en el que se juzgó prudente esperar; el 3º, de 76 años, en estado de insuficiencia cardíaca que fué irreversible; el 4º y 5º a accidentes anestésicos operatorio y postoperatorio y el 6º que escapó a la perforación por la operación murió por hemorragia con hiperazohemia de 2 grs. 85 %.

### ANÁLISIS DE 6 MUERTES

|                                                                                           | Edad  | Horario                   | Hallazgo                                                         | Muerte                   | Causa de muerte                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| J. C.                                                                                     | 68 a. | 9 días                    | Neumo a tensión<br>Inundación peri-<br>toneal.<br><b>Duodeno</b> | 10º día de<br>operado    | <b>Autopsia:</b> Peritoneo;<br>suturas bien. Gastro-<br>enterocolitis. Síndro-<br>me humoral irrever-<br>sible. Hipoproteine-<br>mia 4 grs. 52 %. |
| A. V.                                                                                     | 58 a. | 8 días<br>Perf.<br>tapada | Ruptura absceso<br>sub - frénico pú-<br>trido.                   | 27º día de<br>operado    | <b>No autopsia:</b><br>Fístula duodenal.                                                                                                          |
| J. G.                                                                                     | 76 a. | 4 horas                   | <b>Perf. gástrica.</b><br>Inundación peri-<br>toneal.            | 7º día                   | <b>No autopsia:</b><br>Insuficiencia cardíaca.                                                                                                    |
| F. C.                                                                                     | 68 a. | 24 horas                  | Neumo a tensión<br>Inundación peri-<br>toneal. <b>Duodeno.</b>   | 3º día                   | <b>No autopsia:</b><br>Broncoplejía.<br>Hipertermia.                                                                                              |
| N. N.                                                                                     | 54 a. | 3 horas                   | <b>Estómago</b>                                                  | Operatoria<br>Acc. raquí |                                                                                                                                                   |
|  E. E. | 58 a. | 6 horas                   | <b>Duodeno hemorr.</b><br>al 6º día. <b>Uremia</b><br>2 gr. 80 % | 9º día                   | <b>Autopsia:</b><br>Peritonitis.<br>Art. g. duod. abierta                                                                                         |

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

La precocidad de la operación no es siempre garantía de éxito. 3 casos de 54 - 58 y 76 años, murieron pese a operación antes de la 6ª hora.

| Horario de perforación y muerte |     |    |     |           |
|---------------------------------|-----|----|-----|-----------|
| 1 a 6 horas                     | +++ | 16 | 3   | muerter   |
| 7 a 12                          | ++  | 19 |     |           |
| 13 a 24                         | ++  | 8  | 1   | muerte    |
| 25 a 48                         | ++  | 4  |     |           |
| 3 a 4 días                      | ... | 2  |     |           |
| 8 a 9                           | ++  | 2  | ... | 2 muertes |

76 años.  
Raquí (accidente).  
Hemorragia y perforación.

68 años - 10º día - Síndrome humoral.  
58 años - 27º día - Perf. tapada. Rup. abs. sub-frénico.

El neumoperitoneo no es constante ni en la perforación duodenal, ni en la gástrica.

En ausencia de neumoperitoneo y de operación, no puede inscribirse el caso como úlcera perforada en ninguna estadística.

He aquí la frecuencia del neumoperitoneo en 22 casos de nuestra última serie de 51 obs.

|          | Positivo: 13 | Negativo: 9 (39 %) |
|----------|--------------|--------------------|
| DUODENO  | Negativo     | 6 54 %             |
|          | Positivo     | 7 46 %             |
| ESTOMAGO | Negativo     | 3 33 %             |
|          | Positivo     | 6 66 %             |

El examen bacteriológico del líquido fué realizado sólo en 7 casos, con 70 % de positivos.

El líquido puede ser netamente purulento y sin embargo no tener microbios, y el líquido del Douglas puede ser positivo en tanto el exudado subhepático negativo, lo que prueba el bien fundado de evacuar el Douglas y drenarlo por las horas necesarias.

### BACTERIOLOGIA

#### EXAMEN DEL LIQUIDO (DIRECTO - CULTIVOS)

7 Casos (Perf. de 9 a 14 horas)  
(1 caso de 9 días)

Positivo: 5                      Negativo: 2

Líquido purulento sin microbios: 1 caso

Líquido sub - hepático: Negativo }  
Líquido Douglas: Positivo } 1 caso

Schmitz y colab.: 30 % cultivos positivos.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Dada la gravedad de la perforación gástrica, analizaremos a continuación los resultados de los 17 casos de la serie de 51 y compararemos estos resultados con los de la estadística de Schmitz y colaboradores.

### PERFORACION GASTRICA

#### EDAD

|              |       |         |       |     |           |
|--------------|-------|---------|-------|-----|-----------|
| 36 a 50 años | ..... | 7 casos | ..    | ... | Muerte: 1 |
| 51 a 60 años | ..... | 6 casos | ..... |     | Muerte: 0 |
| 61 a 70 años | ..    | 3 casos | ....  |     | Muerte: 0 |
| 76 años      |       | 1 caso  | ..    |     | Muerte: 1 |

#### CASOS EXTREMOS

58 años: 12 horas. Hemorragia y perforación. Gastrectomía. Curación.  
69 años: 12 horas. Moribundo. Cianosis. (P. A. 9/6) Drenaje Douglas.  
Curación. Absceso sub - frénico a los 2 meses. Curación.

### PERFORACION GASTRICA

#### RESULTADOS POR LA OPERACION SISTEMATICA SIN REPAROS POR EDAD NI HORARIO

17 observaciones: 2 muertes (11.7 %)

#### HORARIO

|               |         |           |                 |
|---------------|---------|-----------|-----------------|
| 1 a 6 horas   | 4 casos | Muerte: 2 | 76 años         |
| 7 a 12 horas  | 7 casos | Muerte: 0 | Accidente raquí |
| 13 a 24 horas | 4 casos | Muerte: 0 |                 |
| 25 a 48 horas | 2 casos | Muerte: 0 |                 |

Schmitz, E. J.; Harkins, H. N.; Olson, H. H.; Moore, H. G.; Merendino,

K. K. — Ann. Surg. 1953, V. 138, p. 689.

ULCERAS GASTRICAS: 34 casos. - 14 muertes (41 %)

Tratamiento quirúrgico: mortalidad 16 %

Tratamiento médico: mortalidad 100 %

**Dr. R. García Capurro.** — Contribuiré al interesante trabajo del doc-  
Cendán sobre Úlcera perforada, trayendo la estadística del Hospital Bri-  
tánico que se extiende desde el año 1904 hasta el año 1954.

Estos enfermos han sido tratados por los doctores García Lagos,  
Artagaveytia y el que suscribe, siendo un total de 77 casos.

Desde 1904 a 1922, se operaron 14 casos con 4 muertes, los trata-  
mientos hechos fueron, cierre de ulceración y gastroenterostomía en 7  
casos, cierre simple en 5 casos, drenaje peritoneal solamente en 2 casos.

Desde 1923 a 1932 se operaron 17 casos con 4 muertes. A 13 pa-  
cientes se les hizo cierre y gastroenterostomía, y en 4 casos se hizo cie-  
rre simple.

Desde 1933 a 1942, se operaron 22 casos con 5 muertes. En 12  
casos se hizo cierre y gastroenterostomía, en 10 cierre simple.

Desde 1943 a 1954 se operaron 24 casos con 2 muertes. En 3 pa-  
cientes se hizo cierre y gastroenterostomía, en 18 casos cierre simple, y  
en 3 casos gastrectomía.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

De estos casos, 29 son personales con una sola muerte por accidente anestésico.

Con estos datos creo justificar el hecho de que continúe siendo partidario de la operación en la mayoría de los casos. El tratamiento médico o aspiración continúa, me parecen un procedimiento muy útil en tres ocasiones:

- 1º Agregado a la operación para proteger la sutura gástrica.
- 2º En aquellos casos extremadamente graves en que no pudiéramos realizar la intervención y en que nos limitaríamos a la aspiración gástrica y al drenaje del Douglas.
- 3º En los casos en que decidiéramos no operar creyendo que hay una perforación cubierta o en aquellos en que no teniendo un diagnóstico seguro, prefiriéramos esperar y observar.

**Dr. Cendán.** — Yo voy a comenzar agradeciendo mucho a los que han hecho uso de la palabra y a contestar un poco globalmente porque las consideraciones que se han hecho parecen ser similares.

El Prof. Larghero ha dicho que en primer lugar hay que establecer cual es el fundamento del tratamiento médico y en ese sentido se ha referido al problema del error del diagnóstico. De los 25 casos de la estadística que nosotros presentamos de tratamiento médico (que no me corresponden todos a mí, pues de los 25, 17 son tratados por mí y los 8 restantes por otros cirujanos del Hospital Maciel), solamente en 4 el diagnóstico no fué confirmado por la visualización radiológica de neumoperitoneo: 2 de ellos tenían síntomas de perforación cubierta y otros 2 en los cuales el tratamiento médico fué instituido frente a un cuadro de peritonitis evolucionada sin neumoperitoneo, en donde cabía la posibilidad de error respecto al origen de la peritonitis, pero donde todas las posibilidades clínicas estaban en favor de perforación gastro-duodenal; y en ellos posteriormente, sea por la evolución ulterior y estudio gastroduodenal o sea por la comprobación en una operación posterior de la presencia del ulcus con signos de perforación antigua, quedan muy pocas posibilidades de que haya existido un error de diagnóstico.

Respecto a este problema quiero referirme todavía a 2 casos: 1 que acaba de citar el Prof. Larghero: enfermo de nuestra guardia del Maciel, con un cuadro agudo donde ambos hicimos diagnóstico de perforación gastro duodenal; yo propuse tratamiento médico con el fin de ver la evolución y dar tiempo para confirmar el diagnóstico con nuevo estudio radiológico ya que en el primero no había neumoperitoneo. El Dr. Larghero creía que convenía la operación; ésta fué practicada y con gran sorpresa no encontramos perforación, ni causa que explicara el cuadro clínico. En este caso el tratamiento médico en espera de la evolución hubiera evitado la operación, de la que el enfermo no recibió ningún beneficio. El otro caso, lo vimos hace pocos días con el Dr. García Capurro; estuvimos dudando si se trataba de un proceso vesicular agudo o de una perforación duodenal que es el diagnóstico diferencial más difícil de establecer en general. En

ese caso creo que la espera con la intubación permitió inclinarse, o mejor dicho confirmar el diagnóstico de que se trataba de un proceso vesicular. Quiere decir que el tratamiento médico no debe ser encarado como cuestión definitiva, y lo hemos establecido así en nuestro trabajo, sino como medida de espera muy importante para aclarar el diagnóstico y hacerse una idea de la evolución del enfermo.

En cuanto al hecho de que el tratamiento quirúrgico de estos casos tiene como norma fundamental suprimir la fuente de contaminación peritoneal, como lo ha hecho notar el Prof. Prat, nosotros estamos completamente de acuerdo; creemos que es un dogma que debe ser absolutamente respetado, pero creemos que no es imprescindible la cirugía en todos los casos y que la aspiración continua resuelve ese problema en casos especiales.

Nosotros no indicariamos tratamiento médico en un ulceroso que se perfora después de una comida copiosa o gran ingestión de líquidos, en donde tenemos que suponer que hay un gran pasaje del contenido gastroduodenal al peritoneo; pero cuando se trata de un individuo que está en ayunas o prácticamente en ayunas, donde las posibilidades de pasaje no son muchas, donde las manifestaciones clínicas le permiten suponer a uno que puede obtenerse una limitación del proceso, creemos que hay derecho al tratamiento médico máxime cuando existen síntomas en el examen como para hacer pensar que el proceso tiene tendencia a limitarse y disminuir. En ese sentido insistimos en dos síntomas fundamentales, el dolor y la contractura; bastan 2 horas de tratamiento médico por la aspiración continua gástrica para poder apreciar la evolución favorable del proceso; creo que en 2 horas no se perjudica mucho al enfermo si en ese tiempo no se limita el tratamiento a la simple aspiración sino que se va preparando todo para operarlo en caso necesario.

Precisamente en la estadística que presentamos de 197 observaciones del Hospital Maciel de las cuales 52 personales, creo que surge que el tratamiento más comúnmente realizado, el de elección, ha sido el cierre simple, pero creo que el tratamiento no operatorio debe ser especialmente considerado en determinadas situaciones y no repito las razones porque han sido bien establecidas en mi comunicación.

Por otra parte el Prof. Larghero cita un caso en que el drenaje simple del Douglas le permitió resolver la situación con resultado excelente; yo diría que ese enfermo en el momento en que fué operado ya tenía la perforación tapada, porque de lo contrario, la persistencia de la contaminación hubiera hecho inoperante el drenaje simple del Douglas.

En cuanto a la estadística desastrosa de Schmitz y colaboradores con 100 % de mortalidad con tratamiento médico citada por el Prof. Larghero, la conozco perfectamente; he leído gran número de trabajos y en ellos se ve que los resultados son bastante malos tanto con la cirugía como con el tratamiento no operatorio en los casos con evolución de más de 18 horas; además en general los autores que hacen el tratamiento médico lo han hecho como dije, sin discriminar en muchos casos, no teniendo

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

en cuenta las situaciones individuales sino la estadística. Creo que hay que estudiar caso por caso y en cada caso especial establecer las indicaciones del tratamiento médico en la forma que hemos presentado y sobre lo que no vamos a volver. En esa forma el método defendido por Taylor adquiere todo su valor.

Los cuadros de las complicaciones evolutivas, causas de muerte y análisis de los fallecidos, son de gran valor para hacerse una idea sobre las posibilidades que brinda el tratamiento no operatorio de las perforaciones gastroduodenales. Quedaría satisfecho si esta comunicación sirviera para llamar la atención de los intervencionistas sistemáticos, que en sus propias estadísticas muestran los inconvenientes de la cirugía en ciertos casos de perforaciones gastroduodenales, con elevado porcentaje de complicaciones atribuibles a la intervención, y de muertes no evitadas con la cirugía.

Muchas gracias.

---