

Trabajo presentado inicialmente en la ciudad de Rocha, en una reunión conjunta de la Sociedad de Cirugía y de la Sociedad Médica de Rocha.

PERFORACIONES GASTRODUODENALES (*)

Dr. José P. Otero

Queremos hacer algunos comentarios basándonos en 70 observaciones de peritonitis por perforación de origen gastroduodenal que corresponden a un período de 30 años de actuación como cirujano de urgencia. Las causas más frecuentes de perforación son la úlcera gastro duodenal y el cáncer con un predominio muy marcado, casi absoluto, para las úlceras gastroduodenales. Tenemos pocas observaciones de cáncer perforado.

Dentro del capítulo perforaciones ulcerosas predominan netamente las perforaciones de úlceras duodenales en una proporción de 3 a 1 por lo menos.

Las edades de los enfermos varían desde los 20 años hasta los 80, con predominio marcado en la juventud y en edad adulta como corresponde a la frecuencia de los empujes ulcerosos.

Respecto al sexo corresponde casi en su totalidad al sexo masculino.

Respecto al tiempo de evolución de la enfermedad, precediendo a la perforación, se puede apreciar en términos variables, desde la carencia total de antecedentes, hasta la existencia de una historia definida y repetida de empujes ulcerosos.

Concepto de la enfermedad

Es sabido que la úlcera gastroduodenal evoluciona por empujes de tres semanas de duración en término medio, pero que pueden ser más breves o más prolongados. En el curso de cada empuje el paciente sufre regularmente todos los días con un horario netamente post-prandial tardío. Los intervalos que separan cada empuje duran en general varios meses y se caracterizan por estar completamente

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 24 de julio de 1963.

libres de síntomas y además, porque ellos son cada vez más cortos, o sea que los empujes ulcerosos se van repitiendo cada vez con más frecuencia. Pero siempre es posible reconocer netamente esta periodicidad en el tiempo que tiene tanta importancia diagnóstica como la periodicidad horaria en el día durante los empujes. Por lo menos se puede decir con Moynihan que en los casos típicos de sufrimiento ulceroso el diagnóstico se podría hacer por correspondencia. Hay que señalar sin embargo que muchas veces el sufrimiento ulceroso no es tan absolutamente típico, pero creo que se puede afirmar que siempre existirá un ritmo suficientemente definido como para poder apoyar un diagnóstico de gran probabilidad clínica.

Esto, en cuanto a la expresión clínica de los empujes ulcerosos, pero además hay una interpretación fisiopatológica y anatomopatológica que se superpone evidentemente a los hechos clínicos. En el empuje, existe una hiperclorhidria con persistencia de la secreción clorhidropéptica en ayunas y desde el punto de vista de la anatomía patológica existe un proceso inflamatorio agudo ulceroso y peri-ulceroso que se caracteriza, macroscópicamente, por espesamiento de las tunicas del tubo digestivo a ese nivel, con marcado edema de la viscera y de sus mesos y con acartonamiento y friabilidad. La perforación es la culminación del proceso inflamatorio agudo determinado por el empuje de hipersecreción clorhidro-péptica. Estos conceptos son fundamentales para entenderse respecto al significado de la perforación y por lo tanto, respecto a la conducta terapéutica.

Caracteres de la perforación

La perforación es un orificio de forma más o menos redondeada u ovalar, de un tamaño variable desde un grano de maíz hasta un óvalo de varios centímetros de diámetro, pero en términos generales las dimensiones se aproximan más bien al primer tipo. Es una perforación en peritoneo libre, que deja pasar el contenido gastro-duodenal libremente (alimentos, secreción gastro-duodenal y hepática). Pero esta perforación no es nunca aislada en tejidos sanos sino que existe siempre un halo inflamatorio más o menos extendido y que es siempre mucho mayor que el diámetro de la úlcera misma. En términos generales la perforación gástrica es de mayores dimensiones, pero existen también perforaciones duodenales de grandes dimensiones y con grandes lesiones peri-ulcerosas y peri-duodenales. Además de la infiltración el edema y la friabilidad existen con frecuencia invasiones inflamatorias peri-viscerales con formación de adherencias, o por lo menos, con retracción marcada de los mesos. Así que, no se trata de una perforación simple en una viscera sana sino que se trata de una perforación complicando la evolución más o menos aguda de una úlcera gastroduodenal.

En ese sentido, todas las perforaciones ulcerosas se realizan en

el curso de un empuje agudo. Si el sujeto está en el curso de su primer ulceroso podrá sostenerse que el enfermo tiene una úlcera gastroduodenal aguda. Pensamos nosotros que este tipo de úlcera gastroduodenal aguda es simplemente una úlcera gastroduodenal corriente que se perfora en el curso de su primer empuje evolutivo. Dicho de otra manera: todas las úlceras gastroduodenales son agudas en su empuje evolutivo.

La historia de la úlcera gastroduodenal es crónica en la medida en que evoluciona como una lesión persistente, pero es aguda en el sentido de que sobre un fondo permanente de alteraciones fisiopatológicas sobrevienen períodos de agudización de este estado permanente. Gutman sostiene que la úlcera joven desaparece radiológicamente después de cada empuje, para reaparecer de nuevo en los empujes siguientes, hasta que por último se hace permanente.

Clínica y radiología

El síndrome de perforación por úlcera es muy bien conocido, particularmente en nuestro medio donde se ha practicado correctamente la cirugía de urgencia desde hace muchos años, y donde el ambiente médico ha sido permanentemente educado para la comprensión clara de los cuadros agudos de vientre.

Vamos a señalar sin embargo los puntos culminantes de la historia y del examen que nos permiten orientarnos fácilmente y sin cometer prácticamente ningún error. Lo primero, lo más descollante es el dolor que sobreviene de un modo brusco y culminante; es realmente un dolor en puñalada, en el cual el paciente puede señalar exactamente la hora y el minuto y también que es lo que estaba haciendo en ese momento, y si estaba sentado, parado o caminando, etc. Este carácter del dolor súbito e intenso en el epigastrio es tan típico, tan significativo, que permite pensar inmediatamente en una perforación gastroduodenal por úlcera o cáncer. Es un dolor que sobreviene además en un paciente que hasta ese momento se encontraba bien, o por lo menos, no era un paciente que estuviese desde horas o días en tratamiento por un cuadro agudo. Existen casi siempre manifestaciones anteriores, recientes, de sufrimiento de tipo ulceroso. Pero el cuadro agudo de vientre comienza bruscamente y persiste con la misma marcadísima intensidad en las horas subsiguientes, obligando ineludiblemente al paciente a llamar al médico.

Este comienzo brusco y dramático es propio de todas las perforaciones en peritoneo libre, y no solamente de las perforaciones gastroduodenales. Pero hay una diferencia muy importante con las otras peritonitis por perforación, y es que siempre existe en los otros casos un cuadro agudo precedente. La perforación de una apendicitis, de una colecistitis, etc. se produce siempre en el curso de un proceso agudo que al cabo de horas o días se perforan; pero entonces se trata de una

sensibilidad a la palpación que traduce la irritación peritoneal por los jugos digestivos, sensibilidad que provoca el aumento, si esto es posible, de la intensa contractura muscular. Son dos elementos absolutamente infaltables y absolutamente paralelos: a tal área de contractura corresponde igualmente un área de hipersensibilidad en relación con el grado de contractura.

Por último, existe casi siempre una viva sensibilidad del Douglas al tacto rectal, puesto que el líquido irritante es muy difusible y se extiende muy rápidamente hasta las zonas declives del peritoneo.

El cuadro de perforación gastroduodenal es uno de los cuadros

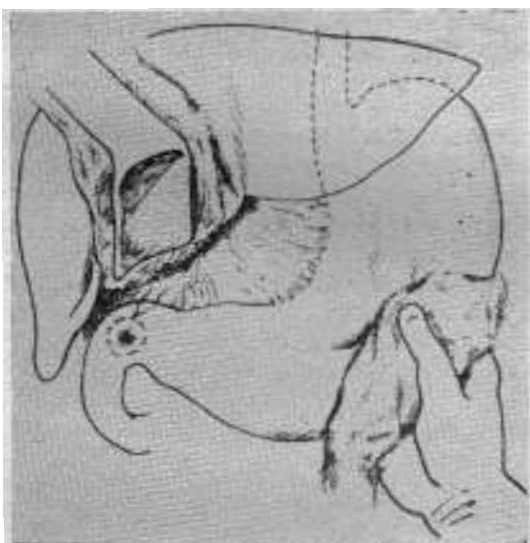


Fig. 2. La tracción de la mano debe hacerse en la línea de la úlcera (más a la izquierda).

más típicos del vientre agudo, y difícilmente podrá ser confundido con ninguna otra lesión. Casi podríamos decir que cuando existen elementos de duda es probable que se trate de otra cosa, de otra situación.

Por último, el estudio radiológico mostrará en un gran porcentaje de casos de neumoperitoneo que se observa como se sabe, por debajo del diafragma en la posición de pie. El hecho de la ausencia del neumoperitoneo no descarta el diagnóstico de perforación. Aquí como siempre lo que importa es la sintomatología positiva, los hechos negativos tienen siempre un valor relativo. Así que no debemos descartar una perforación gastroduodenal a causa de la ausencia de neumoperitoneo; pero en cambio la existencia de neumoperitoneo afirma categóricamente la perforación digestiva.

Tratamiento

El tratamiento es desde luego quirúrgico y de extrema urgencia. Sólo cabe discutir por lo tanto las modalidades del tratamiento quirúrgico según las diversas situaciones anatómo-clínicas.

En principio hacemos el cierre simple de la perforación, porque pensamos que no es conveniente hacer una resección gastroduodenal de urgencia en un paciente que está en el curso de un empuje ulceroso, y que por lo tanto tienen una infiltración, un edema y una friabilidad de los tejidos que no son favorables ni para la disección, ni para la sutura. Lo prudente, lo sensato, es hacer siempre el *mínimum* en cirugía de urgencia, resolver la complicación o el incidente con el *mínimum* de agresión operatoria. Además, muy a menudo no se está en las condiciones técnicas exigibles para realizar una operación importante de cirugía gastroduodenal, porque con frecuencia no se dispone del equipo operatorio necesario no sólo en cuanto a material quirúrgico, sino también en cuanto a los ayudantes, transfusionistas, anestesistas, etc. Además las horas en que imprevistamente debemos operar coinciden con frecuencia con horas de la noche, donde todo es menos favorable para la operación. Pero lo esencial, lo que fundamenta el cierre simple de la perforación, es como dije al principio la naturaleza misma del proceso, que es siempre agudo en este momento, con tejidos siempre difíciles o por lo menos que pueden presentar dificultades en un cierto porcentaje de casos. No hay necesidad de exponer al paciente a riesgos mayores en base a la meta de operación en un tiempo.

Yo quiero señalar con algunos detalles la técnica operatoria que usamos en estos casos y que nos da una garantía casi absoluta de cierre correcto, con una mortalidad sumamente baja y una evolución post-operatoria sin incidente alguno.

Trazamos una incisión paramediana derecha con anestesia general, incisión que hacemos deliberadamente corta, por que no hay necesidad de mucha incisión y porque la reparación de la pared es más segura, sobre todo teniendo en cuenta que casi siempre tendremos que efectuar una segunda entrada a través de la misma línea para reseca secundariamente la lesión.

Abierto el peritoneo se ve inmediatamente la existencia de líquido intraperitoneal y también, se percibe enseguida la perforación que estará localizada en la cara anterior del duodeno, o a lo largo de la pequeña curva.

No hemos visto nunca perforaciones de la cara posterior. El ayudante que está enfrente debe exponer la región operatoria mediante las siguientes maniobras: con su mano izquierda debe tomar el estómago con una compresa y debe traccionarlo hacia abajo y hacia la izquierda de tal manera que ofrezca al cirujano el lugar de la

perforación en un vientre que ya tenía un proceso agudo intraperitoneal evolutivo que había obligado seguramente al reposo en cama y a la consulta médica. Además, casi siempre en los otros cuadros de perforación existe un cierto grado de oclusión intestinal secundaria al proceso agudo, cosa que no existe en el caso de la perforación gastroduodenal, la cual se realiza en un peritoneo absolutamente libre y con un vientre absolutamente plano (sin distensión).

El cuadro físico de la perforación gastroduodenal es también absolutamente típico y no se presta casi a ninguna confusión. Es el clásico vientre de madera con contractura generalizada extendida desde el

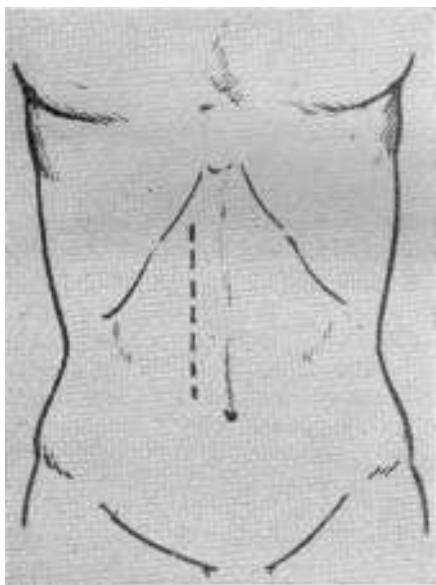


Fig. 1. Incisión de abordaje. Corta.

epigastrio e hipocondrio derecho al flanco y F.I.D y al hipogastrio, con menor repercusión sobre los sectores izquierdos. Esa contractura se desarrolla sobre un vientre sin ninguna distensión intestinal y por lo tanto, adquiere su más típica e inconfundible expresión. Todas las demás perforaciones se desarrollan en un vientre más o menos distendido por el ileus secundario, y por lo tanto, la contractura es menos férrea, menos definida, menos típica. Es claro que en el curso de las horas siguientes este vientre de perforación gastroduodenal también se irá distendiendo poco a poco. Pero el sufrimiento es tan intenso, tan insoportable que el paciente busca la consulta médica inmediatamente.

Desde luego en toda el área contracturada existe una vivísima

perforación; con la mano derecha debe separar por medio de una valva vaginal apoyada sobre el hígado por medio de una compresa, de tal modo que la región se abra como un libro cuyas hojas se traccionan excéntricamente a partir de la perforación. Suponemos, en principio, que muchas veces el cirujano dispone de un solo ayudante, y entonces estudiamos la manera de conseguir una excelente exposición contando con este solo ayudante. El debe mantener esa tracción del estómago hacia abajo y del hígado hacia arriba durante todo el tiempo de la intervención, sin moverse para nada, sin pretender hacer ninguna otra cosa y dejando al cirujano que aspire y que suture.

La base imprescindible es una exposición estática, es decir, con un ayudante quieto, que no se mueve, que no pretende tomar ninguna otra iniciativa. Entonces el cirujano provisto de un gastergut O con aguja curva hace una jareta a una cierta distancia del orificio de perforación, en tejidos que soporten la tracción de las suturas. La mejor técnica para cerrar la perforación, en estos tejidos friables es la jareta, porque permite traccionar en toda la circunferencia simultáneamente y adosar en superficie el área de hundimiento.

Una vez pasada la jareta se pide al ayudante que afloje la tracción sobre el estómago para que el cirujano pueda cerrar progresivamente y ajustar la jareta con triple o cuádruple nudo cuyos cabos se cortan.

Pero nosotros no nos conformamos con una jareta, que casi siempre toma tejidos patológicos y realizamos una segunda jareta sobre la primera tomada como centro; jareta que pasa en tejidos más sanos y que sostiene la primera, impidiéndole ceder o desgarrar. No tenemos ningún temor de estenotar la luz del duodeno, y en esto seguimos desde hace años con confianza siempre confirmada el consejo del Dr. Larghero quien asegura en uno de sus trabajos, que aun con plegaduras aparentemente desproporcionadas no se consigue estenotar. No nos preocupa la estenosis y jamás hemos tenido ninguna dificultad por ese motivo. Insistimos en esto por ser uno de los puntos capitales del tratamiento mediante la sutura simple, mediante las dos jaretas superpuestas que aconsejamos sin ninguna clase de vacilaciones.

Cuando cerramos la primer jareta nos damos cuenta mediante la observación visual de que el hilo cierre perfectamente sin desgarrar. En los casos en que preveemos dificultades recurrimos con gran confianza al siguiente expediente complementario. Resecamos previamente un pequeño fragmento de gran epiplón un poco mayor que el diámetro de la perforación, y colocamos este fragmento libre de epiplón en el orificio de la perforación antes de ajustar la primera jareta. Es curioso y casi sorprendente, el efecto de refuerzo de resistencia que da este apoyo plástico del epiplón. Lo hemos repetido una gran cantidad de veces y tenemos en esta maniobra una gran confianza consolidada por experiencias siempre favorables.

Una vez practicada la segunda jareta de hundimiento pedimos nuevamente al ayudante que afloje la tracción del estómago que nuevamente le habíamos encomendado tirar hacia abajo, sin temer la falla de la primer jareta.

Con esta operación extremadamente simple se puede tratar la inmensa mayoría de las perforaciones gastroduodenales por úlcera.

En términos generales no somos partidarios de una exagerada toilette del peritoneo porque pensamos que es muy difícil evacuar todas las sustancias derramadas y porque hemos visto a veces a algunos cirujanos empeñarse en una aspiración prolongada y repetida que nos parece traumática que difunde la infección y contamina el peritoneo. Lavamos con suero, aspiramos lo evidente y ahora debemos drenar el Douglas mediante un tubo suprapúbico. Creo que es conveniente hacerlo aun en esta era de los antibióticos. Para eso introducimos la mano izq. a través de la herida y levantamos la línea blanca suprapúbica desde adentro sobre el dedo, cortando con la mano derecha los planos en la línea media hasta llegar al peritoneo, y luego abrimos. Pedimos un grueso tubo de una longitud mayor que la distancia hasta el Douglas. Tomamos el extremo distal del tubo con un clamp curvo de Doyen, clamp cuya dirección es paralela a la dirección del tubo y entonces introducimos el tubo a través de la brecha parietal, guiados por el índice de la mano izq. en esta travesía, y luego conducidos también por la mano izquierda hacia el Douglas. Es una maniobra simple y eficaz porque el clamp permite conducir el tubo con absoluta seguridad; de otra manera el tubo, menos rígido, se pierde y se desvía entre las ansas intestinales.

Hay circunstancias sin embargo que obligan a una gastrectomía de urgencia, pero entonces no efectuamos la exéresis como procedimiento de elección como se sostiene muchas veces sino que las utilizamos como un recurso obligatorio frente a circunstancias definidas. Si la úlcera es muy grande y muy invasora puede ocurrir que no sea posible cerrarla eficazmente mediante el procedimiento descrito anteriormente. Eso se nota clarísimamente cuando tratamos de realizar el cierre mediante una jareta y vemos que los puntos cortan los tejidos patológicos al pretender cerrar la jareta. Después de probar lealmente y después de convencerse con certeza de que el cierre simple no da garantías absolutas, solo entonces nos decidimos a realizar la gastrectomía de urgencia. Es claro que a medida que aumenta la experiencia podemos darnos cuenta muy rápidamente de esas circunstancias y podemos resolvernos sin demora a realizar la exéresis.

No somos partidarios de la exéresis sistemática porque hemos tenido dos casos desafortunados en resecciones de urgencia por úlcera. Esas muertes correspondieron a nuestra actuación hace más de 10 años (desde el 45 hasta el 52) como cirujano del Bureau. En ese mismo tiempo nosotros operamos alrededor de 80 gastrectomías en

frío por úlcera, con mortalidad 0 %. Por lo tanto la mortalidad de la resección en agudo no es imputable a la falta de experiencia sino a la lesión en sí, que obliga a realizar resecciones y suturas en tejidos alterados aunque sea en grado menor. No tenemos porque exponer al paciente a un riesgo de muerte cuando disponemos de un procedimiento simple que nos resuelve fácilmente el problema, sin riesgo alguno. Hemos realizado alrededor de 20 resecciones por úlcera perforada de estómago o duodeno con dos muertes; en cambio hemos operado 50 úlceras perforadas mediante el cierre simple con dos muertes solamente.

No vamos a estudiar los problemas y dificultades que pueden surgir en el curso de una resección de urgencia por úlcera perforada. Sólo diremos que aquí, como en toda la cirugía gastroduodenal, y como en toda la cirugía en términos generales, el éxito depende de la tenacidad frente a dificultades y de la perfección absoluta de la exposición, de la anestesia, de la disección y de la sutura.

Por último digamos que en el caso de las perforaciones por cáncer de estómago la única solución lógica, siempre que sea posible, es la gastrectomía de urgencia, que en este caso es la única manera de salvar al paciente de la complicación. Porque es absurdo pensar que se puede realizar un cierre simple en tejido neoplásico. Recientemente hemos operado con éxito total un paciente con cáncer perforado del estómago, paciente de 80 años de edad, que se levantó al tercer día de operado y se fue de alta a los 7 días, enfermo que presentamos recientemente en la Media Hora Previa de la Sociedad de Cirugía. Este ejemplo basta para comprender las posibilidades de la resección del cáncer perforado, resección que es por otra parte la única chance posible en esas circunstancias.

No hemos hablado del tratamiento médico mediante la aspiración por sonda por vía oral porque nos parece un procedimiento condenable en principio y al cual sólo recurriría en casos absolutamente excepcionales, cuando el tiempo de evolución o la gravedad del enfermo lo justificara. Es, a mi modo de ver lamentable, leer presentaciones en una Institución de la seriedad y la tradición de la Academia de Cirugía de París, una cantidad de casos tratados por este procedimiento de la aspiración, desvirtuando así los principios básicos de la cirugía de urgencia. Y esto en una Escuela que como la Escuela francesa ha sido siempre nuestra orientación y guía en esta cirugía.

Dr. Roberto Rubio: Bien, creo que el tema que ha traído el Dr. Otero es de mucho interés, especialmente porque hay un número elevado de cirujanos en nuestro país y en esta Sociedad, que tienen vasta experiencia en cirugía de emergencia. Además, porque creo que a pesar de todo, no existe un criterio totalmente acorde en la conducta a seguir y en la forma de tratar a estos pacientes y si bien la mayoría de los cirujanos hacen algo semejante, sin embargo existen diferencias.

El criterio que sigo en el tratamiento de los pacientes afectos con ulcus

gastroduodenal perforado es el siguiente: desde luego es una conducta que puede ser discutida o discutible, pero traduciendo una experiencia personal tiene siempre valor. La úlcera duodenal perforada, que lejos es la más frecuente, la tratamos como ha dicho el Dr. Otero con cierre simple. La úlcera crónica de estómago perforada, si el enfermo está en buenas condiciones generales, le hacemos gastrectomía parcial. La úlcera de duodeno crónica perforada, en que por el estudio clínico del enfermo (importancia del interrogatorio) y por el examen durante la operación se confirma la existencia de un síndrome pilórico si el enfermo está en buenas condiciones, también le efectuamos gastrectomía parcial. En el cuadro tan grave descrito, que sólo tuve oportunidad de ver una vez, de la asociación de hemorragia por úlcera sangrante y perforación, si las condiciones generales y circulatorias del enfermo lo permiten, como sucedió en nuestro caso, le hacemos gastrectomía parcial.

Procediendo con este criterio, no hemos notado diferencias con respecto a la evolución de los pacientes gastrectomizados en agudo de aquellos a los que se les efectúa cirugía de excéresis de elección.

Cuando consideramos que el enfermo puede ser pasible de resección, más que al valor horario o sea al tiempo transcurrido desde el accidente perforativo, le damos importancia a las condiciones generales del enfermo. Fundamentalmente esto. En este sentido las horas transcurridas no han sido de mayor importancia en la conducta a seguir.

Con respecto a la técnica del cierre simple de la úlcera de duodeno perforada que hacemos es la siguiente: al principio, en los primeros años operábamos haciendo la sutura en dos planos, un punto en X total y luego un segundo plano sero-muscular. Dejamos luego esta técnica. Vimos un caso operado por un colega con la técnica descrita, que hizo un síndrome pilórico muy severo. Nosotros tuvimos algún caso en que por varios días el enfermo presentó retención gástrica que luego cedió. Hacemos el cierre a puntos totales con hilo de lino, pasando los puntos transversalmente al eje del duodeno y luego le adosamos epiplón si viene bien y si no ligamento suspensorio.

Le dimos gran importancia al secado cuidadoso del peritoneo, no al lavado, que nunca hacemos en cuadros agudos peritoneales. Secamos cuidadosamente y aspiramos todo el líquido, que muy a menudo está en la logia subfrénica derecha e izquierda así como también en el Douglas. Colocamos un tubo grueso en el fondo de saco de Douglas y siempre hacemos antibióticos.

Dr. Valls: Nosotros también tenemos experiencia en cirugía de urgencia y no hemos tenido ocasión de realizar en ninguno de los casos una gastrectomía. Y no la consideramos indicada en la úlcera duodenal, porque generalmente está en empuje y es justamente una contraindicación. En las úlceras gástricas tampoco hemos hecho la gastrectomía, porque consideramos que en la úlcera gástrica un porcentaje importante de casos puede haber una evolución o un neoplasma, y entonces las úlceras gástricas nosotros hemos aprendido a operarlas con el Dr. Del Campo como si tuviera un neoplasma en potencia, haciendo un vaciamiento profiláctico de la hoz de la coronaria. Sacando el tejido celular correspondiente. De tal manera que yo creo que sería un poco arriesgado hacer una intervención de este tipo en un enfermo de urgencia. De modo que preferimos hacer una sutura y si es una úlcera gástrica, operarla, y en un segundo tiempo hacerle la gastrectomía. Con respecto a si somos interveccionistas, somos interveccionistas.

Pero alguna vez, una vez, nos hemos visto obligados a hacer el tratamiento médico con el método de Taylor. Se trataba de un enfermo que tenía una úlcera perforada y que había recorrido una cantidad de pueblos en el Dpto. de Canelones en un camión, y que llegó en estado de shock impresionante. Tenía un neumoperitoneo. Era un cuadro típico y como tenía un cuadro de shock intenso y consideramos que no se debe operar un enfermo en estado de

shock le pasamos la sonda y le hicimos aspiración continua y le hicimos antibióticos y con gran sorpresa el enfermo mejoró y eso fue de noche y a la mañana siguiente estaba muy bien, el abdomen estaba absolutamente depresible. El enfermo evolucionó perfectamente bien. Después se estudió y se comprobó en el estudio radiológico que tenía una úlcera duodenal.

Dr. F. Latourrette: En materia de perforación de úlceras gastroduodenales también existen casos en que uno, aunque tenga el criterio de hacer la cirugía mínima se enfrenta a situaciones en que la única solución lógica es la gastrectomía. A propósito de esto, voy a relatar el caso de un enfermo que ingresó con un síndrome perforativo típico. Al hacer la laparotomía ese enfermo no presentaba en la cara anterior visceral, ni en duodeno ni en estómago, ninguna evidencia de perforación. Ante el asombro nuestro, que habíamos operado con el diagnóstico clínico muy evidente de que ese enfermo tenía que tener una perforación. Además con un neumoperitoneo visible radioscópicamente. Abrimos la retrocavidad y nos encontramos con una enorme úlcera de la cara posterior y de parte alta del estómago. Por dicha perforación penetraba el pulgar y la yema del índice, para dar una idea del diámetro de la perforación. Además con un tejido periulceroso en pésimas condiciones para conseguir un cierre, es decir la cirugía mínima. Frente a esa situación no tuvimos más remedio que hacer la gastrectomía. Una gastrectomía que fue bastante amplia, porque como digo, la úlcera estaba en cara posterior y en la porción vertical. Al día siguiente vigilamos al enfermo con especial atención y por temor a que no tuviera una buena evolución, y contrariamente a lo que hacía pensar, el enfermo tuvo un post operatorio que en nada se diferenció a una gastrectomía hecha en frío, a pesar de que tenía una peritonitis libre. Y el estudio de la pieza mostró que además de esa enorme úlcera callosa perforada tenía dos úlceras más. Una de la región yuxtapilórica y otra cerca de la gran curva del estómago. Es decir que la gastrectomía en este enfermo solucionó, no solamente la complicación perforativa, sino además la existencia de esas otras dos lesiones ulcerosas que hubieran seguido evolucionando y no sabemos si no hubieran evolucionado hacia la malignización. Quería decir esto, porque yo también soy partidario de la cirugía mínima, y siempre que se pueda hacer el cierre, pero digo, hay situaciones especiales en que la gastrectomía es obligada por las circunstancias. Y quiero además agregar la experiencia de que no hay por que tenerle tanto miedo a la gastrectomía en agudo, puesto que son muchos los casos que marchan bien.

Dr. Dussant: Sr. Presidente, he sido bastantes años médico de urgencia. Por supuesto el procedimiento de la jareta es el clásico con el que todos hemos pensado, todos hemos encontrado alguna dificultad para realizarla en algún caso, y esto me indujo a mí, hace bastante tiempo, años, a limitar el cierre de la perforación con un punto perforante total de aproximación y epiploplastía. Así operé muchísimos casos. Yo no recuerdo muy bien, en el capítulo correspondiente del libro que acabo de obsequiar al Presidente, de Patología del Abdomen Agudo Quirúrgico, allí están algunas cifras estadísticas, hice una encuesta al respecto y entre nosotros, en nuestro medio, casi todos los cirujanos de urgencia se inclinaron por la operación mínima, sin duda. Me llama la atención las 20 gastrectomías que ha hecho el distinguido colega uruguayo. A mí me parece mucho. Porque en el medio hospitalario en general los enfermos no llegan tan pronto. Yo solamente realicé 3 gastrectomías, una de las cuales recuerdo que era un pintor que se le perforó la úlcera. Estaba pintando en el Hospital. Hizo el síndrome de Moynihan, el signo de la gotera de Moynihan, que hizo creer primero en una apendicitis. Discutimos el caso, despertó el interés y tardamos en operarlo el tiempo de comprobar el neumoperitoneo. Bueno, que no pasó de un rato, caso excepcional. En general a mí me parece que la gastrectomía es una aventura. Yo

creo que con salvarle la vida al enfermo, con una operación mínima de las cuales no todos los enfermos recidivan, en relación a sus padecimientos, habremos hecho bastante, pero yo recomiendo con todo entusiasmo este procedimiento que es tan simple que parece mentira. Un simple punto perforante total de aproximación y epiploplastia, basta para el cierre de la úlcera y la solución del problema. No digo que alguna vez no haya colocado algún punto perforante más, pero en general basta con un punto y epiploplastia. Nada más.

Dr. García Capurro: Yo también me inclino por la operación mínima. El único caso de gastrectomía en que he tenido un absceso subhepático fue en una gastrectomía hecha en urgencia. Afortunadamente el hombre se salvó pero con una complicación de importancia. Es lo que quería decir.

Dr. Raúl Praderi: Tratándose el tema de la úlcera perforada, habiendo mencionado ya la asociación de hemorragia y úlcera perforada, yo creo que por lo menos cabría mencionar el problema táctico que se plantea en la situación, como lo dijo recién el Dr. Rubio, al cual se puede entrar de dos maneras por perforación o por hemorragia. Sumariamente recuerdo aquí 3 casos de esa asociación, en una estadística que hicimos el año pasado de 250 hemorragias digestivas tratadas en la clínica del Prof. Chifflet. Un enfermo operado de una úlcera perforada gástrica al cual se le hace sólo el cierre muere en el día siguiente por hemorragia digestiva, por sección de la arteria coronaria. En el caso especial de la úlcera perforada gástrica, se debe recordar siempre que es la que puede sangrar mas a menudo, pues la úlcera perforada de cara anterior de duodeno, difícilmente da una hemorragia importante. Y en ese caso, precisamente, es donde en algunas circunstancias, el cirujano debe, o hacer la gastrectomía, o ligar la coronaria, además de cerrar la perforación, o por lo menos estar alerta frente a una posible hemorragia. Ese enfermo murió. Los otros dos casos que recuerdo, que deben ser mencionados también en esta discusión, son la asociación de úlcera aguda sangrante y perforada. Son casos de autopsia de enfermos con úlceras agudas múltiples, los dos eran úlceras de stress post operatorio, que sangraron con cuadros gravísimos de instalación brusca y en cuyas autopsias se encontraron perforaciones gástricas y duodenales múltiples, en uno, y enorme en la otra, una perforación de 3 o 4 cms.), que no se pudieron solucionar quirúrgicamente. O sea que esto último lo digo pues es un elemento más a favor de la indicación operatoria de la hemorragia digestiva en algunos enfermos graves, por hemorragias importantes, en los cuales, la única manera de diagnosticar la perforación es en la propia intervención.

Dr. José Pedro Otero: Referente al hecho de que, preconizando yo el cierre simple de la perforación, tenga sin embargo 20 gastrectomías en la estadística, en parte se debe al hecho de que en un momento determinado me incliné a hacer gastrectomías de urgencia, hasta que una experiencia mayor me llevó al camino de hacer mucho menos gastrectomías. De manera que una parte de esas 20 gastrectomías que corresponde a una etapa en la cual tenía cierta tendencia a hacer gastrectomía de urgencia. Además, y compartiendo en eso la posición del Dr. Rubio tengo cierta inclinación en los enfermos que tienen úlcera de estómago, y si las circunstancias se presentan favorables a hacer la gastrectomía de urgencia cuando van pocas horas de la perforación, porque muchas veces hay un margen suficientemente grande de estómago sana por encima de la úlcera perforada. De manera que en realidad se puede hacer perfectamente bien la gastrectomía con todas las garantías en todos los casos.

En términos generales no hemos adoptado de una manera sistemática la

conducta de operar la úlcera de estómago en el sentido de la profilaxis de posible cáncer. Por eso es que en parte no compartimos la posición del Dr. Valls en ese sentido.

El Dr. Latourette veo que tiene cierta tendencia a defender una mayor amplitud de indicación de la gastrectomía de urgencia y el se basa en que le ha ido muy bien. Mientras a uno le va muy bien, posiblemente es partidario, pero cuando le va mal una vez o dos, deja de ser partidario, porque el tratamiento de úlcera perforada debe de ser tratamiento en el cual uno se exija a sí mismo un porcentaje mínimo de mortalidad. Entonces acepto que hay situaciones en las cuales no hay mas remedio que hacer una gastrectomía de urgencia, situaciones en las cuales, hacer un cierre simple sería mucho más peligroso que hacer una gastrectomía. Mucho menos seguro para el enfermo. Pero en la mayoría de los casos, sobre todo en la úlcera duodenal, el el cierre simple es lo más seguro.

Ahora, respecto a la asociación de perforación y de hemorragia, no he tenido ningún caso en el cual un enfermo que me viene con una perforación haya tenido recientemente o simultáneamente una hemorragia, es decir, que se presentara el caso de una perforación con una hemorragia asociada. Ni tampoco en el postoperatorio. De manera que en realidad nunca tuve que afrontar esa situación. Sin un día me viese en esa situación de resolver un enfermo que tuviese asociada una perforación y una hemorragia seguramente haría una gastrectomía de urgencia.