

## **Perforación gastroduodenal**

### **Tratamiento y resultados**

Dres. MARIO C. CAMAÑO, JUAN C. CASTIGLIONI  
y LUIS A. CAZABAN \*

El tratamiento quirúrgico más generalmente aceptado para la perforación gastroduodenal es el cierre simple.

Los resultados inmediatos del cierre simple, en nuestro país, fueron analizados por Larghero (4) con una mortalidad del 21 % para un período de 15 años (1930-1944).

Estadísticas extranjeras tienen resultados variables: 0 % (5), 17 % (1). Las cifras habituales están entre 5 y 15 %. En estos trabajos se acepta que el 50 % de los enfermos necesita otra intervención por la enfermedad ulcerosa y sus complicaciones, destruyendo la idea de que la mayoría de los enfermos curan después de la perforación.

El tratamiento quirúrgico definitivo de urgencia, de la enfermedad ulcerosa y su complicación, ha sido recomendado por numerosos autores (2, 6, 8). Esta conducta ha ganado adeptos en forma creciente.

El tratamiento no operatorio, preconizado por Taylor (7) en 1946, tiene muy limitadas indicaciones.

#### **MATERIAL CLINICO**

Ochenta observaciones han sido tratadas en la Clínica Quirúrgica que dirige el Prof. W. Suiffet y que desde 1945 a 1963 dirigió el Prof. Larghero.

#### **TIPO DE TRATAMIENTO**

En el 85 % se hizo cierre simple. En 5 % resección gástrica, 5 % sólo drenaje. En el 5 % restante se hizo tratamiento médico exclusivo.

CUADRO Nº 1

Topografía	Observaciones		Hombres		Mujeres	
	Nº	%	Nº	Edad	Nº	Edad
Gástrica	38	47,5	33	55 a.	5	59 a.
Duodenal	37	46,2	36	48 a.	1	48 a.
Yeyunal	1		1			
Tratamiento médico	4		4			
<b>Total</b>	<b>80</b>		<b>74 (92,5 %)</b>		<b>6 (7,5 %)</b>	

#### **Resultados inmediatos.**

El tratamiento no operatorio fue efectivo en los 4 enfermos en que se instituyó y fueron dados de alta. Corresponden al cuadro de úlceras perforadas y tapadas con diagnóstico clinicorradiológico con neumoperitoneo.

Se hicieron tres gastrectomías subtotales con buena evolución. Una por úlcera gástrica, otra por úlcera duodenal y la restante una resección paliativa en un cáncer gástrico perforado.

En cuatro enfermos se hizo como único tratamiento el drenaje peritoneal. Dos fallecieron, uno por cáncer gástrico perforado con cuadro terminal; el otro fue drenado pensando estar frente a una peritonitis hematogena y en la autopsia se encontró una doble perforación gástrica. Dos fueron dados de alta. Uno con una ulceración de pequeña curva, tuvo un postoperatorio prolongado, por desnutrición y absceso subfrénico. El cuarto evolucionó sin complicaciones.

El cierre simple, con drenaje peritoneal, fue el procedimiento más frecuentemente empleado. Setenta observaciones, con 12

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Walter Suiffet, Hospital Pasteur. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de junio de 1969.

\* Asistentes de Clínica Quirúrgica. Docente Adscrito de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

muerter, 17 % de mortalidad. Por mala indicación, por fallas técnicas o por resultar insuficiente dio lugar a distintas complicaciones: síndrome pilórico, dilatación aguda de estómago, fístula digestiva, falla de sutura. Hubo una hemorragia, después del cierre de una úlcera duodenal perforada, por otra úlcera gástrica de pequeña curva. En este grupo hubieron cuatro reoperaciones.

La mortalidad, para los operados, es de 19,73 %. Hubieron 15 muertos con una edad promedio de 64 años.

De 6 mujeres con perforación, fallecieron 3 (50 %).

De 6 cánceres perforados gástricos, fallecieron 3 (50 %).

CUADRO N° 2

Total de muertes: 15

Perforaciones gástricas .....	10
Hombres:	
Úlcera .....	5
Cáncer .....	2
Mujeres:	
Úlcera .....	2
Cáncer .....	1
Perforaciones duodenales .....	5
Hombres .....	5

CUADRO N° 3

Principales causas de muerte

Shock .....	2	Abscesos peritoneales .....	2
Deshidratación .....	4	Evisceración .....	1
Peritonitis .....	2	Fístula duodenal .....	1
Insuficiencia cardíaca ..	2	Dilatación aguda estómago .....	1

Veintiséis enfermos evolucionaron sin complicaciones inmediatas.

La enfermedad ulcerosa o su tratamiento dieron lugar a otras manifestaciones o complicaciones, en el postoperatorio inmediato, que mostramos en el cuadro siguiente:

CUADRO N° 4

Complicaciones gastroduodenales inmediatas

Retención gástrica postoperatoria .....	7
Obstrucción pilórica. Reoperación .....	2
Dilatación aguda de estómago .....	2
Fístula digestiva .....	2
Falla de sutura .....	1
Hemorragia digestiva .....	2
Hemorragia. Reoperación .....	1

Hubieron además 76 complicaciones de orden general o a consecuencia de la peritonitis (cuadro N° 5).

CUADRO N° 5

Complicaciones respiratorias:	Oliguria .....	4	
Bronquitis .....	7	Otras complicaciones:	
Neumopatías .....	13	Absceso subfrénico .....	3
Empiema .....	2	Absceso de cerebro .....	1
Absceso de pulmón .....	2	Parotiditis .....	1
Fístula broncopleurocutánea .....	2	Diabetes descompensada .....	1
		Estrangulación intestinal .....	1
		Ileo postoperatorio .....	1
Complicaciones cardiovasculares:		Ictericia .....	1
Insuficiencia cardíaca ..	5	Retención de orina .....	1
		Complicaciones de la herida:	
Hidroelectrolíticas:		Evisceración .....	7
Deshidratación .....	6	Supuración .....	9
Shock .....	6		

### Pronóstico y tratamiento alejado.

La mitad de los operados siguieron sufriendo (cuadro N° 6).

CUADRO N° 6

Obstrucción gastroduodenal .....	17
Hemorragia digestiva .....	13
Sufrimiento dispéptico .....	13
Dolor .....	3

El 33 % de los ulcerosos en los que se hizo cierre simple necesitó una nueva intervención.

El 60 % de las reoperaciones fueron antes de cumplirse un año del accidente perforativo. El 75 % antes de los tres años.

### COMENTARIO

En esta serie no hay diferencia en la frecuencia de las perforaciones gástricas y las duodenales. Las primeras se producen en personas de mayor edad y tienen más gravedad.

Las perforaciones en el sexo femenino son el 7,5 % del total. Esta cifra está de acuerdo con las estadísticas de varios países (1,3), aunque su proporción es muy variable. Su mortalidad elevada ha sido destacada por distintos autores (2,3).

El cáncer gástrico perforado se ha presentado en 1 de cada 6 perforaciones gás-

tricas y representa el 7,5 % de toda la serie, con una mortalidad inmediata de 50 %.

El cierre simple es un tratamiento poco agresivo para el enfermo y que ha probado ser efectivo, a condición de que se tomen algunas precauciones.

- 1) No desconocer una obstrucción pilórica preexistente, que haga necesaria una derivación segura (gastroenterostomía o resección).
- 2) No provocar una estenosis con el cierre.
- 3) Degravar adecuadamente el estómago en el postoperatorio.
- 4) Tener presente que las úlceras pueden ser múltiples y ser la causa de complicaciones postoperatorias (hemorragia y perforación).
- 5) En caso de perforación gástrica, la biopsia es obligatoria, dada la alta frecuencia del cáncer perforado.

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa y su complicación puede ser empleado con buenos resultados cuando las condiciones del enfermo lo permiten y se cuenta con un equipo quirúrgico capacitado.

La mortalidad global es de 18,75 %. En los últimos 10 años hay 38 perforaciones con 13 % de mortalidad. Esto puede ser explicado porque mejoró la condición general de los enfermos en el momento de la consulta y por un tratamiento pre y postoperatorio más adecuado, sobre todo en la reposición hidroelectrolítica.

En estas cifras tan elevadas han influido condiciones socioeconómicas (consultas tardías, enfermos trasladados de lugares lejanos y de campaña), la edad avanzada y una repercusión general importante, vinculada a los factores anteriores.

Dado el alto porcentaje de enfermos que siguen sufriendo, es necesario controlarlos estrictamente para hacer el tratamiento quirúrgico definitivo, antes de que sobrevengan complicaciones que pongan en grave peligro su vida.

## RESUMEN

Se presenta una serie de 80 perforaciones gastroduodenales con una mortalidad de 18,75 %

Se estudian las complicaciones postoperatorias.

Se destaca la elevada mortalidad en el sexo femenino y en el cáncer gástrico.

En el pronóstico alejado de estos enfermos se encuentra que la mitad de los pacientes en los que se hizo cierre simple siguieron sufriendo, que la tercera parte necesitó otra operación y que en el 60 % de los casos la reintervención se practicó en el primer año siguiente al accidente.

## RÉSUMÉ

Présentation d'une série de 80 perforations gastroduodénales, avec un taux de mortalité de 18,75 %.

Etude des complications postopératoires. Remarques sur la mortalité élevée chez la femme et dans les cas de cancers gastriques.

Si on étudie dans le temps l'évolution post-opératoire de ces malades on constate que la moitié de ceux chez lesquels on a pratiqué une fermeture simple on continué à souffrir, pour un tiers d'entre eux une seconde opération a été nécessaire et dans 60 % des cas la nouvelle intervention a dû se faire dans l'année qui a suivi la perforation.

## SUMMARY

The author presents a series of 80 gastro-duodenal perforations with a death rate of 18,75 %.

With special reference to post-operative complications.

Death rate is very high in the female sex and in gastric cancer.

Distant prognosis reveals that half of these patients in which a simple closure was performed, continued suffering; that one third needed a second operation and that sixty percent of the patients were reoperated within the first year after perforation occurred.

## BIBLIOGRAFIA

1. ANTILA, L. E. Perforated peptic ulcer with generalised peritonitis. *Acta Chir. Scand.*, 128: 406, 1964.
2. JORDAN, G. L. and De BAKEY, M. E. The surgical management of acute gastroduodenal perforation. *Am. J. Surg.*, 101: 317, 1961.

3. KOZOLL, D. D. and MEYER, K. A. General factors influencing the incidence and mortality of acute perforated gastroduodenal ulcers. *Surg. Gynec & Obst.*, 111: 607, 1960.
4. LARGHERO YBARZ, P., BOSCH Del MARCO, L. M., MEROLA, L. y GIURIA, F. Úlceras gástricas y duodenales perforadas. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 18: 14, 1947.
5. PALUMBO, L. P. and SHARPE, W. S. Acute perforated peptic ulcer. Evaluation of 160 consecutive patients treated by closure. *Surgery*, 50: 863, 1961.
6. RICHTER, S. Perforation of duodenal and gastric ulcer. Treatment by primary partial gastrectomy. *Acta Chir. Scand.*, 110: 284, 1956.
7. TAYLOR, H. Perforated peptic ulcer treated without operation. *Lancet*, 2: 441, 1946.
8. YUDINE, S. Etude sur les ulcères gastroques et duodeneaux perforés. *J. Internat. Chir.*, 4: 219, 1939.

## DISCUSION

*Dr. Chiara:* A una estadística hay que responderle con número y con otra estadística. Creo que la que nos presenta el Dr. Camaño tiene una gran virtud, y es la de contar con un número grande de casos, hecha en un hospital y en un servicio donde sus técnicos son de gran capacidad. Yo que personalmente no tengo números ni cifras con respecto a los operados de urgencia de perforaciones gastroduodenales, particularmente no tenía idea de que la morbimortalidad era tan grande. Ese es un primer factor a resaltar. Nos ocurre aquí lo mismo con las apendicitis, creemos que todas marchan bien, y resulta que tenemos un 5 % de mortalidad.

No vamos a indicar ni a hablar de cuáles son las condiciones ideales para operar una úlcera gastroduodenal, porque eso sería banal, a cuáles se les debe hacer gastrectomía y a cuáles no se les debe hacer.

Lo único que quiero hacer resaltar es el valor enorme de una estadística hecha con honradez, con sinceridad, en la que los enfermos han sido seguidos en su evolución. Se nos presenta una mortalidad de un 17 % en los últimos diez años, y una morbimortalidad de más del 40 %. Es decir que la idea que teníamos nosotros de que la cirugía o el cierre de las úlceras perforadas era relativamente benigno, cuando se siguen los casos en realidad no es así.

*Dr. Mérola:* En primer lugar, una pregunta, si en esa estadística han podido precisar los enfermos que tomaban corticoides?, porque en general en mi experiencia he visto que los enfermos que marchan mal, son los que toman corticoides.

Y en segundo lugar, una pequeña observación en cuanto a la incisión. Casi todo el mundo opera las úlceras perforadas por mediana, lo oímos decir al conferenciante que hay evisceraciones, y que todo el mundo insiste un poco en la mediana. Yo nunca hice una mediana en úlceras perforadas, siempre hice paramedianas transrectales, que se pueden suturar en dos plangs, y nunca he tenido evisceración.

Además, el duodeno por mediana suele quedar muy incómodo para suturar. Yo francamente creo que por incisiones más directas sobre la úlcera duodenal, que dan mejor acceso, y que, por otra parte, nos ponen frente a la úlcera perforada habitual, en el joven, por lo menos en los que hay mucho más duodenales que gástricas, conviene irse hacia el hipocondrio derecho por las incisiones, y no insistir en la mediana que, repito, es una incisión incómoda, y en agudo, eviscerante.

*Dr. Marella:* Este tema es de particular interés para los que hacemos cirugía de urgencia. Aunque se haya tratado en distintas épocas, siempre es conveniente su actualización.

Creemos conveniente hacer algunas puntualizaciones.

En primer término, el que se refiere al momento de realizar la intervención. Nosotros creemos que todo enfermo que lleva muchas horas de evolución tiene un cuadro de shock más o menos grave. En ellos contraindicamos la intervención inmediata. A esos pacientes les hacemos aspiración por sonda nasogástrica; se le hace perfusión por catéter de polietileno colocado profundamente en una vena del miembro superior, de sueros isotónicos y sangre o plasma, es decir, se toman todas las medidas esenciales para tratar el shock, además de antibioterapia I.V. Al cabo de algunas horas (2, 4 ó aun 6 horas), restablecido el desequilibrio humoral, lo intervenimos. Para ello nos guiamos por el principio: "La intervención debe ser realizada cuando las condiciones generales lo permitan".

En cuanto a la conducta operatoria, somos partidarios en general del cierre simple con epiploplastia. Pero hay condiciones en las cuales ésta no se puede realizar y es necesario recurrir a la gastrectomía y tal es el caso de úlceras perforadas gigantes imposibles de cerrar o de bordes muy indurados, o de neoplasmas. Somos partidarios de una conducta: el cierre de la úlcera perforada, pero reconocemos que la exéresis debe hacerse cuando la comprobación operatoria lo exige.

Consideramos muy importante la toma de exudado para estudio bacteriológico y antibiograma.

El secado correcto de la logia interhepatofrénica evita los abscesos subfrénicos y sus complicaciones.

En cuanto a los drenajes, nosotros habíamos usado dos tubos abiertos en canaleta, uno subfrénico y otro en el Douglas. En los últimos dos años agregamos un tercer drenaje colocado en el espacio interhepatofrénico. Todos los tubos los extraemos por contraaberturas, nunca por la incisión operatoria y hacemos aspiración continua retirándolos entre las 48 y 72 horas.

El tratamiento humoral postoperatorio es fundamental y preferimos que lo haga un internista.

Hemos tenido dos refistulizaciones. Una, hace años, la reintervenimos y se fistulizó nuevamente. Le mantuvimos la aspiración por el tubo y se curó. Otra, hace pocos años, no la reintervenimos y mantuvimos la aspiración

continua, evolucionó bien. Creemos, por lo tanto, que en las resfistulizaciones hay que tener una conducta expectante con aspiración continua gástrica y por el tubo de drenaje y medicación parenteral durante varios días (5 a 7), período en el cual se resuelve favorablemente el proceso.

*Dr. Danza:* En lo que tiene que ver con la incisión en este tipo de cirugía de la perforación gástrica de urgencia, a pesar de que nosotros hemos aprendido a usar mucho la mediana prácticamente para toda la cirugía abdominal, y la usamos muchas veces inclusive para cirugía biliar, en los casos de perforación gastroduodenal, y sobre todo de enfermos algo evolucionados, donde suponemos que pueda haber una peritonitis, usamos sistemáticamente la incisión trasversal.

Ahora, con lo que tiene que ver con la objeción que se le pone a la incisión trasversal, de que si es necesario hacer una cirugía mayor, es contraproducente; la incisión trasversal, que se puede perfectamente prolongar hacia el lado opuesto, permite perfectamente bien hacer la cirugía gástrica; recordamos un caso en que tuvimos que hacer, por una úlcera prácticamente imposible de cerrar, una gastrectomía, y habíamos empezado una incisión trasversal, seguimos la incisión trasversal hacia el otro lado y se pudo realizar la gastrectomía.

Otra ventaja que hemos encontrado al hacer este tipo de incisión en el cierre simple, es que muchos de estos enfermos secundariamente tienen que ser sometidos a otro tipo de procedimiento, sea gastrectomía o vagoectomía, etc., y la incisión trasversal no deja prácticamente adherencias en la parte media y permite en un segundo tiempo entrar perfectamente bien con una incisión mediana sin ningún inconveniente.

*Dr. Perdomo:* Es siempre de interés escuchar una estadística, y más en un caso de cirugía de urgencia como éste. Por lo tanto, a mí me parece muy oportuna la comunicación de los autores. Creo, sin embargo, que habría que hacer algunas reflexiones sobre este tema, que son importantes y que la estadística no las ha aportado.

Es evidente que a uno le llama la atención, como al Dr. Chiara le ha sucedido, el hecho de que exista una cifra tan elevada de mortalidad; una mortalidad del 17 % es una mortalidad que uno no la tiene presente. Evidentemente a uno le cuesta asimilar esa cifra.

Pero hay una discriminación fundamental en la estadística, que la estadística no trae, y es la discriminación en tiempo de la perforación. Todos hemos asistido pacientes muy graves con perforaciones muy evolucionadas. Recuerdo uno en especial de la época en que era interno, tratado por el Dr. Roglia: el paciente estaba en tal situación desde el punto de vista general que, teniendo el diagnóstico de úlcera perforada, decidió no operarlo. Hizo esta reflexión: "No hay cirugía posible, es un muri-bundo". Ese enfermo, naturalmente, en toda

estadística está presente como un enfermo que entra en las primeras seis, en las primeras doce horas de perforado.

Entonces es evidente que si tomamos este tipo de enfermo muy evolucionado, vamos a tener una estadística con una mortalidad muy elevada. La discriminación en la estadística sería fundamental para que tuviéramos noción de cuántos enfermos fallecen en la etapa más útil del tratamiento quirúrgico, que es la etapa de las primeras seis o doce horas, y de ese modo tendríamos mejor el concepto que la estadística quiere comunicarnos.

Ese es un punto que me parece importante. El segundo punto que tiene interés, es que el Dr. Camaño diga, si es posible, en los casos en que él estableció que la perforación pertenecía a un neoplasma, cómo fue hecho el diagnóstico de neoplasma. El cirujano muy a menudo tiene una enorme dificultad en un estómago perforado, con gran edema, para establecer si se encuentra ante una perforación ulcerosa o ante una perforación neoplásica. Me interesa saber los fundamentos diagnósticos en estos casos.

La tercer cosa que le quería preguntar al Dr. Camaño, es que si él realmente encuentra en esta estadística un 17 % de mortalidad, con un método que es sencillo; mientras parece evidente a través de la estadística que el enfermo no fallece como consecuencia de la técnica que se le ha hecho, sino como consecuencia de su peritonitis, de su shock, de sus trastornos hidroelectrolíticos, de sus complicaciones pulmonares, y que la técnica en sí, que va a solucionar la perforación es efectiva. ¿cuál piensa entonces que será la mortalidad si llega a complicar el método con otros agregados? Es decir, uno se hace esa reflexión: con el agregado de la piloroplastia y la vago-tomía, seguramente por razones de lógica, deben ascender las cifras de mortalidad general ya muy elevadas que señala este estudio.

*Dr. Praderi:* La estadística presentada es clara y sincera y da cifras útiles. Pero quisiera referirme a dos aspectos.

En primer lugar, la perforación gastroduodenal en el neoplasma. Lo que señala el Dr. Perdomo de la necesidad de biopsiar y manejar estos enfermos con conocimientos anatómopatológicos, es fundamental. Cualquier cierre de perforación gástrica, para hacer las cosas de una manera ortodoxa, debería acompañarse de una biopsia del borde de la úlcera perforada.

El problema técnico se plantea en los grandes neoplasmas perforados, porque, a veces, hay que hacer una gastrectomía de necesidad. Pero quería llamar la atención sobre un procedimiento que hemos utilizado, que puede ser útil cuando no se puede suturar un neoplasma. Me refiero a la transformación de la perforación gástrica en una gastrostomía. Hace poco lo hicimos en una enferma gravísima que tenía un neoplasma gástrico con las siguientes complicaciones: fístula en el ángulo duodenoyeyunal (es la segunda vez que vemos esa complicación de cáncer gástrico: fístula gastroyeyunal neoplásica); infiltración del colon provocando una oclusión del transversal, que se había comple-

tado con el íleo paralítico correspondiente a la peritonitis por perforación del neoplasma en la cara anterior del estómago. Desde luego que en esa enferma no íbamos a reseca el tumor que era un enorme neoplasma gástrico. Por eso lo que hicimos fue colocar una sonda Pezzer dentro de la perforación y encapuchonar el estómago sano, blando y móvil alrededor de la perforación. Asociamos al procedimiento una colostomía supraestenótica al neoplasma de colon. De esta manera, la enferma salvó su problema peritoneal y la oclusión del colon.

Pudimos, después de operada, retirar la sonda de la gastrostomía. Esta cerró, pese a que estaba hecha en el tumor.

La otra cosa que quería señalar es que en la estadística hay 7 casos de evisceración y 9 de supuración de herida. El comunicante dice que la manera de resolver el problema de la supuración y de las evisceraciones es, en vez de hacer incisiones medianas hacer incisiones transversas. Pero, al final, mi amigo Camaño dice que conviene en estos enfermos practicar una vaguectomía y piloroplastia.

Yo señalo la oposición que existe entre los dos criterios.

También nos asociamos al tratamiento en agudo de la lesión y muchas veces hacemos vaguectomía y piloroplastia o vaguectomía y gastroenterostomía, incluso en agudo en las úlceras perforadas.

Pero, para hacer una vaguectomía hay que tener una incisión buena, que permita manejar todo el estómago. La que expone todo el estómago, sobre todo el cardias, es la mediana supraumbilical, que tiene la virtud en cirugía de urgencia, de ser amplia, prolongable, fácil y rápida.

Yo creo que la manera de resolver el problema de las evisceraciones no es haciendo tal o cual incisión, sino cerrando la mediana con puntos de sostén. Rara vez supura la herida operatoria de abordaje de una úlcera perforada. Personalmente, rara vez dreño el peritoneo cuando opero una úlcera perforada. En general, lavo profusamente, hago el cierre y suturo la incisión en todos los planos, colocando luego puntos de sostén. Cuando hay un celular grueso se puede dejar un drenaje subcutáneo. El tratamiento profiláctico de la evisceración es dar puntos de sostén, como se hace generalmente en las incisiones medianas.

*Dr. Valls:* Este es un tema de permanente importancia. Ya ha sido abordado múltiples veces por numerosos cirujanos de nuestro medio: Del Campo, Larghero, Piquinela, Cendán, presentando cifras estadísticas valorizando el tratamiento de la úlcera gastroduodenal.

Nosotros, como cirujanos de guardia, ya a lo largo de veinte años hemos adquirido cierta experiencia. Hay que tener en cuenta además que las condiciones en que se opera en algunos hospitales, motivo por el cual muchas veces se está obligado a hacer el cierre simple, no se puede hacer otra cosa.

En ciertas circunstancias en las úlceras duodenales que se opera a personas jóvenes, estábamos habituados a hacer cierre simple porque el enfermo estaba en empujes de hiperclohidria, y pensábamos que una persona jo-

ven, de 19, 20 años, menos de 30 años, perforado, no se debía hacer una gastrectomía.

Actualmente, disponiendo de la vaguectomía y piloroplastia, estamos dispuestos a hacer ese tipo de operación en enfermos con úlceras gastroduodenales. En enfermos con lesiones gástricas es evidente que uno muchas veces está obligado a hacer gastrectomías. Yo no sé si en esa estadística figuran algunos que hemos operado en el Pasteur, que realizamos gastrectomías. Gastrectomías hemos tenido que realizar en enfermos que no se podía hacer bien el cierre. Hemos sido llamados a consultas, hemos entrado en equipo, realizado la gastrectomía. Y lo mismo en neoplasma de estómago, aun en neoplasma de estómago de tipo inextirpable, que tenían ganglios a lo largo de la cadena de la coronaria y metástasis en el hígado, hemos realizado gastrectomía como única manera de asegurar una buena sutura y una buena contención. Los enfermos en que hubiera una fístula. Los enfermos en que hemos realizado esas operaciones han marchado perfectamente bien.

Con respecto a las reperfóraciones, quizás sería mejor hablar también de nuevas perforaciones. Tuvimos la experiencia de una enferma que vimos en consulta con el Prof. Chifflet hace años en el Sindicato Médico, una enferma que vino muy grave, que había tomado gran cantidad de analgésicos y que había hecho úlceras agudas, y que la operé de una úlcera perforada aguda del duodeno, y que varios días después hizo otro cuadro perforativo, muy grave. La operé otra vez y tenía otra úlcera perforada, no la misma, se veía que estaba en la cara anterior del estómago, como un sacabocado, y por ahí salían unos pequeños coágulos de sangre que no le dimos importancia, y volvió a perforarse de vuelta y volvimos a operarla de nuevo. Esa enferma se siguió perforando y falleció. No estaba en condiciones de soportar una gastrectomía porque era una enferma muy grave. Es decir, que las úlceras agudas gastroduodenales pueden sufrir perforaciones una detrás de otra, como ocurrió con esa enferma.

Es lo que quería decir con respecto a este tema tan interesante sobre las perforaciones agudas gastroduodenales.

*Dr. Camaño:* Agradezco a los doctores Chiara, Mérola, Marella, Danza, Perdomo, Praderi y Valls por el interés demostrado. La llamativa mortalidad del 13 % en los últimos diez años está de acuerdo a la experiencia de otros autores como Jordan y De Bakey. Sobre ella inciden diversos factores, como el tiempo de evolución de la perforación, la naturaleza de la úlcera, etc. Pero queremos señalar que esta cifra no surge de efectuar "la cirugía en moribundos", sino de la propia gravedad de la complicación perforativa. El diagnóstico de cáncer se estableció por estudio histopatológico, puesto que en toda perforación gástrica, como lo enseñaba Larghero, se efectúa la biopsia lesional. Por último, creemos que en casos seleccionados de perforación ulcerosa, la vagotomía con operación de drenaje está indicada, según nuestra experiencia